



Centre hospitalier
Le Vinatier



Coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Auvergne-Rhône-Alpes

RAPPORT RÉALISÉ PAR L'ORSPERE-SAMDARRA

DÉCEMBRE 2019

SOMMAIRE.....	1
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE DU PROJET	7
<i>Deux axes d'investigation.....</i>	7
<i>Public cible</i>	7
<i>Calendrier du projet.....</i>	7
<i>Suivi du projet.....</i>	8
PREMIÈRE PARTIE : SPATIALITÉ DES RESSOURCES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES.....	10
<i>Inégalités territoriales dans la répartition des médecins sur le territoire régional</i>	10
<i>Désajustements entre centres d'hébergement dédiés à l'asile et dispositifs de soins</i>	17
<i>Un éclatement et une précarisation des dispositifs d'hébergement.....</i>	20
DEUXIÈME PARTIE : DES PRISES EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE CONDITIONNÉES PAR LES PROCÉDURES ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES	24
<i>Inadéquation entre le parcours administratif et le parcours médical</i>	24
<i>Un accès non garanti aux droits en santé</i>	26
TROISIÈME PARTIE : LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS, ENTRE TRAVAIL SOCIAL ET SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER : UN CONCERNEMENT AMBIGU.....	28
<i>Des intervenants sociaux au front de la souffrance psychique</i>	28
<i>L'interpellation des PASS et des EMPP</i>	33
<i>Quel concernement pour la psychiatrie de secteur ?.....</i>	36
<i>Travail social et santé mentale : des liaisons dangereuses ?</i>	38
<i>Une pratique qui repose sur des personnes et des réseaux</i>	40
QUATRIÈME PARTIE : LA PSYCHIATRIE LIBÉRALE : UN RECOURS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS PRÉCAIRES ?.....	43
<i>De la qualification particulière de l'activité libérale</i>	43
<i>Les freins au recours à l'exercice libéral</i>	46

CINQUIÈME PARTIE : SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS, VERS UNE RECONFIGURATION DES MODÈLES CLINIQUES ET DES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE	56
<i>La profession de psychiatre, entre modèle médico-technique et modèle existentiel.....</i>	<i>56</i>
<i>Le migrant face au psychiatre : demande d'expertise ou demande de soin ?.....</i>	<i>57</i>
<i>Le migrant précaire : quelle souffrance ?.....</i>	<i>59</i>
<i>La souffrance des migrants est-elle compatible avec un soin psychiatrique du psychotraumatisme ?.....</i>	<i>60</i>
<i>Une clinique de la demande.....</i>	<i>64</i>
<i>La parole entravée du migrant</i>	<i>67</i>
<i>L'interprétariat en santé mentale.....</i>	<i>70</i>
<i>Des prises en charge en santé mentale sous le signe de l'attente</i>	<i>72</i>
<i>Des spatialités transformées.....</i>	<i>73</i>
<i>Les enjeux d'autorité dans la consultation</i>	<i>74</i>
SIXIÈME PARTIE : PRÉCONISATIONS.....	76
<i>Favoriser la pratique loco-régionale de réseaux et de coordination.....</i>	<i>77</i>
<i>« Aller-vers » le public migrant précaire : des permanences de psychiatres dans les centres d'hébergement</i>	<i>79</i>
<i>Promouvoir des groupes de réflexions et d'échanges cliniques</i>	<i>86</i>
<i>Promouvoir le recours à l'interprétariat en psychiatrie libérale.....</i>	<i>87</i>
<i>Promouvoir des prises en charges faiblement psychiatriquées en santé mentale</i>	<i>88</i>
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	94
ANNEXE : MODÈLE DE CONVENTION DE PARTENARIAT	98

REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans la précieuse contribution des acteurs du territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes, qu'ils soient travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, psychiatres.

Nous remercions les équipes des centres d'hébergement et des dispositifs PASS et EMPP d'avoir pris le temps de nous rencontrer et d'avoir partagé avec nous leurs réflexions, leurs difficultés, leurs aménagements, leurs bricolages, leurs inventions face à une réalité complexe. Merci pour leur travail, leur engagement auprès des personnes qu'ils accompagnent et dont ils prennent soin au quotidien.

Nous remercions également les psychiatres libéraux pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce projet et leur engagement. Merci à ceux qui ont pris le temps de nous rencontrer, qui nous ont ouvert la porte de leur cabinet, et permis de pénétrer au plus près de leur pratique clinique.

Enfin, nous remercions l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, d'avoir soutenu ce projet.

Nous espérons que ce rapport rendra compte, avec justesse, de la richesse et de la singularité de ces rencontres mais aussi de la pluralité des pratiques en santé mentale qui se réinventent à chaque rencontre, dans l'expérience du cas.

INTRODUCTION

Le migrant précaire¹ constitue un parangon moderne des vulnérabilités cumulatives, et parmi celles-ci figurent les difficultés en santé mentale. À l'aube de sa trajectoire et de son parcours de vie, il ne saurait être, pour certains, autre chose que la victime d'un psychotraumatisme complexe qu'il serait important de prendre en compte. Dans ce contexte, les intervenants sociaux sont confrontés quotidiennement aux souffrances de ces populations et témoignent des besoins en santé mentale des publics migrants. Or, les dispositifs classiques de l'action publique ont du mal à répondre à ce besoin, et ce pour plusieurs raisons.

D'une part, le service public, et notamment l'institution hospitalière, est extrêmement fragilisé. Autant d'articles, de témoignages de professionnels de santé, de communiqués de syndicats de psychiatres qui tentent d'alerter les pouvoirs publics sur une situation extrêmement tendue : médiatisation de différents services d'urgence en France, désertification du

secteur public par des jeunes médecins ne se plaignant pas tant de leur salaire que de la dégradation de leurs conditions de travail et d'une requalification politique et managériale de leurs missions qu'ils critiquent dans ses normes et son éthique.

Les professionnels en santé mentale assistent impuissants à une dégradation importante de leurs conditions de travail². La saturation des dispositifs et le manque de moyens humains concerne l'ensemble de la population française mais impacte de façon particulièrement significative l'accès des publics précaires à l'hôpital, et notamment à la psychiatrie. Les travailleurs sociaux doivent faire face à une crise de la psychiatrie publique, qui n'est pas spécifique à l'accueil du public migrant mais qui les concerne *de facto*. Ils témoignent des difficultés d'accès aux soins des personnes les plus fragilisées, qui ne cessent de remonter notamment au sein de la permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra³.

¹ D'après Nicolas Chambon, parler de « migrant précaire » est une manière de sortir des catégorisations administratives peu pertinentes pour le clinicien puisque, le plus souvent, les problématiques de santé mentale ne se résolvent pas avec l'obtention du statut de réfugiés, et une manière également d'inscrire la réflexion dans l'héritage des travaux de l'Orspere, notamment autour de la clinique psychosociale. La précarité sociale, l'expérience de la procédure, de l'attente, de la migration vont être entendues comme des facteurs pouvant entraîner une souffrance psychique et psychosociale. Dans cette optique,

l'exil, les effets des procédures administratives, les différences culturelles impactent la santé mentale de ce public mais ne le définissent pas a priori. Voir : Chambon, N. (2017). *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens*. (Thèse de doctorat inédite), École doctorale Sciences sociales, Lyon.

² Bilan 2018 de l'Observatoire de la souffrance au travail d'APH (OSAT). Repéré à URL : <https://osat.apf-france.fr/>

³ En 2018, 62% des sollicitations de la Permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra concernaient des problématiques d'accès aux soins en santé

D'autre part, se pose la question de la difficile qualification des troubles en santé mentale dont souffrent les migrants précaires, ainsi que celle des besoins spécifiques de cette population. Le rapport sur la santé mentale des demandeurs d'asile⁴ publié en 2005, a contribué à reconnaître l'existence d'une souffrance psychique « spécifique » des populations migrantes étant passées par la demande d'asile.

La puissance publique est tenue de réagir. En effet, le code de la Santé publique garantit l'égal accès aux soins pour tous, en particulier les personnes les plus démunies (articles L1110-1 et L1110-3). Ce droit est réaffirmé dans la « Charte de la personne hospitalisée ». En décembre 2013, le rapport déposé à l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie pointait deux catégories de populations oubliées dans la prise en charge en santé mentale : les personnes en situation de précarité et les demandeurs d'asile. Plus récemment, l'Académie de médecine dans son rapport « Précarité, pauvreté et santé » publié le 20 juin 2017, identifie les migrants comme l'une des populations devant bénéficier d'une attention particulière d'un point de vue médical, du fait qu'elle

présente de nombreux facteurs de vulnérabilités et de précarité.

Si la psychiatrie publique ne peut répondre, est-il possible de trouver des psychiatres à l'extérieur de l'institution hospitalière, dans l'exercice libéral ? C'est l'hypothèse de ce projet, financé par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 puis reconduit en 2017. Il importe, dans une perspective de santé publique, de reconnaître la psychiatrie libérale comme faisant partie de l'offre de soin de droit commun. En effet, les consultations peuvent être remboursées par la sécurité sociale dès lors que les droits à la CMU ou à l'AME sont ouverts.

Ainsi, nous déclinons notre travail sous plusieurs axes. Nous définirons d'abord sous un angle quantitatif les ressources en santé mentale sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes et analyserons leur difficile adéquation avec les besoins locaux dont témoignent les centres d'hébergement. Nous verrons ensuite comment les prises en charges en santé mentale sont durement impactées par les procédures administratives et juridiques liées au droit des étrangers. Nous réfléchirons ensuite à l'activité des professionnels partenaires impliqués dans l'aide aux migrants, travailleurs sociaux en centre d'hébergement comme professionnels en

mentale pour les publics migrants précaires sur le territoire AURA.

⁴ Colin, V. et Laval, C. (2005). *Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes – Modalités cliniques et inter partenariales*. (recherche-action). DRASS Rhône-Alpes, Onsm-p-Orspere. Cet état des

lieux mettrait en avant les difficultés des intervenants sociaux « à identifier, à diagnostiquer les troubles pathologiques qui nécessiteraient spécifiquement une orientation vers la psychiatrie publique, d'une souffrance plus diffuse, moins alarmante, mais qui nécessite visiblement un soutien psychique. »

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

santé mentale travaillant à l'hôpital public. Nous analyserons ensuite le concernement et les réflexions actuels des psychiatres libéraux sur les possibilités d'une meilleure prise en charge des migrants précaires en région Auvergne-Rhône-Alpes par la psychiatrie libérale. Se faisant, nous réfléchirons à la question suivante :

comment, à un niveau plus collectif, la prise en charge des migrants participe-t-elle d'une reconfiguration de la santé mentale généralement, et plus spécifiquement de l'institution ?

Deux axes d'investigation

- Entretiens avec des professionnels en lien avec le public migrant précaire pour documenter quelles sont les problématiques d'orientation en santé mentale du public existantes sur le territoire.
- Entretiens avec des psychiatres libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes afin de comprendre quelles sont les spécificités de la pratique libérale, d'interroger la clinique auprès de ces publics et de discuter des modalités d'engagement possible dans le projet.
- Nous avons mené de manière synchrone une action opérationnelle de sensibilisation et de mise en réseau des psychiatres libéraux, et une action de recherche, d'analyse et de problématisation. Ce projet s'est donc organisé autour de ces deux volets, « recherche » et « ressource ».

Public cible

- Les psychiatres libéraux, qui font partis de l'offre de soin de droit commun.
- Les populations migrantes pour lesquelles l'accès aux soins en santé mentale sera facilité. L'accès aux soins de droit commun étant conditionné par l'accès aux droits, nous ne pouvons cibler qu'un public avec des droits AME ou

PUMA ouvert. Ce public, plus visible car souvent accompagné socialement et potentiellement hébergé dans des hébergements spécifiques comme les CADA, nous permet de délimiter nos actions et les acteurs rencontrés.

- Les intervenants sociaux de centres d'hébergement et les soignants de dispositifs dits « passerelles » d'accès aux soins qui sont les principaux adresseurs vers le soin, pour lesquels l'orientation sera facilitée.

Calendrier du projet

En 2016-2017, ancienne région Rhône-Alpes :

Appels téléphoniques systématiques des :

- Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)
- Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)
- Centres d'hébergement (Cada, Huda, CAO, AT-SA, Prahda)

Entretiens réalisés avec les équipes de :

- Six Pass : Valence, Annecy, Chambéry, Roanne, Montbrison, Villefranche
- Cinq EMPP et Pass psychiatrique : Privas, Bron, Grenoble, Vienne, Chambéry
- Treize centres d'hébergement : Annonay, Tournon-sur-Rhône, Montélimar, Valence, Pont-de-Chéruy, Le Péage-de-Roussillon,

Givors, Roanne, Miribel, Villefranche-sur-Saône, La Roche-sur-Foron, Annecy

- Envoi d'un courrier de présentation du projet et appels téléphoniques systématiques des :
- 642 psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes (enregistrés sur le site Ameli.fr en 2016)
- Entretiens réalisés avec :
- 68 psychiatres libéraux (54 rencontres organisées et 14 entretiens téléphoniques)

En 2017-2018, ouverture sur le territoire de l'Auvergne

Réactualisation des données (site Ameli.fr) et relance des psychiatres libéraux de la nouvelle région Aura par courrier.

Entretiens (téléphoniques ou physiques) réalisés avec les équipes de :

- Douze PASS généralistes et PASS psychiatrique : Moulin, Vichy, Montluçon, Aurillac, Saint-Flour, Brioude, Ambert, Issoire, Riom, Thiers, Clermont-Ferrand, Le Puy-en-Velay
- Trois équipes mobiles en Auvergne (EMP de Vichy, EMPP du Puy-en-Velay et EMPP de Clermont-Ferrand)
- 26 centres d'hébergement : Cusset, Montmarault, Ygrandes, Bellenaves, Moulins, Commentry, Montluçon, Varennes, Vichy, Murat-Le-Quaire, Aurillac, Champagnac, Langeac, Le Chambon sur Lignon, Yssingeaux, Saint-Beauzire, Bussières-et-Pruns, Saint-Eloy-Les-Mines, Giat, Cébazat, Cunlhat, Ambert, Royat, Clermont-Ferrand, Loubeyrat)

Appels téléphoniques des 99 psychiatres libéraux d'Auvergne.

Au total, plus de 70 psychiatres libéraux ont été rencontrés sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Suivi du projet

Le projet a été encadré par un comité de suivi composé de :

- Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Gwen Le Goff, directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Nicolas Chambon, sociologue, responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Maëlle Chiron, consultante, chargée de mission à l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Julia Maury De Ferraudy, psychologue coordinatrice à l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Aymeric Monet, psychologue coordinateur à l'Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
- Roman Petrouchine, pédopsychiatre à l'Orspere-Samdarra, Ch Le Vinatier
- Vincent Tremblay, consultant, chargé de mission, Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier

Le comité s'est réuni toutes les semaines pendant un an au démarrage du projet puis la deuxième année une fois par mois.

Un comité de pilotage a été mis en place en 2016. Trois rencontres ont été organisées : le 20 mai 2016, le 7 octobre 2016, le 20 janvier 2017. Il était composé de :

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

- Dominique Belkis, enseignante-chercheuse en sociologie, Centre Max Weber, Saint-Étienne
- Philippe Champavert, psychiatre libéral à Saint-Étienne et CMPP Tarare
- Dominique Coulot, psychiatre centre de santé Essor
- Yvan Couriol, responsable Centre d'Accueil Pierre Valdo, Cada Rhône et Haute Loire, animateur de la coordination régionale Cada
- Aurélie Eragne, représentante du collectif « santé étranger », juriste à la Cimade
- Sonia Gravier-Chappuis, référente « santé-précarité », Direction de la santé publique pôle prévention et promotion de la santé, ARS
- François Journet, psychiatre libéral à Villefontaine
- Samuel Lézé, maître de conférences en anthropologie sociale, ENS Lyon
- Chantal Mannoni, médecin de santé publique, ARS
- Caroline Martinez, cheffe de service du Centre de soins Essor Forum Réfugiés
- Anne-Marie Maure Chaze, coordinatrice de la maison des Adolescents de Valence
- Anne Parillot-Martin, psychiatre CH le Vinatier
- Elisabeth Piegay, chargée de mission ARS Rhône-Alpes coordinatrice régionale des Pass
- Philippe Truze, médecin coordinateur régional de l'OFII
- Emmanuel Venet, psychiatre, CH Le Vinatier

PREMIÈRE PARTIE : SPATIALITÉ DES RESSOURCES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Inégalités territoriales dans la répartition des médecins sur le territoire régional

Démographie médicale et problématique des déserts médicaux

Il semble important de s'intéresser dans un premier temps à la démographie médicale en Auvergne-Rhône-Alpes afin de saisir le contexte globale dans lequel s'inscrit le projet. Comme nous le précise l'Atlas de la démographie médicale 2017 du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁵, 290 974 médecins sont actuellement inscrits à l'ordre des médecins en France soit 15 % de plus qu'en 2007.

Vis-à-vis de ces chiffres, il faut noter que le conseil national de l'ordre des médecins constate un vieillissement préoccupant des médecins inscrits au tableau de l'ordre⁶. En effet, au premier janvier 2017, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 47 % de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre contre 27 % en 2007. Les

médecins sont donc de plus en plus nombreux mais ceci étant majoritairement dû au nombre de médecins retraités. Ces dix dernières années, le nombre de médecins retraités actifs a été multiplié par six⁷. Aussi, le nombre de médecins en activité régulière (hors retraités) au 1er janvier 2017 s'élève à 215 941 soit 0.9 % de plus qu'en 2007 alors que la population globale française a augmenté d'environ 5 % ces dix dernières années⁸.

La population des médecins en France est donc vieillissante et de moins en moins nombreuse par rapport à la population générale. Dans ce contexte, tous les territoires français ne sont pas égaux en ce qui concerne l'offre de soin. C'est ce qu'illustre bien cette carte du conseil de l'ordre⁹ sur laquelle on peut voir en jaune les départements où il y a une augmentation du nombre générale de médecins et en bleu les départements où le nombre de médecins est en diminution.

⁵ Conseil national de l'ordre des médecins. (2017). *Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés 2007/2017, Les territoires au cœur de la réflexion.*

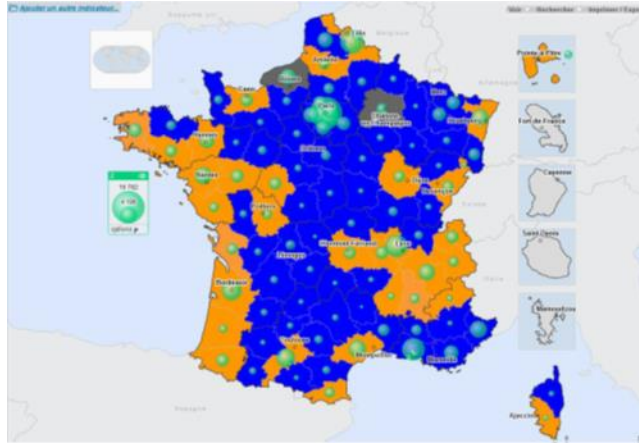
⁶ Ibid. p. 31

⁷ Ibid. p. 33

⁸ INSEE. (2017). Bilan démographique. Repéré à URL :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>

⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2017). *Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés 2007/2017, Les territoires au cœur de la réflexion.* p.36.



Source : Conseil national de l'ordre des médecins

On peut constater une diagonale dans le centre de la France particulièrement touchée par la diminution des effectifs soignants.

En région Auvergne-Rhône-Alpes on peut noter que, si la plupart des départements connaissent une augmentation générale de ses médecins ces dernières années, quatre départements sont plus spécifiquement touchés par la diminution de l'offre de soin sur leur territoire laissant entrevoir des inégalités territoriales fortes dans la région en ce qui concerne l'offre de soin : l'Ain, l'Allier, le Cantal et la Haute-Loire.

Pour illustrer à nouveau ce constat, les rapports départementaux et régionaux de la démographie médicale des médecins libéraux généralistes produits par l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes (URPS) sont intéressants¹⁰. En effet, ceux-ci confirment les situations de perte de

médecins généralistes libéraux sur ces territoires :

- Pour le territoire de l'Ain, -3.3 % des effectifs en cinq ans (malgré une stabilité des effectifs constaté entre 2008 et 2012)
- Pour le territoire de l'Allier, -19.4 % des effectifs entre 2006 et 2018
- Pour le territoire du Cantal, -17.1 % des effectifs entre 2006 et 2018
- Pour le territoire de la Haute-Loire, -10.7 % des effectifs de 2006 à 2018

À titre de comparaison, les effectifs de médecins libéraux généralistes dans le Rhône ont augmenté de 6.4 % ces cinq dernières années (l'effectif avait néanmoins baissé fortement de 2008 à 2012 : -20.1 %). Pour la plupart des autres territoires, l'URPS note une remontée des effectifs ces dernières années après une forte période de baisse des effectifs.

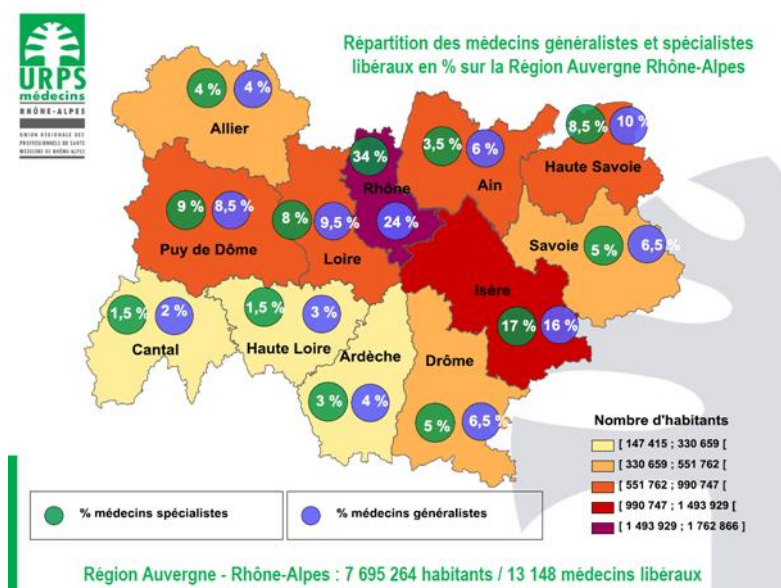
¹⁰ Vous trouverez ces rapports à l'adresse suivante : [http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-](http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59)

[offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59](http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59)

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

Sur ces mêmes territoires, ce sont également les services de soins les plus vitaux que sont les SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) qui sont difficilement mobilisable. Effectivement et à titre d'exemple, en Haute-Loire 45.8 % de la population est à plus de 30 minutes d'accès d'un SMUR (Ain, 21.2 % ; Allier 20 % ; Ardèche 24,7 % ; Cantal, 23.1 % ; Drôme, 19.6 % ; contre seulement 3.2 % dans le Rhône)¹¹.

En ce qui concerne les médecins libéraux, l'Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes a proposé une cartographie¹² qui semble particulièrement instructive vis-à-vis de la répartition des médecins généralistes et spécialistes sur la région. Celle-ci nous permet de comprendre les écarts qui existent entre les départements en termes d'offre de soin libéral.



Source : URPS médecin libéraux Auvergne-Rhône-Alpes

On peut voir notamment que 24 % des médecins généralistes et 34 % des médecins spécialistes exercent leur activités dans le Rhône. Aussi, 40 % des médecins généralistes et 51 % des médecins spécialistes sont implantés dans les deux départements les plus peuplés de

la région : le Rhône et l'Isère. On peut également constater d'une part, l'inégalité entre les départements en termes de nombre de médecins présents sur le territoire mais aussi d'autre part, que les médecins spécialistes libéraux ont une forte tendance à s'installer sur les territoires les

¹¹ Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, Observatoire Régionale de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, (décembre 2017). Données de Santé PRS 2018-2028, Guide régionale stratégie et parcours. <http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/projet-regional-de-sante-auvergne->

rhone-alpes-recueil-actes-administratifs-region-auvergne-rhone-alpes-14-juin-2018/
¹² <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/auvergne-rhone-alpes/62>

plus peuplés et notamment autour des grands pôles urbains (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand). Certains départements comme le Cantal, la Haute-Loire ou l'Ardèche sont quant à eux très faiblement dotés en termes d'offre de soins libérale spécialisée.

Ces différents éléments laissent entrevoir des médecins de plus en plus âgés et de moins en moins nombreux proportionnellement à la population générale. Effectivement, même sur les territoires bien pourvus en termes de médecins comme le Rhône, l'évolution des effectifs de médecins est moins rapide que l'évolution des effectifs de la population générale ce qui conduit à une diminution générale des possibilités de soins en France et en région. Aussi, il existe des inégalités fortes en termes d'accès aux soins avec d'un côté des territoires plutôt urbains et encore relativement bien dotés et de l'autre des territoires plutôt ruraux pour lesquels des manques significatifs en termes d'offre de soins peuvent être pointés.

Une répartition inégale des psychiatres libéraux sur le territoire régional

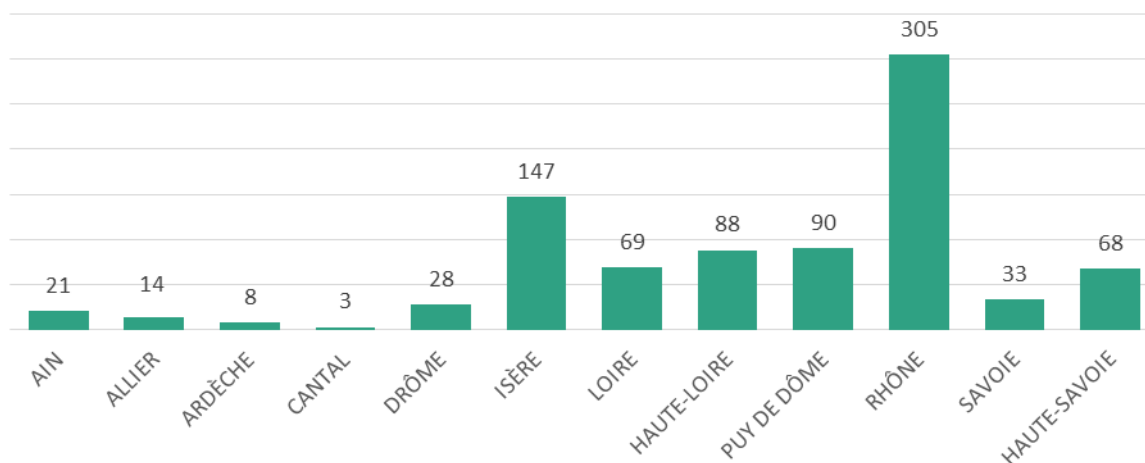
Dans le contexte évoqué précédemment, les psychiatres libéraux ne se distinguent pas particulièrement de leurs confrères des autres spécialités. En effet, les différentes données que nous avons pu recueillir lors de nos échanges et entretiens confirment la tendance générale décrite précédemment. Sur l'ensemble des psychiatres libéraux avec qui nous avons pu échanger lors de ce projet, environ 25 % d'entre eux nous ont dit être bientôt retraités, retraités actifs ou en cours de réduction d'activité. Aussi, certains indicateurs semblent indiquer des territoires plus impactés que d'autres par le vieillissement des psychiatres libéraux dans la région. À titre d'exemple, dans le Rhône seuls 15 % d'entre eux nous ont indiqué être bientôt retraités, retraités actifs ou en cours de réduction d'activité contre environ 40 % sur l'ex région d'Auvergne.

Les psychiatres libéraux sont très inégalement répartis sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. Selon la base de données de l'annuaire de santé de l'assurance maladie (données actualisées en janvier 2019), il y a 815 psychiatres libéraux actuellement en activité dans la région Auvergne-Rhône-Alpes¹³. Ces psychiatres libéraux sont répartis de la manière suivante sur la région :

¹³ Il semble important de préciser que les données présentées ici sont approximatives et variables et qu'elles représentent les effectifs des psychiatres libéraux à un moment précis. En effet, étant donné

que de nouveaux médecins entrent en activité et que d'autres partent en retraite régulièrement, ces chiffres sont sans cesse en mouvement.

