



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

**La prise en charge des patients migrants victimes de
tortures :
Liens entre pratiques et émotions chez les professionnels**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Roman Pétrouchine**

POUZET Myriam

Année 2016-2017



La prise en charge des patients migrants victimes de tortures : Liens entre pratiques et émotions chez les professionnels

Mots clés : Rencontre, Empathie, Contre-transfert, Epreuves de professionnalité

Comment les soignants surmontent-ils leurs émotions afin de prendre en charge, au mieux, les patients migrants ayant subi des tortures ?

A partir de mon expérience professionnelle et celles de soignants travaillant au quotidien auprès de la population migrante, j'ai souhaité livrer leurs vécus émotionnels. Une analyse en lien avec une approche conceptuelle va permettre de les mettre en lumière.

Il est important de comprendre ce que l'on vit afin de pour prendre en charge ces patients dans un cadre sécurisant.

L'écoute de leurs récits traumatiques suscite forcément des réactions émotionnelles fortes de l'ordre du contre-transfert.

Les conséquences sur les soignants ne sont pas négligeables et se traduisent par des épreuves de professionnalités.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Roman Pétrouchine pour ses conseils avisés et son soutien durant cette année.

Merci à vous mes chers collègues pour votre écoute lors des moments difficiles.

Merci à Véronique et Marie-Laure pour leur relecture.

Enfin je remercie mon conjoint et mes enfants sans qui je n'y serais pas arrivée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	page 2
I - METHODOLOGIE DES ENTRETIENS	page 4
II - ENTRETIEN AVEC BENJAMIN	page 5
III - ENTRETIEN AVEC CLAIRE	page 11
IV - ENTRETIEN AVEC AGNES	page 15
V - TORTURE/TRAUMATISME/PTSD	page 24
1- Définition de la torture	page 24
2- Définition du traumatisme	page 24
3- Définition du PTSD	page 25
VI - EMPATHIE ET CONTRE-TRANSFERT	page 27
1- Empathie	page 27
2- Contre-transfert	page 28
VII - EPREUVES DE PROFESSIONNALITE	page 31
VIII - ANALYSES DES ENTRETIENS	page 33
1- Analyse du contre-transfert	page 33
2- Analyse des épreuves de professionnalité	page
35 CONCLUSION	page
38	
BIBLIOGRAPHIE	page 40
ANNEXES	

INTRODUCTION

Je suis infirmière depuis 11 ans. J'ai été amenée à rencontrer, à plusieurs reprises, des patients torturés.

Deux situations m'ont beaucoup touchée. Elles se sont passées à deux moments différents de ma vie et mes réactions en ont été très différentes.

La première s'est déroulée il y a cinq ou six ans alors que je travaillais au CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. J'ai rencontré, dans le cadre des urgences psychiatriques, un patient migrant originaire de la République Démocratique du Congo. Lors de l'entretien d'accueil infirmier, il m'a fait part de ses tortures subies là-bas : emprisonnement, brûlures de cigarettes, coups, utilisation de seringues contaminées par le virus de l'hépatite C, et j'en passe. Je ne me souviens plus de quoi on l'accusait ni des circonstances de son départ. Ce grand homme, fort physiquement, noir de peau, en pleurs devant moi... Mes larmes me sont montées aux yeux... J'ai été envahie d'un sentiment de tristesse, de colère. Ce qu'il me racontait, était insoutenable. Je n'avais qu'une seule envie, c'était de pleurer. J'ai dû écourter l'entretien. Je savais qu'il serait vu par le psychiatre. Il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique et demandait à être pris en charge.

J'ai pu en parler après avec mes collègues. C'était la première fois que je vivais cela. J'ai pu prendre un peu de distance mais, déjà, je me disais que cela allait être dur si je devais, à nouveau, me retrouver confrontée à des récits et souffrances similaires.

Trois ans plus tard, j'étais devenue mère et enceinte de mon second enfant. Je participais à un entretien médico-infirmier dans un service d'urgences psychiatriques dans le cadre de la PASS¹. C'était une femme, une mère originaire de la République Démocratique du Congo. Elle avait fui son pays pour survivre. Elle avait vu son frère et son cousin se faire assassiner. Ils faisaient partis de l'opposition au régime politique. Elle avait été violée. Elle craignait pour sa vie. Elle est partie en laissant ses enfants au pays. Elle aussi souffrait d'un syndrome de stress post-

¹ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des cellules médico-sociales rattachées aux hôpitaux. Introduites par la loi d'orientation de lutte contre l'exclusion en 1998.

traumatique associé à un syndrome dépressif majeur. Elle ne savait pas où étaient ses enfants. Elle ne savait pas s'ils étaient vivants ou morts. Elle pleurait énormément.

Pour moi, ce fut insoutenable. Quand elle faisait part de ce qu'elle avait vécu, j'avais l'impression d'y être. J'ai été envahie par une angoisse ; et je me suis effondrée en pleurs lors de l'entretien. J'ai dû quitter la pièce.

J'ai pu en discuter brièvement avec mes collègues, mais je venais juste d'arriver dans le service ; et les liens n'étaient pas assez forts entre nous pour que je puisse me sentir soutenue. On ne se connaissait pas assez.

Depuis, j'évite autant que possible de prendre en charge les patients qui ont subi l'horreur humaine car je ne me sens pas capable d'accueillir leur souffrance.

En faisant ce mémoire, j'essayerais de réfléchir à la problématique suivante :

Comment les soignants surmontent-ils leurs émotions afin de prendre en charge, au mieux, les patients migrants ayant subi des tortures ?

Ainsi, je souhaite conceptualiser et analyser les ressentis que vivent les soignants qui prennent en charge les patients migrants ayant subi des tortures, et pour ce faire aborder la notion d'empathie et mieux comprendre ce qu'est le contre-transfert.

J'ai souhaité commencer mon mémoire par la transcription des entretiens effectués auprès des soignants travaillant au contact de la population migrante, afin de pouvoir au mieux m'imprégner de leurs vécus, leurs ressentis.

En premier lieu, je présenterai quelques définitions afin de poser le cadre conceptuel ; j'aborderai les notions d'empathie et de contre-transfert qui sont indissociables dans la prise en charge des patients traumatisés ; puis je parlerai des épreuves de professionnalité qui peuvent en découler.

En second lieu, j'analyserai les entretiens à la lumière des apports théoriques.

Ce mémoire m'a permis d'aller à la rencontre de soignants très engagés professionnellement, j'espère que je saurai vous faire partager leurs vécus.

I - METHODOLOGIE DES ENTRETIENS

J'ai souhaité réaliser des entretiens dans le but de rapporter le vécu de soignants prenant en charge des patients migrants traumatisés ayant subi des tortures. J'ai souhaité mettre en avant leurs expériences notamment émotionnelles, et celles concernant le contre-transfert.

Dans le cadre de mon parcours professionnel, j'ai été amenée à travailler avec certains de ces soignants, facilitant ainsi mon travail de recherche. C'est aussi pour cela que j'utilise le tutoiement. Je me suis sentie à l'aise pour les interviewer. En revanche, je ne connaissais pas Benjamin mais le tutoiement s'est imposé naturellement, car je me sentais à l'aise.

J'ai réalisé trois entretiens de trois personnes issues de trois professions différentes, mais travaillant dans le même service. Il me paraissait intéressant de le faire ainsi par rapport à leur vision du soin en équipe auprès de cette population. Mais ce qui m'importait encore davantage était leur vécu émotionnel et la façon dont chacun le gérait.

Les entretiens ont été enregistrés.

J'ai choisi de faire des entretiens semi-directifs afin de laisser une liberté de parole et de faciliter l'émergence des émotions.

Dans ces entretiens, l'anonymat est respecté. Les noms et certains lieux de travail ont été modifiés ou enlevés.

Je me suis autorisée à reformuler certains passages. Il s'agit d'un choix conscient qui vise à mettre en valeur la dimension du témoignage des soignants.

Les interviewés ont comme tranches d'âge :

- Benjamin : 40-50 ans
- Claire : 40-50 ans
- Agnès : 45-55 ans

Le guide d'entretien se trouve en annexe 1 du mémoire.

Je débuterais la retranscription des entretiens par celui de Benjamin.

II – ENTRETIEN AVEC BENJAMIN

Benjamin est psychologue dans une PASS. Nous nous sommes entretenus dans son bureau durant une heure.

Moi : Dans un premier temps, je vais te demander de te présenter ?

Benjamin : Je travaille à la PASS depuis deux ans et demi. Je suis psychologue. Jusqu'à ce travail à la PASS, je n'avais aucune expérience du travail auprès de cette population propre, surtout au niveau de cette clinique-là, du post-trauma. C'était une population que je n'avais jamais rencontrée. C'est en forgeant que l'on devient forgeron.

Moi : Est-ce que tu peux me faire part d'une situation qui t'a touché émotionnellement ?

Benjamin : Justement, je rebondis par rapport au dispositif. Je ne reçois pas du tout les gens derrière un bureau parce que je n'aime pas. Je passe suffisamment de temps devant un bureau donc je trouve important d'organiser les rencontres dans d'autres espaces. Il faut montrer la différence aussi entre le travail du psychiatre et du psychologue, où le psychiatre est derrière un bureau, est médecin, et le psychologue est dans un autre espace où il y a autre chose qui se travaille, même si on travaille la même chose, le syndrome post-traumatique, on le travaille différemment.

Une situation me vient spontanément en tête, c'est mon tout premier rendez-vous PASS. Cela ne faisait même pas deux jours que je travaillais ici. Ce monsieur, que je suis toujours d'ailleurs, deux ans et demi après, de façon moins assidue aujourd'hui, mais que j'ai vraiment suivi un moment, était originaire de la République Démocratique du Congo. Il avait subi un emprisonnement, des tortures. Je me souviens que, dès la première séance d'ailleurs, il avait soulevé son tee-shirt pour montrer ses plaies. Il avait un regard très noir, très fixe qui ne disait pas grand-chose, et j'ai été traversé tout de suite à ce moment-là par la question de la véracité de ce qu'il me disait. Maintenant, j'ai de l'expérience mais à ce moment-là je me suis confronté à cette question-là. Cela m'avait beaucoup travaillé, tout le weekend qui a suivi. Je me suis dit, à un moment donné, que ce qu'il me dit, que cela soit vrai ou pas ce n'est pas mon souci. C'est la question d'autres instances qui s'occuperont de lui, de savoir si c'est la vérité ; mais en tout cas, ce qu'il amène aux séances, je m'en saisis.