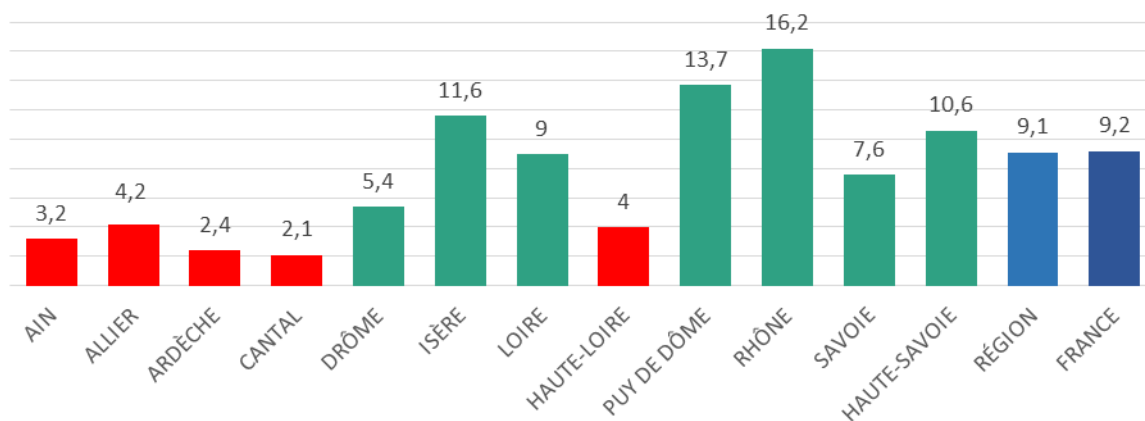
Nombre de psychiatres libéraux par départements



Certains territoires sont largement dépourvus de psychiatres libéraux. C'est le cas par exemple des départements du Cantal, de l'Ardèche, de la Haute-Loire, de l'Ain et de l'Allier. Les chiffres suivants

indiquent la densité des psychiatres libéraux pour 100 000 habitants au 1er janvier 2019¹⁴ :

Densité de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants par départements



On peut remarquer un écart significatif de la densité des médecins psychiatres libéraux en fonction des départements. L'Ain, l'Allier, l'Ardèche, le Cantal et la

Haute-Loire ont une densité de psychiatres libéraux particulièrement faible par rapport à la moyenne régionale (9.1 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants) et

¹⁴ Ces chiffres se basent sur le croisement des données de l'annuaire de santé Ameli et des

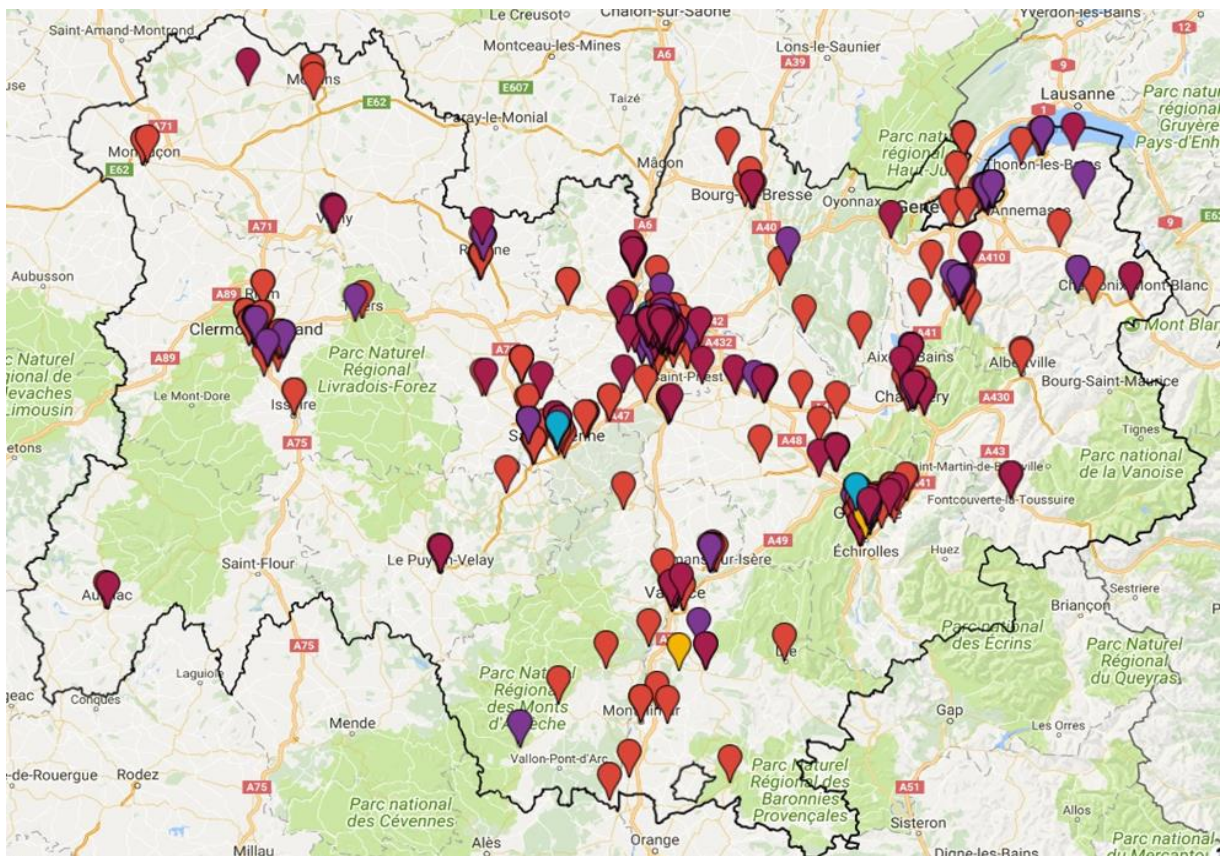
estimations populationnelles de l'Insee au 1er janvier 2019.

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

nationale (9.2 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants). Aussi, on observe que les départements qui comprennent des grands pôles urbains comme le Rhône avec Lyon, et l'Isère avec Grenoble ont une densité de psychiatres libéraux bien supérieurs à la moyenne régionale et nationale alors que la plupart des autres départements présentent une densité assez largement inférieure à cette moyenne. L'ex-région d'Auvergne est particulièrement impactée par le manque de psychiatres libéraux sur son territoire avec trois départements sur quatre largement en dessous de la moyenne régionale et nationale en termes de densité de psychiatre libéraux.

Il paraît important de préciser que, si certains départements ont une densité de psychiatres libéraux significativement meilleure que d'autres sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, cela ne signifie pas que les psychiatres libéraux sont répartis de manière équivalente à l'intérieur des départements. La réalisation d'une cartographie régionale des psychiatres libéraux dans ce projet nous aura permis de constater des écarts conséquents sur les départements dans l'implantation des médecins psychiatres libéraux, comme nous permet de le voir la capture d'écran suivante :

Implantation des psychiatres libéraux sur la région Auvergne-Rhône-Alpes¹⁵:



¹⁵ Données actualisées au 1er janvier 2018.

On peut remarquer notamment que les psychiatres libéraux sont principalement installés dans les grands pôles urbains de la région Auvergne-Rhône-Alpes. En effet, les trois quart des psychiatres libéraux se trouvent à proximité des métropoles de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand, Valence, Chambéry, Annecy et un tiers des psychiatres libéraux de la région sont installés dans la ville de Lyon et ses proches agglomérations.

Il existe donc des différences importantes dans l'implantation des psychiatres libéraux sur les départements. À titre d'exemple, dans le Rhône, plus de 90 % des psychiatres libéraux sont installés à moins de dix kilomètres du centre de Lyon. Il y a donc une centralisation extrême des psychiatres libéraux sur l'agglomération de Lyon, ce qui laisse certains territoires avec peu de possibilités d'accès aux soins vers la psychiatrie libérale. Sur ce même département, le nord du territoire ou encore des villes relativement grandes comme Givors sont très mal pourvu en termes de psychiatrie libérale.

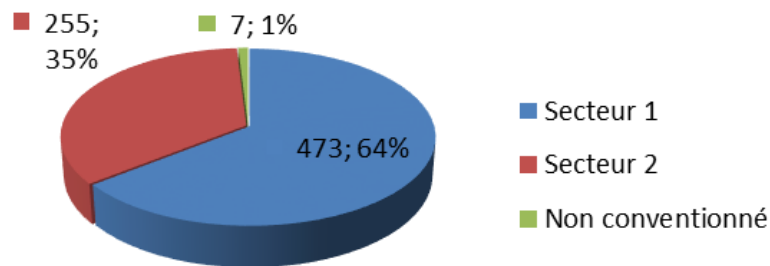
Plus généralement et comme nous l'avons déjà vu, la cartographie nous permet de

constater que les départements de l'Ain, de l'Ardèche, du Cantal, de l'Allier et de la Haute-Loire ainsi que le sud-est de la région sont largement limités en termes d'accès aux psychiatres libéraux.

Nous pouvons également préciser que les psychiatres libéraux présents sur la région Auvergne-Rhône-Alpes ne relèvent pas tous de la même sectorisation ce qui implique des coûts de prises en charges différents selon les dépassements d'honoraires appliqués. On peut noter qu'il y a là aussi des différences très significatives entre les territoires dans les choix de conventionnement des psychiatres libéraux. À Lyon par exemple, presque 50 % des psychiatres libéraux sont conventionnés en secteur 2 et appliquent donc des dépassements d'honoraires alors qu'à Clermont-Ferrand presque tous les psychiatres libéraux sont conventionnés en secteur 1 et appliquent le tarif de base fixé par la sécurité social.

Répartition des 735 psychiatres libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes par secteur (données actualisées au 1er janvier 2018) :

Sectorisation des psychiatres libéraux en région Auvergne- Rhône-Alpes



64 % des psychiatres libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes exercent en secteur 1 soit 473 dont 18 en Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM).

35 % des psychiatres libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes exercent en secteur 2 soit 255 dont 92 en Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM).

1 % d'entre eux sont non conventionnés soit 7 psychiatres.

Après l'analyse de ces données alarmantes concernant les carences et les inégalités géographiques en médecine et en psychiatrie libérale sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, intéressons-nous à la difficile adéquation des ressources en santé d'un côté, avec les centres d'hébergement de l'autre.

Désajustements entre centres d'hébergement dédiés à l'asile et dispositifs de soins

Le Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2019 notait

déjà que « Des structures ont été créées dans des zones faiblement pourvues en transports et en services, ce qui pose des difficultés pour la prise en charge du public. Les places disponibles ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes présentant des vulnérabilités médicales, des handicaps [...] Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont insuffisantes pour couvrir les besoins et certains territoires d'implantation de structures DNA (notamment les CAO souvent créés en zone rurale) ne sont pas couverts par une équipe mobile psychiatrie ».

La cartographie des psychiatres libéraux sur le territoire est mise en perspective avec celle répertoriant les structures d'hébergement dédiées à l'asile (CADA, HUDA, CPH, CAO), les dispositifs d'accès aux soins et aux droits (PASS, EMPP), les CMP comme point d'entrée dans le droit commun en santé mentale et premières structures de soin en santé mentale identifiées par les acteurs, ainsi que les structures hospitalières. Ceci nous permet de mettre en exergue les disparités et

inégalités existantes d'un département à l'autre et de montrer les écarts existants entre l'implantation des hébergements et la répartition des dispositifs d'accès aux soins, et de soins, en santé mentale.

Nous repérons ainsi que l'implantation des centres d'hébergement dédiés à l'asile n'est pas corrélative à l'offre de soin disponible sur les territoires, ce qui constitue une des contraintes qui entrave lourdement l'accès aux soins et aux droits du public migrant précaire.

La région Auvergne-Rhône-Alpes, dont la fusion a pris effet au 1er janvier 2016, est, selon l'INSEE, « le deuxième ensemble régional le plus peuplé après l'Ile-de-France ». Elle est marquée par de grandes disparités territoriales qui alternent entre une ultra urbanisation et de grands ensembles ruraux. Les données cartographiques établies ont permis de mettre en exergue une forte inadéquation entre les ressources sanitaires (PASS, EMPP, hôpitaux) et l'implantation des hébergements dédiés au public en demande d'asile (CADA, HUDA, AT-SA CPH, CAO). Le public migrant précaire est historiquement et actuellement très présent en région. En 2017, le taux d'enregistrement des demandes d'asile par l'OFPRA s'élève à 12.7 % en Auvergne-Rhône-Alpes, soit en seconde position après l'Ile-de-France dont le taux est de 26.3 %¹⁶. Depuis 2015, plusieurs événements ont fait l'objet d'une

publicisation et ont donné lieu à la création de nombreux nouveaux centres reconfigurant le DNA et l'implantation géographique des dispositifs en région.

Dans un contexte de saturation très importante des hôpitaux et centres médico-psychologiques (CMP), les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) constituent souvent les premières (et parfois les seules) possibilités d'accès aux soins du public migrant précaire. En région Auvergne-Rhône-Alpes on trouve 12 EMPP et 47 PASS. Ces structures sont rattachées à des hôpitaux qui sont généralement implantés dans les plus grandes villes des départements. Ainsi, et comme pour les médecins libéraux, les ressources potentielles en termes d'accès à la santé sont centralisées dans les plus grandes villes des territoires ce qui peut constituer une difficulté supplémentaire vis-à-vis des personnes installées dans les territoires ruraux.

Ce constat pose la question de l'accès aux soins pour le public migrant précaire étant donné que les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile sont parfois implantés dans des zones excentrées et où l'accès à ces dispositifs est souvent difficile. Cela est notamment vrai pour les CAO qui se trouvent pour la majorité dans des zones très rurales. On peut citer comme exemple les CADA d'Ambérieu-en-Bugey et Chambon-sur-Lignon (40 minutes et 45

¹⁶ Office Français de l'immigration et de l'Intégration (OFII), (2017). *Rapport d'activité*. Repéré à URL : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_ raa_2017.pdf p 19.

minutes de la PASS la plus proche), ou encore les CAO de Varennes-sur-Allier et Murat-le-Quaire (30 minutes et 1h des PASS les plus proches).

Dans ce contexte, le rôle des EMPP est primordial pour les publics les plus isolés géographiquement et notamment dans l'accompagnement et le soin du public migrant. En effet, les équipes mobiles permettent d'aller vers les populations les plus isolées et de remédier pour une part à la centralisation de l'offre de soin en santé mentale dans les grandes villes de chaque département. Néanmoins, les ressources et les moyens humains mis en place pour ces équipes sont limités et ne permettent pas de répondre à toutes les demandes. En effet, certains territoires comme l'Ain, l'Ardèche ou la Haute-Loire ont une seule EMPP pour tout le département, ce qui limite le champ d'action possible des professionnels. À titre d'exemple, les moyens de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) de Clermont-Ferrand ne permettent pas une action en dehors de la proche périphérie de Clermont-Ferrand alors que paradoxalement, c'est justement dans les zones les plus reculées du Puy-de-Dôme que les déficits en termes d'accès aux soins en santé mentale sont les plus prégnants. Certains départements ne comprennent pas d'équipe mobile à ce jour, c'est notamment le cas du Cantal ou encore de la Haute-Savoie.

Le territoire de l'ex-région Auvergne prend une place particulière dans le constat des difficultés d'accès aux soins en santé mentale des publics précaires. Sur ce territoire, en plus d'une implantation faible

des psychiatres libéraux, la question des distances à parcourir pour se faire soigner est particulièrement problématique et notamment pour les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile qui y sont implantés. Effectivement, la durée des trajets induit par les distances et l'absence relative d'autoroute (ou même de route nationale pour certains territoire) constitue un obstacle dans l'accès aux soins des publics les plus précaires. Pour les professionnels des CADA, l'accompagnement en voiture de personnes hébergées à leurs rendez-vous est extrêmement chronophage. Au centre d'accueil de demandeur d'asile du Chambon-sur-Lignon par exemple, la PASS la plus proche se trouve à une heure de voiture. Chaque rendez-vous prend alors une demi-journée aux intervenants sociaux qui accompagnent les résidents. Aussi, pour certaines structures d'hébergement du public migrant sur ces territoires, les transports en communs sont inexistantes ou très rares ce qui rend les déplacements très complexes. L'accès aux soins pour le public migrant sur ces territoires dépend donc aussi de la manière dont sont desservis les territoires par les transports en commun.

Ainsi, ni les dispositifs de soins publics (hôpitaux, PASS, CMP, EMPP), ni l'implantation des psychiatres libéraux sur les territoires ne permettent à priori un soin en santé mentale convenable pour les populations les plus précarisées dans les territoires ruraux.

Un éclatement et une précarisation des dispositifs d'hébergement

En 2016, le Dispositif National d'Accueil (DNA) comptait les CADA, HUDA, AT-SA, les CPH dédiés aux réfugiés et les Centres de Transit. En 2017, le DNA a ouvert en plus des centres déjà existants les CAO, HUDA non-stables, PRADHA, CPAR, CAES. Cette profusion de sigles amène un flou considérable pour les professionnels et pose question sur la logique de répartition des populations selon les types d'hébergement. Nous allons voir que la logique suivie est purement procédurale, ce qui n'est pas sans conséquences sur les équipes de professionnels et le public migrant précaire hébergé au regard de l'accès aux soins et aux droits.

Depuis la réforme du droit d'asile du 29 juillet 2015¹⁷, des changements notoires ont été mis en place. D'une part, la procédure d'asile s'est complexifiée et dès le passage en GUDA les demandeurs d'asile sont classés selon 3 types de procédures : la procédure normale, la procédure accélérée et Dublin III.

Les missions afférentes à ces différents hébergements sont sensiblement différentes les unes les autres. Par ailleurs, on observe depuis 2015 une large précarisation de l'hébergement. En effet,

en CAO et en PRADHA, la priorité de l'accompagnement concerne la catégorisation des personnes dans une procédure. L'évaluation administrative et sociale est ici priorisée et doit permettre d'orienter le public en fonction de sa procédure dans telle ou telle autre structure.

Dans la Charte de fonctionnement des CAO¹⁸ publiée par le ministère de l'Intérieur et le ministère du Logement et de l'Habitat Durable, on peut lire : « Les centres d'accueil et d'orientation ont pour objectif d'offrir un sas d'accueil et d'orientation pour des migrants stationnant sur le territoire français avec nécessité d'une solution temporaire de mise à l'abri. Cette période de mise à l'abri temporaire doit permettre aux migrants de bénéficier d'un temps de répit, de reconsidérer leur projet migratoire, de bénéficier le plus rapidement possible de toutes les informations et de l'accompagnement administratif nécessaires au dépôt d'une demande d'asile s'ils souhaitent s'inscrire dans cette démarche. Le dispositif CAO n'a pas vocation à constituer une solution d'hébergement de substitution pour certaines catégories de publics pour lesquels il existe déjà des mécanismes (dispositif d'hébergement généraliste, dispositif d'accueil des demandeurs d'asile,

¹⁷ Ministère de l'Intérieur. Immigration, Asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. (2015, 29 juillet). *Loi n°2015-925 relative à la réforme du droit d'asile*. Repéré à URL : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/La-reforme-de-l-asile-issu-de-la-loi-du-29-juillet-2015>

¹⁸ Ministère de l'Intérieur et Ministère du Logement et de l'Habitat Durable. (2016, 1^{er} août). *Charte de fonctionnement des centres d'accueil et d'orientation (CAO)*. Repéré à URL : https://www.gisti.org/IMG/pdf/min_int_logement_2016-07_charte_fonctionnement_cao.pdf

schéma de prise en charge des réfugiés réinstallés). Cette mise à l’abri doit être l’occasion de mettre en œuvre ou d’approfondir une première évaluation de la situation sociale et administrative de la personne accueillie, dans le strict respect du droit. » S’agissant des CAO, on comprend alors que la logique est en pratique purement procédurale.

Pour les PRADHA, le même constat peut être fait. C’est la création de campements dans plusieurs territoires métropolitains qui a conduit l’État à développer un dispositif dénommé « programme d’accueil et d’hébergement des demandeurs d’asile » (PRAHDA) dont « l’objectif est à la fois d’assurer l’accueil d’un plus grand nombre de demandeurs d’asile mais également d’offrir un hébergement et un accompagnement aux personnes de nationalité étrangère s’orientant vers la procédure d’asile. Le PRAHDA est un

dispositif d’hébergement d’urgence relevant de l’article L. 744-3 2° du code de l’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile (CESEDA¹⁹). Ainsi, pour tous les étrangers manifestant le souhait de déposer une demande d’asile et pour ceux, justifiant d’une attestation de demande d’asile, en attente d’une orientation vers une autre structure d’hébergement relevant de l’article L. 744-3 du CESEDA »²⁰. Au regard de ces extraits, on peut dire que depuis 2015, les nombreuses « mise à l’abri » des migrants de Calais et de Paris se sont organisées de façon à trier les personnes administrativement et juridiquement.

Voici un tableau issu des données produites par l’OFII figurant en annexe du rapport d’activité de 2017²¹. Celui-ci donne à voir la répartition des personnes selon le type de procédure à l’échelle nationale et à l’échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes :

		Types de procédures enregistrées par l’OFII (hors mineurs accompagnants)		
		Procédure normale	Procédure accélérée	Dublin
National	2016	39 236	18 243	19 663
	2017	38 695	24 212	34 642

¹⁹ Legifrance. (2019, 1^{er} juin). *Code d’entrée et du séjour des étrangers et du droit d’asile*. Repéré à URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidT exte=LEGITEXT000006070158>

²⁰ Ministère de l’Intérieur et Ministère du Logement et de l’Habitat Durable. (2016, 1^{er} août). *Charte de*

fonctionnement des centres d’accueil et d’orientation (CAO). Repéré à URL : https://www.gisti.org/IMG/pdf/min_int_logement_2016-07_charte_fonctionnement_cao.pdf

²¹ Office Français de l’immigration et de l’Intégration (OFII), (2017). *Rapport d’activité*. Repéré à URL : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_raa_2017.pdf

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

Régional	2016	2345	2738	2152
	2017	2635	4204	3292

Ce tableau donne à voir de manière précise qu'en 2017, la majeure partie des personnes ont été dirigées en procédure accélérée ou sous procédure Dublin. Si cette augmentation peut s'expliquer en partie par le public présent dans la jungle de Calais, on peut s'interroger sur la vulnérabilisation à laquelle sont soumises les personnes vis-à-vis des procédures d'asile. L'accélération des délais de traitement est pour beaucoup de professionnels un biais supplémentaire de fragilisation du public migrant précaire tout comme l'accueil au sein d'hébergement où l'accompagnement proposé est minimal.

Si l'entrée dans une procédure apparaît comme une priorité, l'accès aux soins est bien souvent relégué au second plan. L'accompagnement social prévu dans des types d'hébergement plus précaires ne permet pas de veiller à rendre effectif les droits des personnes. L'accompagnement social des CAO est organisé de la manière suivante : 1 ETP pour 30 personnes (prise en charge sociale et sanitaire, orientation vers d'autres structures d'hébergement plus pérennes des migrants ou vers le logement pour les bénéficiaires d'une protection, le cas échéant demande de régularisation au titre du droit au séjour). L'OFII est chargé de

l'information sur la procédure d'asile, de la présentation des aides au retour et de l'orientation vers un hébergement du DNA. Dans la mesure où ce public est particulièrement vulnérable notamment de par son passage dans la jungle de Calais durant plusieurs mois voire années, il apparaît illusoire que l'accès aux soins puisse être rendu effectif. De plus, l'hébergement en CAO n'est pas censé couvrir l'intégralité de la procédure d'asile et les personnes seront donc possiblement orientées vers un autre centre type CADA, AT-SA, ou HUDA de la région en fonction des places disponibles. Dans un tel contexte, l'effectivité de l'accès aux soins en santé mentale apparaît clairement improbable.

Comme l'écrivait déjà en 2013 Halima Zeroug Vial, Yvan Couriol et Nicolas Chambon à propos de l'hébergement des demandeurs d'asile : « Ces dernières années ce sont les dispositifs alternatifs qui ont pris de l'importance pour répondre à l'urgence de la demande (hôtel, hébergement d'urgence...). Dans la région lyonnaise la capacité d'hébergement traditionnel en CADA devenant même inférieure à celle de l'HUDA (Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile)²².» Ce

²² Zeroug-Vial, H., Couriol, Y. et Chambon, N. (2014). Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la

santé mentale. *Revue Rhizome*, numéro 51, pp.57-60.

phénomène est d'autant plus saillant depuis deux ans où l'on assiste à une précarisation de l'hébergement dédié à l'asile. Depuis la réforme, le schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés a été complété par les schémas régionaux ayant pour but de rendre compte

et d'actualiser les évolutions du parc d'hébergement en vue de le fluidifier et de visibiliser les ressources existantes. D'après le schéma régional d'Auvergne-Rhône-Alpes de 2016-2017, le parc d'hébergement dédié à l'asile s'organise de la manière suivante :

Types d'hébergements	CADA	HUDA	AT-SA	Hôtel	CAO	CPH	HUDA non stable
2016	4235	3147	603	148	389	203	
2017	5143	2537	833	145	1288	248	193

D'après ce tableau, le nombre de place en CADA est presque équivalent au total des places proposées dans les autres types d'hébergement (hors CPH) où l'accompagnement est à bas seuil. Lorsque l'on ajoute l'intégralité des places du DNA hors CADA et CPH, on atteint un total de 4 996 places contre 5 143 en CADA. Cet état de fait donne à voir que la logique est procédurale et s'organise autour d'une logique d'hébergement minimal où l'accompagnement fait défaut au regard des besoins du public.

En matière d'accès aux soins, une telle organisation ne permet pas l'effectivité de ce droit au plus grand nombre mais semble

reposer avant tout sur les équipes de professionnels qui entretiennent des rapports de proximité avec le public. Au regard de la composition du DNA et de la répartition du public en son sein, l'ajustement entre l'accès aux soins et les dispositifs d'hébergement paraît vain étant donné qu'il n'existe pas d'hébergement où un accompagnement social est en capacité de l'assurer aux vues du manque de moyens avec lesquels les équipes doivent travailler. La précarisation de l'hébergement se fait donc aux dépens de l'accès aux soins et d'une prise en charge convenable en santé mentale. Ce phénomène est de plus en plus visible depuis 2015 où l'on assiste à un éclatement des dispositifs dédiés à l'asile.

DEUXIÈME PARTIE : DES PRISES EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE CONDITIONNÉES PAR LES PROCÉDURES ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES

Inadéquation entre le parcours administratif et le parcours médical

Le public migrant précaire est un public regroupant une diversité de personnes aux parcours et situation dont le commun se noue dans une condition de vie précarisée sur le territoire, une vulnérabilité prégnante, le passage par la procédure d'asile et l'attente, une souffrance psychosociale dont les professionnels se font témoins et des difficultés d'accès aux droits et aux soins saillants. Aussi large que puisse être ce public, les difficultés d'accès aux soins en santé mentale sont rendues visibles par la médiation des professionnels sanitaires et sociaux rencontrés.

Si les rouages du parcours administratif sont bien définis par le Droit et mis en pratique par l'accompagnement social proposé dans les hébergements, les choses sont bien plus complexes s'agissant de l'accès aux droits en santé. Alors que le fait même de pouvoir accéder à un hébergement est pensé et se justifie au regard du dépôt et de la décision prise à l'encontre du demandeur par les instances compétentes (OFII, OFPRA, CNDA), l'accès aux droits et aux soins ne sont à contrario pas portés de manière organisationnel. Un exemple marquant qui vient souligner une organisation autour de la procédure est celui de la contractualisation qui est faite entre le migrant précaire et le CADA dans lequel il est orienté²³. Dans cette

²³ Dans l'arrêté du 29 octobre 2015, on peut lire : « Le présent contrat est un contrat d'hébergement temporaire ne pouvant en aucun cas être assimilé à un bail de location. En application des articles L. 744-5 et du I du R. 744-12 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), la durée de l'hébergement proposé dans ce cadre est limitée à celle de l'instruction de la demande d'asile par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) et, le cas échéant, du recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Le présent contrat n'autorise pas le maintien dans

les lieux au-delà de cette échéance. Le présent contrat débute le .../.../... (Jour de la signature). Il prendra automatiquement fin lorsque vous recevrez la notification de la décision de l'OFPRA, ou si vous sollicitez un recours, lorsque vous recevrez la notification de la décision de la CNDA. [...] Une prise en charge temporaire, financée sur les fonds publics, vous a été accordée. Outre l'hébergement, le CADA est chargé de vous apporter un accompagnement social et administratif pendant la durée d'instruction de votre demande d'asile. » Legifrance. (2015, 3 novembre). *Arrêté du 29 octobre 2015 relatif au*

contractualisation, d'une part l'accès aux soins n'est pas mentionné en tant que tel. D'autre part, l'accompagnement s'organise essentiellement autour de la procédure puisqu'il s'inscrit dans sa temporalité.

De plus, il apparaît important de souligner que dans les différentes équipes rencontrées, l'intitulé général des postes est englobé sous le terme « d'intervenant social ». Bien que les horizons professionnels de rattachement puissent être variables (juriste, anthropologue, psychologue), ce sont majoritairement des travailleurs sociaux (autrement dit des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés, des conseillers social et familial...) qui sont présents au sein des structures d'hébergement dédiées à l'asile. L'accompagnement est souvent réparti entre les professionnels selon des tâches spécifiques à réaliser. Certains vont ainsi se présenter comme « chargé de procédure » ou « référent procédure », « référent social », ou simplement « intervenant social ». Bien que ces spécificités semblent permettre un repérage fin et une prise en charge de proximité des personnes concernant la demande d'asile, en pratique les professionnels sont amenés à gérer et accompagner les « résidents » sur tous les domaines de la vie quotidienne²⁴. Autrement dit, les équipes font preuve

d'une écoute attentive sur des temps formels comme informels, portent une attention au bien-être des personnes, apportent des réponses aux problèmes relatifs au versement de l'ADA, recherchent des solutions pour des problèmes de santé, repèrent et sont prévenants concernant tous signes de souffrance, d'isolement, de formes de mal-être visible, gèrent les conflits inter-résident, en bref tentent d'apporter des réponses à tous les besoins globaux et à toutes les questions des personnes. Aussi, bien que l'organisation soit largement institutionnalisée dans les hébergements, tout autres éléments constitutifs de la vie et des conditions de vie des personnes relatifs au bien-être, à la santé mentale, fait l'objet d'un traitement au cas par cas et repose directement sur les professionnels sans qu'un parcours type en termes d'accès aux droits et aux soins soit préexistant.

S'il est indéniable que cet état de fait constitue l'esquisse d'une re-totalisation des personnes, il apparaît à l'inverse que les équipes sont en grande difficulté tant pour appréhender ce qui arrive aux personnes en souffrance que pour les faire accéder aux soins de façon effective et durable.

contrat de séjour type des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Repéré à URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031415321&categorieLien=id>

²⁴ Legifrance. (2015, 3 novembre). *Arrêté du 29 octobre 2015 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile*. Repéré à URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031415330&categorieLien=id>

Un accès non garanti aux droits en santé

L'accès aux droits conditionne l'accès aux soins. Il représente une démarche administrative complexe qui repose sur des partenariats et des réseaux établis ou non, ainsi que des liens de confiance construits entre professionnels d'un territoire.

La complexité administrative de l'accès aux droits oblige à recourir à un tiers professionnel ou bénévole pour pouvoir constituer le dossier. L'ouverture des droits requière une maîtrise de la langue et une connaissance du fonctionnement du système d'assurance maladie et des institutions. Il s'agit de démarches kafkaïennes, complexes et chronophages pour la personne qui, déjà précarisée et fragilisée, doit se déplacer, demander à plusieurs personnes, être redirigée ailleurs pour pouvoir espérer être prise en charge au niveau sanitaire. Comme le montre cet extrait d'entretien mené avec une assistante sociale d'une PASS, la démarche pour se faire soigner est parfois particulièrement complexe et ressemble à un vrai parcours du combattant pour les personnes :

« Si ils ne connaissent pas la PASS et qu'ils sont orientés soit par un centre d'hébergement, une assistante sociale, même la sécurité sociale nous en oriente... oui des fois les gens vont se présenter là-bas, ils expliquent leur situation et ils leur disent de venir à la PASS. Ou ça peut être aussi des médecins de ville qui nous connaissent, des intra-

hospitaliers par exemple des gens qui vont se présenter pour des consultations, on leur demande leur carte d'assurance maladie et ils ne l'ont pas donc si les professionnels connaissent la PASS ils vont les orienter ici. On est bien reconnu pour faciliter l'accès aux soins des patients ».

Par ailleurs, nous avons constaté que les délais d'obtention des droits sont variables en fonction des territoires. Dans certaines PASS, un partenariat avec la CPAM a été mis en place, ce qui facilite et réduit le délai d'ouverture des droits comme l'évoque cette assistante sociale :

« On a une convention avec la sécurité sociale et dans la Loire ça fonctionne extrêmement bien. On peut avoir les droits en 48h. Et pour l'AME, on les a des fois dans la journée! ».

Lorsqu'une personne n'a pas encore de droits, l'orientation vers un médecin libéral (généraliste, psychiatre) est impossible ou nécessite un arrangement ponctuel, une négociation exceptionnelle au cas par cas. L'accès aux droits et aux soins repose sur des montages pratiques qui ont à voir avec une interconnaissance, une confiance réciproque, et des engagements locaux. Le problème qui se pose est que ce modèle résiste à toute forme de généralisation et repose uniquement sur les personnes et du cas par cas. Un intervenant social de CADA confie ainsi :

« Pour l'orientation sur des généralistes on est clairement en

difficulté. On a un seul médecin avec qui on travaille bien qui accepte de prendre des personnes sans CMU. Il met en attente, il sait que c'est 3 mois ouvrés donc il accepte de mettre en attente mais c'est le seul ».

En particulier, la possibilité de l'accès aux soins quand les personnes ne sont pas domiciliées nécessite une implication lourde des professionnels soignants et des travailleurs sociaux comme l'explique une professionnelle de Pass :

« Pour les personnes qui ne sont pas hébergées, la question de la domiciliation devient très

problématique. Je suis allée à une réunion des PASS et par exemple certains CCAS ou associations ne font pas ou plus la domiciliation. Quand ils ne peuvent avoir de domiciliation, ils ne peuvent plus ouvrir de droits AME aux gens déboutés etc... donc derrière en termes de santé mentale et de prise en charge la problématique est terrible. Ils n'ont pas de domiciliation, ils n'ont pas de droits, ils ne peuvent pas aller voir un psychiatre libéral »

∞ TROISIÈME PARTIE : LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS, ENTRE TRAVAIL SOCIAL ET SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER : UN CONCERNEMENT AMBIGU

Des intervenants sociaux au front de la souffrance psychique

Une littérature conséquente décrit depuis un certain nombre d'années les parcours de plus en plus complexes et longs de personnes dont on sait que les conditions migratoires ne sont pas sans effets sur la santé mentale. Les professionnels de l'hébergement, quand ils reçoivent les demandeurs d'asile, en fonction des pays de provenance et des parcours suivis, ont une idée du type de violences qu'ils peuvent avoir vécu. Un travailleur social évoque :

« Le CAO est une structure collective et les professionnels voient toute la journée des personnes qui pourraient avoir des troubles psychiques. Pour les professionnels, il y a pour toutes les personnes qu'ils accueillent de la souffrance psychique liée au parcours d'exil, au déracinement, et chacun aurait

besoin de pouvoir se livrer. Une grosse partie du travail concerne la santé mentale. Beaucoup de personnes sont au bord du gouffre, du suicide on a pu en récupérer quelques-unes. Au quotidien, on est plus sur la gestion d'un foyer médicalisé mais sans les moyens ».

Ce constat est d'autant plus vrai que la notion de psychotraumatisme est largement médiatisée dans le grand public depuis les attentats du métro Saint-Michel de 1995, et que ce concept n'est plus l'apanage des psychologues et des psychiatres²⁵. Valérie Colin et Christian Laval évoquent à quel point le fait d'être accueilli dans un centre d'hébergement et de pouvoir bénéficier d'un accompagnement spécifique peut être propice à exprimer sa souffrance : « En premier lieu, [les intervenants interviewés] insistent sur les crises qui peuvent survenir dans la vie des centres d'accueil. Ces crises peuvent être consécutives à des

²⁵ D'Halluin, E. (et coll.), (2004). La deuxième vie du traumatisme psychique. *Revue française des affaires sociales*. 2004/1, p 57 à 75.

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

réaménagements intra familiaux, de couple ou inter générationnel (inactivité du père, place sociale en creux, adaptation rapide des enfants à la culture d'accueil...). En second lieu, ils repèrent différents moments de crise en lien avec la rythmicité propre à la procédure : l'arrivée au centre, le temps du premier récit, puis le temps des confidences sur des faits traumatiques, enfin le moment sensible des convocations à l'OFPRA et à la CRR²⁶.»

Dans ce contexte, la prise en compte des problématiques de santé mentale de la personne accueillie prend une place centrale dans le travail social, comme le souligne Vanessa Ginestet²⁷. La psychologie de la personne occupe une place importante dans les axes de travail qu'elle utilise, afin d'affiner au mieux la proposition d'aide technique (action pratique) ou d'attitude face à la personne (parler, ne pas parler, faire, ne pas faire, faire faire, faire dire, etc.). Les travailleurs sociaux travaillant en centre d'hébergement témoignent d'un besoin immense en santé mentale, voire d'un besoin total quand les moyens en santé mentale sont limités. Un travailleur social témoigne :

« tous les enfants qui séjournent au CADA sans exception auraient besoin du soutien d'un psychologue ».

Effectivement, le concernement des intervenants sociaux sur les questions de

santé mentale des migrants précaires, tel qu'il transparait dans les divers entretiens que nous avons mené dans le cadre de notre recherche, est fort, comme en témoigne ce passage :

« c'est aussi et surtout dans les temps informels que l'on repère si les gens ne sortent jamais de chez eux, qu'ils ne font aucune activité, qu'ils ne viennent pas aux cours de français ou quand on tape à leur porte et que lorsqu'on rentre il y a les volets baissés. Ça va être des petites choses comme ça qui vont nous alarmer. Puis on en discute entre collègues en se disant qu'est-ce que tu en penses ? Voilà moi quand je la vois en entretien elle est comme ça... enfin voilà on fait souvent des points quand même quand on reçoit les personnes. Parfois on les accueille et tout de suite il y a des choses qu'on ressent... enfin la personne voilà c'est sa manière de parler, sa manière de se tenir, de se comporter, le regard fuyant... ».
(Référente sociale d'un HUDA)

Les intervenants sociaux se disent en difficulté pour repérer, évaluer et trier les demandes de soins, témoignant ainsi qu'ils portent un souci réel sur la question de la santé mentale des personnes migrantes et qu'ils ne délèguent pas entièrement cette question aux professionnels en santé

²⁶ Colin, V. et Laval, C. (2005). *Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes – Modalités cliniques et inter partenariales*. (recherche-action). DRASS Rhône-Alpes, Orsmp-Orspere.

²⁷ Ginestet, V. (2015). Accompagner des demandeurs d'asile : des mots au langage des corps. *Editions Êres « Empan »*. 2015/2 n° 98, pages 93 à 100

mentale, tout en se sentant sous le regard de ceux-ci. Les professionnels se retrouvent alors à devoir sélectionner les situations les plus urgentes à orienter et sur lesquelles ils ressentent une grande inquiétude au regard de « l'état de la personne ». A titre d'exemple, une directrice de centre d'hébergement nous confie qu'elle se sent très en difficulté pour faire le tri entre ceux dont la demande de soin pourrait être entendue et ceux pour qui la demande pourrait être considérée comme illégitime par les professionnels de la psychiatrie. Elle cite l'exemple d'un hébergé qui s'est tranché la main la semaine précédente avec un bris de verre et pour qui le passage à l'acte s'est traduit par une orientation aux urgences. Mais à part pour les passages à l'acte, et donc le traitement de l'urgence, une évaluation nécessite des compétences, en termes de repérage qui ne font pas partie de la formation des intervenants sociaux. Ils se sentent donc désarmés entre le fait de passer à côté de choses graves, notamment des suicides recensés dans un certain nombre de centres d'hébergement et le fait d'orienter de manière trop systématique ce qui leur est reproché ensuite par les psychologues et psychiatres travaillant dans les institutions partenaires.

Les intervenants sociaux, parce qu'ils sont en première ligne, parce qu'ils sont parfois la première porte ouverte dans le pays d'accueil, parce qu'ils sont au plus près des

besoins de la personne, représentent les premiers liens « officiels, institutionnels » créés en France. La relation de confiance qui se construit est parfois propice à des confidences ou en tout cas au fait de pouvoir aborder des sujets personnels, intimes²⁸.

Mais comment répondre à cette demande, à cette souffrance ? Les intervenants sociaux témoignent régulièrement d'une déception de la réponse formulée par les dispositifs en santé mentale, réponse qui ne leur paraît pas ajustée à la souffrance de la personne migrante. La demande du migrant autour de la souffrance qu'il exprime est-elle assimilable à une demande de « soins psychiques » ? Pour certains intervenants sociaux, ce besoin de parler, de se confier, est un signe d'une nécessité d'un étayage spécialisé « psy » comme l'évoque cette intervenante sociale de CADA :

« Si j'oriente c'est parce que la personne elle se plaint, elle est épuisée, elle ne dort plus, elle fait des cauchemars, elle veut parler de son récit et nous on n'est pas du tout compétent pour ça, ce n'est pas notre travail donc on oriente pour ça pour qu'il y ait un mieux-être quoi, une aide... ».

Certains intervenants sociaux ne se sentent pas toujours armés pour écouter des histoires de vie chaotiques et des récits sordides. Les professionnels de

²⁸ Le travailleur social par sa proximité et sa présence, incarnerait cette fonction alpha décrite par Wilfred Bion. La fonction alpha représente la fonction assumée par un individu, fonction de

métabolisation, de transformation des éléments Bêta (contenus psychiques bruts), qu'un autre dépose en lui. Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France. 137p.

l'hébergement témoignent d'une grande difficulté à ce que les gens « déposent » des choses qu'ils ne puissent traiter. Ils imaginent que des outils « psys », qu'une compétence qu'eux ne possèderaient pas mais que détiendraient les psychologues ou les psychiatres permettraient de mieux accompagner la personne. La nécessité d'orienter vers un psychiatre ou un psychologue tient en général au vécu de l'atteinte d'une limite de compétence et à une grande inquiétude face à la dégradation de l'état psychique du patient et aux risques d'aggravation de son état.

Cet « appel au psy » énoncé par les professionnels de l'action sociale et de l'hébergement peut aussi être entendu comme une demande de recours, d'étayage, de soutien de la part des travailleurs sociaux confrontés à des tâches et des missions qu'il leur est extrêmement difficile de remplir. C'est ce que décrit cet intervenant social de CAO :

« Pour les professionnels, il y aurait besoin de moments d'échanges plus conséquents, même si l'équipe de travailleurs sociaux prend du temps pour les écouter. Les bénévoles du CAO sont très présents et peuvent aussi offrir cette écoute sur des moments informels qui sont importants pour les personnes. Le bureau d'accueil est au centre du CAO, et les professionnels sont constamment sollicités par les personnes hébergées, même pour des choses anodines, qui peuvent prendre une dimension démesurée ».

D'une part, la précarisation des dispositifs d'hébergement place les travailleurs du social dans des cadres professionnels de plus en plus fragiles. Le désengagement de la puissance publique concernant le devenir des personnes migrantes, le manque de personnel qui en découle, provoquent une augmentation de la charge de travail et imposent de faire des choix douloureux et de doser les efforts de façon sélective. Ce désengagement fait peser un vécu de lourde responsabilité sur les professionnels du champ de l'asile, engagés souvent personnellement dans ces accompagnements. Ceci générant souffrance, épuisement, et se traduisant notamment par un turn-over important dans les équipes de travailleurs sociaux. Ces facteurs cumulés alimentent un climat d'urgence, conséquence d'une insécurisation généralisée des publics et des professionnels qui les accompagnent.

D'autre part, les travailleurs sociaux et les professionnels de l'hébergement témoignent d'un conflit politico-éthique interne qui les fragilise considérablement dans la possibilité d'un exercice serein de leur profession : ne seraient-ils pas le bras armé d'un pouvoir maltraitant vis-à-vis des publics qu'ils sont censés aider ? Ce terme de « maltraitance », pour caractériser leur pratique professionnelle, revient souvent dans les échanges. Une certaine forme de culpabilité se fait entendre de la part des professionnels. Une inquiétude se verbalise quant au fait même de devoir contraindre les personnes à « se raconter », « à raconter sans cesse leur histoire », et il est fréquent que les professionnels expriment leurs

réticences « à creuser » pour savoir ce qui se cache derrière la souffrance du public. Une professionnelle se confie :

« C'est bien beau de dire alors racontez moi votre vie puis dans une heure bon ben voilà c'est fini. On a fait sortir des choses, on part chacun de son côté. Nous ça nous fait remonter des choses mais eux encore plus donc moi je ne vais même plus aller parler du traumatisme parce que je me dis après l'entretien ils vont faire quoi de tout ça ? ».

Ainsi, les travailleurs sociaux expriment leur difficulté à tenir ensemble, d'une part les tâches liées à la procédure – innombrables, changeantes, maltraitantes, et d'autre part la souffrance du public. La souffrance des équipes résulte des difficultés à concilier les exigences déontologiques avec la réalité du terrain et des ressources à disposition. Les travailleurs sociaux sont au cœur de missions, de discours et de pratiques régulièrement paradoxales. Les situations complexes paraissent constituer le quotidien des équipes rencontrées. La souffrance des personnes, la pratique procédurale vécue comme maltraitante dans l'exercice même de sa professionnalité et à l'encontre des personnes qu'ils sont censés aider, l'impossibilité d'orienter les personnes génèrent un fort épuisement, un prégnant sentiment d'impuissance et une puissante indignation dans les équipes. En résulte une fatigue psychologique pouvant aller jusqu'à l'épuisement nerveux, la dépression et le « burn-out », avec des arrêts maladies de plus

en plus fréquents et de plus en plus longs, voire jusqu'à l'accident de travail ou la mise en incapacité (Devalois, 2017).

Ces difficultés dans la professionnalité mettent en exergue la nécessité des professionnels à être soutenus, par exemple via des groupes d'analyse de la pratique. Cependant, les professionnels paraissent aussi démunis pour trouver des lieux où échanger, déposer à leur tour sur les difficultés qu'ils rencontrent et face à ce que les patients verbalisent. Une assistante sociale témoigne :

« C'est violent. Et comme je disais à [l'infirmière du dispositif], parce qu'elle est venue me voir en disant "mais si il vient me voir qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire vu la situation !" Et je lui disais mais écoute de toute façon ce dont il a besoin c'est de parler mais il faut aussi que tu puisses toi te protéger parce que tu peux le prendre de plein fouet. Et ça aussi quand tu es psychologue on t'a appris... quand tu ne l'es pas et que tu te mets à écouter des trucs un peu gore... bon... Elle me disait mais oui mais il n'y a pas de psychologue et ce que je disais c'est que toute façon psychologue ou pas psychologue il a besoin de quelqu'un qui l'écoute, qui accueille sa parole mais alors le problème qu'on a c'est comment tu fais pour pas te noyer dans son histoire quoi... pour l'infirmière et le médecin car c'est essentiellement par eux que la souffrance va s'exprimer c'est compliqué quoi ».

Ainsi, l' « appel au psy » formulé par les travailleurs sociaux recouvre une demande de relais, de soutien, d'étayage, de la part des travailleurs sociaux exposés à des expressions de la souffrance parfois violentes, souvent massives et envahissantes. Il n'est pas rare que de façon plus ou moins implicite cet appel aux psys et/ou cette demande d'orientation vers la santé mentale renvoie à une demande de l'évaluation impossible d'une situation clinique qui inquiète l'intervenant, un besoin de sécurisation et de validation dans la gestion d'une situation complexe traitée paradoxalement dans l'urgence et générant de la culpabilité. Il s'agit bien souvent de demande plus ou moins clairement explicitée d'analyse de la pratique professionnelle émanant d'équipes en grande souffrance dans leur professionnalité et en grande difficulté pour réaliser leurs missions propres.

Les intervenants sociaux s'essouffent et s'épuisent rapidement : l'accompagnement administratif et juridique des migrants est extrêmement lourd et chronophage, et cela dans la durée, quand les procédures juridiques font souvent vivre aux migrants eux-mêmes comme à ceux qui les accompagnent, un enjeu hyper-anxiogène de vie ou de mort. C'est aussi à cet endroit qu'est convoquée la santé mentale : comme gestion des conséquences de l'action publique sur la santé mentale des personnes migrantes et celle des acteurs qui les accompagnent. Un juriste travaillant dans un centre d'hébergement témoigne :

« On a besoin de psy après les entretiens juridiques, les personnes il

faut ensuite les ramasser à la petite cuillère ».

L'interpellation des PASS et des EMPP

Les dispositifs du secteur public se sont transformés ces vingt dernières années. Des dispositifs spécifiques d'aide à l'accès aux soins des populations précaires sont nés, via la création des PASS et des EMPP. Ces dispositifs se sont eux-mêmes rapidement retrouvés saturés. Ils n'étaient pas amenés initialement à accueillir spécifiquement des migrants mais certains ont été amenés à prendre en charge exclusivement ce public. Des modifications qualitatives des dispositifs, des pratiques et des discours ont émergé. Ces équipes doivent s'ajuster, se positionner face à certains problèmes pratiques spécifiques rencontrés dans la prise en charge des migrants. Parfois, les équipes de PASS et d'EMPP sont en difficultés pour orienter les personnes dans le droit commun une fois que leurs droits sont ouverts, que le travail d'accroche au soin a pris sens pour le patient et qu'une nécessité de soin en santé mentale a été repérée, évaluée ou diagnostiquée. L'accès aux CMP est complexe avec des délais d'attente de plusieurs mois.

Pour s'ajuster au problème de pénurie, les professionnels des PASS, CADA et EMPP tentent de faire valoir « les vraies demandes », de trouver les bons arguments, ils justifient de la nécessité à prendre en charge telle ou telle personne, préparent les personnes aux soins psychiques en amont afin de « travailler la demande »,

alertent de l'urgence de telle ou telle situation. Dans les CADA où les ressources sanitaires à proximité manquent, l'orientation se fait dans des situations extrêmes de vulnérabilité psychique. Les équipes de CADA expriment leur impuissance lorsque les personnes ont besoin de soins urgents, en cas de crise clastique, de « décompensation », d'agitation inhabituelle, d'agressivité ou de violence, de prostration, d'isolement. A titre d'exemple, une directrice de CADA raconte le cas d'une personne qui faisait des malaises à répétition par suite d'une verbalisation de son récit ou d'un appel de ses proches restés au pays. Sur ce territoire, le CADA est situé dans une zone où l'hôpital le plus proche est à une demi-heure. Le CADA n'ayant pas le budget et le personnel suffisant pour accompagner les personnes, les gens doivent se rendre eux-mêmes aux urgences. Ce qui pour l'équipe est source d'une grande inquiétude face aux situations les plus « à risques ».

Au-delà des spécialistes en santé mentale, c'est aussi la recherche d'un médecin traitant (généralement un médecin généraliste) et d'un dentiste qui reste dans la plupart des cas particulièrement complexe voire impossible comme l'explique cette intervenante sociale :

« On parle souvent des problèmes psy avec toutes les barrières que ça pose mais pour les problèmes dentaires c'est une catastrophe

aussi pour ce public. Même avec la CMU ils ne prennent pas de rendez-vous. Les dentistes il n'y en a aucun. Les gens ont des droits, ils n'ont pas de carte vitale donc ils ne veulent pas les recevoir. Ils ont besoin de soins dentaires tout le temps et là vraiment on ne sait plus comment faire. Le seul qui acceptait de les recevoir ne peut plus. La dernière fois que je l'ai appelé il m'a dit oui mais nous on devient un dispensaire et il a dit moi maintenant il faut que chacun prenne sa part car je ne peux plus quoi ».

Les travailleurs sociaux sont confrontés aux craintes des médecins et parfois à des attitudes professionnelles qu'ils jugent violentes²⁹.

Les CADA situés à proximité d'une PASS ou sur un territoire disposant d'une EMPP font régulièrement appel à ces dispositifs, afin que la personne, ayant ou non droit à la sécurité sociale ou à l'aide médicale d'état, ait accès aux soins. Il est fréquent que des infirmiers de PASS ou d'EMPP tiennent des permanences au sein des hébergements jusqu'à deux fois par semaine. Ces suivis visent à un certain maintien de la personne dans son hébergement et à prévenir toute dégradation psychique, tout risque de décompensation, en proposant aux personnes de les rencontrer de façon régulière. Pour les professionnels, il s'agit de « créer du lien » avec les personnes. Les

²⁹ Un professionnel nous raconte qu'une personne est revenue du rendez-vous chez le médecin avec une ordonnance où il était prescrit « d'apprendre le

français. » La violence de cet acte a renvoyé l'intervenant social à sa propre impuissance.

PASS, EMPP et CADA soutiennent, expriment et soulignent l'importance de « créer un lien » de proximité en vue de soutenir le public, « d'être là », de permettre aux personnes de s'exprimer. Une infirmière de PASS témoigne :

« les gens viennent car c'est le seul endroit où ils peuvent venir échanger. C'est un lieu où ils sont écoutés ».

Ces aménagements permettent que les personnes puissent avoir une consultation sur place, d'évaluer les besoins en santé et d'aménager, dans la mesure du possible, soit un rendez-vous avec le médecin de la PASS, soit une orientation dans le droit commun, soit une orientation vers un psychiatre exerçant au sein de l'hôpital de rattachement.

Les publics migrants précaires se retrouvent, du fait de leur situation administrative et juridique, dans les réseaux de la précarité et les dispositifs d'accès aux soins destinés aux précaires type PASS et EMPP, dispositifs construits en périphéries de l'institution hospitalière. Sur certains territoires, ces dispositifs ne reçoivent que le public migrant et les professionnels ont été amenés à repenser leur pratique afin de répondre aux besoins de ces populations, que ce soit d'un point de vue technique (formations en approche transculturelle, formation à la pratique de l'interprétariat en santé, à la clinique du psychotraumatisme) ou relationnel. Les professionnels réfléchissent aux dispositifs de soin à mettre en place, à sa qualité particulière pour ce public singulier.

Ils témoignent de leur difficulté d'exercice dans un contexte de fréquente déshérence de l'hôpital public et des CMP. Faute de pouvoir trouver des relais en aval, ces dispositifs « passerelles » d'accès aux soins deviennent alors des dispositifs de soins en santé mentale en tant que tels et se retrouvent à leur tour saturés. Cette infirmière et ce psychiatre de PASS psychiatrique témoignent :

« Il faut souvent attendre la décompensation avant de pouvoir orienter vers le CMP, dans ce cas, le patient passe par les urgences psy. Entre les deux il n'y a rien [...] On essaye d'évaluer si ça se dégrade pas, si là faut vraiment qu'on dise bon ben maintenant tant pis on va aux urgences et on verra bien comment ça se passe parce qu'on est vraiment très inquiet. On a un peu le sentiment de les tenir à bout de bras tant bien que mal hein... »
(Infirmière PASS psychiatrique)

« On se retrouve un peu dans la position de faire du CMP pour migrant à la PASS... y'a deux filières de soin qui sont très différentes, les gens qui viennent pour des problèmes sociaux et somatiques on va dire, sont très vite adressés aux circuits de droits communs : médecin traitant, généralistes, y'a toute une liste de correspondance, ça se fait vite et bien. Mais par contre pour les suivis psychiatriques on se retrouve à recevoir les gens régulièrement, enfin « on » c'est moi ! Moi dans l'idéal je les verrais une

fois un peu longuement et puis je ferais l'orientation, ça serait ça le travail de la PASS... en pratique c'est pas ça ». (Psychiatre PASS psychiatrique)

Il s'agit aussi pour ces professionnels de faire avec la souffrance des intervenants sociaux des centres d'hébergement qui font appel à eux comme le dit cette infirmière :

« Parce que non seulement il y a le monsieur qui va mal, il y a la situation qui est compliquée, et il y a la directrice du centre d'hébergement qui demande de l'aide ... »

Une autre question que posent les professionnels de santé mentale dans ces PASS Psy est celle du rôle du psychiste dans un dispositif qui n'a pas pour mission ni de soigner, ni de faire de la réhabilitation ni de faire des psychothérapies, mais d'évaluer et d'orienter. À défaut d'avoir une orientation en santé mentale effective, de nombreux professionnels de PASS mettent en place des entretiens « soutien-écoute ». Ces derniers visent à assurer un suivi où la personne peut s'exprimer et échanger avec un soignant infirmier. Face à ce hiatus entre missions théoriques et pratiques réelles, les professionnels se posent la question du sens de leur travail réel.

« Comme les délais sont long avant d'avoir un rendez-vous, quand ils arrivent ils sont vraiment dans une grande attente de pouvoir nouer un lien thérapeutique, et ils se

confient ils racontent leurs trajectoires souvent extrêmement douloureuse et y'en a quand même un bon nombre qui n'ont pas envie de reprendre leurs valises... si on leur dit " bon on a regardé ce qu'il y a dedans , on referme vous la reprenez et puis vous la transportez ailleurs" c'est vraiment violent ... donc y'en a un certain nombre il faut accepter d'en passer par un temps de suivi et puis quand ça va mieux et quand... quand la situation se régularise et se simplifie et bien à ce moment-là... ». (Psychologue de PASS psychiatrique)

Ces dispositifs PASS sont souvent très bien identifiés par les personnes migrantes qui continuent de les solliciter même après avoir obtenu des papiers³⁰.

Quel concernement pour la psychiatrie de secteur ?

Les professionnels de l'hébergement comme les professionnels en santé mentale témoignent unanimement d'un manque de ressource globale en santé mentale. Dans certains territoires comme l'Ain, l'Allier ou le Cantal les ressources sanitaires de droit commun (CMP, psychiatrie libérale) sont peu nombreuses et saturées. Répondre aux besoins de soins en santé mentale du public migrant précaire est alors extrêmement complexe.

Les difficultés d'orientation vers la psychiatrie publique ne peuvent se réduire uniquement à une problématique de saturation des dispositifs. Les soignants

³⁰ Un psychiatre de PASS Psy nous dit encore recevoir une dame pourtant prise en charge en CMP

et régularisée mais qui ne souhaite pas rompre ce lien.

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

psychistes (psychologues, infirmiers, psychiatres) se trouvent régulièrement embarrassés avec ces situations de souffrances qui s'expriment sur les lieux du social. Certains disent ne pas vouloir psychiatriser la souffrance psychique d'origine sociale, d'autres affirment ne pas pouvoir travailler sans demande de soin. De fait, la psychiatrie publique est embarrassée par cette question de la prise en charge des publics migrants. En témoigne la recherche, par les soignants de CMP, de « dispositifs spécifiques » n'existant pas toujours (consultations transculturelles, dispositifs ethnopsychiatriques³¹, traitement du psychotraumatisme...). En témoigne également la participation des soignants en psychiatrie, aux formations organisées par l'Orspere-Samdarra sur les thématiques articulant les questions de santé mentale et de migration. Ces professionnels témoignent d'un certain nombre de difficultés rencontrées dans la prise en charge des publics migrants. Ils interrogent régulièrement la question de l'interculturalité. Ils soulignent également que ces publics cumulent les vulnérabilités sociales, psychologiques et médicales. Elles sont imbriquées les unes aux autres et elles viennent mettre à l'épreuve la professionnalité des soignants, qui témoignent devoir prendre en charge des problèmes qui débordent bien souvent le contenu de leur mission.

La saturation de la psychiatrie de secteur impose de fait un tri des publics en aval. Pour les professionnels soignants de PASS ou d'EMPP, pour les travailleurs sociaux exerçant en centre d'hébergement, la nécessité d'orienter vers la psychiatrie de secteur se lit dans une limite bien subjective de compétences ainsi dans une précaution à ce que l'état de la personne ne bascule pas dans quelque chose de plus pathologique, dans un souci à ce que la personne ne « décompense » de façon aigue. Un travailleur social de CADA explique ce que l'orientation « psy » permet selon lui :

« c'est surtout comment amener la personne à avoir des ressources suffisantes dans sa tête et de ne pas complètement s'effondrer ».

L'accélération des procédures administratives impacte directement la temporalité et la spatialité du suivi sur le secteur de psychiatrie publique. En effet, les règles de la sectorisation ne paraissent pas adaptées à ces publics. Elles entraînent des ruptures de soins, nourrissent des réticences du côté des soignants à prendre en charge ou à démarrer un suivi thérapeutique qui risque de s'arrêter brusquement avec pour conséquence parfois un non accès aux soins pour ces publics. La mobilité induite du public dû à la procédure et aux placements dans les hébergements lorsque des places se libèrent entravent parfois l'effectivité de

³¹ Ce besoin se retrouve aussi thématiqué chez certains psychologues auprès de qui Estelle d'Halluin a enquêté. D'Halluin-Mabillot, E. (2012). *Les*

épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon, Edition Broché, p. 219-220.

l'orientation. L'instabilité de l'hébergement pour ces publics est une problématique importante d'accès aux soins. Voici une anecdote très parlante qu'une infirmière de PASS confie à propos de la problématique de la sectorisation :

« Il y a une famille pour qui j'avais appelé le CMPI et à l'époque c'était 6 mois de délais. Et au moment où ils nous ont rappelé les gens venaient juste d'être placés vers [ville] donc du coup on se retrouvait hors secteur et donc ils ne prenaient plus en charge. On a refait une demande là-bas avec même chose 6 mois de délais aussi. Sauf qu'après la famille est revenu sur [ville] donc du coup la demande de [ville] est de nouveau tombée à l'eau. Il a fallu recommencer ici sauf que nous on ne sait pas à l'avance où ils vont être déplacés ! Donc au final il ne s'est rien passé pendant 1 an quoi ».

Travail social et santé mentale : des liaisons dangereuses ?

Les intervenants sociaux disposent d'une expertise « sociale » sur la personne et son parcours. Cette expertise, ce savoir-faire, peut faire défaut à certains soignants. Ces prises en charge nécessitent donc une circulation des savoirs de manière non hiérarchisée entre les équipes notamment entre psy et professionnels du travail social et remettent en question le cloisonnement des rôles et des missions.

La précarité de l'hébergement, l'instabilité liée à la procédure, l'insécurité dans laquelle vivent les migrants amène certains

psychiatres de secteur à s'interroger sur la pertinence de leur intervention propre dans ce circuit complexe, avec le risque que le suivi s'arrête brutalement (sortie de centre d'hébergement, changement de foyer d'hébergement, rue, OQTF, rupture des droits ...).

Plus radicalement, au nom d'une confusion des espaces, certains soignants considèrent que ce public ne relève pas de la psychiatrie comme l'évoque cette infirmière de PASS quand on lui demande quelles sont les raisons de refus de prise en charge :

« C'est du social souvent, on nous renvoie souvent au social parce que souvent par exemple là les femmes dont on, qu'on évoque là, et ben elles n'ont pas d'hébergement, ou leur mari est à la rue et elles sont seules hébergées et on nous dit "ben oui mais si elle avait un hébergement elle irait bien votre dame donc ce n'est pas ... Ce n'est pas de la psychiatrie, c'est du social !" ».

Cette conception des prises en charge qui opère une séparation entre le monde de la psychiatrie et celui du social n'est pas partagée par l'ensemble des psychiatres. Toutefois elle est encore très présente dans certains services psychiatriques et représente un frein important à l'accès aux soins en santé mentale pour ces publics. La précarité sociale dans laquelle vivent les migrants est également un argument avancé par certains psychologues en santé mentale, réticents à l'idée de démarrer un suivi psychothérapeutique :

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

« Et puis ce qu'elles nous disaient aussi [les psychologues de l'hôpital] c'était que l'insécurité de la situation globalement euh ... pas d'hébergement ou un hébergement très instable euh ... et du coup elles trouvaient que c'était compliqué de faire un vrai travail sans un minimum de sécurité autour ... et d'ouvrir des dossiers et de laisser ensuite repartir les gens euh ...dehors, avec, vraiment dans des situations trop compliquées quoi, avec vraiment une insécurité de l'avenir, du jour présent, enfin de tout quoi ... » (Infirmier PASS)

Instaurant un trouble dans l'ordre établi entre travail social et psychiatrie publique, le migrant déstabilise l'institué, c'est-à-dire les cadres de pensée des dispositifs, l'espace de la norme, obligeant les organisations à entendre quelque chose au dehors³². L'institution hospitalière et le professionnel apparaissent en difficulté face au migrant. C'est en ce sens que Nicolas Chambon parle des migrants précaires comme « nouvelles figures du débordement »³³.