Justement, je pense que cette toute première sensation, émotion éprouvée, était d'une part la mise en doute de la véracité de son récit, et puis une sensation d'être mal à l'aise. C'était un récit que je trouvais trop agressif, et pour le coup, je trouve que ce sont des réactions qui sont assez typiques de ce que peut ressentir un interlocuteur face à quelqu'un qui a subi des violences, des tortures. Ce sont des réactions qui sont évidemment, de ma part, à l'époque, complètement défensives par rapport à l'horreur, et à ce qu'il a pu vivre. Je me suis retrouvé dans la position du bourreau, et ce regard qui était assez sombre, en colère, et qui était dans le fond assez agressif, c'était peut-être aussi le regard qu'il pouvait avoir face à ses geôliers et ses bourreaux. Moi, à l'époque, je commençais tout juste à rencontrer cette clinique, et je m'étais positionné spontanément et naïvement comme cela. Puisque j'étais dans cette position-là, j'étais dans la limite de mettre en doute ce qu'il disait. Attention, en général, je ne questionne pas des gens en disant : « Alors vous allez parler maintenant ? » avec la lampe mais, au fond cela revenait à cela quand même. Cela a pu être vécu par lui et par moi comme cela, je pense. En tout cas, l'une des premières fois où je me retrouve avec quelqu'un qui a subi des tortures, à ce moment-là, ma toute première réaction, c'est d'être dans une sorte de position défensive au fond, et quelque chose s'est jouée entre nous, entre agresseur/agressé et l'identification à l'agresseur par rapport à ce qu'il a pu vivre. Là, j'étais pile poil dans le truc. Après, j'ai pu réfléchir à tout cela, dans les jours qui ont suivis, et je me suis apaisé aussi sur ma place qui n'était pas celle justement de savoir si c'était la vérité ou non. Cela m'a permis d'être plus tranquille, et quand je l'ai reçu toutes les autres fois, je n'ai plus jamais ressenti ces vécus là, mais vraiment pas.

Moi : Tu ressens quoi face à toutes ses situations ? Comment tu le gères ?

Benjamin : J'ai des espaces personnels pour pouvoir les élaborer encore plus, dans mon travail personnel, des supervisions personnelles. Après, il y a beaucoup d'échanges avec l'équipe.

Moi : Agnès disait qu'il y avait une supervision ?

Benjamin : Il y a une supervision, une fois par mois. Puis on en discute au quotidien, que cela soit dans les interstices avec les médecins. On échange beaucoup sur ce qu'on ressent, ce qui nous glace. On verbalise entre nous. On parle quand même beaucoup.

Moi : Qu'est-ce que cela te fait vivre ?

Benjamin : Moi, ça passe quand même plutôt d'un point de vue corporel. Le baromètre c'est mon corps. Mais ce n'est pas forcément lié à cette clinique spécifique de post-trauma et de l'exil. Enfin, je sais qu'en tout cas, face à quelqu'un qui a une structure psychotique ou qui s'en approche, j'ai toujours des ressentis, et cela se passe au niveau de mon ventre. C'est vraiment mon premier baromètre clinique, ce sont mes propres ressentis physiques. Cela passe dans le corps, avant tout. Je pense que la rencontre est avant tout deux corps qui se rencontrent avant même qu'il y ait une parole. Cela a d'autant plus d'importance, dans cette rencontre des corps, car il y a des postures, ce que va donner l'autre, ce que je vais donner, et aussi des ressentis physiques intérieurs à mon propre corps. Après la rencontre, le langage vient en seconde instance ; et puis comme ici on travaille beaucoup avec les traducteurs, le sens même de la parole vient en troisième instance. Un : les corps, Deux : la modulation de son rythme, de ses intonations et c'est seulement à la troisième instance que vient le sens puisque cela vient après que la parole du patient et que la mienne ait transité par l'interprète. Intéressant ! Justement, ici l'interprète est le médiateur, le tiers. Il sert très certainement aussi de paratonnerre quelque part par rapport à la violence qui peut être exprimée dans l'espace thérapeutique. Il reçoit au premier lieu, c'est lui qui reçoit le sens de ce qui est dit, ce n'est pas moi finalement. Justement, il pourrait ressentir des choses à travers l'échelle de graduation de la voix, de ma position, de mes propres ressentis physiques, et qui ne sont pas liés au sens immédiat du signifiant des mots. Cela vient après, finalement. C'est très variable selon les traductrices (en général ce sont des femmes), mais moi j'aimerais qu'elles puissent dire « je » directement ; mais justement, comme c'est beaucoup trop violent, certaines ne peuvent pas du tout et disent « elle dit qu'elle ». Ce n'est pas l'idéal. Après dire « je », c'est trop compliqué de dire « j'ai été violée, etc. ». Celles avec lesquelles cela se passent bien, c'est quand elles disent « elle dit j'ai, etc. » ; mais je comprends bien qu'elles aient besoin de dire « elle dit », elles ont besoin de se protéger, de faire tampon. Sinon, ce serait trop violent si elles devaient reprendre la parole telle qu'elle. Comme cela passe par ce tiers, c'est vrai que cela amorti les choses quand même.

Moi : Les entretiens avec les interprètes sont-ils courants ?

Benjamin : Oui, quand même. Mes consultations, le vendredi matin, sont en albanais. J'essaie de mettre tout en même temps, donc cela peut être des après-midis entières de Serbes, Russes, ou la matinée Albanais, donc oui, beaucoup de traducteurs, presque 50% des patients. On a

aussi beaucoup de patients qui parlent anglais, ce n'est pas ma langue première, ce n'est pas nécessairement la leur non plus, donc à travers cette autre langue, c'est intéressant.

Cela permet de dire les choses, autrement ; parce que l'idée du récit, c'est de venir parler de ce qu'ils ont subi. Je leur explique ce qu'on fait, à quoi cela sert de parler. Donc je leur réexplique assez simplement les choses en leur disant que les images qui viennent les envahir en permanence jours et nuits, le fait qu'ils revivent en permanence ce film qu'ils ont vécu, et qu'ils sont seuls avec ces images envahissantes ; l'idée est de transformer ces images en autre chose, en l'occurrence, les transformer en film. La parole est une transformation d'une image. Elle sert à mettre en récit l'histoire des éléments traumatiques, et rien que le fait de pouvoir en parler, de le dire, cela va transformer les images en autre chose que le langage ; et si, en plus, le langage n'est même pas leur langue maternelle, cela va être une autre transformation, cela transforme encore plus de choses. Le langage n'est pas tout, on ne voit pas tout, et que cela soit dans une autre langue, moi je trouve que c'est intéressant. Cela déplace évidemment encore plus les choses. Alors, pour revenir à ta question initiale de ce que je faisais de tous ces récits traumatiques. Justement, l'idée est que mon job est de justement de les transformer. Mon job est de les accueillir, mais ne pas les garder en moi, c'est de les renvoyer, de les transformer. J'en garde évidemment, mais quand même, mon job n'est pas d'être un simple réceptacle poubelle de ce récit horrifique. Je ne suis pas simplement le contenant, je le renvoie ensuite à la personne qui va le transformer ; donc j'en garde évidemment, mais pas tout. J'ai l'illusion de ne pas les ramener avec moi quand je rentre le soir, mais c'est quand même une illusion, parce que je vois bien comment cela peut me travailler dans mon sommeil.

Aussi, je leur explique pourquoi qu'on se rencontre, ce qu'est qu'un psychologue, ce que l'on va faire et puis que cela arrive de ne plus se voir. Je leur fais des petits dessins, des schémas où je leur explique tout, très simplement. La grande question c'est : « est-ce que cela va durer encore longtemps ? Est-ce que je suis fou ? » Alors, je leur explique que non, ils ne sont pas fous, que d'abord ce sont leurs réactions et leurs symptômes. Ils posent des questions de normalité : « Je ne suis pas normal ? » Alors je dis que non, ils sont normaux mais que sont les situations vécues qui sont anormales. Je leur explique un peu, je fais des petits dessins. Je leur explique en faisant une espèce de chronologie de l'existence. Je fais une flèche qui serait le temps de l'histoire, qui retrace l'historicité de tout cela. Là, on est là, par exemple. [Benjamin me dessine une flèche horizontale.] Je fais une croix là où est leur naissance, et lorsqu'il arrive un événement traumatique ; le fait qu'ils n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir ; et que ce qu'ils faisaient précédemment, n'existe plus, et du coup il n'y a plus que cela, que ce moment-

là. Le but de nos rencontres, c'est de remettre en route cette flèche temporelle avec une reprise en compte des événements avant le trauma, et avec la possibilité de se projeter après. Il faut refaire revivre des mémoires d'avant le trauma. C'est vraiment comme cela que j'essaie de faire les choses. Ça leur plait vraiment.

Moi : Est-ce que tu penses que le contre transfert est plutôt un outil majeur ?

Benjamin : Oui, c'est bien un outil majeur. Justement pour revenir dessus, je me suis penché sur cela : « Qu'est-ce que j'éprouve ? » « Pourquoi ? ». J'en suis arrivé à me dire, que peut être je pouvais me retrouver à leur place. Il fallait réfléchir à ce qu'il se passait, ce qui est un outil principal. Comme je te dis, dès que j'ai des gargouillis bizarres, c'est qu'il se passe quelque chose. J'ai le ventre qui gonfle à ce moment-là.

Moi : Cela t'a vraiment marqué d'avoir douté. Tu ne t'y étais jamais confronté ?

Benjamin : Oui, le truc, quand je rencontrais des patients en CMP, il n'y a pas un instant où je pensais qu'ils pouvaient me dire quelque chose de faux ; et pourquoi là, d'un seul coup, je me mettais à me positionner là, à douter du récit. J'avais une position qui n'était plus celle d'un psychologue, mais qui était la celle du flic par exemple, du soldat, de l'officier, de celui qui se met dans la position du commissaire. C'est super défensif.

C'était le début, je n'étais vraiment pas aguerri. Mais aujourd'hui, même si je peux me dire qu'il me raconte des choses qui peuvent être invraisemblables, cela ne me dérange pas plus que cela. C'est qu'il y a une nécessité à faire ce récit-là. Je dois l'accueillir.

Je vais parler d'une autre séance avec une dame albanaise qui, d'un seul coup, veut me voir, s'effondre en larmes. Moi, je la connaissais, et je la suivais depuis longtemps, et je n'étais plus touché par ses larmes. Pour le coup, l'interprète, une jeune femme qui ne l'a jamais rencontré, a été saisie par le récit, et a pleuré avec elle. Elle me disait : « je suis vraiment désolée ». Et je lui disais : « c'est bien, c'est vraiment très bien ». Je trouve cela très intéressant qu'elle ait pu pleurer avec cette dame en ma présence. C'était un temps qui pouvait le permettre, et c'est très bien. La dame a pu avoir une personne qui pleurait avec elle ; et reconnaître à travers ses larmes, ce partage de larmes, et je trouvais drôlement intéressant pour tout le monde, et surtout pour la jeune femme. Je pense aussi pour la dame, et j'ai repris un temps avec l'interprète, pendant un moment après, car elle était vraiment bouleversée ; et j'ai trouvé cela vraiment bien qu'elle se

soit excusée d'avoir pleuré, et que, bien au contraire, elle a du faire énormément de bien à la patiente. Alors, le fait qu'on puisse lui expliquer combien ça a pu faire du bien, cela lui a permis de trouver un apaisement. C'est un vrai partage de larmes. C'était bien.

Les larmes de la traductrice venaient témoigner que sa peine était partageable. Des fois, je peux me mettre à nu, mais pas au point de craquer avec les patients. Et du fait que cela a pu se réaliser en séance avec un tiers, je trouvais cela très bénéfique.

III - ENTRETIEN AVEC CLAIRE

Claire est psychiatre dans un service d'urgence psychiatrique. Elle a travaillé pour une PASS.

Nous nous sommes rencontrées dans son bureau pendant une heure.

Moi : Dans un premier temps, je vais demander de te présenter.

Claire : Je suis psychiatre dans un service d'urgences ; et puis je m'intéresse à la question des migrants, des demandeurs d'asile depuis plusieurs années. J'ai fait un sujet de thèse dessus ; et à l'ouverture de la permanence d'accès aux soins, j'y ai fait des demi-journées, car il n'y avait pas de psychiatre affecté à ce poste. Aux urgences, il nous est arrivé d'avoir des demandeurs d'asile que j'ai pris en charge, faute de dispositif de soins à l'époque, avant la création de la PASS.

Moi : Est-ce que tu peux me faire part d'une situation qui t'a touchée émotionnellement ?

Claire : Il me revient spontanément une situation que j'ai trouvée difficile. C'était une dame rencontrée à la PASS lors d'une consultation. Une dame d'origine Albanaise qui était arrivée en France enceinte, avec deux enfants en bas âge, et qui rapidement après son arrivée en France avait donné naissance à deux jumeaux. Quand je l'ai vu, les jumeaux devaient avoir environ un an peut être, voire deux ans plutôt. C'est une dame qui avait quatre enfants, qui était seule, qui est arrivée dans une histoire de vendetta, de vengeance dont a été victime son mari qui avait un jour tout simplement disparu. C'était une histoire de règlement de compte inter famille qui apparemment est courant dans le nord de l'Albanie d'où elle venait ; et il avait été mêlé dans une rixe au cours de laquelle est décédé un jeune homme ; et donc, pour se venger de la mort de ce jeune homme, la famille avait organisé des représailles sur ce mari qui, probablement, elle n'en avait pas la certitude, avait été tué. Elle l'a vu partir au travail un matin, et ne l'a plus jamais revu. C'est une famille qui avait été clairement menacée ; et à qui on rattachait cette disparition au souhait de vengeance de la famille de la victime. Cette vengeance s'exerçant sur la lignée masculine, elle craignait aussi pour un de ses fils. Elle a donc décidé de partir seule, avec ses deux enfants, et à l'époque, enceinte. Elle a eu un voyage assez long jusqu'ici. Elle a

été prise en charge au début dans un foyer, un CADA², car avait des enfants au bas âge, mais elle n'a pas reçu le statut de réfugiés ; donc, quand je l'ai vu, elle venait d'être mise dehors par un CADA. C'est une dame qui m'a beaucoup touché, car elle se retrouvait seule, sans moyen d'hébergement, elle ne parlait pas français. Elle était avec 4 enfants. L'aîné devait avoir 6 ans, le deuxième 4 ans et les jumeaux environ 2 ans. Elle était dans une situation de détresse, à la rue. C'était une situation qui m'avait beaucoup bouleversée en tant que jeune maman, à l'époque aussi. Elle était beaucoup en lien avec ma situation familiale ; et je voyais cette femme assez régulièrement, car on était vraiment inquiet, elle nous expliquait qu'elle était à Perrache où, à l'époque, il y avait pas mal de migrants qui s'étaient installés sur les autoroutes, dans les pentes ; et elle avait tous les symptômes post-traumatiques, des reviviscences. Elle n'avait pas d'idée suicidaire, mais elle avait des flashes qui l'empêchaient de dormir, plus la question de la sécurité des enfants. Elle expliquait que, la nuit, elle trouvait des stratagèmes pour ne pas dormir et veiller à la sécurité de ses enfants. Elle avait peur qu'ils sortent de la tente, qu'ils soient en danger, et donc, on s'était attelé avec l'assistante sociale à lui trouver un hébergement ; mais aussi, on était bloqué par la situation où elle était déboutée par la CNDA³ ; aussi donc, sans accès à un hébergement, même si elle avait des enfants en bas âges. Elle était bien occupée à faire une ordonnance pour rester sur le territoire ; et à l'époque, il y avait cette communauté albanaise qui était autour de Perrache qui a été disloquée, car il y avait un premier ministre Albanais qui était venu, et avait organisé des retours en collaboration avec l'Etat. Nous nous sommes beaucoup mobilisés. Nous la voyions très souvent pour voir si elle était déjà, elle et ses enfants en sécurité, pour essayer de tirer différentes sonnettes d'alarmes. Elle avait, quand même, un traitement antidépresseur, on la voyait avec un interprète en psychothérapie, bancaire, certes. J'avais fait une demande « d'étranger malade » pour elle, et cela avait miraculeusement fonctionné. C'était une époque où l'on octroyait beaucoup ce statut. Pendant six mois environ,

² Les Centres D'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) sont des établissements sociaux et sont soumis à la réglementation du code de l'action sociale et des familles (article L.312-1, al. 13). Ils ont pour mission d'héberger et d'accompagner socialement et administrativement les demandeurs d'asile admis au séjour.
Source : <http://www.france-terre-asile.org>

³ La Cour nationale du droit d'asile (CNDA), compétente pour connaître des décisions relatives aux demandes d'asile, est une juridiction administrative spécialisée statuant en premier et dernier ressort sur les recours formés contre les décisions de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA).

Cette juridiction, placée sous le contrôle de cassation du Conseil d'Etat, a une compétence nationale.

Elle est une juridiction de plein contentieux comme l'a reconnu le Conseil d'Etat depuis sa décision Aldana Barrena du 8 janvier 1982. Cela signifie que le juge de l'asile ne se limite pas à annuler la décision prise par le directeur général de l'OFPRA mais qu'il substitue sa propre décision à cette dernière en se prononçant lui-même sur le droit du demandeur à la qualité de réfugié ou au bénéfice de la protection subsidiaire.

Source : <http://www.cnda.fr/La-CNDA/Competences-de-la-CNDA>

on la voyait toutes les deux semaines, voire toutes les semaines, où elle venait voir l'assistante sociale à la PASS pour récupérer des affaires pour les enfants, car il y avait une collecte qu'on fait toujours à la PASS pour récupérer des jouets ou des vêtements, et pour s'assurer qu'ils étaient bien en sécurité.

Après, cette dame a obtenu son statut d'étranger malade. Elle est partie dans l'Ain où elle a été hébergée. Elle nous a donné de ses nouvelles par la suite. Elle est venue nous voir à la PASS, nous a écrit. Je n'ai plus de nouvelles récentes mais, a priori, elle a pu trouver un mode d'hébergement et probablement un travail. Elle s'est mise à apprendre le français. Je pense qu'elle est toujours ici. C'est la situation qui m'a le plus marqué, cette dame, ne parlant pas français et qui était avec quatre enfants en bas âge, dans la rue. On voit des situations comme cela où souvent c'est un couple avec un ou deux enfants, mais là, c'était surtout une situation extrême.

Moi : Ce que tu as rapporté, c'était vraiment une identification à la femme, à la mère ?

Claire : Il y a eu de cela car à l'époque, ses petits jumeaux avaient le même âge que mon fils, et du coup, forcément, cela jouait beaucoup.

Moi : Est-ce que, pour toi, tu penses que dans cette situation, le contre transfert a été pour toi un obstacle à la prise en charge, ou plutôt un outil majeur ?

Claire : Finalement, avec du recul, l'énergie qu'on a mis dans cette situation, nous a beaucoup mobilisé. Je pense que les entretiens qu'on avait avec elle, qu'on a mis en place dans cette urgence-là, ont fait qu'elle a obtenu plus facilement le statut « d'étranger malade ». Je me rappelle qu'on était animé d'un sentiment d'injustice et de colère, voyant cette femme dehors. Est-ce que c'était un obstacle ? Non, je dirais que non. Je n'ai pas l'impression en tout cas. On était mobilisé, on a mobilisé ces ressentis-là dans une espèce d'énergie autour d'elle, où on lui a consacré beaucoup de temps, de moyens. Je la voyais en entretien, l'infirmière la voyait aussi, de même que l'assistante sociale. C'était plutôt moteur et accélérateur lors de cette prise en charge.

Je voulais préciser que le seul moyen qu'on avait pour éviter de mettre à la rue des enfants à l'époque, après avoir tout épluché, c'était de les placer à l'IDEF⁴. Je pense que cette idée n'était pas acceptable car cette procédure, séparer la maman de ses enfants, était extrêmement délétère, et amenait à accélérer leur retour. C'était cette espèce de chose paradoxale où l'enfant était en sécurité, mais où tout cela mettait la famille en péril, puisqu'elle allait être renvoyée plus vite en Albanie, et la renvoyer face à la vendetta qui était toujours active là-bas. Donc, on n'a pas fait cette démarche. Il n'y avait pas de moyens de les mettre à l'abri différemment, donc on les a bien suivis de façon hebdomadaire pendant leur période à la rue.

⁴ L'Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille (IDEF) est un lieu de vie spécialisé dans l'accueil d'urgence des bébés, des mineurs et de leurs mamans.

Source :

http://www.rhone.fr/solidarites/enfance_famille/protection_de_l_enfance/institut_departemental_de_l_enfance_et_de_la_famille

IV- ENTRETIEN AVEC AGNES

Agnès est assistante sociale dans une PASS. Nous nous sommes rencontrées dans son bureau.
L'entretien a duré une heure

Moi : Tout d'abord, je vais te demander de te présenter

Agnès : Je m'appelle Agnès. J'ai une expérience de bientôt seize ans dans les PASS.

Moi : Est-ce que tu peux me faire part d'une situation qui t'as touchée émotionnellement dans ton travail auprès des patients ?

Agnès : Alors une situation que j'évoque régulièrement en parlant des traumatismes, aussi bien par rapport à ce qu'a vécu le patient et ce que j'ai moi j'ai vécu ; c'est un jeune homme, Jacques, un ancien enfant soldat qui a lui-même été torturé, a consommé de la drogue afin qu'il puisse faire toutes ses actions. Il était lui-même une victime mais aussi un bourreau. C'est quelque chose qu'il a eu du mal à accepter.

Je vais te raconter : c'est un patient qui est arrivé une fois lorsque je devais fermer le service. Il est arrivé en disant : « Je dois vous parler mais cela va être long ». Je lui ai dit que ce n'était pas grave et il est rentré pour que je l'écoute. On sentait que si je disais non, il ne reviendrait pas, donc je lui ai dit de rentrer. On était dans le bureau tous les deux. Il est parti à 19h30. Il m'a raconté son histoire, son histoire d'enfant soldat, son arrivée en France où il a demandé un statut de mineur réfugié, ce qu'il lui a été refusé. Il a été longtemps sans papier. C'est surtout son vécu, son récit qui m'a beaucoup perturbé. Ce récit date d'il y a 4 ans. J'avais l'impression, tout en l'écoutant, de visionner des films sur ce qui se passe en Afrique, des actions avec les femmes qui sont violées, à qui on coupe les seins et tout cela, il l'a raconté à sa façon. Je voyais les images, ce qui a été très perturbant. Lui, cela lui a fait du bien. On a beaucoup parlé et cela a duré longtemps. Le soir même, je n'étais pas très bien. J'avais en face de moi un gamin victime et un gamin bourreau. Quand une victime se présente comme une victime c'est une chose et quand un bourreau se présente comme un bourreau c'est autre chose ; mais les deux à la fois ; c'est assez rare. Lui, insistait beaucoup sur le fait qu'il ne pouvait pas fermer les yeux, ni dormir, car il voyait ce qu'il avait fait ; mais, en même temps, il n'était pas responsable, car il était sous l'effet de drogues, menacé. La difficulté a été cela : l'écouter sans avoir de préjugé, ce qui n'est pas évident.