Par ailleurs, il arrive régulièrement que le travail de consultation mette en tension la question du secret professionnel. Cette tension légale n'est pas simple juridiquement : elle se pose différemment chez le psychiatre et chez le psychologue.

Qui plus est, elle est au centre de règlementations juridiques contradictoires, passant de certaines formes très restrictives (devoir de réserve, secret médical se déclinant dans ses dimensions ordinales, administratives et judiciaires) et allant jusqu'à l'injonction à la transparence (institutions missionnées sur l'interdisciplinarité, protection de l'enfance). Cette tension juridique est particulièrement lourde sur le plan subjectif quand elle fait résonance chez le patient et chez le psychiste à la question de l'intime et du secret.

Qu'est-ce que le travail social pour le psychiste ? Qu'est-ce qu'un soin en santé mentale pour le travailleur social ? Comment penser des formes d'évaluation en santé mentale qui soient portées par le travailleur social et légitimées par le professionnel en santé mentale ? Quand le travailleur social envoie le migrant chez un psy « pour qu'il parle », avec l'idée sous-jacente que le soin serait du côté d'une forme de catharsis, que peut renvoyer le psychiste au travailleur social si ce n'est que la parole n'est certainement pas l'apanage du psy ? Dans les adresses mutuelles de migrants entre psychologues et travailleurs sociaux, il peut y avoir l'idée d'une prise de risque, d'une responsabilité qu'on ne veut pas prendre seul, voire que l'on ne veut pas prendre du tout - l'autre étant alors pourvu

³² Maury De Feraudy, J., Pétrouchine, R., Monet, R. (2017). Le migrant précaire et le psychiatre en libéral : des pratiques aux marges pour un public à la marge ? *Revue Rhizome*, 2017/1, N°63, p 50 à 56.

³³ Chambon, N., (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Revue Rhizome*, 2013/1, N°48, p 5 à 6.

des pouvoirs et missions dont on serait soi-même démuné.

Le travail partenarial serait dès lors celui d'une re-différenciation des espaces. Il s'agirait par exemple de ne plus confondre le temps nécessaire à l'élaboration d'un deuil, le travail psychique de remémoration exigeant des temporalités lentes ; et les exigences du récit dans le cadre de la procédure s'inscrivant dans une accélération de la procédure.

Une pratique qui repose sur des personnes et des réseaux

Les difficultés pour orienter le public migrant précaire dans des dispositifs de droit commun en santé mentale sont transversales aux dispositifs d'hébergement, aux PASS et EMPP. Bien que les droits CMU et AME permettent en théorie d'accéder aux dispositifs de soin de droit commun, en pratique les choses sont bien différentes. En effet, les nombreuses équipes de CADA ou de PASS et d'EMPP rencontrées témoignent de leurs difficultés à trouver une orientation possible en santé mentale. Dans les discours des professionnels des PASS, on entend fréquemment qu'il s'agit de trouver « une personne sensibilisée à la problématique », « un super médecin », ou encore de définir un praticien qui accepte de recevoir comme quelqu'un ayant « une sensibilité un peu différente ».

L'orientation vers le droit commun repose sur des singularités à rechercher, sur des réseaux de connaissance, des réseaux informels et des engagements locaux et particuliers. Le simple fait de trouver une

orientation est très chronophage puisqu'elle repose sur « une singularité de l'orientation » et donc essentiellement sur les personnes. En ce sens, l'orientation devient le théâtre de multiples négociations face à la saturation des dispositifs.

Certaines EMPP ont ainsi pensé dans leur organisation cette articulation avec les CMP afin de faciliter l'orientation, les infirmiers de l'équipe sont ainsi tous rattachés à un CMP. Ils connaissent bien les médecins et travaillent en collaboration, ils ont déjà un pied dans le CMP ce qui en facilite l'accès pour les migrants.

L'orientation est aussi facilitée lorsqu'un professionnel de soin, psychologue, infirmier, a un temps de permanence régulier dans la structure d'hébergement et auprès desquels les intervenants sociaux peuvent transmettre leurs inquiétudes. Les intervenants sociaux peuvent alors compter sur ce professionnel de santé pour faciliter les orientations :

« S'il y a besoin quand elle [psychologue du dispositif] les rencontre là, elle donne des rendez-vous au CMP. S'il y a besoin de médicaments elle oriente sur le médecin psychiatre. Mais au moins voilà ça permet d'avoir un relais et c'est vraiment important ça ».
(Intervenant social en CADA)

Les professionnels du soin comme les travailleurs sociaux témoignent que les orientations « qui fonctionnent » sont souvent portées par des personnes, grâce à des liens de confiance tissés entre infirmiers et médecins, entre infirmiers et travailleurs

sociaux, entre médecins et travailleurs sociaux, des médecins sensibles à la cause des migrants et exprimant discrètement ce qu'ils qualifient eux-mêmes de militantisme dans leur posture. Le médecin d'une PASS mobile évoque, concernant l'orientation vers le service psychiatrique de l'hôpital :

« Cela va dépendre des personnes, celles qui ont une sensibilité particulière à la thématique, ça facilite l'orientation. Aussi le fait de se connaître. Initialement on avait des liens avec un psychologue de l'hôpital qui nous aidait pour l'orientation il y avait aussi un psychiatre qui avait une sensibilité particulière par rapport aux autres psychiatres intra-muros, et qui se sentait un peu plus concerné mais il n'est plus là ».

Mais ces liens sont souvent fragiles et même les équipes mobiles, dont les équipes ne se sont pas étoffées ou de manière marginale au fur et à mesure des ouvertures et agrandissements des centres d'hébergement, ne sont pas en mesure de prendre en compte toutes les nouvelles demandes de partenariat :

« On avait l'équipe mobile et on avait quelqu'un qui venait toutes les deux semaines faire des permanences au CADA, une infirmière psy. Ça a duré à peu près un an puis après ça s'est arrêté parce qu'il y a eu une restructuration entre [département] et

[département]». (Intervenant social en CADA)

Ainsi, concernant l'accès aux droits et aux soins des migrants précaires hébergés ou non, l'affaire repose généralement sur des ajustements locaux et se met en pratique par des « accords momentanés soumis à la contingence des circonstances » pour reprendre les termes de Nicolas Dodier³⁴. En effet, c'est aux professionnels des structures d'hébergement que revient la tâche complexe de trouver un médecin qu'il soit généraliste, dentiste, ou spécialisé en santé mentale, de prendre les rendez-vous et d'indiquer à la personne les informations relatives à cela, voire d'accompagner directement chez le praticien le patient, et qui plus est, mobiliser si cela est possible et financer un interprète. Dans ce cadre, l'accès aux soins constitue une épreuve pour les intervenants sociaux mais aussi pour les soignants des PASS et EMPP. Dans les CADA et HUDA, la prise en charge de tel ou tel « résident » est souvent répartie entre les différents référents. Cette organisation s'explique essentiellement par l'effectif massif que présentent les dispositifs d'hébergement. Si l'accompagnement social concerne prioritairement l'aide à la construction du récit, l'envoi des documents d'état civil, le suivi de la procédure et la tenue de l'information des demandeurs d'asile hébergés dans une temporalité impartie; l'accès aux droits et aux soins à l'inverse

³⁴ Dodier, N., (1993). Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique. Réseaux*, n° 62, p. 63-85.

n'est pas porter de manière organisationnelle et générale dans l'hébergement. Cet état de fait a pour conséquence de faire porter tout ce qui a trait à l'accès aux droits et aux soins sur les professionnels sans pour autant que les moyens alloués rendent possibles l'effectivité et la mise en pratique de ces droits.

Le concernement du public migrant précaire par les professionnels en santé mentale nous paraît actuellement bien moins la réponse à un besoin maîtrisé,

spécifié et évalué à l'avance qu'un concours de circonstances et d'opportunités. Le besoin paraît immense et ambigu quand les moyens sont limités quantitativement certes, mais aussi qualitativement : les modèles théorico-pratiques posent certaines balises, donnent les contours de ce qui serait interne à la mission et ce qui s'apparenterait à des formes de transgression des pratiques normées. Comment, dans ce système complexe, penser la place des psychiatres libéraux ?

∞ QUATRIÈME PARTIE : LA PSYCHIATRIE LIBÉRALE : UN RECOURS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS PRÉCAIRES ?

Après avoir qualifié l'activité de la psychiatrie libérale dans son lien relatif avec la psychiatrie publique, nous verrons en quoi celle-ci peut être un recours ou non, à la prise en charge en santé mentale des migrants.

De la qualification particulière de l'activité libérale

Les libéraux entretiennent-ils avec l'institution des liaisons dangereuses ?³⁵ Le libre choix, la liberté thérapeutique et de prescription énumérés dans la Charte de la Médecine libérale de 1927³⁶, sont au fondement de l'identité de la médecine libérale française. Historiquement, la médecine libérale, fondée sur l'autorégulation des pratiques, fait référence à l'entente directe entre le malade et le médecin. Remise en question face au principe de solidarité nationale, la

médecine libérale serait hostile à l'idée qu'un tiers s'immisce dans la relation de soin pour réguler les prix et les pratiques. Les dispositifs de l'action publique peuvent être perçus par les médecins libéraux comme ce tiers hostile à la relation thérapeutique. Récemment, la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés sociaux, généralisation définie par la loi de modernisation du service de santé, a suscité des réactions des syndicats de médecins libéraux qui exemplifient l'inquiétude associée à la perception de perte de liberté liée à l'intrusion d'un tiers, représenté par les mutuelles ou assurances privées soumises aux règles de la rentabilité.

Pour les psychiatres que nous avons rencontrés, à l'origine du choix de l'exercice libéral, il y a souvent le désir de s'extraire du

³⁵ Catrice-Lorey, A. (1964). Henri Hatzfeld, Le grand tournant de la médecine libérale. *Collection Relations sociales, In: Sociologie du travail*, 6^e année n°3, p. 328 à 330. « Le corps médical est attaché à la pratique libérale de la médecine parce qu'elle seule permet que s'établissent entre le malade et le médecin ces liens de liberté et de confiance sans

lesquels il ne saurait y avoir de thérapeutique valable ».

³⁶ Da Silva, N., et Gadreau, M., (2015). La médecine libérale en France. Une régulation située, entre contingence et déterminisme. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs, Association Recherche et régulation*, 2015, 17 (1^{er} semestre).

cadre normatif de l'établissement hospitalier. L'un d'entre eux évoque notamment le contrôle des pratiques à l'hôpital. Dans les dispositifs de l'action publique, le geste soignant serait fondé sur un ensemble de normes et de contraintes évaluables, nécessairement rentables et performantes. Or, de nombreux psychiatres libéraux interrogés privilégient l'idée d'un soin fondé sur une éthique individuelle de la relation, potentiellement plus coûteux en temps, non quantifiable, dont les objectifs seraient dans une redéfinition dynamique permanente, réflexive et critique. Ils n'acceptent pas l'idée d'un soin fondé sur l'hyperspécialisation, la codification, la régulation et le contrôle des pratiques et des savoirs. Un psychiatre exerçant en CMP et en libéral, dit que le libéral représente pour lui le « lieu de la clinique ». Une clinique fondée sur l'intersubjectivité qui s'opposerait à la pratique « gestionnaire » qui serait celle de la psychiatrie publique. Il s'agirait de s'installer en libéral pour retrouver une liberté d'exercice. À l'hôpital s'exercerait la tyrannie du « même » et du « quantitatif » qui ne laisserait plus de place au qualitatif, au singulier.

D'après eux, dans l'exercice libéral, ce n'est plus l'établissement de soin qui contrôle et maîtrise les pratiques, mais des règles moins contraignantes qui laissent plus de place au désir et à l'éthique dans la rencontre avec le patient. Il y a l'idée que la démarche du patient serait plus volontaire et liée à une demande de soin plus authentique qu'à l'hôpital – qui se retrouve paradoxalement re-magnifiée dans la place

héroïque et impossible du soin à exercer dans une active non-demande de soin.

Les psychiatres en libéral interrogés évoquent souvent une déception forte concernant la qualité des pratiques hospitalières, qualifiée comme étant à l'origine de leur départ de l'hôpital. L'aspect financier a peu été évoqué dans les entretiens. Cela n'est pas sans interroger au passage la pertinence des politiques publique hospitalières visant à recruter des psychiatres, qui insistent sur des formes de revalorisation financière de l'activité sans ré-interroger fondamentalement la pertinence des modalités pratiques de l'exercice de la psychiatrie hospitalière par ceux qui la pratique.

Le psychiatre en libéral habite un lieu : le cabinet. Dès lors, cette personne, incarnée par un lieu fixe, une forme de continuité temporo-spatiale très ancrée, peut être repérée de façon singulière par des migrants qui, malgré les changements de statut, de lieu d'hébergement, peuvent revenir le voir en consultation. Le psychiatre en libéral garantit une continuité de personne, dans l'espace et dans le temps, contrairement aux dispositifs de la psychiatrie de secteur, marqués par un turn-over important, des fusions de dispositifs, des déménagements incessants, et des règles de fonctionnement durcies dans un contexte de pénurie et d'explosion de la demande.

Du côté des psychiatres libéraux qui accueillent ce public en consultation, certains expliquent que c'est en tant que « citoyen » qu'ils acceptent des prises en

charge de migrants. Ces prises en charges résonnent alors comme teintées d'un engagement particulier. Pour d'autres, le rôle d'un psychiatre est de prendre en charge tout patient, il n'est donc pas tellement question de catégoriser mais plutôt de prendre en charge toute personne en demande de soin. Ainsi, de nombreux psychiatres revendiquent d'accueillir le tout-venant, et refusent de se positionner dans le sens de l'accueil d'un public « spécifique ». L'un des psychiatres rencontrés nous précise :

« Mais globalement je n'ai pas de ... voilà ce sont des gens [...] mon champ de travail c'est la souffrance psychique, à partir de là c'est ouvert ! [...] Au téléphone je ne demande jamais aux gens ... vous faites partie du corps enseignant ? Vous êtes plombier ? Vous êtes migrants ? Ça ne m'intéresse pas hein ! ».

Les psychiatres disent recevoir la « demande » et souhaitent ne pas accueillir spécifiquement les « migrants précaires » comme catégorie particulière. D'autres au contraire « filtrent » la demande en fonction des pathologies invoquées et de leur vécu de compétence sur le trouble en question :

« Après il faut que ça [la pratique du psychiatre] puisse correspondre à la demande, quand on me dit j'ai des phobies je voudrais ... je suis agoraphobe [...] et je vois que ça demande des conditions comportementales j'adresse à qui fait ça, et puis y'a ceux qui viennent

et qui me disent c'est un travail analytique que je veux faire ».
(Psychiatre libéral)

Nos rencontres nous renvoient en premier lieu à une pratique de la singularité, de l'expérience du cas, dans l'intimité du cabinet privé. Dans l'exercice de la psychiatrie libérale, le patient viendrait rencontrer une personne, le psychiatre, dans un lieu singulier et privé, le cabinet, lieu de l'intime. Dans cet espace, l'histoire du patient n'est pas partagée avec une équipe, là où, dans l'institution hospitalière, il y aurait une tendance à la publicisation de l'intime. Le psychiatre en libéral exerce seul et isolé, il exerce sous sa propre responsabilité, son libre arbitre et assume seul les conséquences de son activité. Ce qui serait proposé par la psychiatrie libérale pourrait être l'expérience d'un lieu garant du secret de la consultation.

Libérée des contraintes de l'établissement de soins, dans l'intime du cabinet privé, la relation engage directement les deux acteurs : le patient, porteur d'une demande et le psychiatre disposé à l'accueillir. Le cabinet du psychiatre serait donc avant tout le lieu de la rencontre entre deux subjectivités.

Entrer dans le cabinet du psychiatre, dans ce lieu singulier, n'est-ce pas, déjà, entrer dans son intimité ? Le lieu parle de celui qui l'habite, il parle intimement de celui qui accueille la demande. Certains cabinets à l'atmosphère très chaleureuse se trouvent parfois dans le lieu de vie même du psychiatre, dans un appartement décoré avec goût. Il s'apparente à un lieu d'accueil,

d'hébergement. Pour ces psychiatres, soigner, ne serait-ce pas accueillir ? Le cabinet du psychiatre pourrait ainsi devenir pour le migrant dont l'hébergement est une question toujours précaire, un lieu d'ancrage et de stabilité, habité et habitable, accueillant et assurant une continuité au milieu du chaos, là où le migrant est toujours déplacé.

Les freins au recours à l'exercice libéral

Dans cette partie, nous allons discuter des freins que nous avons repérés dans le cadre du projet pour orienter ce public en psychiatrie libérale. Pour se faire, nous nous appuyerons sur les échanges réalisés avec les psychiatres libéraux rencontrés.

Une saturation des psychiatres libéraux

L'une des premières démarches du projet a été de contacter tous les psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes (puis Auvergne-Rhône-Alpes) afin d'informer le plus largement possible de l'existence de ce projet et de proposer une participation en son sein. Nous avons tout d'abord envoyé un courrier postal aux psychiatres libéraux de la région avant de passer des appels téléphoniques systématiques à ces derniers. Ces deux démarches nous ont amenées au constat suivant : au même titre que la psychiatrie publique, il y a une saturation importante des psychiatres libéraux.

Les psychiatres libéraux sont soumis à un afflux de demandes et participent aussi à la gestion des conséquences de la saturation globale des dispositifs publics en santé

mentale en France. Une grande partie de leur activité est consacrée à la gestion des demandes à laquelle ils ne peuvent pas répondre. Les médecins libéraux nous précisent d'eux-mêmes en début de rencontre, et sans aucune exception, qu'ils sont tous saturés, au même titre que le secteur public :

« De toute façon, je pense qu'on est tous saturés ! En fait la situation elle est la même pour tout le monde ! » ; « Il y a une demande phénoménale je dirais que c'est de l'ordre de deux nouvelles demandes par jour... oui, environ une petite dizaine de nouvelles demandes par semaine ».
(Psychiatre libéral)

La saturation des psychiatres libéraux, qui s'intègre dans un contexte de saturation générale de la psychiatrie, constitue donc un premier frein dans la prise en charge du public migrant précaire.

Il existe, de manière générale, une difficulté à joindre les psychiatres libéraux au téléphone dont nous avons été les témoins privilégiés. En effet, sur les 735 psychiatres appelés (certains à plusieurs reprises), environ 25% d'entre eux ont pu être effectivement joint au téléphone : les appels se sont souvent soldés par des sonneries restées sans réponses ou par des messages laissés sur les répondeurs. La nature des enregistrements des répondeurs vocaux est un premier élément venant illustrer la saturation importante des psychiatres libéraux. En effet les répondeurs précisent souvent que les médecins psychiatres ne prennent plus de

nouveaux patients ou informent d'une permanence téléphonique sur des horaires très restreints sur lesquels joindre le psychiatre (par exemple une demi-heure par semaine). Il existe également une part de téléphone ne disposant pas de répondeur. Ceci opérant un premier filtrage de la demande. La majorité des psychiatres n'a pas de secrétariat. La faible part de psychiatres libéraux accessible rapidement au téléphone constitue ainsi un frein majeur à l'accès aux soins en santé mentale en libéral pour les patients précaires.

Il existe donc une saturation compte tenu du nombre conséquent de demandes qui ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années (de 1989 à 2000, +62 % pour les files actives en psychiatrie générale, +100 % en psychiatrie infanto-juvénile³⁷). Le téléphone et plus particulièrement le répondeur téléphonique (ou l'absence de répondeur téléphonique) peut donc constituer un premier filtre, pour les psychiatres, de demandes qui viennent à eux dans des proportions trop importantes. Cela représente peut-être une forme de stratégie d'évitement afin de se préserver de refuser sans cesse de nouvelles demandes.

Les psychiatres libéraux, et à la différence des psychiatres en institution, sont libres d'aménager leur emploi du temps comme ils le souhaitent. Néanmoins, beaucoup d'entre eux ont des journées très chargées.

Un des psychiatres que nous avons rencontré et pour répondre à nos questionnements sur la saturation de son cabinet évoquait sa journée de travail type : de 8h à 20h, la pause de midi étant souvent remplacée par les urgences ou les patients imprévus.

Étant donné la saturation décrite précédemment et les besoins en termes de santé mentale, il existe parfois une peur du côté des psychiatres libéraux d'être repérés comme « acceptant ce public » et ainsi d'être débordé par les demandes :

« et donc le risque c'est d'être repéré et qu'après, même si y'a une espèce de filière et un passage officiel entre guillemets... le risque c'est qu'à un moment un tel va se dire, "ah ben oui mais je l'ai rencontré à la réunion machin, ben je vais lui demander ! " ». (Psychiatre libéral)

L'isolement des psychiatres libéraux et la peur du débordement

Un autre constat a très vite été soulevé lors de nos rencontres et peut également constituer un frein dans la prise en charge du public migrant par les psychiatres libéraux. Il s'agit de l'isolement de ces derniers dans leur pratique :

« Là [en cabinet libéral] on est tout seul [...] C'est un monde très isolé ! ». (Psychiatre libéral)

³⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2014). *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Actes du séminaire recherche.*

Collection études et Statistiques. Repéré à l'URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>.

L'isolement peut également être problématique dans le contexte du soin et face à des patients avec des récits traumatiques parfois très difficile à entendre pour le médecin. En particulier, la question du traumatisme et la violence des récits reçus de manière répétée peuvent être difficile à gérer pour le psychiatre. C'est ce que nous précise ce psychiatre :

« C'est difficile tout le temps la question du trauma ! C'est très difficile et que... et que là en cabinet y'a beaucoup plus rapidement un vécu d'être très seul ! À entendre des choses euh... horribles, mais ça c'est la particularité du trauma quoi... c'est d'être pris par l'horreur de l'autre... enfin moi, encore une fois hein... je ne suis pas en capacité tout seul d'entendre ce type de récit dix fois par jour ! [...] Quand on est dans ce type de soin c'est aussi comment on doit réfléchir en tant que professionnel, comment on ne va pas céder, se faire aider, comment on va faire pour ne pas être vraiment pris par ce truc qui fige les pensées, qui vient interdire les représentations, qui vient imposer des images d'une telle violence que... voilà ! ».

Il semble intéressant de préciser que dans le cadre de nos entretiens, la question de l'isolement dans la pratique vient avec celle de la prise en charge du public migrant précaire. Le public migrant fait référence à une représentation abstraite de la multitude des autres « comme lui » auquel il renvoie et qui potentiellement viendront

déborder le cabinet du psychiatre libéral. La comparaison de la multitude des personnes à prendre en charge se renforce de la peur d'un débordement dans la prise en charge de ce public particulier dont les besoins paraissent infinis. La thématique de l'isolement des psychiatres dans leur cabinet fait résonance avec les représentations liées à ce public spécifique.

Ainsi, les psychiatres en libéral corrént directement la prise en charge des migrants précaires à des dispositifs socio-administratifs, à un accompagnement et surtout à un travail de liens pluridisciplinaires :

« Ben je pense que... ça peut difficilement s'envisager sans articulation avec d'autres... euh... enfin un suivi pluridisciplinaire on va dire... c'est vrai qu'on est un petit peu isolé euh... en cabinet de ville... et je pense que, qu'il faudrait forcément qu'il y ait des contacts, des liens, des échanges avec d'autres professionnels qui accompagnent ces patients là sur le plan social, sur le plan administratif... juridique... ».
(Psychiatre libéral)

La prise en charge du public migrant précaire, en tant que catégorie sociale, présuppose un cadre d'accompagnement socio-administratif et donc un travail de lien avec les différentes instances du social et de

l'administration. Nicolas Dodier³⁸ modélise un cadrage de l'activité des médecins en fonction des catégories et groupes sociaux auxquels elles sont attachées.

L'isolement des psychiatres libéraux pose donc problème pour la prise en charge du public migrant précaire qui impliquerait du lien et de la coordination entre des structures pluridisciplinaires. L'isolement du psychiatre libéral est problématique dans l'accueil de ce public d'une part parce que tout ce qui relève des droits administratifs doit être géré par un tiers social et d'autre part parce que le soin en santé mentale demande une organisation spécifique : lorsqu'un interprète est mobilisé par ailleurs, ou bien pour gérer les problématiques sociales dans lesquelles les personnes sont prises, notamment lorsqu'elles se trouvent davantage dans des stratégies de survies (hébergement, procédure administrative, alimentation, droits sociaux).

Effectivement, on peut constater que le public migrant amène avec lui de nouvelles problématiques : barrière de la langue, précarité extrême liée au statut juridique, différences culturelles qui peuvent entretenir une certaine incompréhension (dans la définition du rôle du soignant par exemple). Ces problématiques cumulées représentent un nouveau challenge pour les professionnels du soin. Le public déborde des cadres, à la fois des compétences des professionnels qui ont

pour rôle de les accueillir mais aussi des cadres des institutions qui ont la charge de leur accueil. Ainsi, le migrant précaire incarnant une nouvelle figure du débordement fait face à l'isolement des psychiatres libéraux en cabinet. Comment gérer seul des aspects problématiques multiples de la vie des migrants précaires, notamment quand ceux-ci ne concernent pas a priori directement le soin ?

Aussi, les situations dans lesquelles sont pris les migrants précaires impliquent parfois des retards répétés, des absences aux rendez-vous, des demandes de rencontres en urgence qui peuvent venir déstabiliser le cadre et l'emploi du temps des psychiatres libéraux. Effectivement, beaucoup d'entre eux n'ont pas de secrétariat et gèrent seuls leur emploi du temps et ces éléments constituent des perturbations difficiles à gérer en plus des consultations.

Les psychiatres qui exercent en libéral soulignent la difficulté de trouver des espaces d'étayage clinique et des espaces d'échanges qui puissent permettre de « continuer à penser ». Vis-à-vis de cet élément, la distinction entre la pratique libérale et la pratique en institution est importante. Effectivement, en libérale et contrairement à l'institution, il n'y a pas d'espace d'échange immédiat avec des pairs ou des collègues et qui pourrait permettre de « se faire aider » :

³⁸ Pour chaque type de travail le médecin imagine une liste de « risques » qui lui serait corrélative : « serveuse de bar = problèmes aux jambes, lourdeurs ?

». Dodier, N., (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris, Métailié.

« C'est aussi ça le libéral. Les libéraux ils n'ont pas de représentation de ce que font les autres. Dans un service on dit « ben comment tu fais toi ? »... là on est tout seul [...] C'est un monde très isolé ! Qui n'a pas de réunion d'équipe, qui n'a pas de réunion pour penser comment faire différemment, etc. C'est ça aussi le libéral, c'est aussi une mise en abîmes en permanence de se débrouiller tout seul ! ». (Psychiatre libéral)

Il est question d'un isolement vis-à-vis des pairs et des autres professionnels du corps médicale qui ne permet ni un étayage médicale ni un soutien moral vis-à-vis des situations évoquées en consultation. Vis-à-vis du public migrant, l'isolement du psychiatre en libéral est donc aussi le sentiment d'être seul face à la spécificité et la puissance du traumatisme qui « contamine » en quelque sorte le soignant dans la relation de soin. Le besoin d'un soutien ou d'espaces d'échanges sur des situations difficiles à écouter, à entendre avec ce public est revenu de manière récurrente dans les discours.

Ainsi, l'isolement des psychiatres libéraux dans leur pratique se fait ressentir à différents niveaux. Le travail de lien et de coordination que présupposent les situations problématiques multiples dans lesquelles sont pris les publics migrants constituent a priori un frein dans la prise en charge en cabinet. Un psychiatre libéral évoque :

« En plus, ce qui se passe avec les étrangers c'est que comme ils sont souvent sans domicile fixe ils ne sont pas vraiment pris en charge par le secteur et ils ont tendance à s'orienter vers moi parce que je fais les certificats pour la préfecture donc j'en ai pris en charge toute une quantité que je ne peux pas voir très souvent parce qu'ils sont trop nombreux... J'ai essayé de réguler ça en disant que je prendrais en charge ceux qui étaient dans ma zone de compétence. C'est-à-dire que les gens après il y en a qui viennent de [ville], de [ville]... parce qu'ils ont essayé je pense deux trois fois d'appeler des psychiatres qu'on leur a dit qu'il n'y avait pas de place voilà ou que c'était dans un an et du coup ils viennent ici. Et donc moi j'ai... au début j'ai accepté un peu comme ça puis là j'ai été un peu obligé de mettre un frein parce que j'me sens quand même isolé... j'avais été à une réunion à l'ARS, il y avait des collègues, on parlait un peu de ces situations où on est un peu instrumentalisé quand même par rapport aux gens qui viennent nous voir c'est-à-dire qu'ils sont tous souffrants euh...et puis l'argument de dire qu'ils sont mieux soigner ici que dans leur pays... il y est toujours enfin pratiquement sauf cas particulier donc... euh... après on est amené à renouveler les certificats tous les ans, à faire des suivis bon qui sont ce qu'ils sont c'est toujours

mieux que rien mais c'est pas voilà. Et du coup c'est que si la charge était répartie sur plusieurs médecins ou sur plusieurs CMP ça serait quand même beaucoup moins... beaucoup moins compliqué. Et puis, sans être rejetant c'est quand même un énorme travail administratif. Parce que moi je dois faire les certificats, je dois les envoyer à la préfecture euh souvent j'ai à faire à des gens qui parlent pas bien français, qui ont des traumatismes important donc ils n'ont pas envie forcément de répéter ce qui leur est arrivé pour la dix millième fois. Il y a tout un contexte qui fait que c'est extrêmement pénible pour assurer ».

La prise en charge en santé mentale des migrants met à mal le modèle de prise en charge qui reste le plus souvent une référence dans la prise en charge en libéral : celui de la consultation (inter)individuelle. Ces difficultés trouvent souvent des formes de résolution bien plus évidentes dans le secteur public, étant donné le modèle d'organisation des structures (CMP, PASS, EMPP).

Ainsi, la prise en charge des migrants en santé mentale met souvent fondamentalement à mal les fondements ontologiques dont se revendiquent les psychiatres libéraux. Dans ces prises en charge donnant souvent une large part au travail de partenariat, comment penser le secret médical quand il est souvent considéré comme le garant du succès thérapeutique ? Le modèle de la consultation individuelle est-il un idéal, ou

bien ne révèle-t-il pas l'isolement fondamental des médecins libéraux qu'ils décrivent eux-mêmes comme lourd et pesant ? Eux-mêmes témoignent de leur sentiment de solitude pour penser leur pratique, à fortiori quand elle est complexe et peu balisée sur le plan normatif comme c'est le cas pour les migrants.

La prise en charge des migrants en santé mentale met en évidence la différence qualitative fondamentale des consultations psychiatriques entre secteur public et secteur privé, le secteur public étant, dans une certaine mesure, en capacité de prendre en charge des situations humaines plus lourdes et en situation de non demande. Elle oblige de penser qualitativement une forme de ré-institutionnalisation de la pratique libérale.

Des freins liés aux modalités de rétribution économique du psychiatre libéral

À cette crainte du débordement s'ajoute, pour les médecins libéraux, un rapport aux temps et à l'argent particulier qui lui aussi constitue un frein pour que les libéraux prennent en charge ce public.

La plupart des praticiens rencontrés (secteur 1) reçoivent régulièrement des patients bénéficiaires de la CMU. Cela étant, peu de psychiatres libéraux ont un public migrant précaire dans leur file active. Si certains d'entre eux ont déjà mené des consultations avec des interprètes, c'est en général pour des patients sourds et muets. Ils conviennent que le temps de consultation à prévoir est de plus d'une heure lorsqu'un interprète est présent. La

plupart des psychiatres libéraux verbalisent des inquiétudes quant à la capacité du public à honorer les rendez-vous fixés. La précarisation est souvent marquée par une difficulté à se repérer dans le temps. En libéral, un rendez-vous non honoré a un impact économique pour le professionnel, c'est une consultation en moins, ce qui peut représenter un frein pour accepter de recevoir ce public. D'autres questions d'ordre administratif restent en suspens notamment concernant l'AME.

On peut noter une différence significative avec le secteur public dans la manière dont sont rémunérés les psychiatres libéraux. En effet et contrairement à un praticien hospitalier qui a un salaire fixe, les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte. C'est-à-dire que leur salaire dépend en grande partie du nombre de patients reçus dans le mois et donc aussi du temps passé avec chaque patient comme l'évoque Patrick Castel « *Les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, ce qui représente une incitation évidente à accroître le nombre de patients pris en charge* ³⁹ ».

Ainsi, ce qui pose problème pour certains psychiatres libéraux, c'est l'impact économique lié à une pratique supposée chronophage avec les migrants précaires. Quand des patients sont précaires, il est supposé qu'un travail de lien sera forcément nécessaire et que ce travail de lien sera nécessairement chronophage. De la même manière, une consultation avec

interprète prendrait plus de temps comme en témoigne ce psychiatre :

« une consultation avec un traducteur, ça prend facilement une heure, une heure et demi, c'est-à-dire que trois quart d'heure ce qu'on peut avoir comme temps de consultation d'habitude ce n'est pas suffisant, ne serait-ce que le temps, enfin voilà de se présenter, que le traducteur traduise et traduise des deux côtés ça prend quand même beaucoup de temps. Moi ma crainte ça serait... enfin ce n'est pas une crainte mais dans la réalité ça prend beaucoup de temps ! ».

Quand l'habitude du médecin est d'effectuer des consultations de 45 minutes, prendre une heure et demie pour un patient, c'est concrètement diviser ses revenus par deux. Ce sont aussi parfois les situations d'absences aux rendez-vous précédemment évoquées qui, en plus de déstabiliser l'organisation du cabinet, peuvent créer un manque à gagner pour les psychiatres libéraux du fait des actes non réalisés. Mais aussi, de manière générale, les problématiques administratives éventuelles à gérer, remplir une feuille de soin ou produire un certificat sont des actes chronophages qui constituent des manques à gagner pour le médecin libéral.

Si ce rapport particulier au temps et à l'argent est un constat observé et présent chez tous les psychiatres libéraux, il semble

³⁹ Castel, P., (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation

thérapeutique. *Revue française de sociologie*, 2005/3, vol 46, p 443 à 467.

important de noter que ceux-ci n'en ont pas tous la même représentation. Pour certains, la rémunération au tarif de la sécurité sociale via la CMU est assimilée à une perte d'argent et même parfois à une forme de « bénévolat ». La précarité du public migrant ne serait pas conciliable avec la rentabilité que doit avoir un cabinet médical. Néanmoins, la plupart des psychiatres avec qui nous avons échangé semblent avoir un rapport beaucoup plus souple au temps et à l'argent. Ils considèrent que prendre le public précaire en consultation n'impactera qu'à la marge la rentabilité de leur cabinet tant que cette prise en charge reste occasionnelle et qu'elle ne représente pas une part trop grande de leur file active.

L'interprétariat en psychiatrie libérale

L'interprétariat en santé mentale pose des défis particuliers aux soignants. En effet, l'entretien en santé mentale s'inscrit dans le registre de l'intime. Pour le soignant en général et peut-être le psychiatre libéral en particulier, habitué au colloque singulier, recourir à un interprète nécessite d'accepter d'être « dérangé »⁴⁰ dans sa pratique habituelle, d'accepter d'appréhender une situation nouvelle qui introduit une nouvelle subjectivité dans la rencontre : celle de l'interprète. Ceci peut engendrer des résistances dans le recours à l'interprétariat en santé mentale.

Le dispositif devient groupal avec l'introduction d'un tiers et cette nouvelle

configuration peut générer différents affects : méfiance vis-à-vis de ce tiers, interprète ; sentiment d'exclusion, de dépossession, perte de maîtrise ... alimenté peut-être par le fait que l'interprète possède un pouvoir singulier : en effet, il possède au moins une langue qui n'est comprise par aucun des autres protagonistes de la scène. Chacun doit alors trouver sa place dans cette nouvelle configuration. Le soignant et le patient ne connaissent pas toujours l'interprète à qui ils doivent pourtant faire confiance et avec qui il doivent composer.

Les psychiatres libéraux que nous avons rencontrés ont pour la plupart une formation et une pratique d'attache psychanalytique. Dans ce cadre, la mise en mot dans sa plus grande finesse et complexité a une importance centrale et est le premier matériel de travail. L'accueil d'un public allophone impose donc la nécessité de recourir à un interprète.

La présence d'un interprète lors d'un entretien clinique soulève également des questions relatives à une organisation en amont. De nombreux psychiatres s'interrogent en effet sur les questions suivantes : à qui revient-il de prendre contact avec un dispositif d'interprétariat professionnel ? Qui finance l'interprétariat professionnel ? Des réponses ont été partiellement trouvées avec l'enveloppe mise à disposition par l'ARS en 2016. Ainsi, le professionnel de santé d'exercice libéral

⁴⁰ Nous reprenons ici les termes utilisés par un psychiatre libéral

(qu'il soit médecin généraliste, psychiatre, psychologue, infirmier, orthophoniste ...) peut solliciter directement une association d'interprète grâce à un code d'identification. Un formulaire de demande est à remplir et à envoyer à l'association pour chaque rendez-vous.

En conclusion, nous pourrions dire que si l'exercice libéral permet un écart à la norme ouvrant à la singularité des rencontres, il confronte aussi le psychiatre à l'isolement dans sa pratique. Cet isolement lui est encore plus pénible lorsqu'il est confronté à la complexité des situations rencontrées, éprouvantes sur le plan émotionnel et chronophages en termes de pratique professionnelle.

Ce public appelle à faire institution, au sens symbolique du terme. Ainsi, les réseaux informels ou formels constitués autour de la prise en charge des migrants précaires ne viennent-ils pas tenter de réparer, contenir, mieux comprendre, composer avec ce qui déborde ?

Pour que la rencontre entre un migrant précaire et un psychiatre prenne sens, il faut qu'elle s'inscrive dans une tension entre une marginalité – que permet l'exercice libéral mais auquel il est aussi condamné – et une dynamique instituante – ce que permet le secteur public, au risque d'une conformation aliénante des psychistes et des migrants dans des modèles mixtes, mêlant hospitalo-

centrisme et théories du management. Ce qui semble commun aux diverses modalités d'engagement des psychiatres libéraux auprès des migrants précaires serait la nécessité de ré-introduire du tiers dans la rencontre. Cela nous apparaît très complexe. Quel tiers institutionnel est-il possible pour un psychiatre en libéral revendiquant justement l'autonomie et l'autorégulation dans sa pratique, à distance des dispositifs de l'action publique ? Comment penser une forme de tiers qui ne soit pas trop aliénante mais quand même suffisante pour élaborer un travail de re-(co)-naissance, de subjectivation du migrant précaire dans sa rencontre avec le psychiatre en libéral ? En miroir, comment l'institution hospitalière peut-elle être amenée à se transformer pour mieux soigner ce public ?

Les données que nous avons récoltées lors de notre travail de recherche semblent congruentes avec celles d'une étude menée à la demande du Fonds CMU⁴¹ qui confirme l'existence d'un refus de soins important chez les médecins spécialistes et les dentistes à destination des personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, pour lesquels l'accès à la médecine spécialisée de ville paraît également complexe. Par ailleurs, ces difficultés d'accès aux soins sont renforcées par l'implication de très nombreux acteurs autour de ces publics qui rend le suivi et la

⁴¹ DIES,. (2006). *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire*,

Fonds CMU – IRDES. Repéré à l'URL : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/stora/ge/rapports-publics/064000521.pdf>

prise en charge complexe⁴², nécessitant un travail en réseau et en pluridisciplinarité.

⁴² Réseau Samdarra,. (2012, avril). *État 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 nationale d'accueil.* Repéré à l'URL :

http://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/samdarra_rapport-tat-des-lieux

∞ CINQUIÈME PARTIE : SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS, VERS UNE RECONFIGURATION DES MODÈLES CLINIQUES ET DES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE

Les pratiques en santé mentale sont complexes, ambiguës, difficiles à définir et controversées. Elles mettent en tension l'éthique, les données issues de l'intersubjectivité, les pratiques instituées et les techniques scientifiques validées. Face aux figures instituées que sont le psychiatre et le psychologue, d'autres acteurs émergent : groupes de pairs, soutiens familiaux.

Comment penser la place du migrant comme usager en santé mentale ? Le migrant serait-il un usager comme un autre, ou bien sa prise en charge nécessite-t-elle certaines formes d'adaptation dans la professionnalité des psychiatres et des psychologues chargés de le prendre en charge ?

La profession de psychiatre, entre modèle médico-technique et modèle existentiel

Les entretiens réalisés auprès des psychiatres révèlent des pratiques fondées sur un continuum entre deux modèles théorico-cliniques.

On retrouve d'une part un modèle médico-technique de la psychiatrie (cognitivism, neurobiologie, pharmacobiologie, épidémiologie). Celle-ci serait fondée sur un modèle catégoriel relativement stable qui permettrait de classer objectivement l'individu dans les grandes cases diagnostiques. À chaque catégorie diagnostique correspond des formes précises de réponses thérapeutiques : rééducations, EMDR, traitement médicamenteux ...

On retrouve d'autre part, un modèle existentiel de la psychiatrie (psychanalyse, phénoménologie, ethnopsychiatrie). La relation entre le soignant et le patient est l'objet de la pratique de soin. La subjectivité du psychiste comme celle du patient sont convoquées. Dès lors, toute prise en charge est singulière et unique dans ses modalités de réponse.

Ces deux modèles, aux sources historiques de la psychiatrie, font l'objet de réflexion en

philosophie des sciences⁴³. Il a longtemps été question d'une certaine forme de conflictualité qui pouvait opposer sur la scène sociale les militants d'un modèle de référence ou de l'autre, conflictualité qui nous paraît toujours d'une certaine actualité sur la scène académique et médiatique. Cependant, sur le terrain, ces deux modèles s'avèrent extrêmement perméables l'un à l'autre. Face au sujet et à sa souffrance psychique, face à la complexité de la rencontre et celle du psychisme humain, le psychiatre doit sans cesse ajuster ses pratiques et ses référentiels à une situation singulière. Le hiatus entre modèle théorico-clinique et activité réelle se vérifie à chaque patient. Ainsi les psychiatres nous disent : « *mes référentiels théoriques ? Je m'appuie de plus en plus sur moi. Mon outil est intuitif* », ou encore : « *mes référentiels c'est la clinique* », « *mes référentiels sont éclectiques* », « *j'ai une pratique humaniste* », « *tu soignes par ce que tu es et non par ce que tu sais* », « *la psychiatrie ? Ça m'intéresse moins que l'humain* », « *ce qui m'intéresse c'est la relation* », « *en psychiatrie, rien n'est objectivable* ».

Face à l'autre et à sa souffrance psychique, face à la complexité de l'humain, tous les modèles cliniques montrent leur intérêt et leurs limites. Toute relation de soin commence ainsi en éthique et non en technique. Nos rencontres avec les psychiatres nous renvoient en premier lieu

à une pratique de la singularité, de l'expérience du cas.

Ces réflexions concernent l'ensemble de la pratique psychiatrique mais trouvent une résonance particulière dans la rencontre avec les migrants.

Les psychiatres (mais aussi les psychologues) que nous avons rencontrés témoignent de formes multiples d'interpellation. Comment et à quel endroit sont convoqués les psychiatres ?

Le migrant face au psychiatre : demande d'expertise ou demande de soin ?

Les procédures administratives et les injonctions juridiques liées à la demande d'asile convoquent le psychiste bien souvent dans sa dimension expertale (entendons par-là la réalisation de certificat à la demande d'un usager, d'un avocat ou d'un travailleur social). Cette expertise se problématise généralement, mais pas toujours, autour de la question du psychotraumatisme. Ce certificat a une finalité performative souvent extrêmement conscientisée par le psychiatre (ou le psychologue) qui le réalise : il vise à impacter la procédure juridique dans laquelle le migrant est pris (certificat de vulnérabilité pouvant avoir un effet sur l'accès à l'hébergement d'un demandeur d'asile, procédure de séjour pour soin, diagnostic de PTSD (*Post-traumatic-stress-disorder*) dont l'enjeu sera la

⁴³ Lantéri-Laura, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Editions du temps.

reconnaissance du statut de victime dans le cadre de la demande d'asile) et est parfois considéré par les professionnels de santé eux-mêmes comme une des formes d'expression discrète de leur militantisme propre.

Cette dimension expertale peut s'avérer être un exercice particulièrement chronophage et complexe. Il nécessite une appropriation pratique *a minima* par le professionnel de santé d'un référentiel juridique complexe. Le psychologue et le médecin doivent apprendre à pressentir ce qu'un juriste attend d'un médecin et d'un psychologue, et ce, alors même que les conceptions juridiques de ces professions de santé sont éloignées de l'activité réelle et des modèles théorico-pratiques de référence qu'utilisent les professionnels de la santé. Il s'agit de part et d'autres de conceptions et de représentations de la santé bien souvent incommensurables : le droit présuppose des formes de déterminisme causal quand celui-ci s'avère pratiquement inexistant pour le professionnel de santé mentale. Celui-ci pense la question de la causalité sur un mode, au contraire, souvent relativiste qui ne fait pas preuve juridiquement : ce qui fait « cause » pour le psychiatre est parfois une interprétation intersubjective, parfois un facteur de probabilité et de corrélation statistique. La réalisation d'un certificat devient un exercice de rhétorique complexe pour qu'il soit opérant sur le plan juridique, tout en respectant l'état en cours des savoirs en santé et l'éthique du professionnel. Il n'est pas rare que les soignants demandent l'aide de l'avocat du

patient pour vérifier sa valeur performative comme l'indique ce psychiatre :

« Moi, mes certificats, je demande toujours au patient s'il est d'accord pour que je le fasse relire par son avocat. Au fond, c'est l'avocat qui sait »

Cette demande d'expertise peut générer un vécu d'instrumentalisation chez le médecin, qui se représente régulièrement les procédures administratives comme activement iatrogènes, pourvoyeuses de l'apparition ou de la pérennisation des troubles en santé mentale. Notamment dans le cadre de la demande de titre de séjour pour soins où les patients ont intérêt à rester malade pour rester sur le territoire. C'est tout le paradoxe des procédures administratives : pour avoir des papiers il faut être malade, victime, ou parent d'enfant malade. Un psychiatre s'indigne de ce constat :

« Après le drame aussi c'est que ils sont étrangers et que du coup ils ont intérêt à pas trop aller bien quoi parce qu'après ils ont plus trop de raison à rester ici si c'est uniquement pour des raisons de santé en admettant qu'ils aillent mieux, qu'ils se mettent à travailler euh c'est un peu pervers. C'est au moment où ils sont le plus insérés qu'ils sont finalement le plus en danger d'expulsion. Ça aussi j'avoue que je n'ai pas trop de solution. Plus ou moins consciemment les gens ont intérêt à rester bien malade ».

Il est important de souligner que les médecins somaticiens également sont convoqués dans une dimension expertale. Dans la logique juridique, l'expertise médicale du corps est censée permettre la vérification de la concordance entre le récit et les traces des persécutions. Le certificat médical prend alors une place centrale dans la demande d'asile. Il met à nu le corps du migrant, l'exhibe sur la scène juridique. On observe ainsi un surinvestissement des administrations du droit d'asile à l'égard des expertises médico-psychologiques et médico-légales.

Ainsi, le suivi en santé mentale ne peut s'extraire d'un positionnement du psychiatre concernant les enjeux liés à la procédure administrative.

Le migrant précaire : quelle souffrance ?

La souffrance des migrants précaires est une évidence pour tous les acteurs qui les accompagne. Elle est liée, d'une part, au contexte d'exil qui implique des remaniements importants au niveau psychique face aux ruptures, aux pertes, aux arrachements vécus et qui nécessite un travail de deuil, bien souvent complexifié par le contexte : comment exprimer et vivre une souffrance dans une langue étrangère et dans un environnement étranger ? Les migrants qui viennent demander l'asile en France ont été contraints au départ souvent victimes de persécutions, de tortures, de tentatives de déshumanisation infligées par des hommes sur des hommes ou bien victimes du fait d'habiter un pays en guerre. Ils ont été confrontés à des situations

violentes et donc potentiellement traumatiques.

Cette souffrance est liée d'autre part aux conditions d'accueil : les populations migrantes qui arrivent sur le territoire se retrouvent dans les réseaux de la précarité qui les maintiennent souvent dans un régime de survie psychique et matérielle. L'arrivée en France est marquée par la désillusion. La procédure administrative renforce l'insécurité psychique liée à l'exil et à la perte des étayages sociaux et culturels. L'hébergement est une question toujours précaire pour ces publics qui sont déplacés de foyers en foyers, d'hôtels en hôtels, avec des périodes de rue, d'hébergement en squats ou chez des citoyens. L'accès à l'hébergement est indexé à la procédure administrative ce qui fait que l'une des problématiques principales de ces publics nous semble être qu'ils n'arrivent justement pas à arriver. Certains intervenants s'interrogent sur les conséquences psychiques de ce qui se vit en France et sur l'effet cumulatif d'événements pouvant prendre une valeur traumatique pour le sujet. Les intervenants sociaux témoignent que, dans les centres d'hébergement, l'état psychique et physique des personnes est de plus en plus dégradé. Ils expliquent cette dégradation importante des personnes entre autre par les parcours d'exil qui sont de plus en plus longs, de plus en plus complexes et singuliers, et par le type de violences subies (notamment pour les personnes passées par la Libye). L'accélération des procédures réduit également le temps de la construction du récit d'asile. Cette

temporalité courte implique un forçage de la parole, qui renforce les défenses psychiques des personnes et les fragilise au risque qu'elles s'effondrent totalement. Les intervenants se retrouvent confrontés à un écart de plus en plus grand entre la temporalité psychique des personnes qu'ils accompagnent et la temporalité administrative. Les demandeurs d'asile vivent dans un temps suspendu, ils se trouvent dans un entre-deux instable, insécurisant. Cette situation d'attente est d'autant plus difficile à vivre qu'ils ne leur aient pas autorisé de travailler, il y a comme une injonction à ne rien faire. Chaque jour devient alors identique au suivant. Cette vulnérabilisation se caractérise également par l'incertitude liée à la procédure qui maintient la personne dans un temps suspendu, entre une perte assurée et un avenir incertain. Cette attente, génère du stress et bloque toute possibilité d'élaboration psychique. L'attente, l'incertitude concernant le devenir, la suspicion concernant le récit, cumulées aux expériences pré-migratoires déjà vécues, génèrent un phénomène d'usure pouvant déborder les capacités de résilience des migrants.

Par ailleurs, l'obtention du statut de réfugié est un moment complexe. Il marque le retour impossible au pays. Le sujet est propulsé à une place d'adulte responsable et autonome, il n'est plus seulement victime, tout reste à faire, à construire. Il s'agira de trouver un emploi, un logement. L'accord de la demande marque la fin de l'entre-deux qui permettait de maintenir les clivages entre ici et là-bas. La trajectoire

chaotique et le passé traumatique peuvent faire retour, c'est le temps des deuils à opérer. Selon Elise Pestre (2010), ce temps marque aussi la fin de l'illusion et de certains fantasmes de renaissance : il n'est plus possible d'imaginer que le statut conditionne l'accès au bonheur et à la tranquillité psychique. Les angoisses projetées jusque-là sur la scène externe (surinvestissement de l'environnement externe) peuvent devenir interne et dévorantes. Par ailleurs, le statut vient valider l'horreur subie. Le sujet n'est pas toujours prêt psychiquement à l'entendre. On assiste à un déverrouillage psychique pouvant favoriser l'après-coup du trauma : beaucoup de réfugiés s'effondrent après l'obtention du statut (décompensations, nouveaux symptômes, c'est parfois le corps qui lâche totalement). Cette procédure et les conditions d'accueil vulnérabilise le sujet.

La souffrance des migrants est-elle compatible avec un soin psychiatrique du psychotraumatisme ?

Face à cette souffrance, le concernement des psychologues et des psychiatres pour la mise en place d'un soin ne va pas de soi. Psychologues et psychiatres se trouvent embarrassés et questionnés dans leur pratique.

Le psychotraumatisme est cette étiquette diagnostique qui colle aux migrants précaires, et non sans raisons cliniquement, tout-à-fait valable en regard des trajectoires de vie des migrants. Le psychotraumatisme serait le trouble en

santé mentale dont ils souffriraient majoritairement. Nous pouvons témoigner à l'Orspere-Samdarra de la demande réitérée à de multiples reprises – et son corollaire, l'insatisfaction quant aux modalités de réponse par les dispositifs de santé mentale – des travailleurs sociaux des centres d'hébergement, d'une « prise en charge spécifique du psychotraumatisme des migrants ».

Le psychotraumatisme est une catégorie diagnostique extrêmement repérée socialement à l'heure actuelle, et qui fait l'objet d'une couverture médiatique importante qui dépasse de loin le champ de la psychologie et de la psychiatrie. Au nom de la défense des droits des femmes victimes de violence sexuelle et de la protection de l'enfance, le psychotraumatisme est un des domaines privilégié d'intervention et de financement des politiques publiques en santé mentale. Il semble entendu que le psychotraumatisme serait un des domaines d'intervention spécifique des psychistes, et que leurs modalités d'intervention se devraient d'être tout autant spécifiques. L'EMDR serait en ce sens une réponse technique particulièrement valable et validée scientifiquement, parangon des bonnes réponses thérapeutiques à amener dans la prise en charge du psychotraumatisme en général, du psychotraumatisme des migrants en particulier et étant la conséquence logique d'un diagnostic à la valeur expertale naturellement infaillible : l'ESPT (État de stress post-traumatique).

Or, ce qui paraît socialement une évidence pour le grand public ne l'est certainement pas pour les professionnels en santé mentale eux-mêmes. L'usage pratique du concept de psychotraumatisme par les professionnels en santé mentale est extrêmement variable, et ce pour différentes raisons.

Raisons épistémologiques tout d'abord : ce terme rencontre des conceptualisations différentes et parfois opposées selon son école théorique de rattachement. Trouble à expression symptomatique spécifique pour les uns, il engloberait une partie extrêmement large de la clinique pour les autres. D'aucun pense que le traumatisme s'exprimerait cliniquement par une décompensation des structures de personnalité pré-existantes pour les autres mais n'aurait jamais d'expression très spécifique. Au sein même de certaines écoles théoriques comme la psychanalyse, le concept fait dissensus.

Raisons pratiques également : les modèles de prise en charge du psychotraumatisme sont nombreux et non consensuels, et ce en fonction de la perception épistémologique qui en est faite par le psychiatre. Quelle place pour le médicament ? Quelle place pour les prises en charges systémiques et psychanalytiques ? Doit-on penser des prises en charge intégratives ? Quelle place pour l'EMDR ?

Cette étiquette diagnostique est cependant acceptée par l'ensemble des psychiatres pour qualifier une partie de la problématique des migrants précaires en santé mentale. Ils soulèvent l'intensité des

discours de violences subies, de viols, de tortures, de persécutions qui ne sont pas sans effets pour celui ou celle qui reçoit ces récits, ces violences en dépôt. Certains évoquent même la dangerosité pour le professionnel comme pour le patient, d'être seul à porter ces situations (effets contre-transférentiels ; sidération ; fascination ; projection ...). Le traumatisme a un pouvoir de contamination. Des psychiatres témoignent :

« Parce que ça aussi... ça défie l'imaginaire de voir ce que des gens peuvent être capable d'inventer pour torturer les autres. Voilà des sujets de victimes de violences politiques on en n'a pas tous les jours quand même ! Enfin au départ on n'est pas du tout près à ça [...]! ». (Psychiatre libéral)

« On est confronté à la barbarie, voilà, de ces gens civilisés qui se retrouvent dans des histoires de guerres, de règlements de compte. Nous, on voit de la psychiatrie lourde, même très lourde, on fait de l'expertise pénale et tout, mais cette barbarie du monde sauvage, on ne la connaît pas aux urgences habituellement, il faut voir les patients de la PASS pour la connaître ! ». (Psychiatre PASS psy)

Qui plus est, cette question pratique peut rencontrer une résonance particulière - et douloureuse - dans la prise en charge des migrants précaires. Il est rare que les professionnels en santé mentale considèrent que les migrants précaires

soient en situation de syndrome de stress post-traumatique : l'insécurité et l'insécurisation des conditions d'accueil sur le territoire français font qu'il leur apparaît bien plus fréquemment être témoins d'un psychotraumatisme en train de se faire, réactualisant au besoin des traumatismes plus anciens secondaires à des expériences de vie douloureuses au pays d'origine comme sur le parcours d'exil. En l'absence de sécurité interne psychique et de conditions de vie suffisamment bonnes sur un mode actuel, tous les modèles de prise en charge se référant à l'ESPT deviennent, dans les pratiques de prise en charge du public migrant précaire, au pire pratiquement invalidés, au mieux incertaines, valables de façon prudentes, au cas-par-cas.

Certains psychiatres acceptent de participer, comme ils le peuvent, à la transformation de la réalité précaire des migrants, et acceptent en ce sens de se déprendre des modèles théorico-cliniques de thérapie qui peuvent faire référence pour des patients suffisamment sécurisés. Agir en santé mentale pour le psychologue ou le psychiatre, ce n'est pas forcément proposer un travail référé à la psychanalyse ou à l'EMDR. C'est, au mieux, se référer à ces techniques en deuxième ligne, à la marge. C'est d'abord avoir une action sur ce qui fait souffrir psychiquement, dans l'ici et maintenant, le migrant précaire. C'est gérer dans le réel les conséquences des pratiques exercées par les dispositifs de l'action publique : hébergement et non-hébergement, régularisation, alimentation. Au risque d'une pratique réelle outrepassant ses missions, voire de la non-

possibilité pratique d'exercer ses missions, et d'être dans des postures professionnelles plus ou moins assumées d'ingérence sociale dans la réalité de la vie du migrant. À propos de la mère d'un enfant autiste, enceinte d'un deuxième enfant et vivant à la rue avec son fils, ce pédopsychiatre témoigne :

« Je lui ai donné 5 euros à la fin de la consultation pour qu'elle puisse s'acheter un sandwich avant son accouchement ».

Ces pratiques viennent parfois réactualiser, chez les soignants, d'une part un sentiment de persécution envers les travailleurs sociaux : « on fait leur boulot à leur place ... », d'autre part un vécu de culpabilité et de honte, ayant l'impression de travailler sans repère clinique suffisamment stable et construit, dans une débrouillardise qui donne l'impression que l'on travaille mal, et de faire, en moins bien, ce que font déjà les travailleurs sociaux – quand il y en a encore : certains psychiatres en libéral continuent à recevoir des populations migrantes en situation irrégulière sur le territoire français et ne disposant pas de soutien social.

D'autres psychiatres affirment que pour les migrants précarisés, il ne faut pas de psy. Ils se justifient en évoquant le poids du contexte. Ils évoquent des raisons éthiques et disent vouloir refuser de participer à la psychologisation/psychiatisation d'un problème social. Par ailleurs, il est difficile de penser un soin psychique dans des conditions de violence sociale, sans hébergement, sans une sécurisation matérielle de base. La réalité prend toute la

place, envahit la pratique qui leur paraît alors dé-spécifiée voire disqualifiée face au travail social. La tyrannie de l'urgence et l'interventionnisme humanitaire ne seraient pas compatibles avec un soin psychique caractérisé par une temporalité lente et un espace d'intervention limité à celui du cabinet de consultation. Ainsi, face à une population pour laquelle les soins primaires ne sont pas garantis, la logique de l'urgence et de l'interventionnisme prend le pas sur une certaine forme d'activité de pensée et de co-pensée qui correspondrait notamment à ce que les psychistes pourraient amener d'un peu différencié par rapport au travail social. Dans ces prises en charge, le professionnel n'est pas extérieur à l'événement stressant, il en est le témoin et peut même s'en sentir l'acteur. Un interventionnisme social est toujours possible face à un individu qui cumule les vulnérabilités (offrir le gîte et le couvert, rédiger un certificat médical etc ...). Cette psychiatre nous raconte avoir reçu une maman avec son bébé. Tous les soirs elle se demandait si le bébé allait avoir un toit :

« C'était insupportable pour moi ! »
avec l'idée que ce qui devrait être la priorité c'est la sécurité matérielle. Dans ce contexte il était impossible de penser un soin psychique. Cette psychiatre a pensé à les héberger ou à leur payer l'hôtel. Cette situation a été à l'origine d'une telle souffrance au travail qu'elle a poussé cette psychiatre à quitter l'hôpital public.

Ici, le soignant serait ici confronté non pas à un stress postérieur à l'événement traumatique mais à un traumatisme en

train de se faire⁴⁴. Les modalités pratiques d'intervention du psychiatre ou du psychologue s'en trouvent, potentiellement, radicalement modifiées.