Moi : Qu'est-ce que cela t'a fait vivre à ce moment-là ?

Agnès : Sur le coup, j'étais vraiment sur l'image. Je suis restée longtemps, lors de notre première rencontre. Je n'arrivais pas de me dire que c'était un pauvre gamin qui avait été manipulé ; je suis restée plus sur l'image du bourreau. Je n'avais que ces images de femmes à qui ont fait subir pleins de choses. A un moment donné, ce gamin je l'ai un petit peu occulté pour qu'il puisse raconter son histoire et sa situation à lui en tant que personne victime ; et j'ai pu retravailler cela après, car il revenait deux trois fois par semaine. Quatre ans après, j'ai encore des nouvelles, il m'envoie des courriers. Mais c'est vrai qu'au départ, il ne savait plus qui il était, et moi aussi je ne savais plus comment le prendre. C'était un peu perturbant. C'est vrai qu'à côté, le fait d'être assistante sociale, tu peux détourner en disant que l'on va s'occuper de l'administratif. Mais tu sentais qu'il venait pour parler, qu'il venait pour un soutien. En fait, j'ai joué la psycho pendant des mois. Il ne venait que pour cela. C'est vrai que c'est un jeune homme qui dans son malheur a eu beaucoup de chance car sur Lyon il a été pris en charge par une association qui était très présente, qui l'ont hébergé, l'ont soutenu. Il le reconnaît lui-même. Je l'ai accompagnée pour qu'il puisse prendre des cours de Français. On l'a beaucoup soutenu.

Moi : Au cours de ce suivi, au début, tu le voyais vraiment en tant que bourreau plutôt que victime. As-tu eu du rejet ?

Agnès : Alors non, je n'ai pas eu du rejet, je ne dirais pas du rejet, j'ai été un peu mal à l'aise. Au départ, pendant trois heures, le soir, je n'ai vu que cela. A la maison, j'ai dit : « on vient de me raconter une histoire mais j'ai vu un film », et j'ai pensé cela bien pendant deux ou trois jours. C'est vrai, je parle souvent de Jacques parce que son histoire m'a perturbée. J'avais déjà rencontré des patients qui se présentaient directement comme bourreau, mais bon ils se présentaient et faisaient une demande d'asile comme ils se présentaient ; car à l'époque, ils ne pouvaient pas faire autrement. Mais là, c'était différent, il parlait peu de ses actions car il avait été obligé de les faire, et se sentait très mal, et je suis restée que sur les images.

Moi : Lui aussi a subi des tortures ?

Agnès : Oui, en fait il a été drogué, violé. Il a été victime de tortures dans la mesure où il a été obligé de faire des choses, contre sa volonté. Il a tué des gens alors qu'il avait 10 ans. Après, il a été maltraité. Ce sont des gamins que tu pousses à l'alcool, à la drogue pour qu'ils soient dans

des états seconds. Il me racontait que des fois, on lui disait ce qu'il avait fait deux jours après. Il n'était pas conscient et il ne se souvenait pas de ce qu'il avait fait sur le coup. Quand on s'est vu la première fois, c'était vraiment très précis. A un moment donné, je me disais même qu'il en rajoutait, qu'il avait vu cela d'un film. J'étais dans ces idées-là. « Est-ce qu'il ne me raconte pas un film qu'il a vu ? » Mais il y avait tellement d'émotions lorsqu'il exprimait ce qu'il était capable de faire. Tu voyais par ses mimiques, par son visage qu'il s'en voulait énormément de ce qu'il avait pu faire. Ce n'était pas un récit anodin. Hormis le récit, il y avait sa façon de le raconter qui poussait à dire qu'il avait besoin d'aide. Il lui a fallu une deuxième rencontre pour qu'il se dise qu'il avait besoin de moi, et je ne lui ai jamais fermée ma porte. Et c'est ça qui est important pour moi. J'étais la seule personne à entendre son récit. C'est important. Heureusement que je n'ai pas mal réagi on va dire.

Moi : Comment tu arrives à faire face quand tu reçois toute cette souffrance ?

Agnès : Je pars du principe, comme je fais ce travail, que nous sommes tous des êtres humains. On est dans un milieu professionnel, mais on est ce qu'on est, et je préfère dire à un moment donné, quand j'ai trop entendu, que je ferme ma porte. Je refuse de recevoir quelqu'un si je ne suis plus prête à entendre, car quand tu reçois quelqu'un qui raconte tout ce qu'il a pu subir à un moment donné, tu n'es plus capable d'entendre ; donc la principale honnêteté, c'est de dire stop.

Moi : J'essaye de comprendre comment tu fais au quotidien pour recevoir tous les récits des patients qui arrivent, toutes les souffrances qu'ils ont pu subir.

Agnès : Au fur et à mesure, je pense qu'on ne peut pas dire qu'on le vit mieux. Je suis plus capable d'entendre maintenant qu'avant. Au départ, c'était vraiment quelque chose de très douloureux. Il faut dire que j'ai commencé à travailler avec les migrants dès le début de ma carrière. Lorsque je suis arrivée, la première mission que j'ai eu avec les migrants c'était avec des mamans qui arrivaient de Bosnie avec des enfants blessés. Tu es déjà dans le bain avec ces femmes, ces enfants blessés, voire handicapés, suite à la guerre. Tu commences là. Après, j'ai accueilli les Kosovars. Certains ont vécu deux trois mois en pleine forêt avec un bébé d'un mois, ils ont survécu. Il faut te forger un petit peu et après, au fur et à mesure, depuis 16 ans à la PASS, tu entends toujours, et tu n'es jamais blindée et heureusement, parce que, sinon, tu arrêtes de faire ce boulot, mais tu trouves des petites recettes. Tu arrives à un moment donné à

penser à autre chose ; et tu vois, moi, ce qui me fait du bien, c'est leur courage. Ils sont vachement courageux. La semaine dernière, j'ai vu deux jeunes femmes qui ont vécu à la rue jusqu'à deux semaines avant la fin de leur grossesse. Elles sont capables de venir te voir un mois après avoir accouchée et te dire merci. Je leur réponds que ce n'est pas à moi qu'il faut dire merci. Moi je les envie d'avoir un tel courage. J'ai rencontré dernièrement dans la rue une dame qui m'a dit : « Vous m'avez sauvé la vie ». Tu te dis voilà ce que tu es capable de faire, même si parfois tu te sens complètement impuissante et bien non je me trompe ; je ne suis pas si impuissante que cela pour eux.

Moi : Oui, parce que tu as un retour de leur part, et c'est ce qui te fait tenir.

Agnès : Je pense que c'est ce qui me fait tenir. Tu vois, les gens sont capables de te dire merci, alors qu'ils n'ont pas à te dire merci. La semaine dernière, ces deux petites dames avec leur bébé m'ont dit : « Mais Agnès, tu nous as écoutée ». Il faut tout simplement écouter. Ce qui permet de tenir, c'est ça je crois. On ne peut pas tout faire, on n'a pas de réponse à tout. On ne va pas faire de miracle mais moi, s'ils ont besoin, je leur apporte, et c'est ce qui leur fait du bien. Même si nous, dans notre bureau, on dit : « non, elle ne fout rien, elle est bonne à rien », et bien pour eux c'est totalement différent, et je pense que c'est ce qui me permet de tenir. Même si, par moment, c'est très dur.

Je suis marraine de plusieurs bébés. Il y a plein de choses que je fais qui font que tu n'es pas qu'un bureau. C'est cela qui te permet de tenir. Et puis, surtout ce rendu, cette reconnaissance qu'ils peuvent avoir sur ce que tu as fait, et c'est très important. Mais cela n'empêche pas de craquer de temps en temps. On nous a mis en place une supervision depuis deux ans et demi ce qui est plus que nécessaire, car imagine 14 ans sans supervision à écouter tout ce que tu peux écouter...

Moi : Ça t'a aidée la supervision ?

Agnès : Justement, quand on a commencé, je venais de rencontrer Jacques, cela m'a permis de pouvoir en parler plus sereinement. D'ailleurs, j'ai présenté Jacques à une conférence. C'est vraiment une histoire qui m'a amenée à beaucoup réfléchir sur la capacité d'écoute et l'intérêt de cette écoute : jusqu'où peut-on aller ? Comment y aller sans trop dépasser ? Et je te dis, quatre ans après, je reçois encore des lettres de sa part. Il vient me voir une à deux fois par an juste pour parler. Tu en as beaucoup comme cela. Quand tu travailles avec un public migrant et

en souffrance, tu te rends compte que la fonction que tu peux avoir on s'en fout, mais ce qui important, c'est que tu puisses les écouter. Ils ne font pas la distinction entre l'assistante sociale, les docteurs. Ce matin encore, une dame m'a dit « Au revoir Agnès, au revoir Docteur ». Tu vois, cela reste subjectif.

Moi : Parce que tu l'as écoutée ?

Agnès : Oui exactement. Quand je reçois des stagiaires, je leur dis que dans notre boulot, et encore plus à la PASS, notre plus gros travail est l'écoute. Alors ce n'est pas toujours valorisé, mais c'est ce qu'il y a de plus important, car si tu ne crées pas un sentiment de confiance, un lien, tu ne peux rien faire. Si les gens supportent, c'est parce qu'ils ont su te faire confiance en se disant qu'elle va finir par arriver à faire quelque chose. S'ils ne nous faisaient pas confiance, on ne les reverrait pas, et puis ce serait un échec. Pour eux c'est une réussite, donc au final, pour moi, c'est une réussite. Tu as ces patients pour qui c'est évident, ce sont des gens en souffrance et puis il y a ceux pour lesquels tu as du mal à distinguer. Tu ne sais pas si c'est vrai. Tu peux recevoir trois personnes et trois fois la même histoire, et tu n'arrives plus à les croire. C'est vrai qu'il faut être conscient que lorsque tu travailles dans ce monde-là, il se raconte des choses dans les rues, dans les associations, et ce n'est pas bon non plus. A un moment donné, il faut savoir dire non, et il faut leur faire comprendre que tu n'y crois pas, que tu es désolé, mais que tu n'arrives pas à croire à leur histoire.

Moi : Et puis au fil des années, tu acquiers une certaine sensibilité ?

Agnès : Si quelqu'un vient ici, et si j'estime qu'il ne va pas bien, je le conduis aux urgences. Je me suis rarement trompée en me disant qu'il n'y avait pas d'urgence. Tu sens plein de choses. Ce matin, j'en ai adressé un aux urgences, car je ne voyais pas ce que je pouvais faire, et je pensais qu'il y avait une urgence. C'est vrai que c'est un boulot où c'est l'expérience qui est importante. Ce n'est pas en un mois de temps que tu vas être capable de voir tout cela. Tu es capable de l'entendre mais comment tu vas le vivre derrière, c'est différent. Quand je pars en vacances, la veille de mon retour, j'ai tous les noms des patients pour qui cela me posait souci avant de partir. Ce qui est important aussi pour les patients qui sont en souffrance, comme ceux qu'on peut recevoir, c'est que je fais un point d'honneur à tous les appeler par leur nom en salle d'attente. C'est plein de petits trucs qu'il faut mettre en place.