Ne pas recevoir de patients migrants précarisés serait pour eux une posture éthique et existentielle forte et revendiquée. Il s'agit de refuser de psychologiser et de psychiatriser des situations politico-économiques complexes. Il s'agit de refuser de porter par procuration ce que les pouvoirs publics ne voudraient pas porter. Refuser de cautionner le leurre de la possibilité d'un soin psychique pour les migrants précarisés, illusion qui arrangerait bien les pouvoirs publics. Un psychiatre évoque :

«Au début j'ai eu cette question-là pratiquement d'ordre éthique hein, qui m'a bouleversé pendant longtemps ... je me disais « mais quel ... Il s'agit de quoi ? Il s'agit de les soigner du fait qu'un pays leur refuse des papiers ? donc on se dit ben putain mais ils auraient des papiers, ils n'auraient pas besoin d'antidépresseur ! [...] Est-ce-que je dois soigner les atteintes à la dignité humaine faites par un Etat dans lequel euh ... dans laquelle on les a ... ils se sont retrouvés de manière plus ou moins délibérée ! Y'a ... y'a souvent aussi je pense que c'est ça aussi que de temps en temps les gens peuvent dire aussi de manière

pas idiote d'ailleurs hein, et pas seulement défensive « c'est pas notre boulot ! »

Une clinique de la demande

Dans ce contexte, le geste soignant semble prendre une couleur spécifique. La question qui revient du côté des soignants en santé mentale est celle de qualifier ce qui, dans leur pratique, est qualifié par eux-mêmes de « soignant ». Les psychiatres interrogés parlent davantage d'accompagnement que de soin en tant que tel. La question du soin pour les publics migrants précaires s'inscrirait moins dans une perspective biomédicale/technique que dans une approche résolument relationnelle, éthique et humaniste. Nous serions du côté du « prendre soin », du côté d'une forme de soutien à la santé mentale. Les propos de ce psychiatre illustrent bien cette idée :

« moi j'ai découvert que ce monsieur-là, et y'a pas que lui hein ... il venait un peu plus tôt pour dormir. Je peux bien imaginer, enfin c'est pas compliqué à imaginer quand je connais sa situation, il se trouve que lui là il peut dormir, le nombre de gens que j'ai vu dormir ici ... les conditions elles sont réunies, y'a jamais deux personnes dans la salle d'attente, toujours qu'une à la fois donc les gens ont vite fait de le repérer, c'est enfin l'endroit où ils peuvent lâcher, y'a pas de flic ici, on te demande pas tes papiers, on te

⁴⁴ Petrouchine, R., Maury de Feraudy, J. et Zeroug-Vial, H. (2018). « Il faut du psy ! ». Psychologues et

psychiatres face aux migrants précaires. *Revue Rhizome*, 69-70(3), p 25 à 26.

demande de rien prouver, on te demande pas la vérité ... ça veut pas dire qu'on leur demande partout, mais ça veut dire que là au moins ils sont tranquilles ... Mais si c'est ça qui peut servir, ça ou ailleurs, peu importe à un moment et que ça puisse ... ah ben oui c'est du soin ! Ah oui, c'est sûr que c'est du soin ! Mais je ne sais pas le boulanger à côté il le laisserait dormir dans son fournil ce serait du soin ! Ça n'a pas besoin d'être sophistiqué hein ! Le soin c'est pas ... ce n'est pas la grande chirurgie cardiaque ! ».

Les intervenants sociaux notent qu'au-delà des nationalités, de l'âge ou du statut, nombreux sont les migrants précaires à faire la demande d'être écouté dans leur souffrance. Demande dont les migrants que nous avons rencontrés témoignent également. Dans le cadre du séminaire de réflexion « Paroles, expériences et migrations »⁴⁵, les personnes migrantes font elles-mêmes régulièrement état de leur besoin d'être accompagnées, soutenues, étayées, d'être en prise avec un bain de relations humaines. Cet ancien demandeur d'asile évoque :

« On a besoin de quelqu'un qui nous donne, qui dise en fait "bravo ! il faut y aller ! il faut avancer !", on est comme des enfants on a besoin de

quelqu'un qui nous aide, quelqu'un qui nous comprend.»

À l'encontre d'un certain apriori qui laisserait penser chez ce public une réticence insurmontable à l'idée d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, le public migrant précaire serait plus souvent demandeur d'un « soin psy » qu'on ne le pense généralement. Cependant, la demande de prise en charge telle qu'elle est formulée ou mise en acte par ce public n'a pas grand-chose à voir directement avec un soin technico-médical, rééducatif ou expertal. Ce n'est pas toujours autour d'une demande de réduction de ces symptômes que se problématise pour le migrant précaire le sens d'une prise en charge en santé mentale.

Nous posons l'hypothèse que ce qui se problématiserait en premier lieu serait plutôt la question même de la « demande », et plus précisément la demande d'un lien social.

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. À ces parcours chaotiques vient s'ajouter la précarité sociale vécue dans le pays d'accueil. Ils vivent au risque constant de se retrouver sans « attaches », désarrimés, déshumanisés. Cet appel au psy pourrait ainsi être entendu comme un appel à la relation humaine, à l'être secourable – cet être qui permet au sujet en détresse,

⁴⁵ Le séminaire de réflexion « Parole, expérience et migration » a eu lieu fin 2017 et a été mis en place par l'Orspere-Samdarra. Ce groupe d'échange a réuni 8 personnes passées par l'expérience de la demande d'asile en France. L'objectif était

d'échanger sur les difficultés rencontrées mais aussi sur ce qui avait pu faire soutien tout au long du parcours. Un rapport sur ce séminaire sortira fin 2019.

plongé dans la « désaide » de s'inscrire, de se ré-inscrire, dans une communauté humaine. Il s'agirait d'une demande d'être reconnu et inscrit dans une relation humaine.

Ainsi, pour beaucoup de soignants, ce qui soigne et peut prévenir la décompensation, c'est le lien, appréhendé en-dehors de toute forme de supposée spécificité « psy » : le groupe famille, les proches, les pairs, les travailleurs sociaux, toute personne pouvant incarner pour le sujet une figure de tiers protecteur. Dans les structures d'hébergement, les professionnels repèrent très vite ceux qui s'en sortent le mieux : il s'agit de ceux qui sont le moins isolés socialement. Les professionnels du soin semblent s'accorder sur le fait que ce qui soigne, c'est la présence, la permanence et la continuité du lien, le fait d'être là, la reconnaissance, c'est la construction d'un lien humain, d'un lien de confiance qui ne peut se construire que dans le temps. Cette conception du soin engage le professionnel au-delà de sa professionnalité, du côté de l'humain. Beaucoup de soignant témoignent de cela :

« Lorsque les bénévoles viennent les chercher dans les foyers pour une partie de foot, qu'ils les inscrivent dans une équipe, qu'ils se fédèrent entre eux dans le cadre d'un sport ou autre, ils se sentent en fait inscrits quelque part. C'est ça qui soigne ». (Infirmier EMPP)

« Nous ne sommes plus dans une relation soignant/soigné mais de personne à personne : dans une relation humaine ». (Infirmier EMPP)

« Moi ça m'a surtout fait travailler sur le fait de baisser mon niveau d'exigence envers moi-même. C'est-à-dire c'est surtout d'être là, c'est le lien, c'est même plus que ça, c'est vraiment d'être là. Et des fois je me sens complètement vulnérable et je me dis mais je fais rien, je ne fais pas grand-chose et eux disent si ». (Infirmière EMPP)

« Un soin ! Un soin ! Alors euh ... on parle un peu du trauma mais c'est comment on redevient un humain après ce type d'expérience, voilà je n'ai pas à l'idée que ça appartient qu'au psy hein ! Ça appartient à l'humain ! ». (Psychiatre en libéral)

Il semblerait que pour les professionnels engagés dans la prise en charge de ces publics, il y aurait une conception élargie du soin qui laisserait la place au social, une conception globale de l'individu qui traiterai l'humain dans sa globalité et pas uniquement les symptômes, un soin qui s'appuierait plus sur la relation que sur la technique, concernant les psychiatres, une vision modeste de leur place qui accepterait de faire partie du réseau et enfin une vision inconditionnelle du soin partagée (soigner ceux qui en ont besoin). Nous ne serions plus dans une conception médicale du soin, dans une conception technique. Dans cette idée, le soin serait porté par tous les acteurs concernés par l'accompagnement des publics migrants et engagés dans une relation d'aide. En accord avec la notion de « santé mentale élargie », cette conception du soin attribue à tout acteur de la relation d'aide la possibilité d'être soignant. Il y aurait moins besoin d'un psy que d'un

environnement accueillant dans l'immédiat, garantissant l'accès aux besoins de bases, une sécurisation, et permettant la continuité, la permanence d'un lien.

De nombreux psychiatres parlent d'ailleurs de cette clinique comme étant une clinique du lien face à l'effraction traumatique. Et pour Sandor Ferenczi, le vécu traumatique résulte moins de l'événement que d'une absence de réponse de l'environnement face à une situation de détresse. S. Ferenczi décrit une modalité du traumatisme qui met en cause l'objet extérieur en position d'altérité qui a failli à sa mission de protection⁴⁶. La conception du traumatisme ici concerne tout autant les réponses qui ont fait défaut que celles qui ont été données de manière inappropriées. Selon lui, le trauma s'inscrit au regard d'une protection qui n'a pas pu avoir lieu. Il s'agit d'une « expérience négativante du fait des « carences » de l'objet primaire liées à une série de non-réponses de celui-ci face aux besoins affectifs du sujet ». Ce qui apparaît dans la prise en charge de ces publics, c'est la nécessité d'un travail en réseau, c'est l'idée que « tout seul c'est impossible », il y a besoin de l'aide d'un autre. Ces prises en charge semblent réintroduire la figure du prochain. Pour Baligand, le prochain serait « celui avec qui il devient possible de faire société. Différent du lien à un semblable, le lien avec le *Nebenmensch* est un lien qui vient questionner les fondements de l'appartenance à l'humanité et du droit à

*une vie libre en un lieu socialement reconnu et symboliquement organisé que cette appartenance suppose*⁴⁷ ».

Dans la prise en charge, le médecin, ici le psychiatre, se retrouve à la place (inhabituelle, pouvant devenir inconfortable) de celui qui potentiellement ne sait pas et ne maîtrise plus, en position d'avoir besoin d'un autre, qu'il soit interprète, assistant social, infirmier, travailleur social, juriste Et pour l'ensemble des psychiatres interrogés, il s'agit bien d'une clinique groupale, d'une clinique dans laquelle il n'est pas possible de faire l'impasse du groupe, d'une pratique qui met en exergue l'illusion de toute-puissance d'une pratique thérapeutique solitaire en face-à-face.

La parole entravée du migrant

Quel que soit le modèle théorique auquel se réfère le professionnel en santé mentale, le statut de la parole du migrant précaire est au centre de la problématisation des pratiques de soins. Il est ambigu et source d'embarras comme en témoigne cette intervenante sociale :

« Ce que je trouve difficile aussi c'est que pour ceux qui viennent d'arriver on ne se connaît pas et c'est vas y balance, raconte-moi ta vie. Il y a une dame que j'accompagne par exemple donc jusqu'ici on bidouillait en allemand, elle baragouine, je baragouine mais on arrive à se

⁴⁶ Ferenczi, S., (2006). *Le traumatisme*. Paris, Petite bibliothèque Payot.

⁴⁷ Baligand, P., (2013). La demande d'asile : l'attente du lieu d'un lien social ? *Topique*, 2013/1 (n° 122), p. 61-70.

comprendre. Et hier j'ai pris une interprète parce que je sentais que c'était le moment et pour le montage du dossier j'avais des doutes sur certains trucs il s'est avéré que c'était pire que ce que je pensais et je me suis pris tout ça dans la gueule. L'interprète je sentais au téléphone qu'elle se décomposait et elle me disait je ne sais pas comment vous traduire ça. Je sentais que l'interprète sombrait, la dame en face de moi sombrait, elle pleurait, elle pleurait, elle se décomposait. Et je me disais comment je vais faire. Quand j'ai raccroché l'interprète était mal, la dame était très mal, moi j'étais mal et en fait je me suis dit bon ok j'ai crevé l'abcès mais maintenant j'en fais quoi ? J'ai pas de psy et je ne sais pas vers qui l'envoyer alors qu'elle est dans une souffrance terrible... j'en ai parlé à ma collègue, j'étais tellement déboussolée que j'ai cartonné la bagnole en sortant. Il faut énormément de temps pour que la confiance s'installe et je me disais comment je vais mettre un interprète là-dedans. Du coup j'avais demandé une femme car vu ce que

j'avais compris je considérais qu'il fallait une femme ».

Les demandeurs d'asile, en quête d'un refuge, doivent, dans le cadre de la procédure de demande d'asile, justifier les raisons du départ de leur pays d'origine, les raisons pour lesquelles ils sont en danger dans leur pays et les raisons pour lesquelles leur pays ne peut assurer leur protection⁴⁸. C'est à la personne de se défendre et de prouver la véracité de son récit. L'État demande de prouver la qualité de réfugié, de prouver que le requérant n'est pas un « faux réfugié ». Cela passe par le témoignage. Dans le cadre de la demande d'asile il y a donc une « injonction à témoigner », à justifier du départ. Celui-ci est régulièrement vécu par le migrant comme un forçage de la parole qui n'est pas sans effets sur le plan de sa santé mentale. Le requérant doit prouver l'horreur subie, convaincre et pour cela revenir sur les événements traumatiques endurés, témoigner de l'irreprésentable et de l'innommable. Ce témoignage, ce récit va être répété dans des circonstances diverses (rejet de la demande par l'OFPPA, recours CNDA, demande de titre de séjour étranger malade) et face à des intervenants différents, du social, du juridique, du médical ... il y a là une contrainte à la répétition qui fragilise le sujet. Le

⁴⁸ Convention de Genève, 28 Juillet 1951 : « Aux fins de la présente Convention, le terme "réfugié" s'appliquera à 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 ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

témoignage n'étant pas suffisant, le corps devient aussi témoin privilégié des persécutions et un garant de la véracité du récit.

Il peut y avoir, chez le migrant précaire comme chez le professionnel en santé mentale, un vécu d'injonction à l'énonciation des traumatismes dans l'espace des consultations. Or, il s'agit là d'un discours qui s'est reconstruit à des multiples reprises dans la procédure juridique, à travers le prisme imaginaire suivant qu'imagine le migrant précaire : quel « bon discours de traumatisé » vais-je devoir construire pour que ma demande d'asile soit reconnue à l'OFPRA ou à la CNDA – et ce d'autant plus si ce psychologue, ou ce psychiatre, sera amené à rédiger des certificats pouvant infléchir sur ma trajectoire d'asile ? Comment passer à travers les mailles de la suspicion juridique instituée puisqu'il est postulé que je suis un menteur en puissance ? La parole libre est pervertie. Elle se fait discours figé, servi et resservi. Le migrant est pris dans la répétition d'un même discours qu'il sert dans les différents espaces, qui pour lui sont souvent indifférenciés, de sa vie : chez le psy, à la préfecture, devant le travailleur social, à l'OFPRA, à la CNDA ...

Lorsque l'État ne reconnaît pas le statut de réfugié, c'est qu'il ne reconnaît pas le statut de victime, le sujet n'est pas cru, il y a

négation du témoignage qui équivaut à la négation du sujet venant nourrir un sentiment de non-appartenance à la communauté des hommes et faisant vivre une exclusion sociale, politique et juridique. Le sujet sera condamné à rester un non citoyen. La dénégation du vécu peut être traumatisante en soi. Le sujet se retrouve débouté du droit d'asile et débouté de son histoire, « sans recours » et « sans demeure » avec des effets destructeurs : nourris un sentiment de rejet, d'abandon, d'insécurité, de méfiance à l'égard de l'autre et de l'institution (pouvant entraîner des décompensations sur un mode persécutoire). L'interlocuteur institutionnel dans la demande d'asile est le représentant du groupe humain. Dans la demande d'asile, le sujet entreprend une démarche de réinscription dans le discours et dans un processus de ré-humanisation. Il adresse une demande le réconciliant avec la parole et le lien social. Avec le rejet de la demande, c'est la question de l'appartenance à la communauté humaine qui est remise en cause. Mais la reconnaissance de la parole du migrant n'est pas synonyme d'un « tout va mieux ». Le sujet sera à nouveau déplacé, au risque de rompre une nouvelle fois les liens, de perdre les réseaux de solidarité qui l'avaient soutenus jusqu'ici, de se retrouver totalement isolé⁴⁹.

La parole peut être en prise avec le psychotraumatisme. La déformation du

⁴⁹ Voir le rapport de l'Orspere-Samdarra : Einhorn, L., et Tremblay, V., (avril 2019). *Bénéficiaire d'une protection internationale... et après ? Pour une prise en charge effective en santé mentale*. Commanditée par la DRDJSCS. Repéré à l'URL : [\[vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHE_RCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf\]\(http://www.vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHE_RCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf\)](http://www.ch-le-</p></div><div data-bbox=)

discours est maintenant bien repérées dans la sémiologie du psychotraumatisme et des troubles cognitifs inférant, pouvant provoquer une confusion du cours de la pensée, des incohérences dans les formes de légitimité et avoir une incidence en défaveur de l'acceptation de la demande d'asile pour le migrant, la preuve ayant besoin, pour être considérée comme valide et être administrée, d'une certaine forme de cohérence intrinsèque du discours et des rationalités⁵⁰.

La question de la parole faisant régulièrement problème dans le cadre de la consultation (suspicion sur le statut de la vérité du propos, réactualisation traumatique, voire être entravée elle-même dans le processus traumatique), de nombreux psychologues et psychiatres témoignent utiliser des objets de médiation alternatifs pour travailler la relation : dessins, musique.

L'interprétariat en santé mentale

Par ailleurs, la problématique de l'interprétariat est un argument qui vaut souvent comme un motif de refus de prise en charge du public allophone. Pour certains CMP, la présence d'un interprète ne permet pas de mener un travail d'élaboration. La présence d'un tiers perturbe le soin. Une infirmière de PASS explique ainsi à propos d'une orientation en CMP qui est impossible pour ce public :

« Ils ne veulent pas car quand il y a un interprète la conversation est biaisée et du coup ils ne peuvent pas travailler. [...] Puis pour eux ça reste du secret médical et les interprètes ne sont pas forcément de formation médicale ».

Un travail de sensibilisation à l'interprétariat en santé et santé mentale auprès des soignants nous paraît nécessaire. Nos échanges avec les soignants révèlent que ces derniers attendent une meilleure collaboration avec les interprètes mais qu'un certain nombre d'entre eux le réduisent bien souvent à un outil technique. Ils attendent de l'interprète qu'il soit une sorte de « machine à traduire », totalement neutre et sans émotions, qu'il s'efface presque de la relation. Il s'agit de postures défensives liées entre autre à la méconnaissance du métier d'interprète en santé mentale et dans le médico-social et alimentées peut-être par l'absence d'espaces de réflexivité autour de cette pratique spécifique et de ses enjeux en santé mentale.

Les soignants en santé mentale qui partagent ces attentes de l'interprétariat témoignent alors souvent d'expériences négatives avec les interprètes : interprètes qui déborde de son cadre et ne reste pas à sa bonne place, qui échoue donc dans cet idéal de « bonne distance », qui ne contrôle pas ses émotions, qui échoue donc dans cet idéal de neutralité, qui ne traduit pas « tout

⁵⁰ Les professionnels de la CNDA témoignent cependant que, depuis quelques années, ils prennent en compte les savoirs sur le

psychotraumatisme pour mieux appréhender le statut de la parole des personnes qu'ils sont amenés à rencontrer.

», qui échoue donc dans cet idéal de traduction. Il y a alors un enjeu à travailler autour de ses constructions défensives, en proposant des espaces de dialogue afin de travailler sur ces complexités. Il semble donc essentiel si l'on veut soutenir le recours à l'interprétariat en santé mentale de prendre acte des réalités vécues par l'ensemble des protagonistes et de proposer des espaces de seconde ligne, d'interconnaissance et de reconnaissance : entre interprètes, mais aussi entre soignants et enfin entre soignants et interprètes. Pour le soignant il s'agit de découvrir la réalité d'un nouveau métier en santé mentale, et de reconnaître l'interprète comme un nouvel acteur du soin, qu'il faut prendre en compte.

Pour l'heure, les soignants sont encore difficiles à mobiliser autour de cette question sur certains territoires⁵¹.

La configuration tripartite en consultation demande un investissement professionnel particulier et change considérablement la qualité du travail réalisé et de l'écoute thérapeutique. Elle suppose également un travail d'ajustement et de coordination entre le psychiatre, l'interprète et le patient qui le plus souvent se fait in situ sans que l'on puisse en prévoir le déroulé exacte. Chacun des protagonistes construit et ajuste son rôle dans le temps de la consultation et du suivi. Il s'agit d'un travail réel sur les positionnements des acteurs, leur ajustement, qui nécessite un temps

d'adaptation, des arrangements, des stratégies. Voici ce qu'explique un psychiatre ayant déjà eu recours à l'interprétariat :

« Moi ce qui m'a gêné, c'est la difficulté d'avoir un interprète de manière régulière, fiable, formé, qui vienne lui-même au rendez-vous [...] c'est compliqué la question de l'interprétariat ! Pas sûr que ce soit en libéral que l'on soit le mieux placé pour. Parce que pour le coup ce qui prend du temps c'est d'harmoniser avec l'interprète ».

La présence de l'interprète introduit un tiers qui est tenu de prendre une part ajustée à la consultation. Sur ce point un certain embarras se fait entendre du côté des psychiatres car une question se pose d'emblée : quelle place faire à l'interprète ? Quel rôle doit-il endosser ? Qu'est-ce qui lui est proscrit ? Un psychiatre nous dit à ce propos :

« Il y a des interprètes qui interfèrent un peu dans la relation de soin. Des familles très traumatisées qui n'ont pas trouvé de compatriote sur place et qui croisent le même interprète dans tous les lieux où ils font des démarches... il y a une relation un peu plus affective qui se crée avec l'interprète et la famille et parfois c'est un peu... il y a un peu des interventions de l'interprète. Par

⁵¹ L'Orspere-Samdarra coordonne un temps de formation/sensibilisation sur l'interprétariat en santé et santé mentale depuis 2016, avec le soutien

de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Ces formations s'adressent aux soignants et interprètes du territoire.

exemple, il y avait un interprète qui pouvait se mettre à engueuler le gamin que je suivais (rires) parce qu'il ne venait pas aux soins... ».

La rencontre entre la pratique clinique et une professionnalité de l'interprète fait problème dans certaines situations. C'est ce qu'indique ce psychiatre :

« J'ai eu des interprètes qui faisaient des commentaires et qui en plus me disaient les commentaires qu'ils faisaient sur ce que la patiente disait. [Par exemple] elle me disait " je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se remue un peu". Et là je lui disais de dire que ce n'était pas moi qui lui avait dit ça à la patiente quoi. Alors ce n'est pas du soin. C'est caricatural mais enfin ça arrive ! ».

Pour autant, on peut s'interroger sur ce que permet un lien avec un interprète, du côté de ce qu'en pense la personne elle-même. En effet, si certains psychiatres font valoir leurs inquiétudes quant à la posture même de l'interprète, d'autres appréhendent celui-ci comme une personne ressource, en capacité d'écouter et de transmettre au soignant les informations verbalisées par la suite comme l'explique ce psychiatre :

« Dans ma pratique, un interprète ça ne me facilite pas la vie. C'est mieux que ce soit l'interprète qui mène l'entretien puis qu'on discute ensuite de ce qui s'est dit ».

Des prises en charge en santé mentale sous le signe de l'attente

Les prises en charge en santé mentale sont sous le signe de l'attente. Attendre qu'elles puissent commencer tout d'abord : listes d'attente en CMP, absence de disponibilité en libéral... Le recours à l'urgence psychiatrique s'inscrit souvent dans quelque chose de paradoxal, d'une demande de soin qui n'a pas pu être reçue par les professionnels en santé mentale dans des temporalités suffisamment congruentes à la temporalité psychique du migrant. La situation psychosociale du migrant se dégrade sous le regard impuissant des travailleurs sociaux jusqu'à ce que, dans un mouvement de désespoir et dans un acting out, on demande aux urgences psychiatriques de régler rapidement une situation complexe qui ne peut avoir de réponse simple, et de réponse exclusivement psychiatrique.

Dès que les prises en charge ont commencé, la question de l'attente devient un phénomène partagé par le professionnel en santé mentale et son patient. L'état psychique du migrant est en prise avec les aléas des procédures administratives, faite d'un mélange de lenteur alternant avec des brusques accélérations qui ne sont souvent que de faux espoirs ou de grandes déconvenues. Cette lenteur et ces accélérations donnent leur couleur aux prises en charges, au vécu inter-transférentiel.

Il arrive que le patient ne se rende pas à de nombreuses consultations. Les psychiatres interprètent ce fait de nombreuses façons :

s'agit-il d'oublis prenant la forme d'un refoulement traumatique ? Des troubles cognitifs liés au syndrome de stress post-traumatique avec des distorsions cognitives sur les plans temporels ou spatial ? Cela doit-il se lire sous un angle culturel ? Etre présent à heure fixe à un rendez-vous médical pourrait ne pas faire sens dans de nombreuses cultures.

Les prises en charge d'ailleurs, souvent, n'en finissent pas. Consciemment, le désir d'une fin de prise en charge n'est pas toujours là. Pour les professionnels, la prise en charge peut avoir une dimension très gratifiante : il perçoit que le migrant a plaisir à venir et à être accueilli. La question d'une fin de prise en charge psychologique ou psychiatrique, ou au contraire de la nécessité de sa pérennisation, pérennisation perçue chez le soignant comme le migrant comme une question de vie ou de mort, peut être associée à la fin d'une procédure d'asile. Cette fin, le plus fréquemment, signe le passage du côté d'un séjour irrégulier sur le sol français et la perte de tous les droits sociaux : fin du droit à l'hébergement, fin des aides sociales et sanitaires, fin de l'AME. Rien n'empêche par contre que se poursuive le suivi psychiatrique ou psychologique, et il s'agit bien souvent d'un des rares étayages du migrants plongé dans l'irrégularité : il n'en est que plus précieux, dans un moment où les psychiatres décrivent unanimement, et de façon concomitante au refus du droit d'asile, une dégradation nette de l'état thymique des migrants avec souvent l'apparition des idées suicidaires qui peuvent, à tort ou à raison, donner

l'impression au clinicien que la poursuite des consultations est une question de vie ou de mort. Arrêter le suivi à ce moment précis apparaît au psychiatre comme non déontologique, et alors même que le patient n'a plus accès à l'aide médicale d'état. Il arrive que les psychiatres en libéral fassent des consultations moins chères, voire gratuitement, ou bien que la facturation des consultations soit reportée en des temps futurs que l'on postule fantasmatiquement comme meilleur.

C'est parfois le psychiatre, bien plus que son patient, qui est en difficulté pour arrêter une prise en charge, ce qui peut donner l'impression paradoxale d'un psychiatre s'agrippant à son patient. Psychiatre en prise lui-même avec un traumatisme vicariant peut-être.

Des spatialités transformées

La bienveillance du professionnel en santé mentale qui lui accorde le temps d'une consultation résonne chez le migrant comme l'espoir d'un accueil dans le pays d'adoption. Cette posture professionnelle peut trouver un effet de résonance particulièrement fort dans le cabinet en libéral. Dans les hôpitaux ou les CMP, les lieux ont une atmosphère souvent impersonnelle, mais certains cabinets privés ont au contraire une atmosphère très chaleureuse. Cette chaleur peut encore être accentuée par le fait que le cabinet se trouve être dans le lieu même de vie du psychiatre. Entrer dans le cabinet du psychiatre, n'est-ce pas déjà entrer dans son intimité ? Le lieu parle de celui qui l'habite, il parle intimement de celui qui

accueille la demande. Pour celui-ci, soigner, ne serait-ce pas accueillir ? Le cabinet du psychiatre pourrait ainsi devenir pour le migrant, dont l'hébergement est une question toujours précaire, un lieu d'ancrage et de stabilité, accueillant et assurant une continuité au milieu du chaos, de cet espace dans lequel il est sans cesse déplacé. Comment l'espace du cabinet du psychiatre peut être investi par le migrant qui n'a pas de domicile ou un domicile très précaire ?

L'« habiter », d'une question sociale devient une question clinique, en ce sens qu'elle est intégrée par le migrant dans son fonctionnement psychique. Mais il s'agit d'un vécu propre de l'habiter extrêmement intrusé : de par les conditions d'accueil actuel sur le territoire français certes, qui peuvent trouver des formes de résonance psychoaffective dans le parcours migratoire du patient, mais aussi du fait des distorsions cognitives liés au psychotraumatisme. Pour le migrant ayant traversé la planète, il peut être extrêmement compliqué de trouver le cabinet du psychiatre qui est pourtant dans son quartier.

Venir volontairement et librement à un rendez-vous chez un psychiatre, c'est aussi faire preuve d'une sécurité interne suffisante ; c'est être intimement convaincu qu'il est possible pour soi d'instaurer une relation de confiance avec une autre personne, quelle que soit cette autre personne. Or, cette sécurité interne peut faire cruellement défaut dans le public migrant si l'on en croit dans leur trajectoire l'importance cumulative des événements de vie potentiellement traumatogènes

(deuils, décès ...), tout autant que les événements de vie actuels dont sont témoins les travailleurs sociaux et les psychologues (exclusion des centres d'hébergement en cas de refus de procédure, crainte d'une rencontre avec la police chez les migrants en situation irrégulière avec risque de passage en centre de rétention) qui sont à même de mettre à mal le sentiment de sécurité interne du migrant. En tout cas, les psychiatres en libéral ayant une habitude de pratique avec les migrants témoignent chez un nombre non négligeable de migrants d'un absentéisme aux consultations.

Les enjeux d'autorité dans la consultation

Le dispositif de la consultation psychiatrique pour un usager migrant précaire met en tension des questions de pouvoir et d'autorité implicites mais agissantes, entre les différents acteurs de la consultation.

Certains enjeux sont généraux et non spécifiques aux migrants. Qu'est-ce qu'une rencontre entre un psychiatre et un migrant peut réactualiser de la question coloniale et post-coloniale ? Comment s'exercent les mécanismes de soft power entre les langues dans l'usage qui en est fait dans l'espace de la consultation ? Comment les différences de genre, de revenu socio-économique et la distribution parfois inégale du patrimoine culturel infléchissent les modalités relationnelles ? Comment le psychiatre qui a ses papiers peut être la source des projections (envieuses,

idéalisées, ...) du migrant en situation irrégulière qui n'en a pas ?

D'autres enjeux sont plus spécifiques entre le migrant et le psychiste. Il est dévolu à celui-ci, qu'il soit psychologue ou psychiatre, la légitimité sociale de réaliser des certificats qui peuvent impacter sur la procédure de droit au séjour régulier sur le territoire français. L'impact objectif de ces certificats est mal connu. Il fait l'objet des fantasmes des psychistes (de leur fantasme propre de toute-puissance), est souvent le support de projection de leurs angoisses.

Dans cette asymétrie des enjeux de pouvoir dans la consultation entre un migrant et un psychiatre, il importe d'ajouter une dimension inter-transférentielle. Le

psychiatre peut être la surface de projection du vécu d'insécurité du migrant : insécurité pouvant reposer sur des fondements psychopathologiques (abandons, deuils, traumas ...) mais aussi dans les différentes formes de suspicion relationnelle dont il fait l'objet, notamment dans les procédures juridiques d'accueil.

Dans ce contexte où l'altérité radicale et irréductible entre le psychiatre et le migrant, dans leurs dimensions intrinsèquement politiques même, serait ce qui pourrait empêcher la possibilité d'un soin en santé mentale, comment favoriser la reconfiguration des dispositifs en santé mentale autour des migrants précaires ?

SIXIÈME PARTIE : PRÉCONISATIONS

L'ensemble de nos préconisations vise à penser une place juste du psychiatre en libéral comme de l'ensemble des intervenants en santé mentale, dans une santé mentale en reconfiguration constante, en prise avec un modèle de soin hospitalo-centré d'une part mais aussi des formes nouvelles en santé mentale donnant une place plus réduite, voire absente, aux psychiatres.

Plutôt que de parler de préconisations, il nous semblerait plus juste de parler d'incitations, de propositions, de souligner la dimension impérativement non injonctive de nos propos. La place de l'Orspere-Samdarra est délicate. Nous sommes convoqués dans ce travail à une place expertale quand le domaine de travail ouvre plutôt le champ au flou, à l'ambigu, à la complexité, à l'incertitude⁵².

En ce sens, nos recommandations vont dans deux directions.

D'une part, il s'agit de trouver des solutions alternatives en santé mentale face au constat de la pénurie généralisée de psychiatres libéraux comme du secteur publique. Il s'agit pour nous d'étendre le concernement de la santé mentale des migrants à un nombre bien plus important d'acteurs. Ces solutions alternatives

peuvent être perçues comme innovantes sous un certain angle.

D'autre part, il s'agit de contribuer, de façon prudente et en accord avec les acteurs intéressés, à une transformation qualitative des pratiques de la psychiatrie libérale pour aider à la prise en charge des migrants en santé mentale, face à la souffrance professionnelle et à l'isolement des psychiatres libéraux. Il s'agit d'être force de propositions envers les psychiatres libéraux, de proposer des formes de soutien à la professionnalité. Il ne s'agit certainement pas que l'Orspere-Samdarra s'identifie lui-même à des pratiques normatives imposées d'en-haut, selon un modèle qui irait à l'encontre d'une certaine éthique de la relation humaine et qui est ce que les psychiatres libéraux fuient en quittant l'hôpital. Nos préconisations vont dans le sens d'une ré-intégration du psychiatre libéral dans une forme de pratique instituée. Il est cependant important qu'il adhère pleinement à la ré-institutionnalisation de sa pratique. Cette nouvelle institution à laquelle il puisse adhérer et qui est à créer doit se penser comme une alternative à l'hôpital, à ce qui est pensé sur un mode médico-centré.

⁵² Colin, V. et Laval, C. (2005). *Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes – Modalités cliniques et inter partenariales*. (recherche-action). DRASS Rhône-Alpes, Onsmo-Orspere. « La souffrance psychique conduit en effet à un degré de

malaise et d'indétermination professionnelle. Cette indétermination constitue le terreau fondateur des pratiques de santé mentale en réseau où chaque métier se restaure en s'articulant avec ses partenaires tout en se distinguant d'eux ».

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

Ces deux champs de considérations ne sont pas sans poser un problème éthique à l'Orspere-Samdarra. Il serait un leurre de vouloir faire croire aux tutelles que le manque en psychiatres pourrait quantitativement et qualitativement trouver des réponses palliatives dans le développement des pratiques alternatives, en santé mentale, à la psychiatrie. Elles peuvent avoir leur intérêt, apporter des choses que la psychiatrie ne peut pas apporter, mais elles s'inscrivent aussi dans une perte, un renoncement à certains savoirs et savoir-faire spécifiques pas toujours faciles à expliciter et à formuler par les acteurs de la psychiatrie eux-mêmes. Elles s'inscrivent nécessairement dans un certain renoncement à la transmission de certaines pratiques et savoirs spécifiques à la psychiatrie publique d'une part, libérale d'autre part, dans ce que celles-ci peuvent avoir de meilleur comme de pire.

Notons également que, dans le cadre même de ce travail, nous avons pris certaines initiatives visant, à notre mesure, à participer à la reconfiguration des pratiques en santé mentale pour accueillir les migrants précaires. Nous les déclinerons dans le fil de nos préconisations.

Favoriser la pratique locorégionale de réseaux et de coordination

Ces publics mobilisent un certain nombre d'acteurs de différents domaines d'intervention (social, juridique, médical, éducatif) mais aussi la société civile (bénévoles, militants). Des espaces de rencontres interprofessionnels doivent en ce sens être soutenus afin de faciliter

l'accès aux soins des publics qui, face à la saturation des dispositifs, semble dépendre de personnes qui se « reconnaissent », permettant la construction de liens de confiance et de faciliter le co-portage des situations.

En ce sens, le réseau devient le lieu de production d'un savoir construit comme une expertise collective. Les savoirs sont co-construits et s'appuient sur l'expérience des acteurs et sur la capacité collective à l'analyser et à lui donner sens. Le réseau se doit, pour être vivant, d'être paradoxalement suffisamment institutionnalisé (afin d'obtenir une certaine visibilité sociale et politique, une certaine forme de rationalité interne dans ses modalités de fonctionnement) et suffisamment souple et peu formalisé (afin que les acteurs puissent l'investir et lui donner sa couleur particulière).

À l'Orspere-Samdarra, nous réfléchissons à la légitimité de notre place propre à occuper dans l'organisation et la coordination de ces réseaux. Il nous apparaît pertinent jusqu'à une certaine limite (fort subjective il est vrai) d'être à l'initiative de la constitution de ces réseaux, et de soutenir leur pérennisation ; il appartient par contre aux acteurs de terrain, fort de leur savoir-faire et de leur expérience particulière, la maîtrise de leur contenu et de leur organisation particulière.

Ainsi, il semble nécessaire que ces coordinations puissent être portées par des réseaux locaux déjà existants et par des acteurs bien repérés. Les CLSM peuvent

être une ressource et seraient à mobiliser à condition que les enjeux politiques ne fassent pas barrage à la mise en place de ces espaces de concertation et de discussion.

L'intérêt de ces coordinations est multiple :

- Favoriser et accompagner la prise en charge des personnes vulnérables par les professionnels des territoires en renforçant le maillage entre les différentes institutions et en coordonnant les dispositifs œuvrant dans les domaines de la santé mentale, de la précarité, de l'asile. (Consolider le lien entre les dispositifs, concerner la psychiatrie publique et libérale, et sensibiliser les acteurs du champ de la précarité, de l'asile et du soin).
- Mieux coordonner les acteurs autour de la santé mentale des personnes migrantes.
- Soutenir les professionnels et bénévoles engagés dans ces prises en charge en offrant un espace d'échanges et de réflexions
- Visibiliser les ressources
- Mutualiser les connaissances et valoriser les pratiques

Au vu du contexte sur le territoire de la Drôme, de la diversité des problématiques, des attentes et des besoins au sein de ce territoire, et répondant au besoin des acteurs de se coordonner (difficultés d'articulation entre les dispositifs, fonctionnement en « vase clos » et sentiment d'isolement des équipes), nous avons proposé de soutenir une coordination locale sur ce territoire avec l'objectif d'impulser une dynamique partenariale sur la question de la santé mentale des populations migrantes,

associant la psychiatrie publique, les structures d'hébergements, les bénévoles d'associations, les militants de collectifs, les structures de soin associatives et les psychiatres libéraux.

Six rencontres ont été organisées afin de réunir et repérer les acteurs concernés par l'accompagnement de ces publics et d'évoquer la question de la santé mentale et de l'accès aux soins des populations migrantes en proposant des entrées thématiques (la prise en charge du psychotraumatisme, l'articulation professionnels/bénévoles, la question des Mineurs non-accompagnés, le contexte et la procédure de demande d'asile).

Ces rencontres ont rassemblé 95 acteurs (professionnels de la santé et de la santé mentale, bénévoles, travailleurs sociaux, éducateurs ...) Elles ont permis la mise en place d'un groupe de travail en vue de construire une journée d'étude qui sera organisée sur ce territoire. Un séminaire clinique a également été organisé en 2019 sur ce territoire.

Par ailleurs, favoriser l'accès aux psychiatres libéraux à ces actions de coordination (mais également aux autres activités de l'Orspere-Samdarra) serait également une façon de les soutenir dans leur professionnalité ainsi que dans la transformation et la pérennisation du réseau. En effet, les questionnements amenés par ces psychiatres en libéral sont en grande partie non spécifique à leur profession. Ils font écho aux thématiques travaillées à l'Orspere-Samdarra qui a sa place pour participer à la sensibilisation, la

formation et le soutien régulier des psychiatres via les actions portées par le dispositif : plateforme téléphonique, formations, outils ...

Cette coordination nécessite également de sensibiliser le réseau partenarial (psychiatres de la fonction publique, travailleurs sociaux en centres d'hébergement, PASS et EMPP), aux spécificités de l'exercice de la psychiatrie libérale.

Il nous appartient aussi, à l'Orspere-Samdarra, de répondre aux besoins et aux contraintes plus spécifiques des psychiatres libéraux: adapter les horaires afin que ces actions soient accessibles aux psychiatres libéraux, construire des outils spécifiques qui répondent aux besoins des psychistes.

La pérennisation de ce travail dans le temps nécessite une relance téléphonique régulière de l'ensemble des psychiatres en libéral de la région Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que du réseau partenarial : centres d'hébergement, PASS, EMPP. À noter qu'il s'agit d'un travail chronophage que ne pourra plus réaliser l'Orspere-Samdarra sans financement spécifique.

« Aller-vers » le public migrant précaire : des permanences de psychiatres dans les centres d'hébergement

Cette modalité a semblée particulièrement pertinente par les psychiatres libéraux eux-

mêmes. Elle a été notamment avancée lors des rencontres à destinations des psychiatres libéraux organisées en 2017⁵³. Les entretiens réalisés ont eux aussi permis de confirmer la pertinence de ces permanences pour les psychiatres libéraux intéressés par la prise en charge de ce public.

En effet, penser une pratique de la psychiatrie libérale fondée sur un « aller vers » des psychiatres libéraux vers les centres d'hébergement pourrait permettre de régler un certain nombre de questions problématiques dans la prise en charge en cabinet.

Du côté du migrant, nous l'avons vu, pour différentes raisons il peut être extrêmement difficile de se repérer dans le temps et dans l'espace, et en ce sens il peut être compliqué d'honorer une consultation chez le psychiatre en libéral. Or, le cadre des consultations en psychiatrie libérale est extrêmement contraint. En ce sens, il est pratiquement impossible pour un psychiatre en libéral de rencontrer un patient entre deux consultations. Penser des consultations dans les centres d'hébergement sur un temps régulier fixe (mensuel, hebdomadaire, ...) pourrait permettre de résoudre les difficultés liées aux retards ou absences aux rendez-vous qui, s'ils ne sont pas honorés, ne viendront pas déstabiliser l'organisation du cabinet.

⁵³ Ces rencontres ont eu lieu les 25 janvier 2017 à Chambéry, 1er février 2017 à Valence et 9 février 2017 à Lyon et ont réuni 17 psychiatres libéraux.

Qui plus est, comme nous l'avons déjà vu, les psychiatres en libéral eux-mêmes sont débordés et peu disponibles pour de nouvelles consultations. S'engager dans un suivi en psychiatrie libérale peut être extrêmement lourd pour le psychiatre : il ne s'agit que rarement d'une consultation isolée, mais le plus souvent d'une plage horaire hebdomadaire que l'on réserve dans son agenda pour plusieurs mois (et potentiellement plusieurs années). Se réserver une plage (par exemple mensuelle) de visites dans un établissement peut permettre pour les psychiatres intéressés de fixer un cadre de soins dont ils auraient la maîtrise. Les propos de cette psychiatre nous confirment ces deux constats :

« C'est pour ça une demi-journée dans un lieu dédié, ça peut être beaucoup plus simple, parce que pour le coup, y'a une permanence qui fait que pendant trois heures on est là, que si y'a un rendez-vous à donner c'est sur ce temps-là et que ce n'est pas euh... effectivement à caser à droite à gauche et au moins c'est clair... ».

La modalité des permanences dans les centres d'hébergements répond donc à une forme de peur du débordement et de la désorganisation du cabinet par le public migrant. Elle correspond à un contrôle de la file active plus important ainsi qu'un cadrage de l'intervention potentiellement rassurant pour le médecin.

La modalité de la permanence peut être aussi une forme de réponse à l'isolement des psychiatres libéraux dans leur pratique

avec le public migrant. En effet, ces permanences impliquent des temps de rencontre et d'échanges entre travailleurs sociaux et psychiatres, permettant notamment au psychiatre de ne pas être seul face à la souffrance des personnes reçues. En effet, même si les travailleurs sociaux ne sont pas des pairs soignants, les échanges peuvent permettre un étayage dans la pratique du psychiatre. D'une part, les travailleurs sociaux peuvent amener aux psychiatres des éléments liés au contexte de vie des personnes (démarches administratives en cours, statuts et histoire de la personne) qui peuvent impacter leur santé mentale et qui ont donc une pertinence dans la clinique. D'autre part, le cadre du centre d'hébergement constitue non seulement un cadre rassurant pour le migrant mais aussi pour le psychiatre qui pourra échanger avec les travailleurs sociaux sur ses éprouvés.

Cette modalité de permanence dans les centres d'hébergement pose des questions potentiellement délicates : dans quel cadre médico-légal et ordinal inscrire cette nouvelle pratique, qui tend à une forme de reconfiguration de la pratique du libéral réintégré, d'une certaine façon, dans une pratique institutionnelle ? Comment penser la question du secret professionnel et du secret de la thérapie ?

Mise en place de permanences de psychiatres libéraux dans les centres d'hébergement

Pour mettre en place ces permanences, nous avons d'abord recontacté tous les psychiatres libéraux intéressés par le projet.

Lors de ces rappels, une dizaine de psychiatres se sont dit prêts à faire des permanences dans les centres d'hébergement pour migrants. D'autres psychiatres nous ont dit ne plus être intéressés, nous rappelant à nouveau la saturation de leur cabinet et l'impossibilité pour eux de dégager du temps. D'autres encore (une faible minorité) nous ont précisé ne pas être intéressé par la modalité proposée mais accepteraient éventuellement de recevoir directement dans leur cabinet⁵⁴.

Nous avons ensuite échangé plus avant avec les psychiatres libéraux intéressés par la modalité des permanences dans les centres d'hébergement, dans le but de comprendre plus en détails quelle forme particulière pourrait prendre, pour eux, ces permanences ; quelles seraient leurs conditions en terme de distance à parcourir, plage horaires, liens avec les professionnels, cadre des consultations, etc.

Nous avons ensuite repris la cartographie et les matériaux obtenus lors de nos rencontres avec les professionnels des centres d'hébergement afin de repérer les sites qui nous semblaient les plus pertinents en fonction des attentes et des possibilités de chaque psychiatre.

La démarche a été ensuite de recontacter les centres d'hébergement en question afin de leur proposer une éventuelle

intervention d'un psychiatre dans leurs locaux.

Avec l'accord des deux parties nous avons ensuite proposé une première rencontre afin de discuter des attentes et besoins de chacun vis-à-vis du partenariat. Une fois les modalités spécifiques de l'intervention fixées, nous avons proposé de formaliser le partenariat en créant une convention⁵⁵ permettant de cadrer l'intervention des psychiatres libéraux dans les centres d'hébergement en fonction des critères spécifiques retenus par chacun. Cette convention précise notamment les moyens matériels mis à disposition du médecin. Il s'agit au minimum d'une pièce de consultation fermée afin de respecté le secret médical et d'un combiné téléphonique afin d'avoir accès à l'interprétariat.

Le conventionnement entre les deux parties semble important. En effet, celle-ci vient préciser les modalités d'accueil du ou des psychiatres dans la structure et le rôle de chacun. Il a également une fonction rassurante car il vient fixer certaines limites de l'implication du médecin dans la structure.

Du côté du médecin psychiatre, nous avons noté dans le cadre du projet la réticence et la méconnaissance de certains soignants à la prise en charge du public migrant précaire. Cette forme d'aller vers peut permettre une sensibilisation « en douceur

⁵⁴ Ces derniers n'ont pas été écartés du projet. Il s'agirait pour nous de tenir une base de données de ces psychiatres afin de leur orienter des personnes

de manière ponctuelle et via les demandes de la permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra.

⁵⁵ Voir annexe

» au travail clinique avec ce public puisque celui-ci bénéficie dans ce cadre de l'expertise et de l'étayage des travailleurs sociaux de la structures d'hébergement.

Au moment de l'écriture de ce projet, 3 conventions ont été signées à Annecy entre des psychiatres et un centre d'hébergement, deux ont été signée en Isère. Plusieurs autres permanences sont en cours de création à des étapes différentes et des pistes de permanence sont en cours d'évolution, notamment en Haute-Loire, en Savoie, dans la Drôme ou encore dans le Rhône.

Il est important de préciser que le travail de mise en place de ces permanences s'est effectué sur un temps long. En effet, plusieurs difficultés sont apparues dans la mise en place de ce projet.

C'est parfois la difficulté pratique d'organiser une rencontre initiale qui a retardé la création des permanences. Effectivement, la saturation des psychiatres libéraux s'est fait ressentir même dans la possibilité pour nous d'organiser une première rencontre avec le CADA. Certains psychiatres ont des emplois du temps remplis plusieurs mois à l'avance. Dégager du temps (même pour une rencontre de quelques heures) dans un délai court veut souvent dire annuler des consultations, au risque de rompre avec la temporalité de leur cadre de soin qui est au centre de la dimension thérapeutique de leur pratique.

Par ailleurs, les centres d'hébergement ne sont pas toujours des organisations pérennes. Ils subissent souvent des changements importants : turn-over des

équipes, fermetures (ou ouverture) de places, déménagements qui ne facilitent pas la disponibilité des directeurs d'hébergement et autres professionnels.

C'est aussi le conventionnement qui prend parfois beaucoup de temps à mettre en place entre les deux parties car celui-ci est soumis à validation, d'une part de la présidence de l'organisme gestionnaire de la structure d'hébergement, mais aussi à la validation de la convention par le Conseil de l'Ordre des médecins qui est une obligation juridique.

Tous ces éléments ont largement complexifié la mise en place rapide des permanences des psychiatres libéraux dans les centres d'hébergement. Néanmoins, les permanences qui sont en cours semblent être pour l'instant une réussite. C'est ce que nous avons pu constater en participant à la première réunion bilan des permanences à Annecy.

Premiers retours d'expérience sur les permanences

La ville d'Annecy a été le premier territoire dans lequel la création de permanences a été possible. Cela est aussi dû à un investissement particulièrement fort de la direction du CADA et des professionnels. En effet, suite à l'organisation de notre réunion sur Chambéry, le CADA d'Annecy a décidé d'organiser une autre réunion destinée aux psychiatres libéraux. Il s'agissait de leur présenter la structure d'hébergement et de préciser certaines données de contexte sur les personnes demandeuses d'asile (statut, procédure d'asile, etc.). Suite à ce deuxième temps d'échange, le CADA d'Annecy a

proposé une convention qui a été signée quelques mois plus tard par trois psychiatres libéraux. Chacun d'entre eux se déplace actuellement environ une demi-journée par mois au CADA afin d'y effectuer des permanences. Dans le cadre de ces permanences, une infirmière de l'association Intermed fait le lien entre les professionnels et les psychiatres et propose notamment une première évaluation afin d'orienter les personnes vers ces derniers. Quelques mois après le début de ces consultations, une nouvelle réunion a été organisée au CADA d'Annecy afin de faire un premier retour sur les permanences et la manière dont elles se déroulent. Cette réunion à laquelle nous avons participé a été particulièrement riche pour nous en termes de retour sur l'expérience des psychiatres libéraux.

Nous pouvons noter tout d'abord l'importance, mise en avant par les psychiatres eux même, des liens avec les équipes du CADA et d'Intermed. Comme nous l'avions évoqué précédemment, le contexte de précarité dans lequel vit le public migrant nécessite des liens et une communication importante entre les différents professionnels du social et du soin. L'organisation de la réunion, qui s'est imposée aux acteurs de terrain sans que nous l'ayons impulsé par nous-même, témoigne en elle-même de l'importance pour les psychiatres libéraux et les professionnels de rester en liens et de réfléchir ensemble à leur pratique avec ce public.

Du côté des professionnels du CADA et de l'infirmière d'Intermed, les retours sont très

positifs. Ceux-ci parlent d'un cadre d'écoute « apaisant et bienveillant » facile d'accès pour les personnes hébergées. Le fait que les consultations se déroulent dans le CADA semble être sécurisant pour les demandeurs d'asile. Pratiquement, ce sont les travailleurs sociaux et l'infirmière d'Intermed qui s'occupent de l'aspect organisationnel des consultations : prise des rendez-vous avec le psychiatre et gestion de l'emploi du temps sur les créneaux impartis, prise de rendez-vous avec les interprètes, gestion des éventuels retards et oublis de la part des personnes hébergées.

Dans ce travail de lien, le rôle de l'infirmière d'Intermed paraît particulièrement important dans le sens où elle permet une première évaluation clinique des personnes. Effectivement, la question de l'évaluation peut-être problématique pour les professionnels du CADA n'ayant aucune formation soignante. L'infirmière permet donc un passage de relais facilité vers le soin en opérant une forme de traduction entre une souffrance perçue par les intervenants sociaux et une souffrance psychique qui peut relever de l'intervention d'un psychiatre.

Pour les trois psychiatres libéraux, le lieu de consultation n'est pas a priori problématique en terme clinique. Il leur apparaît même sécurisant, car les travailleurs sociaux et l'infirmière sont des appuis sur lesquels les psychiatres peuvent compter. Il s'agit pour eux de ne pas être seul face au public migrant qui amène avec lui une multitude de situations problématiques.

Lors de ce retour d'expérience, les psychiatres libéraux ont très vite amené des interrogations cliniques. Leur retour n'a pas été centré sur les questions organisationnelles (par exemple sur les retards, sur les horaires et emploi du temps, etc.), ce qui pourrait laisser indiquer que ces permanences conviennent aux psychiatres sur le plan opérationnel et qu'ils se sentent dans un cadre qui convient à leur champ de compétence, dans lequel il leur est possible de développer leur professionnalité. Ces psychiatres sont dans une démarche réflexive d'emblée vis-à-vis de leur pratique et questionnent leurs habitudes. Il y a donc un intérêt assez vif des psychiatres pour une manière nouvelle de pratiquer, autant sur le plan du cadre que sur le fond de la consultation. C'est notamment l'interprétariat qui pose question aux psychiatres dans le cadre des premières consultations. Il y a tout d'abord des questions d'ordre clinique : Quelle place doit tenir l'interprète dans la consultation ? Est-il un intervenant ou co-intervenant en santé mentale ? Les psychiatres remarquaient également que l'interprétariat oblige au médecin d'être plus actif dans la relation de soin, de poser plus de questions. Mais il y a aussi des questions cliniques induites par la situation particulière créée par l'interprétariat téléphonique et plus particulièrement par l'objet qu'est le téléphone lui-même. L'un des psychiatres nous racontait que lors d'une consultation la communication avec l'interprète était particulièrement difficile à cause du manque de clarté de la réception téléphonique obligeant le psychiatre et son

patient de se rapprocher tout deux du téléphone et créant ainsi une proximité physique entre eux qu'il n'y a pas d'habitude en consultation. La présence de l'interprétariat téléphonique a donc créé une configuration clinique inédite pour ce psychiatre qui s'interrogeait sur la possibilité de travailler avec une telle proximité.

Les psychiatres notent aussi la particularité de la prise en charge de ce public concernant la prise en charge du psychotraumatisme. L'un des psychiatres précisait que le traumatisme est assez courant et qu'il ne s'agit pas là d'une spécificité du public migrant. Les deux autres psychiatres insistaient néanmoins sur le fait qu'il s'agit souvent avec ce public d'un traumatisme fort et violent, la trace physique de ce traumatisme étant souvent présent sur le corps particulièrement marquée chez les personnes reçues lors des permanences.

Les questionnements montrent également un besoin d'échange important autour de cette clinique. Le groupe d'échanges et de réflexions cliniques mis en place faisaient suite à ce constat.

Il paraît intéressant de noter que les psychiatres libéraux décrivent le sentiment d'un « retour à l'institution ». La modalité de permanence dans les centres d'hébergement intègre la pratique libérale dans une nouvelle forme d'institutionnalisation. Elle prend acte de la difficulté pour un psychiatre libéral de

recevoir seul ce public⁵⁶ et crée un cadre particulier à cette prise en charge en santé prévu spécifiquement pour le public migrant.

Si ces permanences créent une possibilité nouvelle d'accès aux professionnels en santé mentale pour un public particulièrement fragile et qui a difficilement accès aux soins en santé mentale de manière générale, c'est aussi quand la personne sort de l'institution et du cadre qui a été construit pour elle, qu'une nouvelle forme de soin peut avoir lieu. En effet, un des psychiatres participant aux permanences du CADA d'Annecy a reçu une personne hébergée en consultation dans le cadre des permanences et à décider de poursuivre les consultations avec ce patient à son cabinet, et non plus dans le centre d'hébergement. Les intervenants sociaux qui l'accompagnent nous ont alors décrit la fierté de cette personne d'aller au cabinet d'un psychiatre « comme tout le monde ».

Qu'y a-t-il y a derrière cette « fierté » d'aller dans un cabinet de psychiatre comme pourrait le faire tout un chacun ? Celle de ne pas être assimilé à un groupe renvoyant une image dégradée de soi-même les « précaires »⁵⁷. Les migrants précaires, à l'image des prolétaires, seraient ce que Jacques Rancière appelle des « in-between » : « *Un sujet est un in-between, un entre-*

*deux. Prolétaires fut le nom « propre » à des gens qui étaient ensemble pour autant qu'ils étaient entre : entre plusieurs noms, statuts ou identités ; entre l'humanité et l'inhumanité, la citoyenneté et son déni ; entre le statut de l'homme de l'outil et celui de l'être parlant et pensant*⁵⁸ ». Dans ce contexte « d'entre-deux », c'est d'abord la reconnaissance de la citoyenneté française par l'Etat qui donnerait à ces personnes la fierté d'appartenir à un monde commun et dans un même mouvement la possibilité de se créer les attaches nécessaire à une reconstruction d'une identité rendue incertaine. Mais cette perception s'appréhende aussi à travers les choses du quotidien, comme par exemple, aller chez son psychiatre. Il s'agit là de la preuve pour la personne qu'elle appartient à un monde commun dans lequel elle peut se dire « comme tout le monde » et ce, même si ses droits sont remis en cause sur le territoire français. Dans la mesure où « un sujet se reconnaît dans l'histoire qu'il se raconte à lui-même sur lui-même »⁵⁹, on peut imaginer les effets bénéfiques sur l'identité narrative de ne plus être affilié à un dispositif de soin créé pour une catégorie, « les migrants », et qui cantonne d'une certaine manière les personnes à une condition qui ne laisse que peu de possibilité d'affiliation à une histoire de soi-même narcissiquement convenable. Être «

⁵⁶ Qui implique a priori, comme nous l'avons déjà vu, un travail de lien et de réseau entre plusieurs professionnels.

⁵⁷ Un résident de centre d'hébergement refusait d'aller consulter dans des dispositifs pour « précaires », afin de ne pas être assimilé à ce public. Il faisait le

voyage jusqu'à Lyon pour y voir un psychiatre exerçant en libéral.

⁵⁸ Rancière, J., (2004). *Aux bords du politique*. Folio essais, 272p, p 119.

⁵⁹ Ricoeur, P., (1991). *Temps et récit*. Edition du seuil. Point, p 444-445.

comme tout le monde » laisse la liberté d'être « qui on veut » et ainsi de se construire, reconstruire, déconstruire sur un mode processuel, une histoire, une identité.

Les permanences impliquent donc à la fois la construction d'un dispositif spécifique au public migrant permettant d'améliorer et de créer un accès aux soins sans lequel certaines personnes ne seraient peut-être jamais vues par un médecin psychiatre. Mais ces permanences ne sont pas une fin en soi. Elles laissent aussi la possibilité au psychiatre de recevoir la personne à son cabinet, laissant advenir la possibilité d'une attache à un monde commun.

Si les permanences visent à faciliter les possibilités d'un premier soin, elles ne cherchent pas à cantonner les personnes dans ce dispositif, celui-ci pouvant aussi être pensé comme une passerelle vers le droit commun - et notamment le cabinet du psychiatre libéral. Cet « aller-vers » n'exclut pas la possibilité pour le psychiatre en libéral de poursuivre un suivi commencé lors de ces permanences à son cabinet. Il s'agit donc d'amener le soin en santé mentale vers des personnes qui par ailleurs n'y aurait pas accès pour ensuite que celui-ci puisse se poursuivre dans le droit commun.

Promouvoir des groupes de réflexions et d'échanges cliniques

Suite au constat d'un isolement et d'un besoin d'échanger des psychiatres libéraux en ce qui concerne la prise en charge du public migrant précaire, nous avons mis en place un groupe de réflexion clinique à

destination des psychiatres et qui a été ouvert aux psychologues au fil des rencontres. Neuf rencontres ont été organisées en 2018, à un rythme mensuel. Elles réunissent une vingtaine de professionnels intervenants auprès des publics migrants précaires dans différents contextes :

- Psychologues de structures d'hébergement
- Psychologues d'équipes mobiles
- Psychologues bénévoles
- Psychiatres d'exercice libéral
- Psychiatres de psychiatrie publique (CMP) : psychiatrie adulte et pédopsychiatrie

Ce groupe a été constitué afin d'interroger la clinique auprès du public migrant précaire, de penser les spécificités de l'exercice libéral, mises en perspective avec celles de la psychiatrie publique au regard du public migrant, de créer et valider collectivement des savoirs et des pratiques et d'offrir un soutien aux psychiatres et psychologues, libéraux comme hospitaliers, dans une reprise réflexive de situations complexes.

Il a débuté en 2018 et a eu lieu tous les deuxièmes lundi de chaque mois à partir de janvier. La contrainte imposée par l'exercice libéral était celle de proposer des horaires en soirée (20h-22h).

- Le cadre du groupe est important et vise à sécuriser l'ensemble des personnes y participant.
- Le groupe est constitué d'une quinzaine de participants
- Le secret est garanti concernant le contenu des échanges. Tout ce qui

se dit dans le groupe reste dans le groupe.