Moi : Est-ce que cela te renvoie, parfois, non pas que tu aies vécu cela, à ta famille, à tes enfants, à ta vie familiale ?

Agnès : Oui, par exemple, tu as des mamans qui arrivent et te disent, moi, j'ai six enfants au pays, et toi, tu es maman, et tu te dis : « Jamais je n'aurai laissé mes six enfants » et là tu te dis : « Tu es bête, tu n'es pas dans sa situation, tu n'es pas dans son pays ». Il faut mettre de côté nos préjugés de petites mamans qui s'occupent bien de ses enfants. Je me souviens, lorsque je travaillais dans un autre hôpital avec une maternité, je suis intervenue dans le service pour dire que ce ne sont pas des enfants maltraités, mais qu'un bébé qui est emmitoufflé entièrement, et que l'on le met de côté, ce n'est pas parce qu'on l'aime pas, mais que c'est culturel. Il faut faire attention avec ce que l'on dit. Encore maintenant, comment peut-on partir en laissant ses enfants ? Même avec autant d'expérience, je me dis que l'on n'est pas dans la même situation, mais il n'empêche je me pose quand même la question. Je me dis souvent que c'est de plus en plus compliqué, car il y a tous ces gens qu'on laisse dormir dehors avec des enfants. Ils vont rester en France pour certains, et que vont devenir ces enfants ? Quel sera leur état d'esprit ? C'est difficile. Par exemple, tous ces gens qui sont refusés en demande d'asile, et qui décident de rester en sachant qu'ils vont être dehors... Qu'est-ce qu'on serait capable de faire, nous, dans cette situation ? Est-ce qu'on aurait la force de faire cela dans cette situation ? Je doute d'avoir le courage. On a la chance, nous, de ne pas le vivre. J'insiste auprès de mes enfants, surtout quand ils étaient plus jeunes, qu'eux, ils sont chanceux mais qu'il y en a pleins qui n'ont pas de chance. Quand je travaillais en foyer, ils venaient avec moi. Je les amenais le dimanche pour voir, pour partager. J'amenais, aussi, les enfants à la maison, pas pour qu'ils voient qu'il y a des enfants pour qui cela se passent bien ; mais pour que chacun puisse partager, donner, échanger leurs affaires, leurs jouets.

Moi : Tu donnes beaucoup de toi.

Agnès : Oui, mais on m'en donne tellement. Quand je pars en vacances, je me fais engueuler quand je reviens, car ils me disent : « Encore ! », et je comprends. C'est pour cela que si je reste sur Lyon, je regarde mon portable, et certains ont mon numéro. Oui, je donne de moi, mais ils me donnent beaucoup, donc ce n'est pas grave, mais il y a des fois où je suis fatiguée, j'en ai marre.

Moi : Tu sais quand tu atteins tes limites ?

Agnès : Oui, je pense pouvoir entendre, et être capable de beaucoup, mais à un moment donné si je me dis que je n'en peux plus, ce n'est pas être malhonnête. Ils ont une bonne raison de venir me voir. Si je deviens trop suspicieuse, car je suis fatiguée, je ne les reçois pas. Il faut faire cela, je pense, car il faut savoir se protéger aussi. Quand tu rentres chez toi, et que tu vois ta petite famille, que tout va bien, tout l'hiver tu te dis, il neige c'est super. Moi, ma première réaction, c'est : « Ils sont dehors. Il fait froid. » Je pense à tous ces gens. Mais, en même temps, je trouve des petites parades pour me protéger. Je sais où ils sont, en général, et ce sont des endroits où je ne vais pas. Par exemple, quand il y avait un grand camp, place Carnot, je n'y allais pas. J'y suis allée une fois pour faire un truc avec mes enfants, et j'ai dit : « Plus jamais ! ». J'étais mal à l'aise, j'avais honte. Toi, tu es bien, tu manges une glace, et tu te dis : « Qu'est-ce que je fous là ! ». J'en arrive à être honteuse d'être bien. Ce qui est marrant, c'est quand je pars, et que je reviens de vacances, ils veulent toujours savoir où je suis allée parce qu'ils disent qu'ils ont besoin que je sois en forme pour les aider.

Moi : C'est un partage...

Agnès : Quand tu reçois, tu peux tenir le choc. Je pense que le jour où je ne recevrais plus cela sera difficile, parce que je ne tiendrais pas. C'est pour cela que j'insiste sur les notions d'accueil, de globalité, que ce soit pour des migrants ou non, c'est important. Tu leur dis : « Donnez-moi vos papiers », cela ne veut rien dire. Tu les énerves. Moi, j'arrive, je leur demande leur nom. C'est plein de petits trucs comme cela qui font que les gens se sentent bien ; et que tu peux travailler autre chose. Nous, à la PASS, on est sensé les orienter après. C'est notre boulot. On ne peut pas orienter, si on n'a pas fait un travail de lien avec eux. Il n'y a pas longtemps j'ai reçu quelqu'un que j'avais rencontré à l'Hôtel. Il m'a dit : « Tu sais maintenant je travaille sur un chantier à Hôtel Dieu ». Je lui ai demandé ce que ça donnait ; et il m'a répondu : « Tu sais, tu ne te souviens pas, mais c'est là où tu nous as abandonné ». Je l'ai mal pris, parce que j'ai changé d'endroit, mais je ne les ai pas abandonnés. Pour beaucoup, c'était un abandon. Je les ai abandonnés encore une fois, et j'ai trouvé cela lourd. Le soir, je suis rentrée, et j'ai dit à mon mari : « Tu te rends compte, on m'a dit que je les avais abandonnés ». Ils ont vécu cela comme ça, pas tous, mais pour beaucoup c'était cela, l'abandon ; et je trouve que c'est dur. C'est pour te dire le poids qu'ils mettent à cette relation. Tu vois, c'est ça, ce partage qui permet de tenir ; et pour eux, c'est ce qui leur permet de tenir un petit moment. Quand tu n'écoutes pas, tu peux avoir des catastrophes. Je me souviens, quand je suis arrivée sur cet hôpital, il y a une dame qui

m'interpelle : « Agnès ! ». C'était une dame qui s'était immolée. Moi, je ne voyais pas qui c'était. Elle me disait : « Tu ne te souviens pas ? ». Je ne me souvenais pas ; et elle m'a racontée. C'était une dame que j'avais vu à l'Hôtel Dieu. Elle avait eu son statut de réfugié politique ; et comme elle était toute seule, elle s'était immolée, parce que, tu vois, quand tu as un statut, et que tu changes de groupe, tu ne sais plus où tu es, et elle ne savait plus où elle était cette dame ; et je trouvais cela dramatique qu'elle n'ait pas su trouver, à un moment donné, une écoute quelque part pour pouvoir dire les choses. C'est pour cela que, tant que j'étais à l'Hôtel Dieu, pendant neuf ans, quand tu finis ton rapport d'activité, tu dis, moi je n'ai pas de réponse pour cette souffrance-là, qu'est-ce qu'on fait ? C'est pour cela que je suis venue ouvrir la PASS : pour créer. Je me souviens qu'en 2004, j'avais écrit une lettre de ras-le-bol, sans réponse.

Moi : A l'époque, à l'Hôtel Dieu, tu étais toute seule ?

Agnès : Il y avait une équipe médicale, mais ils étaient à temps partiel. J'étais tout le temps toute seule, à tout faire. Ce n'est pas grand-chose, mais à l'Hôtel Dieu j'avais créé une association pour les mamans et les bébés. J'avais récupéré de l'argent de la mairie et du Rotary Club. J'avais créé plein de trucs comme cela. J'ai toujours été très active. Mais là, c'est autre chose. Cette souffrance psy, il y a longtemps que je voulais qu'on y apporte une réponse ; et la réponse est l'écoute.

Moi : Et le fait que tu sois sur cet hôpital, cela a-t-il amélioré les choses ?

Agnès : Ce qui améliore, ce n'est pas un lieu, c'est une équipe qui peut améliorer les choses. Il faut sensibiliser. Ce n'est pas parce que tu es infirmière que tu es plus capable. Ce n'est pas la fonction qui fait que tu sois capable d'entendre, c'est la personne. On m'a souvent reproché, et répondu, que je n'étais pas soignante. Mais désolé, avec le boulot que je fais, je pense que soignante, je le suis. Mais ce n'est pas cela la question. La question c'est, quand tu es dans une équipe où tu as un soutien, où toi tu es reconnue et soutenue, tu peux l'utiliser. Par contre, tu sais, ça n'a pas été simple sept ans et demi de PASS. Il y a beaucoup de conflits, et tu te dis, tu as besoin d'une équipe ; autrement tu craques. Une fois, j'avais rencontré Dr F., à une journée ou à un colloque quelque part, et il m'a dit : « Mais vous êtes encore là, vous avez tenu ! ». Je ne veux pas lâcher, mais par moment je suis prête à lâcher. L'équipe est étoffée, et on aime bien faire des supervisions. Il faut être capable de parler parce que, si tu n'as pas d'écoute, tu craques. Mais à un moment donné si c'est un peu compliqué, si je craque, ce n'est pas tant les personnes

qui me font craquer, c'est toute l'institution et les non-dits. On te rappelle souvent ce que tu es, donc c'est difficile. C'est là l'intérêt d'avoir le soutien de l'équipe. Et après, il faut mettre de l'eau dans son vin. Mais tu vois, quand tu vieillis, quand je dis que les gens n'ont pas de chauffage dans la salle d'attente, et qu'on me répond que c'est dû au temps qu'il y a dehors, et bien je monte au créneau. C'est aberrant. Ou alors, pourquoi ils font tant de gosses ? Ce sont plein de choses à travailler parce que ce n'est pas parce que tu es à l'hôpital, que tu es plus humain qu'un autre. Il faut travailler l'image de ce public qu'on reçoit. C'est vrai qu'ils ne font pas d'effort, ils sont ce qu'ils sont, comment on ferait nous, ailleurs ? Déjà, quand on est en vacances, est-ce qu'on respecte tous ce qu'il se passe dans le pays ? Eux, ils sont obligés d'être là, et ils ne sont pas forcément traiter de manière très correcte. La France n'est pas non plus un pays d'accueil très sympathique. Il faut accepter les choses. J'ai toujours l'impression que je les défends et c'est difficile car au bout d'un moment j'ai envie de leur dire : « Zut à la fin ! ». Il faut s'adapter, quand on a un public en souffrance. Je te dirais même, c'est une adaptation journalistique, c'est comment eux ils se sentent. Tu vois, ce matin, le monsieur qui était complètement prostré, c'était cela, je ne pouvais pas avancer. La réponse était médicale. Après, tu as des gens qui viennent qui disent qu'ils ne peuvent pas parler. « Revenez quand vous voulez et vous parlerez », et puis c'est tout. Ce n'est pas évident et ce n'est pas un état d'esprit qui est si fréquent que cela, tu vois. C'est comme les rendez-vous, moi, je n'en donne pas, et ce n'est pas grave, je m'adapte. Les gens sont conscients. Je leur dis que, le dossier, je le traite dans la semaine. Je ne le fais jamais en cinq minutes, car je préfère les écouter et faire l'administratif plus tard ; c'est pour cela que je ne donne pas de rendez-vous ; je suis là quand ils ont besoin, et après, quand c'est plus calme, je fais de l'administratif. Pour moi, la priorité ce n'est pas l'administratif, mais le lien que je peux créer.

V - TORTURE/TRAUMATISME/PTSD

J'ai retenu certaines définitions afin de définir le cadre conceptuel spécifique à la prise en charge des patients traumatisés.

En effet, cela me paraît important, car je pense que l'approche soignante diffère de la prise en charge des patients que l'on peut rencontrer en psychiatrie. Ces patients présentent des symptômes qui sont réactionnels à des événements de vie traumatisants où ils ont été exposés souvent à la mort, à des agressions physiques ou à la menace de mort.

1 - Définition de la torture⁵:

La torture est définie, par la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1984* comme : « (...) tout acte par lequel une douleur ou une souffrance aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins...d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit...infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite (...) ».

2 - Définition du Traumatisme⁶ :

Le traumatisme est un événement qui ramène à la mort ou menace de mort, blessure grave ou de menace de blessure grave, agression sexuelle ou menace d'agression sexuelle.

L'exposition peut être directe ou témoignée, indirecte par proximité émotionnelle avec une victime directe.

Il peut aussi s'agir d'une exposition répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

⁵ Définition apportée par Dr Souweine lors du Module 4 du DIU Santé Société et Migration

⁶ Définition apportée par Dr Halima Zeroug-Vial lors du Module 4 du DIU Santé Société et Migration

Le DSM-5⁷ n'exige plus que l'individu ait manifesté une peur intense lors de ses évènements.

3 - Définition du Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD) selon le DSM-5 :

Critère A

La personne a été exposée à un ou plusieurs des évènements suivants : mort ou menaces de mort ; blessure grave ou menace de blessure grave ; agression sexuelle ou menace d'agression sexuelle. L'exposition peut être :

1. Directe.
2. En tant que témoin d'évènements arrivés à d'autres.
3. Indirecte par proximité émotionnelle avec la victime directe.
4. Répétée en lien avec des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

Critère B

Reviviscence du traumatisme avec au moins une manifestation sur les cinq suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
2. Rêves perturbants récurrents dont le contenu ou l'affect est perturbé par l'évènement.
3. Réactions dissociatives (par ex : flashbacks) où l'individu sent/agit comme si l'évènement se reproduit.
4. Détresse intense et prolongée à des stimuli internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.
5. Réactions physiologiques à des stimuli internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

Critère C

Symptôme d'évitement avec au moins une des deux manifestations suivantes :

1. Eviter les pensées, les sentiments ou les discussions liés à l'évènement traumatique.
2. Eviter les personnes, les situations ou les activités liées à l'évènement traumatique.

Critère D

Altérations cognitives et émotionnelles (commencées ou aggravées après l'évènement) avec au moins deux manifestations sur les sept suivantes :

1. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'évènement.

⁷ Cinquième édition du DSM (de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA)

2. Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres ou du monde.
3. Distorsions cognitives persistantes quant aux causes/conséquences de l'évènement.
4. Etat émotionnel négatif envahissant (ex : peur, colère, culpabilité, honte).
5. Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes.
6. Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante à vivre des émotions positives.

Critère E

Symptômes persistants d'activation neurovégétative (commencées ou aggravées après l'évènement) avec au moins deux des manifestations suivantes :

1. Irritabilité, crises de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets.
2. Comportement imprudents ou autodestructeurs (comportement, consommation de substance, automutilation).
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Troubles de la concentration.
6. Troubles du sommeil.

Critère F

La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

Critère G

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère H

Il n'est pas attribuable à une consommation de substance ou à une autre pathologie du DSM.

Au contact des patients traumatisés, nos réactions sont plus fortes « (...) sans pouvoir immédiatement ni contrôler ni a fortiori rendre compte de ce qu'il se passe (...) »⁸.

Dans le contexte des soins, où le soignant peut être débordé émotionnellement, il m'a paru que les notions d'empathie et de contre-transfert soient incontournables.

⁸ LACHAL Christian – *Le partage du traumatisme - Contre-transfert avec les patients traumatisés*. France, Editeurs La pensée sauvage, 2006, 125 pages

VI - EMPATHIE ET CONTRE-TRANSFERT

1- EMPATHIE

Je ne peux pas aborder ce mémoire sans parler de l'empathie. En tant qu'infirmière, il me paraît important d'aborder ce concept, car c'est le point d'ancrage de notre métier. Lorsque nous prenons en charge un patient, c'est avant tout avec notre savoir-faire et notre savoir-être ; le savoir-faire étant ce que nous apprenons durant notre formation, et notre savoir-être étant, pour moi, ce que nous sommes.

Le soin en psychiatrie est d'abord une rencontre entre deux êtres humains. A travers les entretiens, nous apprenons à connaître le patient avec ce qu'il veut nous en dire. Nous évaluons sa demande, pourquoi il souhaite être pris en charge ; et aussi nous repérons les symptômes pour comprendre sa souffrance, qu'elle soit de l'ordre de la psychose ou de la névrose ou même réactionnelle à des évènements de vie traumatique.

Il faut savoir accueillir cette souffrance, trouver les mots justes, parfois donner un peu de soi pour renforcer le lien soignant/soigné et pour que le patient puisse éventuellement se rendre compte que nous comprenons sa souffrance, et que nous lui donnons de la légitimité.

L'empathie désigne « la capacité de se mettre à la place d'autrui, de se représenter ce qu'il ressent et/ou pense. »⁹

En grec ancien « em » εν signifie : « dans, à l'intérieur » et « pathos » παθος : « souffrance, ce qui est éprouvé ».

J'ajouterais à cette définition, les différents aspects qui selon moi contribue à favoriser une juste distance émotionnelle :

- le souci de l'autre ;
- la conscience que les émotions ressenties sont celles de l'autre ;
- la conscience que l'autre a des états internes différents des siens propres ;
- la conscience de la situation de l'autre ;
- le caractère intentionnel de l'attitude empathique ;
- l'intensité plus faible des émotions de nature empathique¹⁰.

⁹ <http://www.psychologie-positive.net/spip.php?rubrique16>

¹⁰ FAVRE Daniel, JOLY Jacques, REYNAUD Christian, SALVADOR Luc Laurent – *Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions*. PUF, 2005/4 Vol. 57, 128 pages

Rogers écrit : « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » ». ¹¹

Dans l'empathie il me semble important de mettre en avant la différenciation entre soi et l'autre. Elle semble plus évidente lorsque l'on prend en charge un patient psychotique, car ce qu'il vit ne peut pas, a priori, nous arriver. Il est possible d'avoir la juste distance, même si cela nous touche.

Il arrive dans certaines situations de soins que cette différenciation soit plus difficile à faire, surtout auprès des patients traumatisés. Ce qu'ils vivent, peut nous arriver, l'identification est possible. Il y a un partage et une transmission de la souffrance liés au traumatisme.

« Avec nos patients traumatisés, cette idée est là, qu'ils peuvent nous transmettre une part de leur traumatisme, en quelque sorte nous traumatiser à leur tour, même si ce traumatisme du thérapeute n'a pas la même intensité et les mêmes conséquences que chez le patient ». ¹²

Est-ce là que l'on peut parler de réactions contre-transférentielles ?

2- CONTRE-TRANSFERT

Une définition assez globale du contre-transfert est apportée par Laplanche et Pontalis. Ils le définissent comme suit : « l'ensemble des réactions inconscientes du psychothérapeute au patient, et plus particulièrement au transfert de celui-ci, pendant le traitement » ¹³. A partir de cette définition, je vais tenter d'en comprendre le sens à partir de ma brève expérience auprès de patients traumatisés.

Ce que je retiens dans cette définition, ce sont les « réactions ». Je ne m'attarderais pas sur le terme « inconsciente », car ce dont je souhaite parler, ce sont bien les réactions émotionnelles que le soignant ressent en lien avec le vécu traumatique du patient.

C. Lachal ¹¹ les décline en fonction de celles que l'on retrouve le plus auprès des patients traumatisés :

¹¹ SIMON Edith – *Processus de conceptualisation d'empathie*. Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) 2009, 98 pages – Revue : Recherche en Soins Infirmiers - Cairn.info

¹² LACHAL Christian – *Le partage du traumatisme – Contre-transfert avec les patients traumatisés*. France, Editeurs La pensée sauvage, 2006, 125 pages

¹³ Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS – *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, 2007, 544 pages

- réactions centrées sur soi : sentiment de perte de contrôle, d'impuissance, angoisses sous-jacentes ou pleinement ressenties, sentiment de dépression, de désespoir (...);

- réactions dirigées vers le patient : sentiment de répulsion, de dégoût, d'indifférence, de doute, de suspicion, de détachement, gêne, hostilité (...);

Il ajoute à cela, que certains de ces sentiments peuvent être partagés entre le patient et le soignant, comme le sentiment de culpabilité et de honte ; honte quand, notamment, le soignant s'identifie à l'agresseur.

Il écrit que « Parfois, c'est le caractère de transgression de ce qui est exprimé qui amène une réaction : le thérapeute peut éprouver un sentiment de folie, d'horreur ; ressentir une forme de peur ; il peut être submergé par des sentiments de colère avec des envies de vengeance pour son patient. Parfois, ce qui est raconté est tellement insoutenable que le thérapeute peut se sentir envahi par un sentiment de panique ».

Il me paraît, aussi, nécessaire d'aborder la notion d'identification, car auprès des patients traumatisés, nous pouvons y être confrontés.

L'identification est le fait de se reconnaître dans une personne.

La projection est un processus qui vise à projeter ses sentiments refoulés sur une personne.

L'introjection est « un processus qui met en évidence le passage fantasmatique du dehors au-dedans. Le concept est proche de celui d'identification et il est souvent opposé au mécanisme de projection. »¹⁴

L'identification projective du patient avec l'identification du soignant (issue la projection du patient), qui est appelée identification introjective, ont été mis en relation ; « l'un et l'autre s'identifient avec les représentations de soi ou d'objet dans les fantasmes inconscients du patient. La réaction contre-transférentielle devient alors une source d'information pour l'analyste de ce qu'il se passe chez le patient. »¹⁵

« On parle d'identification introjective concordante lorsque l'analyste (...) se ressent comme le patient se ressent. Lors d'une identification introjective complémentaire (...) l'analyste se ressent alors conforme à l'objet interne du patient, ce qui lui permet d'entrer en résonance avec la partie la plus troublée, car désavouée, du patient. »¹⁴

C'est alors un processus inter-psychique car il ne peut exister l'un sans l'autre. Là encore en découle l'empathie car il y a une réelle implication émotionnelle et le soignant rentre dans la sphère intime du patient.

¹⁴ GREEN André - *La projection : de l'identification projective au projet*, in « La folie privée », Gallimard, 1994.

¹⁵ BOLGERT Catherine – *L'identification projective* - Société Française de Gestalt (SFG), 2003, 198 pages

Une phrase a retenu toute mon attention. Le processus initial du contre-transfert est « celui de l'inclusion par l'un, dans sa sphère interne, d'une part du monde de l'autre. »¹⁶

Au contact des patients traumatisés, je trouve que ce que l'on vit, ressent, imagine, est décuplé. Ce qui m'a interpellé, c'est cette transmission du trauma, alors que l'on ne l'a pas vécu.

De là, je souhaite évoquer la notion de scénario émergent.

C. Lachal¹⁵ définit ainsi le scénario émergent comme « (...) une réponse spontanée au récit de l'expérience traumatique (...) Le thérapeute dispose d'un avantage sur le patient, c'est de ne pas avoir vécu la situation, ce qui lui permet de travailler de façon plus rapide et plus cohérente, mais avec des images « virtuelles ». Il s'effectue souvent au moment où le patient raconte la scène traumatique. » Le scénario émergent s'impose au soignant.

« Le fait de produire un scénario émergent est l'indice d'une forte empathie ». En effet, le thérapeute rentre en résonance avec le patient, il prend conscience de sa souffrance « par l'intérieur » en vivant « avec lui » le récit de l'expérience traumatique.

L'empathie et le contre-transfert restent intimement liés lors de la prise en charge des patients traumatisés malgré les blocages et la complexité auxquels les soignants peuvent être confrontés. Parfois « il ne sait pas quoi dire » et face à ces difficultés le soignant va chercher des solutions en minimisant le trauma : *empathie répressive* ; en comprenant trop facilement ; en se détachant affectivement : *empathie en retrait*.

« Les contre-transferts se développent dans des registres très variés en réponse à cette transmission du « traumatique » ; l'empathie est insuffisante à décrire la complexité de ce qui se passe alors ».¹⁵

Les différentes réactions que peuvent suscitées la rencontre de patients traumatisés sont d'autant plus complexes, car nous pouvons les vivre positivement, négativement ou les deux à la fois. Il paraît important que les soignants sachent repérer ces réactions, qu'elles soient empathiques ou non, afin d'apporter un soin sécurisant.

L'impact qui peut y avoir sur les soignants n'est pas négligeable. Il peut se révéler à travers des épreuves de professionnalité.

¹⁶LACHAL Christian – *Le partage du traumatisme* – Contre-transfert avec les patients traumatisés. France, Editeurs La pensée sauvage, 2006, 125 pages

VII - EPREUVES DE PROFESSIONNALITE¹⁷

Le concept de professionnalité « (...) renvoie aux différentes compétences mobilisées par les travailleurs pour faire face aux multiples contraintes qu'ils rencontrent dans le cadre de leur activité et qui les font agir jusqu'à s'écarter des normes et des règles prescrites par la profession. ».

La notion d'épreuve « (...) met autant l'accent sur les sentiments qui sont « éprouvés » dans l'action que sur la capacité à endurer les conséquences de ses actes. ».

Dans ces épreuves de professionnalité, il y a

- les épreuves émotionnelles qui sont décrites comme « (...) un épuisement des capacités émotionnelles (...) de fatigue compassionnelle lorsqu'à force de répétition, les souffrances d'autrui deviennent insupportables. » ;
- les épreuves morales où « (...) l'intervenant puise dans ses ressources affectives propres pour soutenir la relation d'aide (...) c'est aussi le cas des émotions suscitées par la colère, la révolte ou l'indignation devant des conditions d'injustice ou d'inégalités. » ;
- les épreuves organisationnelles. B. Ravon, dans son texte, écrit que « (...) le risque d'usure et de burn-out est élevé lorsque l'engagement personnel et émotionnel des salariés est fortement sollicité alors que ceux-ci n'ont qu'une faible latitude décisionnelle, (...) de l'absence de reconnaissance institutionnelle ».

Néanmoins, il faut retenir que ces épreuves ne conduisent pas « (...) forcément à l'épuisement professionnel. Lorsqu'elles sont franchies avec succès, elles contribuent même au bien-être, à l'estime de soi et au renforcement du travail collectif. ».

Il me paraît aussi important que l'équipe soit fédérée. Pour lutter contre ces épreuves, généralement, les réponses apportées sont le fruit d'un travail d'équipe.

B. Ravon les expose ainsi :

- **les réactions informelles** : Les épreuves font « l'objet d'échanges et de partage informels, en marge des réunions, dans des moments de détente, dans les temps de transport, en bref dans les interstices de l'intervention » ;

¹⁷RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET – « Epreuves de professionnalité », dans ZAWIEJA P. et F. GUARNIERI (eds), Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris, Editions du seuil, 2014, pp 268-272

- **le soutien individuel** qui propose, aux soignants, une reprise des situations difficiles avec des professionnels expérimentés pour « leur permettent de supporter la souffrance d'autrui et de maîtriser le transfert et contre-transfert. » ;

- **les supervisions collectives** seraient comme « des dispositifs de « contenance » au sens où ils sont destinés à recevoir et à réguler la souffrance psychique des professionnels, c'est-à-dire accueillir par une écoute collective entre pairs, la métaboliser et éventuellement la recycler par l'échange et l'analyse. ».

Par les entretiens que j'ai pu mener auprès des professionnels de la PASS, je vais analyser leurs vécus en lien avec les différents concepts abordés.

VIII - ANALYSES DES ENTRETIENS

1 - Le contre-transfert

1. La véracité du discours

Les propos de Benjamin révèlent qu'il a été traversé par la question de la véracité de ce que lui disait le patient : « L'émotion éprouvée... la mise en doute de la véracité de son récit... » « la sensation de malaise ».

Agnès, quant à elle, met en avant un sentiment de malaise : « je n'étais pas très bien » « c'est surtout son vécu, son récit qui m'a beaucoup perturbé » « à un moment donné, je me disais même, il en rajoute, est-ce qu'il a vu cela dans un film... ».

Ici, je retrouve les réactions contre-transférentielles abordées par C. Lachal, celles dirigées vers le patient avec le sentiment de suspicion, la gêne ressentie envers de lui.

Claire évoque de son côté, un « sentiment d'injustice et de colère. ». Ici, le caractère transgressif de la situation, pour Claire, est le fait que cette femme dort dehors avec ses enfants. Ses valeurs sont mises à mal.

2. L'identification

Par ailleurs, il semblerait que Benjamin se soit identifié au bourreau dans le sens où il « se ressent conforme à l'objet interne du patient, ce qui lui permet d'entrer en résonance avec la partie la plus troublée, car désavouée, du patient. »¹⁸. Il l'exprime ainsi : « Ce sont des réactions qui sont évidemment de ma part, à l'époque, complètement défensives par rapport à l'horreur et à ce qu'il a pu vivre. Je me suis retrouvé dans la position du bourreau, et ce regard qui était assez sombre, en colère, et qui était dans le fond assez agressif, c'était peut-être aussi le regard qu'il pouvait avoir face à ses geôliers et ses bourreaux. (...) Cela a pu être vécu par lui et par moi comme cela je pense (...) quelque chose s'est jouée entre nous, entre agresseur/agressé et l'identification à l'agresseur par rapport à ce qu'il a pu vivre. Là, j'étais pile poil dans le truc. »

Claire, quant à elle, s'est identifiée à sa patiente qui, elle aussi, était mère. « C'était une situation qui m'avait beaucoup bouleversée en tant que jeune maman à l'époque aussi (...) ses petits jumeaux avaient le même âge que mon fils et du coup forcément cela jouait beaucoup. ». Elle

¹⁸ BOLGERT Catherine – L'identification projective - Société Française de Gestalt (SFG), 2003, p.198

a aussi tenu à m'expliquer qu'elle avait pensé à la possibilité de séparer l'enfant de sa mère, pour sa sécurité, ce qui rentre en compte dans l'identification maternelle par rapport aux représentations d'une mère sécurisante. C'est comme si Claire était à la fois reconnaissante des bonnes capacités maternantes de cette patiente, et à la fois elle était mise à mal face aux besoins fondamentaux de l'enfant qui n'étaient pas respectés. C'est une réaction paradoxale, et Claire l'exprime très bien : « Je voulais préciser que le seul moyen qu'on avait pour éviter de mettre à la rue des enfants à l'époque, après avoir tout épluché, c'était de les placer à l'IDEF. Je pense que cette idée n'était pas acceptable car cette procédure, séparer la maman de ses enfants, était extrêmement délétère, et amenait à accélérer leur retour. C'était cette espèce de chose paradoxale où l'enfant était en sécurité, mais où tout cela mettait la famille en péril, puisqu'elle allait être renvoyée plus vite en Albanie, et la renvoyer face à la vendetta qui était toujours active là-bas. Donc, on n'a pas fait cette démarche. Il n'y avait pas de moyens de les mettre à l'abri différemment, donc on les a bien suivis de façon hebdomadaire pendant leur période à la rue. »

3. Le scénario émergent

Le témoignage d'Agnès renforce la dimension visuelle de la scène traumatique comme dans un film d'horreur : « Il m'a raconté son histoire, son histoire d'enfant soldat (...) C'est surtout son vécu, son récit qui m'a beaucoup perturbé. J'avais l'impression, tout en l'écoutant, de visionner un film sur ce qui se passe en Afrique, des actions avec les femmes qui sont violées, à qui on coupe les seins, il l'a raconté à sa façon. Je voyais les images, ce qui a été très perturbant (...) J'avais en face de moi un gamin victime et un gamin bourreau. » « A la maison, j'ai dit : on vient de me raconter une histoire mais, j'ai vu un film » et « j'ai pensé cela bien deux ou trois jours. », « je suis restée que sur les images. ». Dans son récit, la réponse spontanée au récit de l'expérience traumatique est présente. Le scénario émergent s'impose à elle et il s'effectue au moment où le patient raconte la scène traumatique.

4. Le contre-transfert : un obstacle ?

A la question plus ou moins explicite « Est-ce que le contre-transfert a été un obstacle ? », la réponse est unanime : NON.

En effet, j'ai pu ressentir pour tous que le contre-transfert faisait vivre la relation. Chacun sait de quoi il en retourne, tous le connaissent. Il est utilisé pour que, dans chaque espace, le patient s'y sente en sécurité. Le patient doit se reconstruire.

Claire l'exprime ainsi : « Est-ce que c'était un obstacle ? Non, je dirais que non. Je n'ai pas l'impression en tout cas. On était mobilisé, on a mobilisé ces ressentis-là dans une espèce d'énergie autour d'elle, où on lui a consacré beaucoup de temps, de moyens. Je la voyais en entretien, l'infirmière la voyait aussi de même que l'assistante sociale. C'était plutôt moteur et accélérateur lors de cette prise en charge. »

A partir de ces expériences, nous pouvons constater que chacun d'eux a pu mettre au travail ce contre-transfert pour en faire un soin sécurisant grâce à leurs compétences professionnelles et à la connaissance de celui-ci.

2 - Analyse épreuves de professionnalité

1. Des épreuves qui mettent à mal les professionnels

Agnès aborde aussi la notion d'épreuve organisationnelle dans le sens « où le risque d'usure (...) est élevé lorsque l'engagement personnel et émotionnel (...) est fortement sollicité alors que ceux-ci n'ont qu'une faible latitude décisionnelle (...) de l'absence de reconnaissance institutionnelle. »¹⁹ : « On te rappelle souvent ce que tu es (...) A un moment donné, si c'est un peu compliqué, si je craque, ce n'est pas tant les personnes qui me font craquer, c'est toute l'institution et les non-dits ».

2. Une implication personnelle

Les interviewés ont pu, à leur manière, mettre en place des stratégies d'adaptation, peut-être pour mieux endurer conséquences émotionnelles qu'ont ces prises en charge.

Ainsi, Agnès a voulu sensibiliser ses enfants à la précarité, au partage. « J'insiste auprès de mes enfants, surtout quand ils étaient plus jeunes, qu'eux, ils sont chanceux, mais qu'il y en a plein qui n'ont pas de chance. Quand je travaillais en foyer, ils venaient au foyer. Je les amenais le dimanche pour voir, pour partager. J'amenais, aussi, les enfants à la maison, pas pour qu'ils voient qu'il y a des enfants pour qui cela se passent bien ; mais pour que chacun puisse partager, donner, échanger leurs affaires, leurs jouets ». Elle a aussi accepté d'être la marraine de plusieurs enfants de patientes.

Claire s'est impliquée aussi personnellement dans cette situation, sans que la patiente ne le sache. Ses propos m'ont été rapportés en « off ». Elle avait pu récolter de l'argent pour que la

¹⁹RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET – « Epreuves de professionnalité », dans ZAWIEJA P. et F. GUARNIERI (eds), Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris, Editions du seuil, 2014, pp 268-272

patiente puisse acheter de la nourriture et éventuellement des vêtements pour ses enfants. Elle avait dit à la patiente qu'il s'agissait d'un fond d'aide de la PASS.

Il faut retenir que ces épreuves ne conduisent pas « (...) forcément à l'épuisement professionnel. Lorsqu'elles sont franchies avec succès, elles contribuent même au bien-être, à l'estime de soi et au renforcement du travail collectif. ».²⁰

Agnès nous l'expose très bien ainsi « Quand tu reçois, tu peux tenir le choc ». Elle parle bien évidemment de ce qu'elle reçoit, par les patients, comme la gratitude, les gestes affectifs de leur part.

Les propos rapportés par Claire illustrent aussi les épreuves franchies avec succès « Je pense que les entretiens qu'on avait avec elle, qu'on a mis en place dans cette urgence-là, ont fait qu'elle a obtenu plus facilement le statut « d'étranger malade ». Je me rappelle qu'on était animé d'un sentiment d'injustice et de colère, voyant cette femme dehors (...) On était mobilisé, on a mobilisé ces ressentis-là dans une espèce d'énergie autour d'elle, où on lui a consacré beaucoup de temps, de moyens. Je la voyais en entretien, l'infirmière la voyait aussi, de même que l'assistante sociale. C'était plutôt moteur et accélérateur lors de cette prise en charge. »

3. La supervision

Agnès met en avant les bienfaits de la supervision sur sa pratique professionnelle « Cela m'a permis de pouvoir en parler plus sereinement (...) C'est vraiment une histoire qui m'a amenée à beaucoup réfléchir sur la capacité d'écoute et l'intérêt de cette écoute : jusqu'où peut-on aller? Comment y aller sans trop dépasser ? ». On retrouve bien dans ses propos la notion apportée par B. Ravon de « dispositifs de « contenance » au sens où ils sont destinés à recevoir et à réguler la souffrance psychique des professionnels, c'est-à-dire accueillir par une écoute collective entre pairs, la métaboliser et éventuellement la recycler par l'échange et l'analyse. »¹⁸

A la PASS, les supervisions ont lieu une fois par mois. Elles ont été mises en place il y a 7 ans, à la demande de l'équipe. Agnès n'a pas eu de supervision pendant 14 ans. Est-ce peut-être pour cela qu'elle s'est impliquée plus personnellement, tout comme Claire ?

²⁰ RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET – « Epreuves de professionnalité », dans ZAWIEJA P. et F. GUARNIERI (eds), Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris, Editions du seuil, 2014, pp 268-272

4. Les réactions informelles

Ce qui est aussi mis en avant, c'est le soutien que confère l'équipe soignante, surtout autour des prises en charge avec les patients migrants.

Benjamin, dit : « (...) il y a beaucoup d'échanges avec l'équipe (...) Puis on en discute au quotidien, que cela soit dans les interstices avec les médecins. On échange beaucoup sur ce qu'on ressent, ce qui nous glace. On verbalise entre nous. On parle quand même beaucoup. »

Agnès, quant à elle, dit : « Ce qui améliore, ce n'est pas un lieu, c'est une équipe qui peut améliorer les choses. (...) c'est quand tu es dans une équipe où tu as un soutien, où toi tu es reconnue et soutenue. »

Il ressort de ces interviews un engagement professionnel et personnel où tous en retirent de la satisfaction, par le retour que leur font les patients.

L'aspect humain, dans ces prises en charge est nécessaire, quitte parfois à aller au-delà de ses fonctions, même si, il me semble, qu'il n'y ait pas eu d'impact négatif dans la relation soignant/soigné concernant les situations évoquées. Au contraire, cela a généré un lien de confiance indéniable. Des années plus tard, tous ont encore des nouvelles des patients évoqués.

CONCLUSION

Grâce à mes lectures et ces entretiens, j'ai l'impression de mieux saisir ce qui a pu se passer en moi. Etant de nature sensible, j'ai eu la sensation d'avoir été comme happée par les histoires traumatiques que j'ai entendues, par manque d'expérience dans ce domaine. N'ayant pas eu conscience que je me retrouvais confronté à des réactions contre-transférentielles, je n'ai pas su, dans les deux situations rencontrées, les mettre au travail.

Je pense aussi que j'avais un manque de connaissance à ce sujet, et ce, jusqu'à il y a peu de temps. En effet, je travaille beaucoup avec ce que je suis, avec mes émotions mais je ne m'étais pas réellement intéressée au concept du contre-transfert.

De plus, j'ai vécu la deuxième situation lorsque j'étais enceinte, et déjà mère. L'identification en fût d'autant plus bouleversante. Au-delà des tortures qu'elle avait pu subir, la tristesse et le désarroi dans lesquels elle était vis-à-vis de ses enfants, il me semblait, que je le vivais à travers son récit. J'ai été animée d'un sentiment de perte de contrôle et de désespoir en m'effondrant en pleurs. Je ressentais aussi pleinement une angoisse.

Au moment de la narration du récit de la patiente, j'ai eu l'impression d'être dans son corps, de ressentir l'effroi, de vivre les scènes de violence et l'angoisse vis-à-vis de ses enfants qu'elle avait dû abandonner.

Au-delà de mon état de grossesse qui a dû décupler mes émotions, mes réactions ont été différentes en fonction de l'équipe et de l'expérience que j'avais du service.

Au CPOA, service où j'ai travaillé 5 ans, nous étions une équipe très soudée surtout dans les moments difficiles. Nous pouvions être en difficulté individuellement ou en équipe mais nous pouvions toujours compter les uns sur les autres. Il n'y avait jamais de supervision, d'analyse de la pratique et c'est peut-être pour cela que nous étions si proches. Malgré tout, notre cadre de santé était toujours disponible pour des moments informels. « Nos supervisions » se déroulaient autour d'une cigarette, après l'action, ou au café juste en face de l'hôpital après le travail. Il y avait toujours quelqu'un de disponible pour débriefer. Ici, pour endurer les épreuves de professionnalité, nous n'avions que ces réactions informelles.

J'ai intégré plus tard un autre service d'urgences. A mon arrivée, l'équipe avait connu un profond remaniement avec des changements d'horaires de travail. Le malaise se faisait sentir

au sein de l'équipe, ce qui est tout à fait compréhensible. J'ai pu tout de même tisser des liens avec quelques collègues, sans trop bien les connaître. J'ai pourtant pu me confier mais je pense que j'étais fragilisée par tous ces changements institutionnels. Je ne pouvais pas me permettre de débriefer comme je le faisais à Paris.

C'est là où je me rends compte de l'importance du travail d'équipe, et sûrement aussi de l'importance des supervisions individuelles ou institutionnelles.

Maintenant, il y a une question que je me pose : Bien que je pense mieux comprendre ce qu'est le contre transfert dans les prises en charge des patients traumatisés, suis-je capable maintenant d'accueillir leurs souffrances ?

Comme m'a dit Agnès « Tu sais Myriam, on n'est pas tous fait pour ça. ».

BIBLIOGRAPHIE

Sites Internet :

<http://www.santesocial-ra.org>

<http://www.france-terre-asile.org>

<http://www.cnda.fr/La-CNDA/Competences-de-la-CNDA>

http://www.rhone.fr/solidarites/enfance_famille/protection_de_l_enfance/institut_departement_al_de_l_enfance_et_de_la_famille

<http://www.psychologie-positive.net/spip.php?rubrique16>

Articles :

BOLGERT Catherine – *L'identification projective*. Société Française de Gestalt (SFG), 2003/1 (n°24), 198 pages <http://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-1-page-141.htm>

SIMON Edith – *Processus de conceptualisation d'empathie*. Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) 2009/3 (n°98), 98 pages – Revue : Recherche en Soins Infirmiers <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.html>

FAVRE Daniel, JOLY Jacques, REYNAUD Christian, SALVADOR Luc Laurent – *Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions*. PUF, 2005/4 Vol. 57, 128 pages <https://www.cairn.info/revue-enfance-2005-4-page-363.htm>

Livres :

LACHAL Christian – *Le partage du traumatisme – Contre-transfert avec les patients traumatisés*. France, Editeurs La pensée sauvage, 2006, 125 pages

GREEN André - *La projection : de l'identification projective au projet*, in «La folie privée», Gallimard, 1994.

Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS – *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, 2007, 544 pages

RAVON Bertrand et VIDAL-NAQUET – « Epreuves de professionnalité », dans ZAWIEJA P. et F. GUARNIERI (eds), *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris, Editions du seuil, 2014, pp 268-272

DIU Santé Société et Migration :

Module 4 : Les spécificités liées à la demande d'asile

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Infirmière sur le CMP de Villeurbanne, je prépare mon mémoire dans le cadre du DIU Santé Société et Migration. C'est pour cela que je vous sollicite pour effectuer une interview.

Le thème de mon travail porte sur la prise en charge des patients migrants qui ont subi des tortures et vécu émotionnel des soignants dans cette prise en charge.

Par votre expérience et votre réflexion, cela me permettra d'approfondir et d'enrichir le thème que j'ai choisi.

1- Je vais dans un premier temps, vous demander de vous présenter.

2- Pouvez-vous me faire part d'une situation qui vous a touché émotionnellement ? Objectif : Amener à verbaliser les ressentis des soignants.

Repérer un contre-transfert.

2-1 Qu'est-ce que cela vous a fait vivre ?

Objectif : Repérer les ressentis ci-dessous ou autres :

- Hébergement
- Injustice
- Intrusion/Effroi

- Evitement
- Refoulement
- Identification Homme/Femme
- Positionnement maternel/parental

2-2 Pensez-vous que le contre-transfert soit un obstacle ou plutôt un outil majeur dans la prise en charge ?

Objectif : Amener la représentation du contre-transfert