Il n'existe ni bonne ni mauvaise pratique. La bienveillance réciproque est de mise.

La méthode est associative (association libre et collective). La description des difficultés rencontrées lors d'une prise en charge peut faire écho, faire résonance chez d'autres participants du groupe.

Le cadre d'organisation de ce groupe n'est pas sans poser question. Si la méthode d'analyse de la pratique reposant sur l'associativité a l'avantage d'être un dispositif qui fait partie de la culture reconnue d'un grand nombre de psychiatres et psychologues, elle tend à favoriser un phénomène d'identification avec les psychologues et psychiatres d'obédience psychanalytique, c'est-à-dire à exclure les psychistes issus d'autres obédiences théoriques.

En ce sens, le groupe de reprise réflexive des pratiques que nous avons créé à l'Orspere-Samdarra permet de repérer les choses suivantes.

D'une part, un des critères de validité d'une bonne prise en charge en santé mentale pourrait être l'issue favorable de sa trajectoire administrative et juridique. Ce critère est paradoxal : alors même que la place de la procédure administrative est dénoncée par les psychiatres dans son intrication avec les questions de santé mentale, elle devient ce qui validerait implicitement une bonne pratique psychiatrique.

D'autre part, un autre critère serait que la valeur intrinsèque de sa pratique propre

serait liée à ce qu'en pense un confrère ou un collègue – conditionné également à ce que l'on en raconte dans un tel espace. L'analyse de la pratique irait dans le sens d'une recherche de la validation du bien-fondé de son intervention clinique dans le jugement positif et bienveillant de son collègue, bien plus que sur des arguments cliniques.

Promouvoir le recours à l'interprétariat en psychiatrie libérale

L'intérêt clinique d'un interprète dans la consultation en santé mentale nous paraît indiscutable. Il nous paraît important de souligner l'importance de la présence physique de l'interprète dans cette consultation.

L'intérêt de l'interprète dans la consultation est classiquement du côté de l'inter-intelligibilité des discours, mais pas seulement. Il apparaît fondamental de souligner sa place de médiateur de la relation : il permet des formes d'inter-intelligibilité culturelle et transforme les modélisations relationnelles également. La personne de l'interprète est convoquée chez les psychistes référés plus particulièrement à la psychanalyse et à l'aise avec les pratiques groupales dans le soin.

Le recours à l'interprétariat paraît particulièrement indispensable dans la consultation pédopsychiatrique, afin que le dispositif de soin ne cautionne pas la modalité collective d'adultification de l'enfant qui pose des problèmes de place de l'enfant et du parent dans le groupe famille.

Sur le plan du financement de l'interprétariat en santé mentale, il est important de souligner que les possibilités pratiques de financement existent à l'hôpital public et sur le secteur. Par contre, elles étaient jusque très récemment inexistantes dans le secteur libéral. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a récemment reconduit, pour une année supplémentaire, une enveloppe budgétaire permettant le financement de l'interprétariat en psychiatrie libérale sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Cela ne nous semble pas suffisant. Les psychiatres en libéral n'en connaissent généralement pas l'existence, ce qui participe de sa sous-utilisation pratique et d'un risque à terme de non-renouvellement de cette enveloppe. Il s'agit également de promouvoir la diffusion de cette information aux psychiatres en libéral. Dans cette publicisation, l'Orspere-Samdarra a aussi sa place. Il peut également transmettre aux psychiatres libéraux intéressés le cadre procédural permettant d'avoir accès à cette enveloppe.

Promouvoir des prises en charges faiblement psychiatisées en santé mentale

Il nous paraît important de ne pas limiter notre champ de réflexion à une santé mentale qui serait l'apanage des

psychiatres et des psychologues, travaillant en milieu libéral, associatif ou dans la fonction publique. D'une part nous cherchons à dépasser des contraintes gestionnaires : nous nous heurtons à des dispositifs globalement et unanimement saturés et en ce sens, difficilement accessibles. D'autre part, une santé mentale « élargie »⁶⁰ se transforme et se re-qualifie ces dernières années dans le développement de pratiques en voie d'institutionnalisation. Ces pratiques n'intègrent pas forcément les psychologues et les psychiatres (ou pas que, pas essentiellement). La place pour les usagers et/ou leur famille y est généralement centrale : Groupe d'Entraide Mutuelle, développement de l'UNAFAM et des associations de famille pour enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique, modèles de santé communautaire à travers le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale. Les pratiques et les discours s'interpénètrent, ce qui participe d'une reconfiguration globale des modèles en santé mentale. Les doctrines de l'empowerment entrent dans l'hôpital (création des pairs aidants), des psychiatres et psychologues se professionnalisent à l'UNAFAM.

Dans ce cadre, diverses formes de pratiques groupales nous semblent intéressantes. La

⁶⁰ Furtos, J., (2008). *Les cliniques de la précarité*. Masson. Pour J. Furtos, la santé mentale « élargie » s'étend en-dehors des champs d'intervention des professions instituées que sont celles du psychiatre et du psychologue clinicien et concerne potentiellement tous les acteurs intervenant dans

une relation d'aide à la personne, ceux-ci étant nécessairement confrontés à la question des troubles en santé mentale de la personne et devant s'y ajuster pratiquement dans son activité personnelle, professionnelle, familiale ou bénévole.

pratique groupale vise à dépasser une contrainte gestionnaire⁶¹. Cette contrainte plus ou moins imposée par le gestionnaire, plus ou moins intériorisée par le clinicien dans la perception qui est la sienne d'optimiser un service public étendu au plus grand nombre possible, peut trouver des formes de résonance chez le clinicien et/ou l'utilisateur, dans la créativité qui est la sienne.

L'intérêt de penser un collectif d'utilisateurs (avec fonction d'auto-support) nous paraît important dans la prise en charge en santé mentale des migrants. Ce collectif vise à dépasser les contraintes socio-politiques à l'œuvre dans l'espace même de la consultation psychiatrique (liées au genre, aux questions post-coloniales, aux inégalités socio-économiques, au statut politique radicalement différent entre le psychiatre et le migrant précaire). Les migrants eux-mêmes définiraient ce qui, pour eux, fait soutien psychologique. Le modèle de la consultation psychiatrique individuelle ne fait d'ailleurs pas toujours sens pour les migrants. Cette critique de l'application du format de la consultation individuelle au public migrant est d'ailleurs fortement étayée par les travaux ethnopsychiatriques et anthropologiques relevant que la consultation médicale

fondée sur l'individu s'appuie sur des paradigmes culturels occidentaux non universels. L'approche groupale pourrait permettre de dépasser et résoudre les enjeux d'inter-transfert et d'autorité qui sont parfois exacerbés dans le modèle de la consultation psychiatrique individuelle avec les migrants.

Une forme d'accueil peu structurée nous semblerait plus intéressante, dans lequel les utilisateurs sont libres de venir ou pas, de discuter entre eux (ou pas), avec les organisateurs de la rencontre (ou pas), ceux-ci pouvant être psychologues, psychiatres, ou non. Cet accueil pourrait se faire dans un lieu neutre, le moins connoté possible du côté de la psychiatrie hospitalière, dans des salles de jeux par exemple quand les enfants sont concernés. Tout migrant pourrait s'y rendre, que les travailleurs sociaux supputent des troubles en santé mentale ou non. Présenté comme un temps d'échange convivial autour d'un thé et d'un café, cet accueil pourrait s'afficher du côté d'une certaine convivialité envers le public accueilli, en insistant sur la fonction d'auto-support et le travail de mise en relation, des utilisateurs avec ses pairs.

⁶¹ D'après le témoignage de psychiatres et de psychologues, la pratique groupale s'impose souvent dans un impératif gestionnaire. Un psychologue exerçant en CADA témoigne en ce sens recevoir de fortes incitations de sa direction pour mettre en place des prises en charge groupales afin

de répondre à l'idée suivante, très contestable en soi puisque reposant sur des choses difficilement évaluables : la mise en place de groupes thérapeutiques permettrait d'optimiser le rendement du psychiste.

CONCLUSION

À la base du projet d'une coordination des psychiatres d'exercice libéral en région Auvergne-Rhône-Alpes, il y avait cette idée forte : face au constat d'un secteur de psychiatrie publique saturée, y aurait-il possibilité de se tourner vers la psychiatrie libérale ? Il s'agirait ainsi, d'une part, de pallier aux manques du « secteur », et d'autre part, de contourner la question de la précarité socio-économique du public en proposant des soins pris en charge financièrement (en partie ou pas) par la sécurité sociale.

Or, nous sommes confrontés à une psychiatrie libérale dont la mission (impossible) est portée par une injonction paradoxale – la même que celle que porte la psychiatrie de secteur : être inconditionnellement accessible pour tous dans un contexte de grande saturation. Se tourner vers la psychiatrie publique ou vers les psychiatres en libéral, c'est souvent avant tout se tourner vers des soins potentiellement remboursés par la sécurité sociale. Or, une des raisons de la saturation de ces dispositifs et de leur dimension difficilement accessible est justement leur gratuité.

Dans le courant de notre étude, nous avons été régulièrement confrontés à deux points

problématiques dont il nous paraît important de toucher un mot en conclusion : la question de la prise en charge en santé mentale des enfants migrants précaires, et celle de la place des psychologues dans les dispositifs en santé mentale.

À l'origine du projet, la question de la place des psychologues en libéral dans la prise en charge du public migrant précaire avait été évincée : il paraissait impossible d'imaginer un soin payant pour ce public par les porteurs du projet. Néanmoins, à toutes les étapes de notre travail, la question des psychologues est revenue en boomerang. Interpeler les psychologues, c'est interpeler des professionnels accessibles et réactifs – puisque justement non remboursés⁶². C'est aussi interpeler des professionnels dont les champs de compétences rejoignent régulièrement ceux des psychiatres et souvent les dépassent. En termes pratiques, il n'y a guère que les prescriptions médicamenteuses que les psychologues libéraux ne puissent réaliser. La question des certificats se pose pour les psychiatres comme pour les psychologues libéraux, bien que la qualité et la valeur qui leur est socialement attribuée puisse sensiblement diverger. La question épistémologique des conflits d'école traverse de manière

⁶² Notre groupe de rencontre mensuel s'était pensé initialement sur un mode fermé, réservé exclusivement aux psychiatres libéraux et hospitaliers. Du fait que de nombreux psychologues

informés de ce projet avait manifesté leur intérêt pour faire partie de ce groupe de travail, le groupe s'est progressivement ouvert aux psychologues.

sensiblement superposable les deux champs professionnels. Les psychologues témoignent d'une pratique plus développée que chez les psychiatres de l'EMDR- technique qui peut trouver son intérêt dans le champ du psychotraumatisme. La disponibilité plus importante des psychologues, et donc l'augmentation de la concurrence au sein même de ce corps professionnel, rend a priori possible tout un champ de pratiques professionnelles qui n'apparaît qu'extrêmement à la marge chez les psychiatres libéraux et qui peut trouver son intérêt chez le public migrant précaire : visites à domicile, techniques de remédiation, réalisation de bilans et de tests psychologiques, etc. La question du remboursement des prises en charge réalisées par les psychologues, par la Sécurité Sociale tend à s'ouvrir ces dernières années, dans certains départements et sous certaines conditions. Cette pratique n'est pas sans soulever la critique d'un certain nombre de psychologues cliniciens. Ouvrir une coordination de prise en charge en santé mentale des migrants précaires aux

psychologues libéraux pourrait-il constituer une proposition pertinente ?

Enfin, la prise en charge des enfants migrants précaires en santé mentale soulève d'autres formes de questionnement. Nous aimerions souligner un manque de problématisation de la question spécifique de la santé mentale des enfants migrants, à la fois dans le champ médiatique et professionnel, à l'exception de la question des mineurs non accompagnés qui rencontre une certaine forme de résonance médiatique et scientifique. Or, la question de la santé mentale des mineurs accompagnés est potentiellement un problème de santé publique au moins aussi important en terme statistique et quantitatif, que celle des mineurs non accompagnés⁶³. Cette sous-problématisation fait écho à une clinique pédopsychiatrique des enfants migrants elle aussi troublée et mal problématisée⁶⁴. Elle rencontre une pénurie drastique des moyens, une diminution rapide et impressionnante du nombre de pédopsychiatres sur l'ensemble du territoire français⁶⁵. D'après le

⁶³ L'année 2017 a été marquée par une augmentation des demandes concernant les mineurs isolés (+ 24,7 %) et les mineurs accompagnants des demandeurs adultes (+ 34,6 %). 19 428 mineurs accompagnants enregistrés en 2017. OFPRA, (2017). *Rapport d'activité*. Repéré à l'URL :

https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2017.pdf

⁶⁴ Quelques travaux font exception, concernant notamment les travaux de l'ethnopsychiatrie francophone (revue *L'autre*). Peu d'études épidémiologiques existent. Elles insistent sur une

plus grande importance des troubles en santé mentale (tout trouble confondu) chez les enfants migrants vs groupe témoin. L'expérience des professionnels que nous avons rencontrés (puéricultrices de PMI réalisant des permanences en centre d'hébergement) paraît sans appel : d'après eux, tous les enfants migrants sans exception auraient besoin d'un soin en santé mentale.

⁶⁵ Golse, B., Moro, M-R., (2018, 29 mars). La pédopsychiatrie ne veut pas mourir. *Libération*. Il y aurait 50 % de pédopsychiatres en moins sur le territoire français entre 2008 et 2018, et la moyenne d'âge des pédopsychiatres est de 55 ans. Geneviève

témoignage des psychiatres rencontrés, la pratique de la pédopsychiatrie générale se fait essentiellement sur le secteur public. En effet, il serait bien plus chronophage de s'occuper de la santé mentale d'un enfant que d'un adulte. Le travail de réseau inter partenarial serait particulièrement chronophage et mal adapté à la pratique du libéral ; cela étant, celui-ci pour l'enfant, s'imposerait dans une grande majorité des cas : liens avec l'éducation nationale, la protection de l'enfance, les rééducateurs en orthophonie et en psychomotricité, la protection maternelle et infantile. Les pédopsychiatres quittant le service public pour se tourner vers une activité libérale témoignent d'une activité qui progressivement, se tourne de plus en plus vers la psychiatrie de l'adulte avec le temps. Qui plus est, en termes de communication (dans les pages jaunes, ou sur la plaque de leurs cabinets), ils ne s'affichent que très rarement comme spécifiquement pédopsychiatres envers le grand public. Il nous a été généralement impossible en amont des entretiens, dans le cadre de notre recherche, de définir, parmi les psychiatres contactés, lesquels avaient eu et/ou avaient encore une activité de pédopsychiatre avant qu'ils ne nous l'apprennent au cours des entretiens.

En définitive, ce projet aura permis d'amorcer une réflexion sur les enjeux de la prise en charge en santé mentale des

personnes en situation de migration et de précarité et de mieux identifier les contraintes et difficultés rencontrées par les intervenants et personnes elles-mêmes dans cet accès aux soins et dans le soin en tant que tel, en donnant la parole à ceux qui soignent. Ce rapport interroge notamment la place des psychistes (psychologues, infirmiers psy, psychiatres) et du psychiatre en libéral en particulier dans ce circuit complexe.

Nos rencontres dans le cadre de ce projet nous ont également permis de penser et de problématiser le numéro Rhizome « Soigner le traumatisme ? ».

L'enjeu pour l'Orspere-Samdarra dans les suites de ce projet serait alors d'ouvrir et d'adapter nos actions de soutien et d'accompagnement aux psychiatres libéraux, et de proposer de nouvelles actions prenant acte des réalités vécues par l'ensemble des acteurs de l'accompagnement concernés et par les personnes elles-mêmes.

L'offre en santé mentale des associations spécialisées mais également celle de la psychiatrie publique est aujourd'hui saturée. De plus, la souffrance psychosociale ne parvient pas toujours à se faire entendre dans les consultations en psychiatrie. Il convient donc de réfléchir à des alternatives où le besoin d'étayage, de soutien, d'écoute pourra se faire sans

Avenard, Défenseur des enfants, adjointe du Défenseur des Droits alertait sur la situation, dans une interview du JIM (Journal International de Médecine). En cause, une pénurie de psychiatres

formés à la santé mentale des enfants sur l'ensemble du territoire et l'absence d'enseignants chercheurs dans ce domaine en France pour former les jeunes psychiatres à cette spécialité.

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

nécessairement passer par des soins classiques en santé mentale.

En effet, penser un soin psychique pour le public migrant nécessiterait avant toutes choses de s'assurer que la personne est bien inscrite dans un lien social. Dans ces contextes spécifiques de violence sociale, d'exil, de précarité, la perte du sentiment d'appartenance à une communauté et un syndrome de désaffiliation peuvent être

observée. Il s'agit alors de travailler sur les « enveloppes », le maillage et le lien social-soignant comme autant de facteurs de prévention d'un trouble psy. Il paraît donc fondamental en parallèle de l'offre de soin « classique » en santé mentale de proposer des espaces de soutien/de ressources où les personnes peuvent parler de leurs difficultés dans la société d'accueil mais également construire des liens et valoriser leurs savoir-faire.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BION, W-R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France.

D'HALLUIN-MABILLOT, E. (2012). *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Édition Broché.

DODIER, N., (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : A.m. Métailié.

FERENCZI, S., (2006). *Le traumatisme*. Paris : Payot.

FURTOS, J., (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson.

HATZFELD, H. (1963). *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris : Les éditions ouvrières.

LANTERI-LAURA, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Éditions du temps.

PESTRE, E., (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot.

RANCIERE, J., (2004). *Aux bords du politique*. Gallimard.

RICOEUR, P., (1991). *Temps et récit. L'intrigue et le récit historique*. Édition Seuil.

VALLUY, J. (2009). *Rejet des exilés. Le grand retournement du droit de l'asile*. Éditions du Croquant.

Articles

BALIGAND, P. (2013). La demande d'asile : l'attente du lieu d'un lien social ? *Topique*, 2013/1 (n° 122), 61-70. DOI : 10.3917/top.122.0061.

CASTEL, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, 2005/3 (Vol.46), 443-467. DOI : 10.3917/rfs.463.0443

CHAMBON, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Revue Rhizome*, 2013/1, (n°48), 5-6. Repéré à l'URL :

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n48-le-migrant-precaire-entre-bordures-sociales-et-frontieres-mentales-1081.html>

DA SILVA, N. et GADREAU, M. (2015). La médecine libérale en France. Une régulation située, entre contingence et déterminisme. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, Association Recherche et régulation, 2015, 17 (1er semestre/spring). Repéré à URL :

<https://journals.openedition.org/regulation/11120>

D'HALLUIN, E. (2004). La deuxième vie du traumatisme psychique. *Revue française des affaires sociales*. 2004/1, 57-75. Repéré à URL :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-57.htm>

DODIER, N., (1993). Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique. *Réseaux*, 1993/6 (n°62), 63-85. Repéré à URL :

https://www.persee.fr/doc/reso_07517971_1993_num_11_62_2574#xd_co_f=ZTZiMzBiMGItNTIzYS00ZjgOLWI2ODYtNTIyODEwODczNmY1~

GINESTET, V. (2015). Accompagner des demandeurs d'asile : des mots au langage des corps. *Empan*, 2015/2, (n° 98), 93-100. Repéré à URL :

https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-93.htm?try_download=1

GOLSE, B. et MORO, M-R. (2018, 29 mars). La pédopsychiatrie ne veut pas mourir. *Libération*.

MAURY DE FERAUDY, J., PETROUCHINE, R. et MONET, R. (2017). Le migrant précaire et le psychiatre en libéral : des pratiques aux marges pour un public à la marge ? *Revue Rhizome*, 2017/1, (n°63), 50-56. DOI : 10.3917/rhiz.063.0050.

PETROUCHINE, R., MAURY DE FERAUDY, J. et ZEROUG-VIAL, H. (2018). « Il faut du psy ! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires. *Revue Rhizome*, 2018/3, (n°69-70), 25-26. DOI : 10.3917/rhiz.069.0025.

RONGE, J-L., (2016). L'hospitalisation sous contrainte des enfants : des droits en mode mineur. *Journal du droit des jeunes*, 2016/4, (n°354-355), 26-39. DOI : 10.3917/jdj.354.0026.

ZEROUG-VIAL, H., COURRIOL, Y. et CHAMBON, N. (2014). Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale. *Revue Rhizome*, 2014, (n°51), 57-60. Repéré à URL :

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n51-actualite-et-sens-de-l-accompagnement-au-logement/les-defaillances-de-laccompagnement-des-demandeurs-dasile-et-leurs-consequences-sur-la-sante-mentale-1482.html>

Mémoires et thèses

CHAMBON, N. (2017). *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens* (Thèse de doctorat inédite). École doctorale Sciences sociales, Lyon.

TREMBLAY, V. (2016). *La prise en charge des migrants en santé mentale. Enquête sur l'élargissement du réseau de prise en charge des migrants précaires vers les psychiatres libéraux* (Mémoire de Master 2 inédit). Université Lumière Lyon II. Repéré à URL :

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/ressources/ressources-documentaires/memoires-de-stages-orspere-samdarra-1531.html>

Rapports

Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2017). *Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés 2007/2017 : Les territoires au cœur de la réflexion*. Repéré à URL :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2017). *Bilan démographique*. Repéré à URL :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>

Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. (2018). *Atlas dynamique de la démographie médicale (au 1^{er} janvier 2018) et Rapports départementaux et régional de la démographie médicale des médecins généralistes (avril 2018)*. Repérés à URL:

<http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>

Agence régionale de Santé auvergne-Rhône-Alpes. (2018). *Projet Régional de Santé 2018-2028, Guide régionale stratégie et parcours*. Repéré à URL :

<http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/projet-regional-de-sante-auvergne-rhone-alpes-recueil-actes-administratifs-region-auvergne-rhone-alpes-14-juin-2018/>

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à URL :

http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_ raa_ 2017.pdf

COLIN, V. et LAVAL, C. (2005). *Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes – Modalités cliniques et inter partenariales*. Repéré à URL :

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Sante_mentale_et_Demandeurs_d_asile_en_Region_Rhone-Alpes_V_Colin-C_Laval_Mars_2005.pdf

DIES, (mai 2006). 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. Repéré à URL :

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000521.pdf>

VIGNAL, M. et GENY-BENKORICHI, M. (avril 2012). *État 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 Nationale d'Accueil*, Réseau Samdarra. Repéré à URL :

http://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/samdarra_rapport-tat-des-lieux

Observatoire de la souffrance au travail d'APH : Action Praticiens Hôpital. (2018). *Bilan 2018*. Repéré à URL :

<https://osat.aph-france.fr/>

Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à URL :

<https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/publication-du-rapport-d-activite-6>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), (2014). *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale*. Collection études et Statistiques. Repéré URL :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

EINHORN, L. et TREMBLAY, V., (avril 2019). *Bénéficiaire d'une protection internationale... et après ? Pour une prise en charge effective en santé mentale*. Commanditée par la DRDJSCS. Repéré à URL :

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf

Communications

DEVALOIS Sophie, (2017, 8 novembre). *Vers une vulnérabilisation des professionnels qui accompagnent les demandeurs d'asile ?* Communication présentée dans le cadre du séminaire de réflexion : « Vulnérabilité et demande d'asile », Grenoble. Repéré à URL :

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Images/recycler/2017_Actes_seminaire_vulnerabilites_et_DA_01.PDF

ANNEXE : MODÈLE DE CONVENTION DE PARTENARIAT

Convention de partenariat entre le Docteur : (nom, prénom)

et

la structure (nom de la structure)

Relative à « Interventions de psychiatres à [lieu : centre d'hébergement/ville]

Année [...]

Entre les soussignés :

- le Docteur [nom, prénom] dont le cabinet est situé [adresse], dénommé le partenaire, d'une part,
- Et [nom du centre d'hébergement]), dont le siège social est situé [adresse], représentée par [nom du représentant légal], en qualité de [fonction]

Il est convenu ce qui suit :

Préambule :

La souffrance psychique des personnes hébergées au sein du CADA et de l'ATSA a été identifiée comme problématique au regard du contexte de la prise en charge de la santé mentale sur la commune de [nom de la commune]. Cela a conduit à la mise en place du partenariat avec des médecins libéraux. L'objectif général de la mission confiée est de favoriser la prise en charge de la souffrance psychique des résidents.

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet d'assurer des consultations psychiatriques au profit des résidents du CADA et de l'ATSA.

Le Docteur [nom, prénom] interviendra sur sollicitation des infirmières de [nom de l'équipe].

Les consultations pourront nécessiter le recours à un interprétariat téléphonique.

Article 2 : QUALIFICATION EN PSYCHIATRIE DU MEDECIN

Le Docteur [nom, prénom] est qualifié en psychiatrie, inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecin de [département], numéro [numéro], exerçant [lieu].

Article 3 : SECRET MEDICAL ET PROFESSIONNEL DU MEDECIN

« La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional » - Orspere-Samdarra

Le Docteur [nom, prénom] s'engage à respecter les règles du secret médical et professionnel, et à exercer son art dans le respect du code de déontologie médicale et en toute indépendance professionnelle.

ARTICLE 4 – LIEUX D'INTERVENTION

Les médecins libéraux interviendront, à leur convenance :

- soit au sein de la structure [nom de la structure et adresse]
- soit à leur cabinet [adresse]

ARTICLE 5 – REALISATION DE LA MISSION CONFIEE AU PARTENAIRE

Les moyens humains :

En vue d'exécuter la mission, objet de la présente convention, le Docteur [nom, prénom] interviendra en qualité de médecin psychiatre.

Les jours d'intervention seront fixés entre les médecins et la directrice d'hébergement de la structure, durant les heures d'ouverture du centre, en fonction des besoins d'intervention, des disponibilités des médecins et des locaux libres, lorsque les consultations se dérouleront au centre d'hébergement.

Les moyens matériels :

Dans le cadre de la présente convention, [structure gestionnaire d'hébergement] met à disposition du Docteur [nom, prénom] et à titre gracieux, un bureau pour la tenue des consultations, permettant de garantir la confidentialité des entretiens réalisés auprès des résidents, mais uniquement durant les jours d'intervention.

Cette mise à disposition est consentie pour une durée équivalente à celle de la présente convention.

Le bureau mis à disposition est destiné uniquement aux activités liées au projet mentionné à l'article 1.

Le Docteur [nom, prénom] s'engage à respecter la destination des lieux, les règles de sécurité en vigueur et à ne pas créer de trouble dans la vie de la résidence. Il n'apportera aucune transformation au local et/ou aux installations sans l'autorisation expresse de la structure d'accueil [nom].

La structure d'accueil [nom] met à disposition du Docteur [nom, prénom] et à titre gracieux, un combiné téléphonique afin de faciliter l'accès au service d'interprétariat. Le financement de ce service d'interprétariat est assuré par l'ARS.

Le rythme et le nombre des interventions est fixé à [temps de présence], dans le cadre de la présente convention.

Modalités d'information des résidents/hébergés

Les résidents qui expriment, auprès d'un membre de l'équipe du centre d'hébergement, le besoin d'une prise en charge psychique, seront orientés, par une intervenante sociale, auprès du C.M.P.

En cas de difficulté de prise en charge par le service public, les résidents seront reçus par une infirmière de [nom du dispositif]. Cette dernière sera en charge d'évaluer et d'orienter, si besoin, le résident vers le Docteur [nom, prénom].

Le partenaire s'engage à ne pas interférer dans l'accompagnement social assuré par l'établissement et à respecter les règles de fonctionnement de la structure.

Le partenaire s'engage à vérifier la virginité du bulletin n°3 de son casier judiciaire du fait de son intervention dans le projet à destination d'un public hébergé avec des enfants mineurs.

ARTICLE 6 – COORDINATION/REFERENT DU PROJET

La coordination du projet est assurée par [nom du coordinateur], en lien avec le médecin, et par [nom, prénom], directrice d'hébergement du [nom de la structure].

ARTICLE 7 : FINANCEMENT ET REGLEMENT

Le prestataire ne percevra aucune rémunération de [nom de la structure d'accueil] dans le cadre de la présente convention.

ARTICLE 8 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation.

ARTICLE 9 : SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

Afin d'assurer le suivi du projet sur l'exercice en cours, d'évaluer les résultats obtenus et de réajuster l'intervention si nécessaire, il est prévu :

- la transmission du nombre de personnes orientées vers les médecins psychiatres après l'entretien d'évaluation, lors des réunions de bilan
- une réunion intermédiaire ainsi qu'une réunion de bilan en fin d'exercice, formalisées par la rédaction d'un compte rendu qui fera apparaître le nombre de résidents accompagnés par les médecins libéraux.

ARTICLE 10 : ASSURANCES

Le Docteur [nom, prénom] déclare être titulaire d'une police d'assurance responsabilité civile, le garantissant contre les dommages corporels, matériels et immatériels qu'il pourrait causer à [nom de la structure] et/ou aux tiers dans le cadre de la présente convention.

[nom de la structure] déclare être titulaire d'une police d'assurance responsabilité civile, la garantissant contre les dommages corporels, matériels et immatériels qu'elle pourrait causer au Docteur [nom, prénom] et/ou aux tiers dans le cadre de la présente convention.

ARTICLE 11 : RESILIATION

Chacune des parties pourra résilier de plein droit la présente convention en cas de manquement de l'autre partie à ses obligations. La convention pourra également être résiliée d'un commun accord.

La résiliation interviendra dans le délai de 8 jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée avec avis de réception, restée infructueuse.

Par ailleurs, le Propriétaire pourra résilier de plein droit, à tout moment, la présente convention, en cas de réhabilitation, restructuration, amélioration, vente de l'immeuble, ou changement d'affectation des lieux visés à l'article 1 ci-avant, moyennant un préavis de deux 2 mois, lequel sera signifié au Preneur par courrier recommandé avec accusé de réception.

ARTICLE 12 : LITIGES

Les parties s'efforceront de régler tout litige à l'amiable.

À défaut d'accord, l'affaire sera soumise aux tribunaux compétents.

Fait à [lieu] en double exemplaire, le [date]

Signatures

Docteur

(Équipe tiers)

Directeur d'Établissement

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2019). *La prise en charge en santé mentale des publics migrants précaires : pour une coordination des psychiatres libéraux sur le territoire régional*. Lyon : Orspere-Samdarra.



Orspere-Samdarra
Observatoire - Ressource national
Santé mentale, Vulnérabilités et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

Rédaction du rapport

Pour l'équipe de l'Orspere-Samdarra :

Nicolas Chambon, sociologue

Maëlle Chiron, sociologue

Gwen Le Goff, politiste

Julia Maury de Feraudy, psychologue

Aymeric Monet, psychologue

Roman Pétrouchine, pédopsychiatre

Vincent Tremblay, chargé de mission en sociologie

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien de

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes