

TREMBLAY Vincent

Master 2 SADL

Mémoire

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

Sous la direction de Spyros Frangiadakis

Référent de stage : Nicolas Chambon

Second lecteur : Bertrand Ravon

Session de septembre 2016

Université Lumière Lyon 2

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais remercier tout particulièrement Spyros Frangiadakis qui me suit depuis trois ans maintenant sur mes différents travaux, pour ses cours toujours très riches et ses conseils toujours très pertinents.

Je remercie également Nicolas Chambon pour sa disponibilité et ses précieux conseils, et plus généralement toute l'équipe de l'Orspere-Samdarra pour son accueil chaleureux au sein de sa structure.

Aussi, je tiens à remercier Bertrand Ravon pour ses cours très intéressants tout au long de mon cursus universitaire et pour avoir accepté d'être le second lecteur de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement les professionnels que nous avons rencontrés et les psychiatres qui ont bien voulu donner de leur temps et répondre à mes questions.

Sommaire

Introduction	5
Positionnement personnel.....	5
Présentation de mon organisme de stage : l'Orspere-Samdarra	6
Les missions de l'Orspere-Samdarra : observatoire-recherche et centre ressources.....	6
Mon expérience à L'Orspere-Samdarra.....	7
Présentation du projet de « coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes »	9
Le projet en pratique	10
Ma place dans ce projet	13
Posture sociologique.....	14
Méthodologie.....	15
Annonce du plan.....	18
1) Orienter le public migrant précaire vers le soin psychique	20
1.1) La souffrance psychique des migrants précaires à l'origine de la problématique.....	20
1.1.1) Statuts législatifs des migrants en France et accès au soin.....	20
1.1.2) Des professionnels débordés par un public en souffrance	24
1.1.3) Le migrant précaire comme figure limite.....	27
1.2) L'orientation du public migrant précaire, un passage de relais difficile	29
1.2.1) Les centres médico-psychologiques, une orientation compliquée	29
1.2.2) Les PASS transformées	32
1.2.3) Une orientation et une prise en charge incarnées par des personnes.....	36
1.3) Le public migrant précaire et l'obligation d'une prise en charge collective	39
1.3.1) Un cumul de problématiques et la nécessité d'une prise en charge en réseau	40
1.3.2) Prendre en charge à plusieurs, réflexion sur la catégorie de migrant.....	42
1.3.3) Orienter le public migrant précaire, évaluer le trouble	45
Conclusion.....	49
2) La psychiatrie à l'épreuve du public migrant précaire	51
2.1) Conceptions théoriques du soin psychiatrique et obstacles à la prise en charge des migrants précaires.....	51
2.1.1) Le public migrant précaire : des situations qui ne relèvent pas de la psychiatrie	51
2.1.2) L'exemple du traumatisme et de la clinique avec le public migrant précaire.....	55
2.1.3) Un public qui bouscule la nosographie psychiatrique.....	59
2.2) Le public migrant précaire et le soin psychique : une spécificité ?.....	64

2.2.1) Le migrant comme tout-venant	64
2.2.2) D'une spécificité du migrant à une spécificité du traumatisme	67
2.2.3) Ce dont souffrent les migrants, ce qui rend le soin « particulier ».....	71
2.3) Etirer la nosographie, concevoir le soin autrement	75
2.3.1) Elargir le soin, être ouvert à la réalité de l'autre	76
2.3.2) Un soin inconditionnel	78
2.3.3) Une conception globale du soin : soigner l'humain.....	81
Conclusion.....	85

3) Les psychiatres libéraux et le public migrant précaire, un ajustement problématique

3.1) Accéder aux psychiatres libéraux pour le public migrant en souffrance psychique : représentation et obstacles	86
3.1.1) Exercer en libéral, s'affranchir de l'institution	86
3.1.2) La psychiatrie libérale et les dimensions problématiques des situations des migrants précaires.....	89
3.1.3) La représentation des psychiatres libéraux : un frein dans l'orientation du public migrant en souffrance psychique ?	94
3.2) Entre psychiatrie libérale et monde commun	97
3.2.1) Le psychiatre libéral comme militant.....	98
3.2.2) Concerner les psychiatres libéraux.....	100
3.2.3) Être psychiatre libéral et citoyen, appartenir à un monde commun.....	104
3.3) A la recherche des bons termes, des bonnes modalités	107
3.3.1) Réflexions sur le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes.....	108
3.3.2) Quelques enjeux du projet sur la scène médicale.....	111
3.3.3) Une enquête sur les manières de concerner les psychiatres libéraux, quelques termes, quelques modalités	113
Conclusion.....	117

Conclusion générale

Bibliographie

Annexes.....	122
Annexe 1 : Lexique.....	122
Annexe 2 : Cartographie.....	123
Annexe 3 : Statistiques ministère de l'intérieur.....	128

Introduction

Positionnement personnel

Etudiant en master 2 de sociologie appliquée au développement local à l'université Lumière Lyon 2, j'ai effectué mon stage à l'Orspere-Samdarra au centre hospitalier le Vinatier à Bron du premier février au quinze juillet 2016.

J'apprécie depuis plusieurs années la sociologie pour le savoir théorique qu'elle m'apporte : j'aime la théorie sociologique et l'épistémologie. Mais avec le temps vient une question incontournable il me semble : celle de l'utilité d'un savoir. En effet, la question de l'utilité du savoir sociologique ne va pas de soi, surtout s'il reste cloisonné entre les murs de l'université. M'inscrire en sociologie appliquée au développement local était pour moi une réponse à cette attente qui était la mienne : mettre ce que j'avais appris en sociologie au service de quelque chose d'utile et rendre le savoir mobilisable et utilisable concrètement. De plus, d'un point de vue purement personnel, le fait de me sentir utile, notamment en voyant les conséquences sociales de mon travail, m'est indispensable.

Dans cette perspective, mon stage à l'Orspere-Samdarra a aussi répondu à mes attentes dans le sens où il s'agit d'une structure qui mêle une dimension de recherche à une dimension opérationnelle. En effet, l'Orspere-Samdarra m'a permis de répondre d'une part à mon besoin de continuer d'alimenter mes réflexions sociologiques sur des thématiques qui me tiennent à cœur (et notamment le lien entre santé mentale et précarité) et d'autre part de nourrir avec ces réflexions une fin pratique et opérationnelle. Le projet auquel j'ai participé pendant presque six mois en est d'ailleurs un bon exemple comme je l'expliciterais plus loin.

Mais avant de revenir plus en profondeur sur le projet qui a constitué le cœur de mon stage et de ce mémoire, il me semble important de présenter ma structure de stage plus en détails.

Présentation de mon organisme de stage : l'Orspere-Samdarra¹

Le Réseau Samdarra (Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes) a été créé en novembre 2007. La mise en place de ce Réseau découle d'une dynamique préalablement initiée par une recherche-action menée par l'Orspere (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion) concernant la santé mentale des demandeurs d'asile. En 2013, l'Orspere et Samdarra ont fusionné pour donner lieu à un observatoire-ressource « santé mentale, vulnérabilités et sociétés » dont le territoire d'intervention est national. Le dispositif est situé au Centre Hospitalier le Vinatier sous la direction d'un médecin psychiatre.

Les missions de l'Orspere-Samdarra : observatoire-recherche et centre ressources

Les recherches portent sur les thématiques à l'interstice entre la santé mentale et le social dont l'objectif est de produire une connaissance sur les problématiques spécifiques aux publics, aux modalités de soin et d'interventions à partir d'enquête sur les pratiques de terrain. Les thématiques de recherches actuelles sont les suivantes : Habitat précaire et santé mentale ; Migrations et santé mentale ; Précarités, vulnérabilités et épreuves de professionnalités ; Participation des usagers, non recours, et enjeux de démocratisation.

Ce dispositif s'adresse à des professionnels et bénévoles de différents domaines : des personnels soignants, des intervenants sociaux, des juristes, des enseignants et des étudiants mais également des décideurs, des institutionnels. Il se donne l'objectif de venir en appui à ce public dans l'exercice de leurs missions. Cet objectif se décline en trois sous-objectifs :

- 1) Publications et diffusions : cette diffusion peut prendre la forme d'outils opérationnels concrets (annuaire, guide, plaquette, site internet thématique, film documentaire), de publication notamment par le biais de la revue Rhizome.
- 2) Formations et soutien aux pratiques professionnelles : l'objectif pour l'Orspere-Samdarra est d'intervenir sur la formation initiale et continue des professionnels dans le cadre universitaire et des différentes institutions tout en développant leur propre offre de formation. Cet axe doit permettre aux professionnels de bénéficier d'espaces de réflexion

¹ Cette présentation de l'Orspere-Samdarra est reprise en grande partie des documents internes à l'organisme et notamment sur le rapport d'activité 2015.

et de distanciation de leur pratique quotidienne de terrain. Cela se traduit par la mise en place d'une permanence téléphonique, de séminaires de réflexion, de groupes de travail et des événements ponctuels comme l'organisation de journées d'étude.

- 3) Sensibilisation et coordination de réseau : animer des réseaux régionaux et nationaux voire internationaux thématiques. Cet axe peut prendre la forme de rencontres (comité technique) et de groupes de travail thématiques.

Mon expérience à L'Orspere-Samdarra

L'Orspere-Samdarra est une unité fonctionnelle du centre hospitalier. Elle est financée notamment par l'ARS², par le ministère de la santé, la DGCS, la DGS et par l'hôpital du Vinatier. Au moment de mon stage, environ une quinzaine de personnes travaillaient à l'Orspere-Samdarra dont 3 stagiaires (2 étudiants en sociologie et 1 en psychologie). Beaucoup d'activités sont mises en place au sein de l'Orspere-Samdarra : journées d'études, séminaires cliniques, comités techniques, diplôme universitaire, projet de formation des interprètes, projet de coordination des psychiatres libéraux, etc.

Mon intégration à la structure s'est plutôt bien faite dans le sens où on m'a permis tout de suite de participer à des activités importantes dans la compréhension de la structure et de son organisation. Ainsi, j'ai participé par exemple aux comités techniques, à la coordination santé mentale migrant et à certains séminaires cliniques qui m'ont permis d'apprendre beaucoup sur les thématiques de la santé mentale et de la migration.

Il semble intéressant de revenir rapidement ici sur le comité technique et sur la coordination santé mentale migrant qui, s'ils n'étaient pas le centre de mon travail au sein de l'Orspere-Samdarra, constituaient tous les deux des missions annexes pour moi.

Le comité technique

Tous les mois et demi environ, un comité technique est organisé. Il permet notamment de dresser un paysage sur la thématique de la migration sur le territoire rhônalpin à l'instant T. A

² Un lexique est disponible en Annexe 1 page 122

cette occasion, des professionnels de toutes les régions se retrouvent pour parler de leurs problématiques actuelles, des craintes qu'ils ont ou encore des changements qu'ils perçoivent sur leur territoire. Les personnes en présence sont souvent des directeurs de centre de demandeurs d'asile ou d'associations qui gèrent l'accueil des migrants sur le territoire ou qui sont en tous cas liées de près avec l'accueil des migrants. L'objectif du comité technique est aussi qu'un acteur important de chaque département de la région soit présent pour pouvoir parler de son territoire et expliquer aux autres les difficultés actuelles, les changements en cours, les arrivées de migrants, les ouvertures/fermetures de centres d'hébergement.

Pour ma part, le comité technique m'aura énormément appris sur la thématique de la demande d'asile. J'ai eu comme mission de faire le compte-rendu de ce comité technique deux fois, la première au tout début de mon stage et la deuxième à la toute fin de mon stage. Il a été difficile pour moi de faire le premier compte-rendu compte tenu de mon inexpérience des thématiques abordées mais cela m'a forcé à comprendre à chaque fois le sens que donnaient les personnes à leurs paroles pour pouvoir les restituer correctement, ce qui m'aura été très profitable en définitive.

La coordination santé mentale migrants du Rhône

La coordination santé mentale migrant est principalement un lieu de réflexion et d'analyse de la pratique pour les professionnels. Il s'agit de réunir des personnes en lien avec les migrants précaires et de travailler pendant une après-midi sur un sujet fixé à l'avance qui semble poser problème aux professionnels qui reçoivent ce public. Les prochaines rencontres traiteront notamment du non-recours au soin, du premier accueil du migrant, de la prise en compte de la vulnérabilité dans la procédure d'asile. Le but est aussi de faire intervenir sur ces thématiques des acteurs qui semblent particulièrement pertinents en ce sens qu'ils rencontrent le problème sur leurs terrains respectifs. Les professionnels qui sont choisis pour partager leur expérience sont variés. Selon les thématiques et l'approche il peut s'agir d'assistantes sociales, d'infirmiers, de chercheurs en science sociale mais aussi de médecins ou d'avocats.

La dernière coordination santé mentale migrants du Rhône portait sur le non-recours au soin et a été également très enrichissante pour les mêmes raisons que les comités techniques : la rencontre de professionnels de terrain qui connaissent très bien les problématiques actuelles et qui partagent leur expérience sur une thématique précise. Il m'est revenu de faire le compte-rendu de cette

journée également, ce qui m'a permis de me familiariser avec la thématique du non-recours et de m'en faire une idée pratique.

Après avoir présenté ces deux dispositifs qui ont été des moyens particulièrement riches pour moi de me documenter de manière générale sur la thématique de la migration, je voudrais recentrer maintenant le propos sur la présentation du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes. Je reprendrais dans ce mémoire la terminologie de « migrant précaire »³ introduite par l'Orspere-Samdarra car elle semble être la plus constative de la situation de ces personnes en France. L'utilisation de ce terme ne m'empêchera pas, tout au long de ce mémoire, de réfléchir à la catégorie de migrant.

Présentation du projet de « coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes »

Dans le cadre de mon stage à l'Orspere-Samdarra ma mission principale a été de participer à un projet, financé par l'Agence Régionale pour la Santé, qui consiste à favoriser et accompagner la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes. Le projet, tel qu'il a été validé par l'ARS, comprend deux volets spécifiques :

Un volet ressources et opérationnel qui vise à favoriser l'orientation vers les psychiatres libéraux du public migrant précaire lorsqu'une nécessité de soin est d'ores et déjà identifiée (par les professionnels issus des structures d'hébergement, de Médecins du Monde, des Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et à soutenir les psychiatres exerçant en libéral dans leur pratique, notamment en proposant des espaces d'échanges, une permanence téléphonique, des formations.

Un volet recherche qui vise à comprendre et caractériser ce qui peut faire levier et obstacle dans la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux

³ Pour plus d'information sur cette terminologie : **CHAMBON, N., LE GOFF, G.**, *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie*, Revue Française des Affaires Sociales, 2016-2

Il s'agit d'un projet financé sur une année. Sept personnes travaillent sur ce projet : deux psychologues, un psychiatre, la co-directrice de l'Orspere-Samdarra, un sociologue responsable, une sociologue consultante et un stagiaire en sociologie (moi-même)⁴.

Il me semble important de décrire dans un premier temps quelles ont été les étapes du projet et quelle stratégie de travail nous avons adoptée.

A l'origine le projet était pensé de manière à ce que les deux volets recherche et ressource ne soient pas travaillés par les mêmes personnes. Ainsi, le psychiatre, les psychologues et la co-directrice devaient être plutôt sur le volet ressource et les trois sociologues et apprenti sociologue sur le projet recherche. En pratique il a été compliqué de séparer les deux volets de cette manière au niveau de la temporalité du projet et du temps disponible de chacun. Les personnes sur le volet recherche (moi compris) ont donc beaucoup pris part au travail opérationnel.

Le projet en pratique

Comme je l'ai évoqué plus haut, la séparation entre le volet recherche et opérationnel du projet a été compliquée et même si à l'origine mon travail en tant que stagiaire devait se concentrer plus spécifiquement du côté de la recherche, j'ai tout de même beaucoup participé au volet opérationnel qui a pris une part importante de mon temps les premiers mois de mon stage.

L'idée de la première phase du projet était de faire une sorte d'état des lieux de la situation des migrants précaires au niveau du territoire. Il nous fallait connaître le plus précisément possible les éventuelles spécificités de chaque territoire en termes de problématiques d'orientation au niveau de la santé mentale mais aussi avoir une représentation de la proportion de migrants dans les structures d'accueil et les Permanences d'Accès au Soins de Santé, de l'origine des migrants, etc.

C'est pourquoi la première étape a été la réalisation d'une cartographie du territoire rhônalpin⁵. L'idée de cette cartographie était d'une part de recenser toutes les structures susceptibles d'accueillir ou d'être en contact avec le public migrant précaire (structures d'accueil de demandeurs d'asile, Permanence d'Accès au Soins de Santé, Equipes Mobiles Psychiatrie

⁴ Je parlerais plus en détail du projet et de son origine dans la première partie de ce mémoire

⁵ Capture d'écran de la cartographie interactive en annexe 2 Page 123

Précarité, Centres Médico-Psychologiques, et plus généralement tous les dispositifs d'accueil à bas seuil socio-sanitaire de droit commun ou associatif) et également de recenser de manière exhaustive les psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes. D'autre part, la cartographie devait servir pratiquement à un repérage géographique et territorial des lieux où une problématique d'orientation en santé mentale est repérée et où des psychiatres libéraux sont présents ou absents. La cartographie permet par exemple de se rendre compte de l'existence de lieux où les psychiatres libéraux sont très peu nombreux (« déserts médicaux ») et donc où le projet sera a priori plus difficile à mettre en place. En ce qui concerne les psychiatres libéraux, nous avons choisi d'utiliser la base de données Ameli de la Sécurité sociale qui nous semblait être la plus précise et la plus complète possible. Il a fallu ensuite placer chaque référence (environ 650 en ce qui concerne les psychiatres libéraux) sur la carte en précisant certaines informations (adresses bien sûr, mais aussi nom, prénom, téléphone, horaires d'ouverture éventuellement, etc.) L'objectif de la cartographie est aussi qu'elle devienne un outil pratique qui sera diffusé aux professionnels quand il aura sa forme définitive. Cette dernière aura également permis de produire quelques statistiques⁶.

En parallèle à cette cartographie, nous avons cherché d'éventuels dispositifs similaires à celui que nous voulions mettre en place pour que les personnes nous fassent part de leurs expériences, de leurs difficultés éventuelles, etc. Un dispositif à peu près similaire avait été construit à Strasbourg mais nous n'avons pas pu avoir accès à un entretien avec les personnes concernées. Une autre piste était l'association Médecins du monde avec qui nous avons eu plusieurs échanges et qui nous a apporté des éléments très intéressants.

La deuxième étape a été de prendre contact avec chaque PASS (Permanence d'accès aux Soins de Santé) et EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) de la région (dans un premier temps par e-mail, puis par téléphone) d'une part pour avoir une représentation des problématiques et spécificités de chaque territoire où sont présents les migrants précaires mais d'autre part aussi pour connaître les éventuelles problématiques des professionnels au niveau de l'orientation en santé mentale du public migrant. Si les structures rencontraient une problématique d'orientation, l'objectif était d'essayer de prendre rendez-vous pour un entretien afin connaître plus en détails les spécificités du territoire et pour essayer de comprendre quelle était exactement la problématique d'orientation (pour éventuellement orienter vers des psychiatres libéraux dans un second temps). Si les structures ne rencontraient pas de problème d'orientation en santé mentale avec le public migrant, des informations sur le territoire étaient prises mais aucun rendez-vous n'était proposé.

⁶ Statistiques en annexe 3 page 128

Beaucoup de PASS ont été rencontrées suite à notre appel avec à chaque fois un entretien qualitatif pour comprendre l'origine des blocages au niveau de l'orientation en santé mentale du public migrant, les spécificités du territoire, les partenaires en lien avec les structures mais aussi des questions plus axées sur le volet recherche. Il s'agissait aussi à chaque fois de présenter le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes.

La prise de contact avec les PASS et EMPP est presque finie à l'heure où j'écris ce mémoire et certains Centre d'Accueil des Demandeurs D'Asiles sont en train d'être contactés dans les territoires où des problématiques d'orientation ont déjà été repérées via les PASS et EMPP.

Enfin, il a fallu prendre contact avec les psychiatres libéraux de la région, ce qui a été beaucoup moins facile qu'avec les PASS et EMPP étant donné le nombre conséquent des psychiatres en région Rhône-Alpes (650 environ contre environ une cinquantaine de PASS) et que d'autre part nous n'avions pas les adresses e-mails des psychiatres qui nous auraient permis de les contacter tous rapidement. Finalement le moyen d'un courrier papier nous a semblé le plus efficace étant donné que nous disposions (après avoir réalisé la cartographie) de l'adresse de tous les psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes. Le courrier présentait brièvement le projet et demandait aux éventuels intéressés de nous communiquer leurs coordonnées pour convenir d'un éventuel rendez-vous téléphonique.

Un mois après l'envoi de ce premier courrier, seule une psychiatre en activité libérale nous avait répondu positivement. Nous avons donc décidé après ce temps d'attente de relancer les psychiatres libéraux par téléphone. Travail qui est toujours en cours, à l'heure où j'écris ce mémoire, à l'Orspere.

L'ordre des médecins et des syndicats de médecins libéraux avaient également été contactés sans réel apport pour le projet. Certains Conseils Locaux de Santé Mentale ont également été contactés et certains se sont montrés intéressés par le projet.

Le groupe de travail sur le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes se réunit toutes les semaines le mercredi à 11 h pour faire un point sur l'avancée du projet. La plupart du temps il s'agit d'un tour de table sur

l'avancée de chaque personne, de se répartir le travail pour la suite, de repérer ensemble quelles sont les prochaines étapes du projet et quelles lignes directrices il nous faut suivre, etc.

Un comité de pilotage a également été mis en place pour ce projet pour aider le groupe de travail quant aux directions à prendre pour le projet. Ce comité de pilotage comprend entre autres deux psychiatres libéraux, des psychologues, représentants de l'ARS, des représentants des associations comme Forum Réfugiés ou Entraide Pierre Valdo, des psychiatres du public...

Ma place dans ce projet

Pour ce stage à l'Orspere-Samdarra il ne m'a pas été formulé de requête spécifique si ce n'est de prendre part de manière globale à ce projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires. Comme je l'ai expliqué précédemment, j'étais à la base un peu plus attendu sur le volet recherche que sur le volet opérationnel (cartographie, prise de contact, etc.) qui m'aura pris énormément de temps pendant mon stage.

Sur ce volet recherche, mon rôle était de participer aux réflexions collectives, de faire des entretiens, de les retranscrire et de partager les pistes qui s'en dégagent avec le groupe pour faire avancer le projet, chaque entretien étant une nouvelle piste sur la manière d'orienter les questionnements futurs.

Le fait de ne pas avoir de commande à proprement parler n'a pas été gênant pour moi dans le sens où je me suis senti très vite intégré au groupe de travail. La commande et mon objet de stage était donc celui formulé par les termes du projet tel qu'il avait été présenté à l'ARS et n'était donc pas différent de celui du groupe de travail. Une des requêtes m'ayant tout de même été faite dans le sens d'une commande a été celle d'être réflexif sur le sens du projet, ce que je m'efforcerais de faire tout au long de ce mémoire.

Il y a sans doute une difficulté particulière dans le fait de ne pas avoir eu de commande. La difficulté de trouver des éléments pertinents et originaux à amener au groupe de travail sur ce projet, par le biais notamment de ce mémoire, étant donné qu'il est aussi pour une part le produit d'une réflexion collective.

Je voudrais préciser ici que je me trouve dans une temporalité différente de la perspective du projet. En effet mon stage aura eu lieu pendant les six premiers mois du projet alors que celui-ci dure un an. Mon stage s'est arrêté à une étape cruciale pour l'analyse et le volet recherche du projet, c'est-à-dire le moment où nous allions éventuellement rencontrer les psychiatres libéraux. J'ai tout de même pu faire trois entretiens avec des psychiatres libéraux et rencontrer plusieurs psychiatres de manière informelle, mais avoir une vision plus large de la profession en passant par plus d'entretiens aurait été un matériau très intéressant pour approfondir mes analyses.

Posture sociologique

Il semble important de préciser mon positionnement sociologique avant de poursuivre plus en avant. J'ai essayé d'adopter au maximum une posture sociologique « pragmatiste » qui donne une importance conséquente à la vision que les acteurs portent sur leur pratique. En effet, il ne s'agit pas de substituer à la logique des acteurs une logique qui leur serait invisible ou inaccessible mais de comprendre ce que leur vision des choses engage et permet d'appréhender. Dans la mesure où, comme nous l'explique John Dewey, l'enquête est immanente à l'expérience, nous sommes tous des enquêteurs. Ainsi, l'activité pratique implique de la part de ceux qui y sont engagés de mener une enquête sur des éléments qui leurs sont problématiques. Dans cette optique le rôle du sociologue est alors de trouver des acteurs qui expérimentent et qui enquêtent sur un objet d'intérêt et de se tenir à leurs côtés pour documenter et faire valoir leur pratique. La visée pragmatiste tend à donner une place primordiale à ce qui ressort directement des acteurs sans réinterpréter directement ce qui a été dit et sans imposer une vision « surplombante » à la vision des acteurs eux-mêmes. Cette manière de considérer les individus et par exemple d'estimer que l'on travaille « avec » eux et non « sur » eux dans la production du savoir. C'est ici la posture sociologique qui me convient le mieux.

C'est d'ailleurs sans doute en cela que le projet s'est attardé dans un premier temps sur les professionnels des PASS qui sont directement en contact avec les problématiques d'accès aux soins des publics migrants. C'est aussi la conviction que ce sont eux qui peuvent nous apporter les réponses les plus pertinentes à ce qui fait obstacle à l'accès aux soins du public migrant précaire. De manière plus générale, je crois savoir que l'Orspere-Samdarra porte depuis longtemps ce type de sociologie qui se traduit en pratique par le portage d'un savoir qui vient des professionnels de terrain et qui se destine aux professionnels de terrain.

Méthodologie

Je voudrais préciser ici plusieurs aspects qui me semblent intéressants d'un point de vue méthodologique et qui sont amenés par le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes.

Tout d'abord, il paraît important de dire à nouveau que je suis partie prenante de ce projet, tant sur le volet de recherche que le volet opérationnel. Il y a en effet une certaine difficulté méthodologique dans les entretiens à être à la fois dans une posture de chercheur et dans une posture qui est celle de quelqu'un qui porte un projet.

Le volet opérationnel est celui qui est mis en avant dans le sens où les financeurs du projet n'attendent pas une recherche fondamentale sur cette thématique mais bien un effort pratique de l'Orspere-Samdarra pour orienter le public migrant précaire en souffrance psychique vers les psychiatres libéraux. Pour cela le but de nos entretiens est pour une part opérationnel : parler du projet, convaincre et sensibiliser les psychiatres, échanger avec les professionnels sur leurs pratiques, etc. Il y a d'ailleurs une attente de la part des interlocuteurs dans tous les cas qui nous oblige à présenter un minimum de choses.

Dans cette visée et lors d'un entretien, nous sommes dans une posture qui n'est pas vraiment une posture sociologique de chercheur qui se veut discrète, qui prend garde aux termes qu'elle amène dans l'entretien pour ne pas trop orienter les réponses des interlocuteurs. Sur le volet recherche du projet, il n'a donc, de mon point de vue, pas été évident du tout d'amener mes interlocuteurs à parler sans moi-même introduire des termes et catégories à l'échange.

Une autre difficulté à ce niveau se retrouve dans le fait de mener un entretien à plusieurs. Effectivement, sur une dizaine d'entretiens, j'en ai mené seulement deux seul. Les autres ont souvent été réalisés avec un psychologue ou même à trois ou à quatre personnes. L'entretien que j'ai fait avec la PASS X en compagnie du psychiatre du groupe de travail est particulièrement révélateur à ce niveau car on voit bien comment j'essaie d'être dans une visée de recherche et comment lui essaye de trouver des réponses pratiques et opérationnelles pour notre projet :

Psy équipe : « *Alors du coup euh... pour revenir un petit peu à la coordination des psychiatres en libéral...* »

Moi : « *Juste peut-être vous parliez de la spécificité du travail avec ce public, vous diriez que c'est quoi ?* »

Il ne s'agit pas ici d'être en contradiction dans l'entretien et de faire chacun notre entretien de notre côté, mais dans cet entretien le psychiatre de l'équipe est plutôt porteur d'une posture d'échange opérationnel qui consiste à obtenir les informations qui pourraient servir le projet alors que moi je suis plutôt dans une position de chercheur qui fait préciser les termes, etc. Mais les rôles ne sont pas, la plupart du temps, si nettement séparés car je suis aussi souvent, dans les entretiens, dans une double position de chercheur et d'échanges avec nos interlocuteurs. Même seul d'ailleurs, le fond opérationnel du projet reste dans le coin de ma tête et l'entretien n'est jamais un « vrai » entretien de recherche, il me faut toujours récupérer un minimum d'informations pratiques qui nous serviront pour le volet ressource du projet : Comment se fait l'orientation ? Quels sont les partenaires ? Quelle proportion de migrants ? Etc.

D'un point de vue méthodologique il semble intéressant de s'interroger sur des entretiens menés à plusieurs, mais aussi sur des entretiens qui comportent plusieurs répondants. Les entretiens avec les PASS se sont presque toujours faits avec plusieurs personnes et jusqu'à 9 professionnels et 4 personnes qui mènent l'entretien. Ce cadre crée pour une part quelque chose d'intéressant dans le sens où nous avons accès en tant que chercheurs à une diversité de points de vue de personnes appartenant à une même structure et qu'il serait impossible à avoir autrement (impossibilité pratique de faire 9 entretiens pour une seule PASS). Néanmoins on peut se demander quels effets ce cadre d'entretiens peut avoir sur les réponses de nos interlocuteurs. Effectivement, l'entretien étant fait en présence des collègues et parfois même de la hiérarchie, on peut supposer qu'il ne se dira rien de plus dans l'entretien que ce qui pourrait se dire par ailleurs dans une réunion d'équipe. C'est-à-dire que l'entretien est cadré et la parole limitée dans le sens où les professionnels parlent sous le contrôle de leurs pairs, ce qui peut avoir pour effet, par exemple, de ne pas oser dire certaines choses (qu'on n'est pas d'accord par exemple, que le collègue se trompe, etc.) C'est d'ailleurs assez fréquemment que nous avons pu repérer quelques incohérences dans les propos des différents professionnels entre eux ou que nous avons ressenti, à la fin de l'entretien, que tout n'avait pas pu être dit.

Aussi, et à titre d'exemple, la seule professionnelle d'une PASS que j'ai rencontrée en face à face m'a beaucoup parlé de certains collègues avec qui elle ne s'entendait plus car ils n'avaient pas la

même conception du soin qu'elle. Exemple qui n'est pas représentatif sans doute, mais qui interroge à mon sens ce cadre d'entretiens à plusieurs.

Notons aussi qu'en ce qui concerne les PASS que nous avons appelés par exemple il s'agissait aussi de présenter le projet, ce qui introduit forcément plusieurs catégories (migrants précaires, psychiatres libéraux) ce qui a pour effet au moment de l'entretien d'orienter le discours. Nos interlocuteurs savent qui nous sommes, ce que nous portons et ce que l'on vient chercher dans l'entretien. De plus nous amenons dans les entretiens mêmes des catégories :

Moi : « *Et du coup si y'avait une... je sais pas si t'en vois d'autres mais, des spécificités du public migrant si y'en a ?* »

Dans cet extrait et a de nombreuses reprises par exemple je cherche beaucoup les « spécificités du public migrant » en amenant dans l'entretien l'idée qu'il doit bien y en avoir une et donc en orientant potentiellement la réponse de mon interlocuteur.

Nicolas Dodier, concernant une méthode à adopter nous dit : « *A l'origine de cette enquête, il y a la décision d'un oubli, un geste d'ignorance : considérons que je ne sais rien des individus dans leur travail, que je ne peux rien dire de leurs souffrances, de leurs douleurs, de leurs maladies, des risques qu'ils encourent. Faisons table rase de tous les présupposés que des lectures, des témoignages, des compétences interprétatives aux origines connues et inconnues m'ont livrés quant à ces notions.* »⁷

Le conseil méthodologique de Nicolas Dodier paraît très pertinent de manière générale. Mais je voudrais dire ici que, dans une structure comme l'Orspere-Samdarra, ce geste d'ignorance dont nous parle l'auteur est compliqué, voire impossible étant donné que j'ai appartenu pendant mon stage à un collectif qui a produit avant moi une énorme quantité de données. Ces données sont le produit d'un travail conséquent qui mêle les travaux de chercheurs et de professionnels de différentes disciplines. En tant que stagiaire et membre du collectif je ne peux donc pas faire l'impasse sur le travail déjà effectué avant moi par les membres de l'Orspere-Samdarra et je ne peux donc pas faire « table rase » de leurs travaux. Il s'agit plutôt pour moi de considérer ces travaux, non pas comme des « présupposés », mais le résultat d'un travail collectif qui ne cesse de s'enrichir au fil du temps et auquel j'espère pouvoir apporter ma contribution.

⁷ DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, 367p, p. 32.

Je voudrais préciser également que j'ai pris le parti de ne pas retranscrire intégralement tous mes entretiens dans ce mémoire. En effet, l'anonymat ayant été garanti à tous mes interlocuteurs et les entretiens laissant apparaître régulièrement des indices pouvant permettre de situer des propos, il m'a semblé plus judicieux de ne pas prendre le risque de rompre mon engagement en donnant accès au lecteur à l'intégralité des entretiens. Néanmoins, j'essayerais de situer et de contextualiser chaque citations que j'utiliserais dans cet écrit pour favoriser la compréhension général du lecteur.

Enfin il semble intéressant de dire ici que le projet est lui-même porteur de catégories. Il y a en effet une spécification précise des publics ciblés dans ce projet : les migrants précaires et les psychiatres libéraux. Le groupe de travail et plus largement l'Orspere-Samdarra est donc porteur de ces catégories sur le terrain. Il est alors intéressant d'être attentif à une dimension performative que peut avoir ce projet et les catégories qu'il amène, notamment dans les entretiens.

Annnonce du plan

Dans un contexte d'arrivées massives de migrants en France et en Europe, les professionnels de l'accueil remarquent que la santé et notamment la santé mentale des migrants précaires est de plus en plus préoccupante. Aussi, l'orientation vers les structures de soin psychique est rendue complexe voire impossible pour de multiples raisons et problématiques dans lesquelles sont pris les migrants précaires : structures de soin saturées, barrière de la langue et manque d'interprètes, mais aussi refus de prise en charge par des soignants qui considèrent que ce public ne relève pas de la psychiatrie. C'est dans ce contexte que s'intègre le projet auquel j'ai participé pendant environ six mois et qui consiste en une coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes. Mais comment trouver les bons termes, les bonnes modalités pour qu'une orientation puisse se faire vers les psychiatres libéraux ? Comment créer ce maillage de cohérence entre les situations problématiques dans lesquelles sont pris les migrants précaires et la profession de psychiatre en libéral ?

Dans une première partie, il s'agira pour moi d'essayer de documenter quels sont les différents obstacles que rencontrent les professionnels dans l'orientation du public migrant précaire et de comprendre sur quoi reposent ces différentes difficultés. La deuxième partie s'intéressera au monde de la psychiatrie et à ses logiques qui peuvent constituer parfois un frein à

la prise en charge des migrants précaires. Nous verrons également comment certains psychiatres s'y prennent pour concilier leur métier de psychiatre avec les situations problématiques dans lesquelles sont pris les migrants précaires. Enfin, la dernière partie de ce mémoire s'intéressera particulièrement à l'activité de psychiatre en libéral, à certaines de ses logiques et aux complexités que ces dernières peuvent représenter dans la mise en place d'un projet comme celui auquel j'ai participé pendant ce stage.

1) Orienter le public migrant précaire vers le soin psychique

Je voudrais entamer mon propos par une contextualisation du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes. Ce projet part en effet d'un constat : l'orientation du public migrant précaire est très difficile en ce qui concerne la santé mentale. Il me semblait important dans une première partie d'essayer d'explicitier l'origine du projet à travers les différentes problématiques et obstacles que rencontrent les professionnels pour orienter le public migrant précaire.

1.1) La souffrance psychique des migrants précaires à l'origine de la problématique

Cette première partie visera à contextualiser l'émergence de la demande des professionnels que la psychiatrie prenne sa part dans la prise en charge de la souffrance psychique des migrants précaires. Nous verrons également que ce public « déborde » les cadres de soins existants ainsi que les différents professionnels dans leur gestion habituelle des publics précaires.

1.1.1) Statuts législatifs des migrants en France et accès au soin⁸

Avant d'entrer réellement dans cet écrit, il me semblait important de préciser certains détails législatifs quant aux différents statuts des personnes migrantes en France. Il ne s'agit pas ici de submerger le lecteur de détails techniques ennuyeux, mais bien de contextualisé l'accès au soin pour les migrants en France qui est pour une large part corrélé à leur statut juridique.

La plupart des migrants primo-arrivants demandent l'asile en France. La convention de Genève du 28 juillet 1951 explique les conditions dans lesquelles un Etat doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande. Chaque état signataire du traité doit le respecter. En France, un droit spécifique a été créé dans ce sens, le CESEDA (Code de l'Entrée, du Séjour des

⁸ Cette partie a été écrite avec l'aide du Guide pratique pour les professionnels du COMEDE, Migrants / étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement, Edition 2015 : téléchargeable : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>

Etrangers et du Droit d'Asile). La demande d'asile peut se faire soit dès le passage à la frontière, soit quand le futur demandeur est déjà présent sur le territoire français.

Si la demande d'asile se fait à la frontière et que le demandeur d'asile n'a pas de visa, il ne peut pas lui être refusé l'asile sous ce prétexte (Article 31 de la convention de Genève) mais celui-ci peut être maintenu en zone d'attente « le temps strictement nécessaire [...] à un examen tendant à déterminer si sa demande n'est pas manifestement infondée » (Article L221-1 Cesda). A la frontière, le demandeur dispose d'un délai de 5 jours pour déposer sa demande d'asile. En cas de refus de la demande par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides), le migrant dispose d'un délai de 48 heures pour demander l'annulation de cette décision au tribunal administratif (Article L 213-9 Cesda). Le demandeur a le droit d'être assisté dans cette démarche par un avocat. Le tribunal administratif a 72 heures pour rendre sa décision. En cas de nouveau refus, la décision est contestable devant la cour administrative d'appel dans un délai de 15 jours.

Si le demandeur d'asile est déjà présent sur le territoire (c'est le cas quand le migrant possède un visa touristique par exemple), il fera sa demande d'asile à la préfecture du chef-lieu de région correspondant à son adresse ou à sa domiciliation. La préfecture fera alors des contrôles et vérifications à propos du demandeur et notamment un relevé des empreintes digitales, des vérifications sur les fichiers des personnes recherchées : fichier national de police, fichier national des étrangers, système d'information des visas ou encore sur le système d'information Schengen. Si la vérification se montre positive, la préfecture peut refuser au demandeur d'asile l'admission au séjour en France.

Si les vérifications de la préfecture se sont révélées négatives, le demandeur d'asile recevra, en attendant que sa demande d'asile soit traitée, une autorisation provisoire de séjour (APS) valable 1 mois et un formulaire de demande d'asile destiné à l'OFPRA. Une fois l'enregistrement à l'OFPRA effectué, le demandeur d'asile se verra remettre un document portant la mention « récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile » valable 6 mois et renouvelable tous les 3 mois jusqu'à la décision finale de l'OFPRA.

La procédure Dublin III prévoit qu'un seul état européen est responsable de la demande d'asile d'une personne. Or, dans certains cas, l'état français estimera ne pas être responsable de la demande d'asile de la personne mais que cette responsabilité incombe à un autre signataire du règlement du parlement européen « Dublin III ». C'est notamment, par exemple, le cas si le

demandeur est mineur et qu'il a un autre membre de sa famille dans un des pays signataires (même si la demande du membre de la famille n'a pas été acceptée) ou encore s'il a déjà fait une demande d'asile à la frontière d'un état membre.

La procédure prioritaire est en fait une procédure accélérée. L'OFPRA place la demande en procédure accélérée si :

- La personne a la nationalité d'un pays considéré comme sûr
- En cas d'utilisation de faux documents ou de fausses identités
- En cas de déclaration incohérente ou fausse
- La présence de la personne constitue une menace à l'ordre public

La procédure prioritaire restreint le droit au séjour du demandeur sur le territoire. Le migrant ne bénéficie donc pas d'un titre de séjour provisoire et est directement en situation irrégulière.

L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides est en charge de décider si la personne relève du statut de réfugié, éligible à la protection subsidiaire ou au statut d'apatride. L'OFPRA peut rejeter la demande d'asile (comme c'est le cas pour près de $\frac{3}{4}$ des demandes). En cas de refus de l'OFPRA, la décision peut être contestée auprès de la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile).

La Cour Nationale du Droit d'Asile est une juridiction administrative compétente pour examiner le recours contre une décision de rejet de l'OFPRA. La CNDA a une compétence nationale. Le recours suspend la décision de rejet de l'OFPRA. Ainsi, jusqu'à la décision de la CNDA, le migrant est considéré comme demandeur d'asile et bénéficie donc des droits qui sont attachés à ce statut.

L'OFPRA et la CNDA peuvent accorder deux types de protection :

- Statut de réfugié qui offre des garanties prévues par la convention de Genève : non-refoulement, titre de voyage, droit au travail, droit au RSA sans délai d'ancienneté, etc. Le réfugié a droit à une carte de résident valable 10 ans. Selon la convention de Genève relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951, le statut de réfugié peut être accordé à *« toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison 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 ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. »

- La protection subsidiaire (qui provient du droit français et notamment de l'article L313-13 Cesda) donne droit à un titre de séjour d'un an.

Si l'OFPRA et la CNDA refusent la demande d'asile, la personne déboutée se voit alors notifier par la préfecture un refus d'admission au séjour au titre de l'asile et une obligation de quitter le territoire français. Le débouté a alors 30 jours pour quitter le territoire. La demande d'asile peut tout de même être réexaminée si le demandeur apporte des éléments nouveaux à son dossier de demande d'asile. Le débouté peut aussi être amené à demander un titre de séjour pour des raisons médicales.

Le dispositif national d'accueil (DNA) propose au demandeur un accueil en centre d'hébergement pour demandeur d'asile (CADA). Le CADA n'est pas qu'un simple lieu d'hébergement, les professionnels qui y travaillent aideront également les demandeurs d'asile dans leurs démarches administratives (accès aux droits notamment).

Si l'hébergement ne peut pas être fourni au demandeur d'asile, une allocation pour demandeur d'asile (ADA) qui remplace depuis le 1^{er} novembre 2015 l'allocation temporaire d'attente (ATA) lui est versée. Par contre, si le demandeur refuse l'offre d'hébergement, il perd le droit à l'ADA. Si la demande d'asile relève d'une procédure prioritaire, l'ADA lui est tout de même versée jusqu'à la décision de l'OFPRA.

Il a semblé important de décrire, même brièvement, la procédure de demande d'asile et les statuts des migrants en France dans ce mémoire car l'accès aux soins des migrants et leur rapport aux soins est en lien direct avec leur statut.

Ainsi, une personne migrante, selon son statut, n'aura pas les mêmes droits et accès aux soins : si le migrant a fait une demande d'asile il peut bénéficier de la protection universelle maladie (PUMA) qui a remplacé la couverture maladie universelle (CMU) depuis le 1^{er} janvier 2016. Néanmoins, la procédure pour l'ouverture des droits prend du temps et en attendant la couverture PUMA et CMU-C les personnes migrantes doivent aller dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour se faire soigner gratuitement et aussi éventuellement pour que

soient ouverts leurs droits. La PUMA permet en théorie aux demandeurs d'asile d'être pris en charge et d'avoir une couverture maladie aussi importante que celle du régime commun. Les personnes étrangères doivent normalement prouver qu'elles sont sur le territoire français depuis plus de 3 mois (stabilité de résidence) pour pouvoir bénéficier de la PUMA. Néanmoins, les demandeurs d'asile et réfugiés sont des exceptions à la condition de stabilité de résidence.

La CMU-C permet quant à elle aux demandeurs d'asile de ne pas avancer de frais, lors des visites médicales par exemple, et le soin est ainsi très facilité. Les demandes de prise en charge (PUMA et CMU-C) doivent se faire sur les lieux de résidence auprès de la Sécurité sociale. Certaines associations ou centres d'hébergement peuvent accompagner le demandeur d'asile dans cette démarche. Il est possible pour le demandeur d'asile d'avoir une carte Vitale avec un numéro spécifique.

Les personnes qui ont été déboutées du droit d'asile non admises au séjour sont en situation irrégulière sur le territoire français et la plupart des droits aux soins leur sont donc retirés. L'aide médicale d'état (AME) permet néanmoins aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Par contre, pour avoir droit à l'AME il faut résider en France de façon régulière depuis plus de trois mois, ce qui laisse les personnes non admises au séjour sans aucune protection maladie. Les PASS restent pour ces personnes le dernier recours. Certaines associations proposent également un accueil sans condition.

1.1.2) Des professionnels débordés par un public en souffrance

Depuis plusieurs années, le nombre de personnes qui demandent le statut de réfugié en France a beaucoup augmenté. Entre l'année 2009 et l'année 2015 le nombre de demandeurs d'asile a presque doublé. Entre 2014 et 2015 les demandes d'asile en France ont augmenté de 23,6%⁹ et les arrivées de migrants en Europe n'ont jamais été aussi importantes.

Ces chiffres sont révélateurs d'arrivées nombreuses en France et en Rhône-Alpes de personnes migrantes. Le dispositif national d'accueil prévoit pour ces personnes des centres d'hébergement (CADA, CAO, CPH, etc.) qui ne sont pas assez nombreux compte tenu du nombre de personnes à héberger et qui de plus proposent des conditions d'hébergement souvent très

⁹ Statistiques de l'OFPPA et de la CNDA, voir annexe 3 page 128

précaires. Mais ce dispositif ne prévoit pas un accompagnement sanitaire suffisant en réponse aux problématiques de santé que rencontrent les migrants sur le territoire français. Les premières structures de soins qui reçoivent les personnes migrantes précaires (et souvent les seules) sont les Permanences d'Accès au Soins de Santé (PASS).

Ces arrivées massives débordent les structures d'hébergement mais aussi les structures de soins. Il s'agit en effet de personnes qui sont souvent dans un grand besoin de soins, autant somatiques que psychiques. La situation de ce public en France est rendue problématique par plusieurs facteurs qui peuvent a priori constituer une forme de souffrance.

C'est d'abord l'instabilité de la situation des migrants sur le territoire français qui est peut-être l'un des premiers facteurs qui rend les choses difficiles pour ce public et pour les professionnels qui l'accompagnent. Il s'agit tout d'abord d'une instabilité législative. Effectivement, en arrivant en France, les migrants font, pour la plupart, une demande d'asile qui leur permettra d'obtenir éventuellement le statut de réfugié ou la protection subsidiaire¹⁰. Néanmoins, comme le montre les données produites par le ministère de l'intérieur et l'OFPRA¹¹, seul un quart des demandes d'asile obtiennent effectivement un statut de réfugié ou une protection subsidiaire, ce qui laisse la majorité des gens dans la situation d'être « déboutés » du droit d'asile et donc sans droits.

De cette instabilité législative découle pour une part une instabilité sociale généralisée : instabilité d'hébergement, difficulté pour se nourrir, impossibilité de se faire soigner dans le droit commun, etc. Une bonne part des migrants précaires, notamment en situation d'avoir été déboutés de la demande d'asile, se retrouve donc à la rue sans aucune ressource. Il s'agit aussi d'un public qui se trouve pris dans une temporalité particulière : les droits accordés sont souvent des droits limités dans le temps, ce qui ne permet pas forcément un soin continu et donc d'un soin qui ne sera forcément adapté à la pathologie de la personne. Aussi l'attente de la réponse de l'OFPRA ou de la CNDA peut laisser le demandeur d'asile dans un « *espace où le temps est suspendu : l'attente, la crainte d'une réponse négative produisent de l'angoisse, l'inactivité et l'incertitude déclenchent une profonde souffrance psychique...* »¹²

¹⁰ Voir chapitre 1.1.1) page 20 pour le détail de la procédure

¹¹ Source : OFPRA, voir annexe 3 page 128

¹² **VIGNAL, M., GENY-BENKORICHI, M.,** *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, Réseau Samdarra, Avril 2012.

Aussi, et pour beaucoup d'entre elles, les personnes migrantes sont des gens ayant vécu des choses difficiles dans leur pays d'origine. Ce sont souvent des personnes ayant été victimes ou ayant côtoyé la guerre, les violences politiques, la torture et qui ont fui leur pays pour demander asile. Le trajet également, de leur pays à la France, aura été difficile, pouvant durer des années, et pouvant être très meurtrier (comme les actualités nous le rappellent en chiffres chaque jour). De plus, le fait de se retrouver dans un pays différent du sien peut conduire à une perte de repères, une perte de liens avec la culture de leur pays.

En ce qui concerne les personnes en situation de migration il y a donc ce que l'on pourrait appeler un cumul de problématiques : instabilité juridique et sociale, barrière de la langue, culture différente, public parfois porteur de traumatismes dus à la torture, à la guerre, etc.) Les professionnels des PASS et des centres d'hébergement se retrouvent donc débordés par le public migrant précaire qui arrive en masse et qui porte un cumul de problématiques qui rend la prise en charge en santé compliquée. Mais c'est notamment l'orientation et la prise en charge en santé mentale qui reste la plus problématique. En effet, les professionnels de ces structures constatent que ce public est très en souffrance au niveau psychique et que cette souffrance repérée comme psychique ne relève pas de leurs compétences :

« Je suis pas psychologue effectivement, je peux faire un soutien, un accompagnement... mais je suis pas psychologue quoi ! » (Assistante sociale PASS Y) *« Non, non, on fait pas avancer le schmilblick, parce qu'on fait pas de la thérapie ! »* (Infirmière PASS Y)

C'est alors à la psychiatrie que doit revenir la prise en charge de cette souffrance psychique. Il y a donc une certaine demande de ces structures que la psychiatrie prenne sa part dans la prise en charge des migrants précaires. C'est ce que traduit bien les paroles de ce médecin généraliste d'une PASS :

« Pour nous le pôle de santé mentale [de l'hôpital] doit pouvoir répondre [quand on veut lui adresser un patient migrant]... » (Médecin PASS Y)

C'est donc le fait que les professionnels des structures d'accueil à bas seuil se retrouvent devant un problème, celui de l'émergence de la souffrance psychique chez les migrants précaires, qui crée une recherche de leur part des solutions pour résoudre ce problème. Cette solution consiste pour

une part à orienter ce public vers la psychiatrie ce qui, comme nous le verrons, n'est pas chose aisée.

1.1.3) Le migrant précaire comme figure limite

Il y a quelques années, les travaux de l'Orspere-Samdarra traitaient notamment de la figure du SDF et des problématiques que ce public amenait avec lui et particulièrement en termes de prise en charge en santé. Le SDF était alors une figure limite dans le sens où ce public était le plus difficile à prendre en charge pour les professionnels et celui qui cumulait le plus de problématiques. Il représentait notamment la précarité la plus avancée et avec cela les problématiques sociales les plus complexes à résoudre pour les professionnels des structures d'accompagnement et de soin.

Aujourd'hui le public migrant précaire est en quelque sorte une nouvelle figure limite dans le sens où ce public 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) qui cumulées représentent un nouveau challenge pour les professionnels du soin.

Le public migrant précaire est aussi une figure limite en ce sens qu'il 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. C'est le cas comme nous l'avons souligné pour les centres d'hébergement spécialisés dans l'accueil des demandeurs d'asile mais aussi pour les structures de soin (PASS) qui ont en charge d'ouvrir l'accès au droit commun mais aussi de soigner les personnes les plus précaires parmi lesquelles se trouve les migrants. Ainsi, le migrant précaire peut être considéré en ce sens comme une nouvelle figure du débordement¹³.

Certains éléments sont de bons observatoires de ce constat, et notamment le fait que le public de la PASS soit de plus en plus composé de migrants précaires (plus particulièrement dans les grandes villes ou les préfectures pour le dépôt des demandes d'asile sont implantés). En effet, les dispositifs de Permanence d'Accès au Soin de Santé ont été créés pour répondre aux besoins, en

¹³ CHAMBON, N., « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement », in Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales, Rhizome n°48, Juillet 2013, p5-6.

matière d'accès au soin et de soin, des plus démunis. Le fait que le public migrant soit de plus en plus nombreux dans les PASS représente peut-être une sorte d'observatoire du fait que ce sont les migrants qui sont désormais dans les situations les plus précaires en France.

Il semble intéressant de constater également que si le Dispositif national d'accueil prévoit un accueil spécifique aux migrants pour ce qui est de l'hébergement (dispositifs précaires et insuffisants mais spécifiques au demandeur d'asile), le soin des migrants se fait très largement via les PASS qui ne sont pas des structures prévues à l'origine pour ce public. Le public migrant précaire « déborde » peut-être en ce que les problématiques que leur situation amène ne trouvent pas de réponses spécifiques à ce public, ou plus précisément spécifiques aux problématiques que leurs situations soulèvent¹⁴.

Cette psychiatre qui travaille à la fois aux urgences d'un hôpital psychiatrique et à la PASS nous invite à penser que les urgences sont également un bon observatoire du « débordement » du public migrant :

« Les urgences c'est un très bon observatoire en fait des dysfonctionnements ou des modifications des lieux institutionnels, par exemple il y a eu, il y a de nombreuses années, ici on avait dénoncé que les adolescents allaient en service adulte et qu'il fallait des missions spécifiques pour les adolescents, ça c'était dans les années 95, ce qui a été fait, ça s'est super bien organisé, les adolescents. Après ce qui a été dénoncé il y a de nombreuses années aussi, c'est la prise en charge des toxicomanes qui arrivaient tous aux urgences, maintenant il y a des centres d'addictions qui sont extrêmement bien organisés, nous n'avons plus de toxicomanes qui viennent s'échouer aux urgences. Après on a dénoncé les personnes âgées aux urgences, c'est pas tout à fait réglé mais voilà, et bah régulièrement on voit des populations... Les populations qui arrivent aux urgences, c'est qu'elles n'ont pas de réponses ailleurs » (Psychiatre PASS / Urgences)

Cet extrait me semble particulièrement intéressant dans le sens où cette psychiatre nous dit d'une part que les publics qui se retrouvent aux urgences sont des publics qui n'ont « pas de réponses ailleurs » comme c'est le cas pour les migrants aujourd'hui. En effet, faute de pouvoir diriger ailleurs, les professionnels des PASS orientent souvent vers les urgences dans les cas les plus complexes. D'autre part dans son énumération des publics qui « échouaient » aux urgences elle nous explique à chaque fois que la solution a été une prise en charge spécifique pour les publics :

¹⁴ J'essaierai de traiter de cette question plus loin dans cet écrit.

par exemple les « toxicomanes » sont maintenant pris en charge par des « centres d'addiction ». Ainsi, c'est aussi parce qu'il n'y aurait pas de prise en charge en santé spécifique au public migrant que celui-ci « déborde » dans les urgences¹⁵.

1.2) L'orientation du public migrant précaire, un passage de relais difficile

Nous avons donc vu que les professionnels des structures d'accueil du public migrant précaire repèrent un public très en souffrance et que cette souffrance concerne notamment la santé mentale. Si l'orientation somatique se gère assez bien, la souffrance psychique est quant à elle très difficile à gérer pour les professionnels. Ces derniers cherchent donc des relais vers les centres médico-psychologiques (CMP) pour orienter les migrants précaires pour lesquels une difficulté a été repérée.

1.2.1) Les centres médico-psychologiques, une orientation compliquée

Théoriquement, les centres médico-psychologiques sont les structures les plus à même de recevoir les migrants quand des droits ont été ouverts, en pratique plusieurs difficultés viennent entraver cette orientation.

C'est d'abord la saturation des CMP et donc les délais d'attente parfois énormément longs qui créent une difficulté à y accéder. Il s'agit de délais de 3 ou 4 mois, souvent plus et pouvant aller jusqu'à plus de 12 mois. Il semble important de noter que les CMP étaient des structures déjà très saturées avant les arrivées massives de migrants. Les délais d'attente et les blocages pour orienter en CMP concernent donc a priori toutes les demandes, mais certains freins se font peut-être ressentir pour le public migrant précaire en particulier. C'est aussi la pénurie de psychiatres dans les centres médico-psychologiques qui rend l'orientation difficile. Il y a parfois une incertitude quant aux raisons des refus ou de délais de prise en charge des CMP, les professionnels ne savent pas forcément s'il s'agit d'une problématique générale ou si elle concerne particulièrement le public migrant précaire :

¹⁵ Je tenterai d'explorer cette question d'une prise en charge « spécifique » qui peut s'opposer pour une part à une dimension « universaliste » du soin plus loin dans ce mémoire.

« *Oui et puis après les listes d'attente dans les CMP quoi qu'il en soit pour n'importe quel patient c'est...* » (Psychologue PASS X)

L'infirmière de la PASS, en réaction au psychologue : « *Moi j'ai pas ce sentiment... j'ai l'impression que quand il y a une volonté de... le rendez-vous se met dans le mois...* » (Infirmière PASS X)

Un des principaux arguments avancés par les CMP pour expliquer un refus vis-à-vis de ce public est le fait que la personne ne dispose pas d'une domiciliation fixe :

« *...des relais au CMP et là c'est compliqué ! Ils demandent une domiciliation fixe... les droits sociaux, c'est plus... ils s'y intéressent pas, et il faut que ça soit une véritable domiciliation pour eux... mais c'est surtout la domiciliation, et puis le fait qu'il manque des psychiatres, que les temps psychiatres sont diminués alors il faut toujours un courrier du docteur [de la PASS]* » (Infirmière PASS X)

Dans cet extrait, cette infirmière nous explique tout d'abord que ce qui crée la difficulté principale pour orienter le public migrant précaire vers le CMP est le fait que celui-ci demande une domiciliation fixe pour des personnes qui sont dans des situations où ils n'en ont que très rarement (les centres d'hébergement ne constituent pas, la plupart du temps, une domiciliation fixe).

Ensuite, dans cet extrait, l'infirmière nous parle des droits sociaux de ce public auquel les CMP ne s'intéresseraient pas. Ce passage semble particulièrement intéressant car l'infirmière met en vis-à-vis deux logiques différentes au niveau du droit : la première est la logique du secteur. En ce qui concerne la santé mentale et pour résumer très rapidement, chaque personne relève légalement d'un centre de soin ou d'un autre en fonction de son lieu d'habitation. Ainsi, les migrants précaires n'ayant souvent pas de domicile fixe (ou considéré comme fixe) ne relèvent d'aucun secteur en particulier, ce qui permet aux CMP de dire que telle ou telle personne ne relève pas de ses soins étant donné qu'elle ne correspond pas à son secteur. La seconde est la logique du droit d'accès au soin : les personnes qui ont des droits ouverts ont légalement le droit d'avoir accès à des soins et dans cette logique les CMP sont les structures qui doivent fournir ces soins. Ces deux logiques correspondent toutes deux à des cadres légaux qui sont dans ce cas précis en contradiction. Dans ce cas-là, et d'après ce que nous dit cette infirmière, c'est la logique de secteur qui est mise en

avant par le CMP pour refuser les patients empêchant pratiquement l'accès au soin psychique de ceux-ci.

Aussi, l'accès au CMP est rendu complexe par des démarches administratives supplémentaires. Si on reprend l'extrait précédent :

Infirmière : « ...il faut toujours un courrier du docteur [de la PASS] » ; Psychiatre « oui mais ça c'est normal ! » ; Infirmière « Oui mais on sent que c'est pour noyer un peu le poisson hein ! »

Il est intéressant de voir ici que tous les obstacles pour arriver à faire prendre en charge un patient en CMP conduit cette professionnelle à soupçonner les CMP de « noyer le poisson », c'est-à-dire d'utiliser tous les arguments possibles pour ne pas prendre en charge ce public voir même pour compliquer l'orientation. Dans cette idée, la surenchère de document à fournir serait une bonne méthode pour « noyer le poisson ». Aussi le fait de demander une domiciliation fixe pour des personnes dont on sait très bien qu'elles n'en ont pas participe aussi pour une part à freiner l'orientation.

C'est parfois aussi la barrière de la langue qui fait que le public migrant précaire est refusé dans les CMP :

« ...y'a un CMP même quand ils avaient des psychiatres qui refusaient de toute façon d'accueillir ces publics-là ! Pour des raisons d'interprétariat, parce qu'on ne peut pas faire de la santé mentale avec un interprète... voilà... était mis un peu en avant le coût de l'interprétariat mais pas seulement hein, c'est vraiment « on ne peut pas faire du soin psychique correct avec un interprète ! » » (Infirmière PASS Y)

L'interprétariat en santé mentale est un sujet complexe. La barrière de la langue est parfois prise comme argument par les CMP pour refuser des patients allophones. Il s'agit tout d'abord de l'accès aux interprètes qui fait parfois défaut, également des coûts de l'interprétariat et du surplus de travail que ce mode de prise en charge présuppose en termes de temps d'organisation supplémentaire. Mais c'est aussi parfois, comme dans cet extrait, des considérations théoriques sur la clinique : « on ne peut pas faire du soin psychique correct avec un interprète » qui font qu'il y a

un blocage dans l'orientation du public allophone (ce qui est le cas pour la majeure partie du public migrant)¹⁶.

En définitive, le public migrant précaire et les professionnels qui l'accompagnent se retrouvent sans relais au niveau de la santé mentale. La psychiatre d'une PASS explique la situation comme ceci :

« Il y a une hostilité pour ces patients qui est, à mon avis... ce n'est pas une hostilité idéologique, c'est lié à la pénurie, c'est une gestion de pénurie, c'est-à-dire, pas eux, parce que les autres on y arrive pas... donc ... voilà qu'ont pas d'accroches sur un logement, qu'ont pas d'engagement à rester durablement... sur un lieu, qui en plus pour lesquels en plus il faut solliciter des interprètes... c'est assez lourd... » (Psychiatre PASS/ Urgences)

D'après elle, les refus de prise en charge faits particulièrement à ce public seraient liés à une « *gestion de la pénurie* ». Les professionnels des CMP seraient déjà en grande difficulté avec les publics habituels et leur ajouter un autre public qui amène en plus avec lui de nouvelles problématiques (interprétariat, instabilité sociale, etc.) rendrait la situation ingérable pour eux. Il s'agirait donc pour une part, de la part des CMP, de stratégies pour gérer les personnes qu'ils reçoivent et ne pas trop saturer leurs structures qui sont déjà surchargées.

L'orientation vers les centres médico-psychologiques est donc rendue très complexe pour différentes raisons, autant pratiques (liste d'attente) que cliniques (on ne peut pas faire du soin avec un interprète).

1.2.2) Les PASS transformées

Nous avons vu que l'orientation vers les CMP et plus généralement le droit commun est problématique. En toute logique, c'est le CMP qui devrait prendre en charge le public migrant précaire en souffrance psychique après l'ouverture des droits à la Permanence d'Accès au Soins de Santé, mais en pratique et paradoxalement c'est parfois le CMP qui renvoie des gens vers la PASS.

¹⁶ J'aborderai cette question dans le chapitre 2 de ce mémoire

A l'origine le dispositif des PASS a été conçu pour ouvrir des droits aux personnes les plus précaires avec l'idée d'un passage de relais au moment où les personnes en question auraient leurs droits ouverts. Il s'agissait de dire qu'au moment où les droits étaient ouverts les personnes pouvaient se faire soigner dans le droit commun. La PASS était alors pensée comme un lieu de passage, de médiation, d'interface vers le droit commun. Mais au fil du temps, et ce malgré le fait que les plus précaires avaient des droits ouverts, les professionnels des PASS se sont rendu compte que le droit commun (CMP, hôpitaux, etc.) ne permettait pas d'orienter ce public. Le rôle de la PASS a alors très vite été, en plus d'un rôle d'interface, celui d'un soin à part entière avec des infirmiers, des médecins : « ...alors qu'une des missions de départ est de pouvoir réorienter vers le droit commun, il y a une impossibilité aujourd'hui à pouvoir le faire, faute de trouver des partenaires qui acceptent ce public. De fait les professionnels soignants sont amenés à soigner... »¹⁷ Pour résumer cette idée, un psychiatre formule son travail comme ceci :

« ... On se retrouve un peu dans la position de faire du CMP pour migrant à la PASS... »
(Psychiatre PASS X)

Cet extrait semble intéressant car il traduit bien à mon sens l'impossibilité du passage de relais vers les CMP et la transformation du rôle de la PASS. En effet, étant donné que le public migrant est particulièrement compliqué à orienter vers les CMP, la PASS transforme son rôle et devient parfois un lieu de soin à part entière, ici pour une population précise, les migrants, qui sont comme nous l'avons vu la population la plus délicate à orienter vis-à-vis des problématiques que leurs situations impliquent.

Mais pratiquement, « faire du CMP pour migrant » n'est pas facile pour toutes les PASS. En effet, la personne qui énonce cette phrase est un psychiatre qui exerce dans une PASS particulière qu'on appelle une PASS psychiatrique (elle se trouve en milieu psychiatrique). Dans ces PASS il y a des psychiatres ou des psychologues à même d'évaluer et de soigner les individus qui souffrent psychologiquement, même si ce soin se fait souvent dans des conditions très précaires (temps de psychiatre réduit, etc.). Certaines autres PASS sont quant à elles des PASS somatiques et n'ont aucun professionnel spécialiste du psychisme en leur sein. Pour ces PASS là, les professionnels se retrouvent aux prises avec des difficultés du public en termes de santé mentale

¹⁷ CHAMBON, N., LE GOFF, G., COCHET, P., « Le migrant précaire PASSe à l'hôpital psychiatrique », in Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales, Rhizome n°48, Juillet 2013, p13.

qui sont hors de leurs compétences : « *Je suis pas psychologue effectivement, je peux faire un soutien, un accompagnement... mais je suis pas psychologue quoi !* » (Assistante sociale PASS Y)

Etant donné que les relais sont très rares, les professionnels des PASS ne disposant pas de psychiatre ou de psychologue sont donc amenés à traiter cette souffrance psychique avec les « moyens du bord » :

« *...comme y'a pas de médecins sur les CMP, c'est pas rare qu'on reçoive, reçoive, reçoive, jusqu'à ce que...* » (Infirmière n°2 PASS Y)

Il s'agit alors d'évaluer le risque de décompensation, d'être attentif aux moments où la souffrance peut devenir dangereuse pour la personne et pour ses proches. Quand on lui demande en quoi consistent ces entretiens, une infirmière nous répond :

« *Ecoute soutien, évaluation... On essaye d'évaluer si ça se dégrade, si là on se dit bon ben faut vraiment qu'on... non tant pis on va aux urgences et on verra bien comment ça se passe parce qu'on est vraiment très inquiets ou on appelle l'assistante sociale pour dire ben là il faut peut-être qu'on fasse quelque chose parce que les enfants là ils sont peut-être aussi euh... en danger parce que la maman n'y arrive plus, et sinon on... un peu le sentiment de les tenir à bout de bras et euh... tant bien que mal hein !* » (Infirmière PASS Y)

Pour ces professionnels sans possibilité d'orienter vers la psychiatrie, il s'agit donc de recevoir les personnes, en entretiens « écoute » pour non pas soigner (« *on fait pas de la thérapie !* ») mais écouter et prévenir les potentiels risques. En cela les professionnels de la PASS jouent un rôle de contenant, usant de toutes leurs compétences pour faire « tenir » les personnes psychiquement. Il est déploré par ces professionnels que ce n'est que dans les moments les plus critiques qu'une orientation vers l'hôpital est possible :

« *...c'est dans ces moments où c'est près de basculer que peut-être le médecin pourra peut-être plus négocier avec les psychiatres de l'hôpital* » (Infirmière PASS Y) « *Faut attendre que ça devienne gravissime pour arriver à mettre un pied [à l'hôpital]* » (AS PASS Y)

C'est parfois aussi des considérations cliniques qui font que les professionnels n'orientent pas forcément le public vers d'autres professionnels. En effet, le public migrant est un public aux

prises avec des situations administratives complexes et, comme je l'ai déjà évoqué, dont les droits ne sont pas fixes :

« On peut orienter quand y'a une ouverture de droits mais on revoit ce public parce que c'est un public qui perd des droits, ou y'a souvent des interruptions de droits donc y'a souvent... on les revoit souvent à ce moment-là... » (AS PASS Y)

Les PASS sont donc des structures à qui on renvoie souvent les personnes migrantes précaires car elles ont perdu leurs droits ou qu'elles créent des difficultés trop importantes dans le soin. Certains soignants des PASS considèrent donc qu'il est parfois préférable de soigner la personne plutôt que d'interrompre sans cesse le soin en essayant de faire des orientations souvent vouées à l'échec :

« Et puis tu vois moi je raisonne de la manière suivante, je me dis, si l'effort de passer le relais est supérieur à l'effort de suivre la personne et si la passation de relais est fragile et qu'au premier coup de vent le patient nous revient ça vaut pas le coup ! Autant prendre... prendre son parti de soigner la personne et d'établir une certaine continuité... » (Psychiatre PASS X)

De plus, cette notion de continuité peut être importante pour les soignants dans le sens où le changement de thérapeute ne se fait pas sans violence pour le patient. Il y aurait en effet un attachement au thérapeute. Du côté des migrants notamment, le fait de raconter des histoires souvent douloureuses à répétition pourrait être néfaste dans le soin. D'où l'idée de considérer qu'une prise en charge doit se faire par un même thérapeute sans limite de temps a priori. Aussi j'ai pu repérer, en filigrane dans les propos des professionnels, l'idée que dans une visée thérapeutique le fait que la thérapie soit longue peut créer une certaine structure vis-à-vis du quotidien du demandeur d'asile ou du débouté qui est du « bref » compte tenu notamment de la temporalité particulière dans laquelle ils sont pris :

« Leur vie est du bref, ils ont des papiers de façon brève, il faut qu'on puisse se projeter avec les patients, il faut que les choses puissent s'inscrire dans la durée... » (Psychiatre bénévole MdM)

Il y a donc parfois de la part de certains soignants des PASS (c'est le cas également pour des associations de prise en charge des demandeurs d'asile) le parti pris clinique de dire que le soin doit être fait sur du long terme, même dans le cadre de la PASS. Dans un contexte de manque tel

que celui-ci, ce parti pris clinique implique un choix entre faire un soin qualitatif adapté avec moins de personnes ou faire un soin éventuellement « moins adapté » avec plus de personnes.

En définitive, la PASS voit ses missions premières transformées, elle est une structure non seulement d'accès aux soins mais aussi une structure qui par la force des choses devient un lieu de soin pour des populations qui n'ont pas d'autres possibilités. Aujourd'hui et notamment dans les grandes préfectures, ces populations sont assez largement des personnes migrantes. Les problématiques de droits que porte souvent le public migrant précaire font que la PASS (ainsi que les urgences) est un des seuls endroits où ils peuvent se faire soigner sans avoir de droits. Mais même en ayant des droits ouverts, certains freins font que ce public reste à la PASS :

« ...même si après en théorie on les envoie sur le droit commun [...] les infirmières ont encore à s'occuper d'eux parce que c'est pas parce qu'on a des droits qu'on arrive à aller vers le droit commun... » (Médecin PASS Y)

Ainsi, les professionnels des PASS nous invitent à penser que la logique de l'accès aux droits n'est pas la même que la logique de l'accès aux soins. L'accès aux droits est théorique, il dépend d'un statut qui donne tel ou tel droit à se faire soigner¹⁸. L'accès aux soins est quant à lui pratique : comme nous l'avons vu, il dépend d'énormément de facteurs liés souvent aux missions des institutions. Mais ce sont aussi des personnes qui portent l'accès aux soins des publics migrants précaires.

1.2.3) Une orientation et une prise en charge incarnées par des personnes

La prise en charge du public migrant précaire fait l'objet de certaines mesures (le DNA) et implique un investissement des institutions (PASS, hôpitaux, CMP, etc.) Mais ces institutions et les mesures mises en place pour l'accueil et le soin des publics migrants précaires ne fonctionnent pas forcément bien (comme nous l'avons constaté pour l'orientation des PASS aux CMP). En effet, il s'agit parfois de réglementations contradictoires qui permettent à telle ou telle institution de ne pas fournir effectivement les soins aux personnes qui en ont normalement le droit. C'est le cas parfois des CMP, comme on a essayé de le montrer, qui utilisent la domiciliation fixe et la logique de sectorisation pour se retirer pour une part de la prise en charge des migrants précaires.

¹⁸ Pour les détails des différents droits voir 1.1.1) page 20

Dans ces circonstances, les personnes, professionnels qui travaillent dans les institutions, associations et structures de prise en charge des migrants précaires engagent de leur « personne » et font plus que leur simple mission institutionnelle ou officielle. Ces engagements en tant que personne sont très rapidement repérables au niveau des entretiens que j'ai pu réaliser avec les professionnels. Il s'agit tout d'abord de la sémantique utilisée :

« J'ai perdu pas mal de gens...malheureusement... » (Infirmière PASS Z)

Dans ce court extrait, l'infirmière utilise souvent la première personne du singulier pour parler de son rapport aux personnes qu'elle accompagne. On voit bien comment dans cet extrait il y a un investissement de la personne dans l'accompagnement, ce n'est pas l'institution qui n'a pas pu faire soigner correctement telle ou telle personne en difficulté mais bien elle-même qui a « perdu » des gens. Ici la professionnelle est elle-même investie en tant que personne et non en tant que représentante de l'institution dans son rôle d'accompagnement.

Cet engagement personnel se décline aussi dans le travail que font les professionnels en plus des missions qui sont normalement les leurs. Voilà ce que me dit cette infirmière à propos d'une famille kosovare dont les membres ont des problèmes de lecture :

« Donc je me retrouve à faire des choses que je suis pas censée faire quoi, après je le fais parce que je me dis ben voilà ils ont personne pour lire leur courrier quoi... c'est quand même une problématique ! » (Infirmière PASS Z)

Ainsi, cette infirmière dont les missions sont normalement de soigner se retrouve à faire non seulement un travail d'ouverture de droits mais aussi un travail complètement extérieur à sa fonction première d'infirmière. Il est intéressant de remarquer que l'infirmière nous précise à la fin de cet extrait que *« c'est quand même une problématique ! »*. En effet, comme nous l'avons déjà vu, les situations des migrants font qu'il y a un cumul de problématiques important pour cette population. Ici, le problème de lecture représente une problématique parmi d'autres qu'il faut résoudre pour participer d'un mieux-être des personnes. Il s'agit pour cette infirmière de ne pas se fermer à son rôle de soignante mais aussi, et peut-être dans son rôle à la PASS, de répondre et de résoudre les problématiques qui s'imposent à elle via le public migrant précaire, même si celles-ci

sont écartées de sa fonction. Nous verrons plus en aval ce que recouvre cette conception particulière de la fonction initiale de soignant.

Cette prise en charge incarnée par des personnes se traduit aussi dans de l'accompagnement. Il s'agit ici par exemple d'accompagner physiquement les personnes les plus en difficultés :

« La plupart du temps les gens qui ont un problème de dialogue, de langue, je les accompagne... »
(Infirmière PASS Z)

Il y a donc une forme d'engagement personnel des personnes dans la manière, pour les professionnels des PASS ici, de prendre en charge les patients. Mais c'est aussi dans l'orientation que les personnes sont engagées personnellement. Il s'agit pour ces professionnels de tisser des liens, d'avoir un réseau pour pouvoir orienter correctement les patients. Effectivement, dans le contexte de pénurie et de blocage administratif de la prise en charge de certains publics par les institutions qui devraient légalement les prendre en charge, les professionnels doivent « faire marcher » leur réseau. Il ne s'agit plus alors de passer par les chemins « normaux » de prise en charge mais de mobiliser d'autres professionnels, que l'on connaît personnellement et qui pourraient débloquer une situation d'orientation problématique :

« Il faut trouver les chemins qui fonctionnent. Il y a de l'interpersonnel qui vient se mêler dans quelque chose qui est normalement très simple... » (Professionnel du milieu associatif)

Ainsi, plutôt que les chemins d'orientation classique du droit commun, il faut que le professionnel s'engage dans une recherche des « chemins qui fonctionnent » pour pallier au manque des chemins institutionnels qui eux sont bouchés. Il faut donc connaître les bonnes personnes, avoir le bon réseau, ce que traduisent très bien les paroles de ce psychiatre en libéral¹⁹ :

« Moi j'ai eu beaucoup de facilité tant que j'avais des copains que je connaissais qui étaient à l'hôpital [...] c'était simple, c'est du réseau, c'est simple, on s'explique machin et... et j'avais pas toutes ces réticences là parce que les gens me connaissaient, ce qui facilite et ce qui en même temps est vraiment dommage, parce qu'à partir du moment où on connaîtrait un peu moins les

¹⁹ Remarquons que les difficultés d'orientation ne concernent pas seulement les professionnels des PASS mais aussi toutes personnes cherchant à orienter le public migrant précaire.

gens ça devrait être un peu moins facile ! Ben non on est dans l'ordre du droit quand même ! »
(Monsieur A, psychiatre libéral)

C'est donc pour une part en connaissant les bonnes personnes que l'on arrive à orienter les patients vers le soin. Ce qui veut dire aussi pratiquement que si on ne connaît personne il sera très difficile d'orienter. Ainsi, ce que met en avant ce psychiatre dans la fin de l'extrait c'est l'injustice que peut représenter un tel système. Ici aussi, ce n'est pas parce que la personne a des droits qu'elle aura accès effectivement aux soins. L'injustice ici repose dans le fait que le soin effectif du patient migrant précaire dépendra en partie du réseau de son soignant, ce qui constitue une inégalité très forte devant le droit de se faire soigner²⁰. Les réseaux informels permettent donc pour une part de pallier aux blocages institutionnels mais ils ne réparent pas l'injustice que représente une inégalité devant le droit d'un accès aux soins bloqué pour les publics les plus en difficultés.

Le professionnel doit donc, pour orienter convenablement un patient migrant précaire, faire appel à son réseau (ses connaissances personnelles, parfois ses amis) et accepter de se « décaler » par rapport à ses missions (souvent faire plus que ses missions institutionnelles) pour obtenir ce que l'état devrait donner par le droit à des personnes en grand besoin de soin :

« Il existe des réseaux informels qui permettent d'avancer et où chacun accepte de se décaler par rapport à ses missions, pour obtenir ce que la personne devrait avoir de droit ! » (AS Urgences)

1.3) Le public migrant précaire et l'obligation d'une prise en charge collective

Nous avons vu que, pour orienter le public migrant précaire, les professionnels doivent faire appel à leurs propres réseaux de connaissances. Mais avant tout, s'il y a nécessité d'orientation c'est que le public migrant précaire ne peut pas être pris en charge, dans l'entière des situations qui lui sont problématiques, par une seule et même instance. Il requiert donc une prise en charge collective due aux multiples problématiques qu'il amène avec lui.

²⁰ Rappelons que la convention européenne des droits de l'homme précise que : *« La jouissance de tout droit prévu par la loi doit être assurée, sans discrimination aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »* (Protocole 12 – Art. 1)

1.3.1) Un cumul de problématiques et la nécessité d'une prise en charge en réseau

Il est intéressant de constater que dans les entretiens que j'ai pu réaliser le public migrant nécessite une prise en charge collective pour les professionnels. C'est ce que traduit assez bien cet extrait d'entretien sur lequel il semble intéressant de s'attarder :

« Je crois qu'on ne peut pas travailler les uns sans les autres, autant eux ils m'en envoient autant moi j'en envoie quand y'a vraiment des problématiques quoi... donc j'en réoriente si y'a besoin oui. Je crois qu'on travaille tous ensemble hein quand c'est des personnes migrantes. On n'a pas trop le choix je crois que plus on est... parfois on a besoin, on a besoin d'être nombreuses quoi... surtout personne kosovar'... moi j'ai des familles kosovares où c'est... pff très compliqué... »
(Infirmière PASS Z)

Cette professionnelle nous précise ici la nécessité qu'il y aurait de travailler en réseau avec ce type de public particulièrement : *« on travaille tous ensemble quand c'est des personnes migrantes »*. De plus, cet extrait nous met sur une piste de réponse à la raison de cette nécessité d'une prise en charge collective. L'infirmière redirige des personnes en fonction des problématiques des individus. Or, comme nous l'avons vu, les personnes migrantes précaires sont dans des situations qui créent des cumuls de problématiques et c'est sans doute ce cumul de problématiques qui nécessite une prise en charge collective pour cette infirmière. En effet, elle réoriente vers d'autres structures ou d'autres professionnels quand la problématique de la personne ne concerne plus son domaine d'intervention. Ainsi, c'est sans doute vis-à-vis des problématiques diverses que portent souvent les migrants précaires et qui concernent plusieurs domaines de compétences que ce public nécessite une prise en charge à plusieurs.

Le public migrant précaire reconfigure donc pour une part l'accès aux soins dans le sens d'un renforcement du travail de lien entre les différents acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement de ces publics.

D'autre part il est intéressant de constater que certains migrants sont plus « compliqués » que d'autres et qu'en définitive plus les personnes cumulent de problématiques (ou amènent de problématiques) plus elles nécessitent une prise en charge collective. Ici, les personnes kosovares sont très « compliquées » pour cette professionnelle parce qu'elles amènent des problématiques

nombreuses et très variées que cette infirmière a du mal à gérer par ailleurs. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin.

C'est aussi dans les représentations que le public migrant précaire relève d'une prise en charge collective. L'entretien que j'ai pu réaliser avec une psychiatre en libéral paraît intéressant à ce niveau-là. Quand je lui parle de l'accès aux soins psychiatriques des publics migrants voici ce qu'elle me répond :

« 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... » (Madame B, psychiatre libérale)

Dans cet extrait on voit bien que la « précarité » présuppose un cadre d'accompagnement socio-administratif et donc un travail de lien avec les différentes instances du social et de l'administration. On voit bien comment, pour cette psychiatre, parler de précarité ou de migrant ce n'est pas simplement considérer que le patient est dans une situation financière compliquée mais que cela implique aussi toute une série de choses associées à ce terme. Effectivement, à partir du moment où il y a un groupe de référence il y a des dispositifs socio-professionnels qui vont avec.

L'ouvrage de Nicolas Dodier sur l'expertise médicale²¹ dans le domaine du travail semble particulièrement intéressant à propos du cadrage que font les médecins des personnes en fonction notamment des groupes auxquels elles appartiennent. Pour chaque type de travail le médecin imagine une liste de risques qui lui serait corrélative : « *serveuse de bar* » = « *problèmes aux jambes, lourdeurs ?* »²². De la même manière ici, cette psychiatre corrèle directement le précaire ou le migrant à des dispositifs socio-administratifs et à un accompagnement. Chaque population renvoie donc à des grilles de lecture, un cadrage de ce que sont ces populations et des entités qui leurs sont liées.

Le travail de soin psychique est donc pour une part reconfiguré par la situation de « précarité » ou de « migrant » de la personne. Ce travail n'est plus seulement celui d'une rencontre entre un

²¹ DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, 367p.

²² Ibid. p74.

patient et un psychiatre mais présuppose, pour le psychiatre, un travail de lien avec d'autres instances d'accompagnement social et administratif du migrant.

Que ce soit pour les professionnels de l'accompagnement ou pour les psychiatres, le public migrant précaire relève donc d'une prise en charge collective.

1.3.2) Prendre en charge à plusieurs, réflexion sur la catégorie de migrant

A ce stade, il semble important de faire une « pause » et de s'intéresser à la catégorie de migrant car, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, cette catégorie n'est pas neutre et porte avec elle des implicites.

Il paraît d'abord intéressant de remarquer que le terme migrant est utilisé très largement dans les entretiens et par les professionnels des structures que nous avons rencontrés. C'est d'ailleurs un terme utilisé par les membres de l'Orspere-Samdarra et par moi-même de manière très large et qui reste plein de sous-entendus. Le projet de coordination des psychiatres libéraux amène d'ailleurs très largement ce terme de migrant (précaire) et participe donc à sa diffusion et à sa réappropriation par les professionnels comme je l'avais précisé dans mon introduction.

Ce terme est critiquable dans le sens où il constitue pour une part une désingularisation de populations pourtant bien différentes et d'individus souvent très différents. En effet, derrière cette appellation de migrant il y a des personnes de différentes nationalités, cultures, milieux, etc. et donc des singularités que le terme de migrant ne permet pas de spécifier. Ces personnes sont donc désignées et catégorisées par un point commun qui est l'acte de migrer. Le terme de migrant désigne indirectement toutes les personnes en situation d'avoir migré et ce que cela peut impliquer de problématiques : le fait de ne pas avoir de papiers, de devoir entamer une procédure de demande d'asile, une précarité liée au statut juridique et au droit mais aussi des problématiques liées aux traumatismes du parcours et des violences parfois subies dans le pays d'origine. Le terme de migrant pourrait désigner et englober aussi des migrants dans des situations tout à fait stables, qui viennent en Europe pour des raisons quelconques et qui ne rentrent pas dans les problématiques (de précarités, de papiers, etc.) énumérées précédemment. C'est en cela que le terme « migrant » utilisé comme tel constitue peut-être un terme qui ne représente pas réellement

le public dont il est question dans ce projet et pour les professionnels : tous les migrants ne sont pas dans des situations problématiques.

L'implicite contenu dans le terme de migrant quand il est utilisé par les membres de l'Orspere-Samdarra ou par les professionnels des structures d'accueil ou de soins est que les migrants dont il est question sont des personnes n'ayant le plus souvent pas quitté leur pays de leur plein gré, ou l'ayant quitté pour des raisons de persécution, de violence subie, etc. Ici la migration est une migration subie et qui fait violence.

C'est sans doute pour cela que l'Orspere-Samdarra parle à présent de « migrant précaire » qui permet probablement d'écarter de la catégorie de « migrant » les migrants dont la situations n'est en rien problématique sur le territoire français ou européen.

Il paraît important de noter que le terme de migrant utilisé par les professionnels des structures d'accueils sanitaires et sociales désigne pratiquement les personnes à leur contact, c'est-à-dire des migrants en situation de précarité qui nécessitent une prise en charge quelconque en réponse à des situations problématiques. Pour ces professionnels le terme « migrant » constitue pratiquement l'expérience qu'ils ont d'un public qui vient dans les structures d'accueil. Les « migrants » qui ne sont pas dans des situations problématiques sur le territoire ne viennent pas dans ces structures et donc n'entrent pas dans la définition que les professionnels font des « migrants ». Ainsi, pris dans le sens commun, le terme de migrant peut porter à confusion, mais pas dans le cadre de travail de ces professionnels qui ont constitué leur définition des migrants à partir de l'expérience qu'ils ont de ce public : une expérience où le migrant est une personne qui a migré vers la France et qui porte avec lui des situations problématiques au niveau sanitaire et social.

Le terme de migrant est donc beaucoup utilisé par les professionnels qui désingularisent donc les migrants en les rangeant dans une même catégorie. Nicolas Dodier, à propos du modèle qu'il qualifie d'administratif, évoque le fait que : « *Dans le modèle de l'activité que nous qualifierons d'administratif, l'individu est désingularisé, au sens où l'action que l'on engage vers lui est directement déduite d'une catégorie formelle ou d'une population d'appartenance.* »²³

Ainsi, pour cadrer l'individu, il n'y a pas besoin de connaître en détails ses particularités mais simplement de savoir qu'il est migrant.

²³ Ibid. p93.

Parfois néanmoins les professionnels changent de catégories et en spécifient de nouvelles. Si l'on reprend l'extrait utilisé dans le chapitre précédent :

« ...parfois on a besoin, on a besoin d'être nombreuses quoi... surtout personnes kosovares... moi j'ai des familles kosovares où c'est... pff très compliqué... » (Infirmière PASS Z)

Attardons-nous donc sur une famille kosovare que me décrit cette professionnelle : familles avec « beaucoup d'enfants », qui déménagent souvent, qui ont des « gros soucis financiers », « grosse problématique psychiatrique » chez la mère (tentative de suicide), parents qui « un coup divorcent, un coup divorcent pas ! », mère qui « ne se soigne pas », absence aux rendez-vous, problèmes d'interprétariat car « ne parlent pas la langue » française, « problème de lecture », ils « débarquent comme ça quand ils ont besoin ! », familles « envahissante »...

Il semble que ce que nous propose cette professionnelle est une spécification du public migrant : il ne s'agit plus de migrants mais de kosovares. Dans son propos elle utilise une nouvelle catégorie pour illustrer un fait : le public migrant nécessite une prise en charge collective, mais dans cette catégorie de migrants le public kosovar est particulier en ce qu'il en requiert encore plus. Dans cet extrait, c'est la volonté d'illustrer quelque chose en particulier, la nécessité d'une prise en charge (encore plus) collective avec ce public qui oblige cette professionnelle à descendre dans les catégories et à spécifier le type de public qui précisément porte plus de problématiques que d'autres.

Aussi, et en lien avec ce que j'ai dit précédemment, on voit bien comment la manière qu'a cette professionnelle d'énumérer les problèmes attachés aux Kosovares concernent globalement cette population (« *surtout personnes kosovares* »). Nicolas Dodier avance que l'appartenance d'un individu à une population est parfois suffisante pour accrocher à cet individu un panel d'entités ou de critères distinctifs à cette population :

« L'usage caractéristique des règles pour cette forme de cadrage est le syllogisme : telle règle s'applique à telle classe d'individus, or tel individu appartient à cette classe, donc cette règle s'applique à cet individu. [...] On a fait le tour de l'individu lorsqu'on lui a appliqué, comme

étiquette, sa classe d'appartenance. [...] Tous les individus sont équivalents, au regard de son action [ici celle du médecin], dès lors qu'ils appartiennent à cette population... »²⁴

Ainsi, on voit dans les propos de cette infirmière comment les Kosovares sont étiquetés vis-à-vis de leur classe d'appartenance (ici leur origine géographique). Il y a donc des caractéristiques attachées aux individus dès lors qu'ils appartiennent à la catégorie de kosovar. Dans ce modèle de cadrage de l'individu, la catégorie fait personne. Le fait de savoir que la personne est kosovare (ou migrante) suffit à cadrer l'individu. Il y a de plus ici une forme de lecture culturaliste de l'individu car c'est de la catégorie ethnique que viennent des particularités qui lui sont liées. Aussi, dans cette conception culturaliste, l'explication au problème de lecture ne serait pas le fait d'une situation de ne pas parler français, mais le fait qu'ils sont kosovars. Il y a donc une forme d'essentialisation de caractéristiques qui seraient liées à une population. Nous verrons plus en aval comment cette spécification de la catégorie de migrants est considérée au niveau du soin.

1.3.3) Orienter le public migrant précaire, évaluer le trouble

Dans cette dernière partie, je voudrais m'intéresser à la manière dont les professionnels évaluent ce dont souffrent les migrants précaires pour ensuite orienter vers la psychiatrie. En effet, dans presque tous les cas, et dans cette prise en charge collective que nous avons décrite plus haut, les migrants précaires ont dans un premier temps affaire à des professionnels du champ sanitaire et social qui n'ont parfois pas les compétences formelles pour évaluer le type d'orientation requise pour telle ou telle personne et notamment pour ce qui est de la psychiatrie qui, comme nous l'avons vu, déborde du champ de compétence de beaucoup de professionnels des Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

Quand nous lui demandons ce qu'il se passe pour un patient fraîchement arrivé à la PASS, le psychiatre de la PASS X nous répond ceci :

« L'assistante sociale ! C'est le temps numéro un, le passage obligé avec un diagnostic social sur quels droits sont ouverts, qu'est-ce qui est à faire, qu'est-ce qui est à... puis c'est à elle qu'il est exposé les éventuelles problématiques médicales, psychologiques, psychiatriques de la personne

²⁴ Ibid. p96.

et elle voit, elle a des antennes, elle a de l'expérience donc euh... elle voit quel genre d'orientation il faut faire... » (Psychiatre PASS X)

C'est donc ici, comme dans la plupart des PASS, l'assistante sociale qui reçoit les personnes dans un premier temps. Il s'agit de faire tout d'abord un « diagnostic social » pour voir où en est le patient au niveau de ses droits. Aussi, c'est l'assistante sociale qui sera la première à discuter avec la personne et donc qui verra en premier les éventuelles problématiques en fonction desquelles elle orientera si besoin vers tel ou tel professionnel (médecin somatique, psychiatre, psychologue, etc.)

Il est remarquable dans cet extrait que le psychiatre parle de l'assistante sociale comme quelqu'un qui a de l'expérience et « des antennes » qui lui permettent d'orienter les personnes vers tel ou tel type de prise en charge à défaut d'avoir une compétence qu'elle aurait reçue via un savoir acquis lors d'une formation en médecine. Cela pose plus particulièrement la question de la détection de problématiques relevant de la psychiatrie et des compétences de chaque professionnel en termes d'évaluation de ce dont souffrent les migrants précaires.

Il est particulièrement intéressant de voir quelle représentation a ce psychiatre de l'assistante sociale et de ses compétences à orienter. En effet, de quel ordre est la compétence de l'assistante sociale dans cet extrait ? La sémantique utilisée par ce psychiatre est particulièrement parlante : « elle voit », « elle a de l'expérience », « elle a des antennes ». On peut éventuellement penser ici que l'assistante sociale utilise son expérience pour orienter à défaut d'avoir le savoir médical qui lui permettrait de le faire en se basant sur ce dernier. L'absence de ce savoir est tout de même parfois problématique pour orienter les personnes, car orienter c'est aussi connaître ce qui relève de telle ou telle médecine, de tel ou tel professionnel. Ainsi, Albert Ogien décrit la position des infirmières dans le monde psychiatrique comme ceci :

« ...elles doivent faire preuve d'un savoir qui n'est pas constitué en tant que tel et dont, par formation, elles ignorent jusqu'aux prémisses théoriques qui le fondent (qu'il s'agisse de psychologie ou de psychiatrie) tout en ne maîtrisant pas le lexique autorisé pour en parler... »²⁵

En effet, les propos du psychiatre de la PASS X traduisent pour une part l'idée que l'assistante sociale (aussi bien que les infirmières) a bel et bien une compétence qui lui permet d'orienter les patients, assez justement d'ailleurs, mais que celle-ci ne relève pas d'un savoir psychiatrique.

²⁵ OGIEN, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Réponses sociologiques Meridiens Klincksieck, Paris, 1989, p51.

Effectivement, les « antennes » et le fait de « voir » repose plus sur un registre de l'ordre du don ou du magique plutôt que sur le registre scientifique. Avoir des antennes c'est sentir de manière un peu surnaturelle ou en tout cas inexplicable le fait que tel patient relève de telle orientation. De plus, le fait de « voir » relève également du registre magique et de la « vision ». Il faut noter d'ailleurs que « voir » de quel genre d'orientation relève la personne n'est pas « savoir » ce dont il est exactement question. Pour le psychiatre, l'assistante sociale a donc bien une compétence mais qui n'est pas de l'ordre du savoir (de l'ordre de la science) et qui relève plutôt de l'expérience voir du « don ». Il y a en tout cas quelque chose de mystérieux dans les compétences que ce psychiatre attribue à l'assistante sociale. Dans l'extrait suivant réalisé avec le même psychiatre, on voit bien d'ailleurs comment l'orientation véritablement médicale doit être faite par un soignant :

« En théorie ce qu'on avait dit c'est que c'était une orientation médicale le psychologue... et du coup bon il arrive que l'assistante sociale envoie au psychologue mais c'est dérogatoire et en général on en parle avant, mais la règle c'est que soit les somaticiens soit moi qui devant un patient... » (Psychiatre PASS X)

Ainsi, le psychiatre rappelle la règle en ce qui concerne les orientations vers le psychologue et celle-ci nous dit que ce doit être un médecin qui oriente.

L'exemple de la PASS X n'est pas forcément représentatif des autres PASS étant donné qu'elle comprend un psychiatre et un psychologue mais ces extraits peuvent justement nous questionner sur la légitimité de l'orientation d'une assistante sociale ou d'une infirmière vers un psychiatre. En effet, orienter les personnes vers la psychiatrie c'est aussi sans doute mettre un mot sur la souffrance des personnes, ce qui n'est pas toujours évident, c'est ce que montre ces extraits d'entretiens avec une infirmière de la PASS Z quand je lui demande comment elle détecte les personnes qui portent une problématique psychiatrique :

« Après je pense que le médecin vous répondrait mieux que moi, après on va essayer déjà d'éliminer certaines problématiques, donc prise de sang, on va faire tout un bilan, on va éliminer parce que la personne souvent elle vient pour des douleurs x, y ou z, on va éliminer et déjà si au niveau des examens... ben si y'a rien on va se dire au bout d'un moment ben c'est peut-être plus d'ordre psychiatrique... psychologique, donc de là on va se dire bon ben il faut peut-être aider autrement ! » (Infirmière PASS Z)

Cet extrait montre assez bien à mon avis la difficulté qu'ont parfois les professionnels à mettre des mots sur la souffrance psychique des personnes. Il y a sans doute de la part de cette professionnelle une difficulté quand je lui demande comment elle repère les gens qui relèvent de la psychiatrie ce qui se traduit par sa phrase : « *le médecin vous répondrait mieux que moi* ». Sa manière de répondre de cette manière tout de suite traduit sans doute le fait qu'il est difficile pour elle de répondre directement à ma question. La suite de l'extrait montre aussi que le diagnostic psychiatrique ne se fait pas facilement puisqu'il arrive en dernier lieu, quand toutes les autres possibilités ont été écartées. Il s'agit d'ailleurs d'un diagnostic par élimination : on ne sait pas réellement s'il s'agit d'un problème de l'ordre de la psychiatrie mais étant donné que toute la partie somatique a été écartée (via des examens, etc.) cette professionnelle suppose que le problème est sans doute d'ordre psychiatrique. L'extrait suivant montre aussi une difficulté à mettre un mot sur ce dont il s'agit :

« *... nous on gère plus le côté somatique... mais au cour de l'entretien on voit très bien qu'il y a quelque chose dessous...* » (Infirmière PASS Z)

Ce constat revient chez beaucoup de professionnels qui gèrent le côté somatique des soins avec le public migrant précaire : il y a quelque chose derrière le soin somatique. Ce quelque chose est assimilé à du psychiatrique mais il y a une difficulté à formuler de quoi il s'agit exactement. On imagine assez bien comment cette difficulté de dire de quoi la personne souffre peut poser problème pour les professionnels voulant orienter vers les psychiatres. En effet, ne pas savoir dire de quoi le patient souffre en particulier peut être un obstacle dans l'orientation vers un psychiatre en ce que celui-ci pourrait ne pas voir cette demande comme relevant de son champ de compétences. Dire à un psychiatre qu'il y a sans doute « quelque chose en dessous » ou que tous les examens ont été faits par ailleurs ne suffit sûrement pas à orienter vers la psychiatrie. Il y a donc probablement un enjeu dans le fait de catégoriser en terme psychiatrique de quoi il est question lors de l'orientation et pour les professionnels afin que leur demande soit entendable par le psychiatre.

Mais parfois même quand les professionnels essayent d'orienter les personnes vers les psychiatres en mettant des mots sur la souffrance, la psychiatrie ne répond pas toujours présente. Quand je demande à cette infirmière comment elle expose le problème aux psychiatres de l'hôpital elle me répond (comme si elle le formulait au service de psychiatrie de l'hôpital) :

« Elle a des troubles du sommeil, elle fait des cauchemars, ou alors elle dort pas ou très peu, malgré des fois déjà des traitements mis en place par des généralistes hein ! euh... troubles alimentaires, ou elles disent j'avance pas, je retiens rien, je me perds ! Je pleure souvent ! J'ai des images ! » (Infirmière PASS Y)

Dans cette PASS et face à ces souffrances mises en mots par l'infirmière, la psychiatrie rétorque que ces patients ne relèvent pas de la psychiatrie. Avec Albert Ogien, nous pourrions donc penser qu'étant donné que les infirmières « ignorent jusqu'aux prémisses théoriques qui [fonde le savoir psychiatrique] tout en ne maîtrisant pas le lexique autorisé pour en parler... » la demande formulée par ces professionnels n'est pas entendue. Néanmoins, dans la même PASS, les demandes du médecin généraliste sont elles aussi refusées pour les mêmes raisons. Ainsi, et comme j'essayerais de le montrer dans le chapitre suivant, ce sont peut-être aussi des considérations théoriques de ce qu'est le soin en psychiatrie et plus largement de ce qu'est la psychiatrie qui autorisent ou non l'orientation vers le soin psychique pour le public migrant précaire.

Conclusion

En définitive nous avons vu que l'orientation du public migrant précaire vers le soin psychique est rendu complexe par un cumul de problématiques. Le migrant précaire est aujourd'hui une nouvelle figure du débordement dans le sens où les professionnels ne savent pas gérer toutes les problématiques que ce public amène avec lui. Il s'agit d'un public qui transforme pour une part la mission de certains professionnels qui s'investissent parfois personnellement dans la prise en charge de ces personnes. Les migrants précaires nécessitent une prise en charge collective en réponse aux différentes situations problématiques dans lesquelles ils sont pris.

L'objectif de ce premier chapitre était à la fois d'explicitier les difficultés d'accès aux soins des migrants précaires tout en précisant le contexte dans lequel s'intègre le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes. C'est en effet en réponse au constat que la psychiatrie publique ne permet pas d'orienter suffisamment le public migrant précaire en souffrance psychique qu'il a été pensé une possible orientation vers la psychiatrie libérale. L'objectif du projet est donc de créer un réseau de psychiatres en libéral acceptant de prendre en consultation des migrants précaires. A la base de ce projet il y a donc

l'idée que la psychiatrie publique ne peut pas tout et que les psychiatres libéraux pourraient être une clé pour débloquer ou fluidifier l'accès aux soins psychiques du public qui nous concerne ici.

Mais les psychiatres libéraux ne sont a priori pas dans cette prise en charge collective que nous avons décrite plus haut pour plusieurs raisons que nous développerons ultérieurement. Sur le volet recherche, la commande de base préconisait de documenter ce qui pouvait faire frein à la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux. Mais avec du recul et après avoir constaté la difficulté que représente la prise de contact avec les psychiatres libéraux et plus encore la volonté de les sensibiliser, voire de les convaincre de prendre des migrants précaires en consultation, l'enquête consiste surtout à repérer les bons termes, les bonnes modalités qui permettront d'orienter pratiquement le public migrant précaire vers les psychiatres libéraux en leur proposant des modalités qui correspondent à leurs cadres professionnels et aux spécificités de l'activité en libéral.

2) La psychiatrie à l'épreuve du public migrant précaire

Comme on a essayé de l'explicitier plus en amont, le public migrant précaire est souvent pris dans des situations problématiques diverses, tant au niveau social qu'au niveau médical. Ces différentes situations qui s'entremêlent peuvent rendre la lecture de la demande et de l'orientation complexe pour les professionnels ainsi que pour les soignants. Il s'agit d'un public qui bouscule certain cadre en débordant des habitudes, des règles, des nosographies et c'est le cas notamment pour ce qui est du cadre psychiatrique. Il s'agit dans cette partie de s'intéresser aux considérations théoriques de la psychiatrie, de ce qu'elle est, de ce que sont ses cadres, ses limites et les entités qui peuvent entrer dans sa nosographie et celles qui en sont exclues. Il semble important de préciser que je parlerais dans ce chapitre de la psychiatrie en général, c'est-à-dire de la profession psychiatrique et du cadre psychiatrique en ce que ce cadre amène aux personnes des manières plus ou moins similaires de faire et de concevoir les choses qui les entourent. Nous verrons également que s'il existe un cadre psychiatrique, il y a aussi des conceptions diverses et variées de ce qui entre ou non dans ce cadre.

2.1) Conceptions théoriques du soin psychiatrique et obstacles à la prise en charge des migrants précaires

Dans les différents obstacles à l'accès aux soins des migrants précaires en direction de la psychiatrie, il y en a un que nous n'avons pas encore documenté. Il s'agit des conceptions théoriques des soignants sur le soin qui peuvent faire que pratiquement l'accès sera possible ou non. Dans cette première partie, j'essayerais de préciser quelles sont ces considérations qui font parfois blocages à cet accès au soin psychique.

2.1.1) Le public migrant précaire : des situations qui ne relèvent pas de la psychiatrie

Je voudrais m'intéresser ici au refus de prise en charge des migrants précaires par certains psychiatres qui considèrent que ce public et les situations problématiques qu'ils portent ne relèvent pas de la psychiatrie. Prenons cet extrait d'entretien effectué dans une PASS de la région :

« Alors la psychiatrie c'est ce qu'on nous répond : ce n'est pas de la psychiatrie, c'est je sais pas quoi... de la souffrance psychique ! » (Médecin PASS Y)

[...]

Du coup ça relève de qui pour eux ?

« 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 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 c'est pas... c'est pas de la psy, c'est du social ! » » (Infirmière PASS Y)

Il est intéressant de constater tout d'abord que la souffrance psychique ne correspond pas à la psychiatrie pour certains psychiatres. En effet, le terme souffrance psychique porte un sous-entendu, il s'agit souvent d'une souffrance psychique d'origine sociale et qui a donc été causée par des éléments externes à l'individu. Dans l'extrait, il s'agit qui plus est d'un facteur extérieur et qui est toujours en cours : la personne n'a pas d'hébergement. Dans ce cas précis l'argument du refus est le suivant : étant donné que la personne n'a pas de logement elle ne va pas bien psychologiquement. Il s'agit donc d'une souffrance psychique d'origine sociale puisque la source de la souffrance est l'absence de logement. Ainsi, pour « soigner » cette souffrance psychique il suffit de résoudre ce qui l'a causée : donner un logement à cette personne. On comprend bien pourquoi, dans cette logique, la psychiatrie n'a pas sa place. La posture médicale explicative fonctionne, pour aller vite, de la manière suivante : à des effets (symptômes) correspond une cause (maladie) et à une cause un traitement (quand la cause est repérée comme problématique). Dans notre extrait, la cause de la souffrance psychique (symptôme) est analysée d'emblée comme étant l'absence de logement (cause) et le traitement doit être logiquement la réhabilitation de la personne dans un logement.

Aussi on peut supposer qu'ici le cadrage de l'individu se fait rapidement en fonction de sa situation sociale. Le diagnostic est rapidement clos : la personne est « sans logement », sa souffrance psychique vient de cela.

Il est intéressant de constater que dans ce genre de raisonnement le type de réponse au problème doit appartenir au même monde que la source du problème. A une souffrance psychique d'origine sociale correspond donc une réponse sociale, à une « maladie » considérée comme véritablement

psychique correspond une réponse psychiatrique.²⁶ Il y a donc ici une séparation assez franche des mondes, l'un psychiatrique et l'autre qui appartiendrait au « social ». Nous verrons plus tard qu'il existe des psychiatres pour qui la séparation entre ces mondes n'est pas si évidente et qu'il est tout à fait possible de « soigner » la souffrance psychique d'origine sociale.

On voit bien ici comment ces conceptions du soin peuvent être un obstacle à l'accès aux soins psychique des migrants précaires étant donné que ce public est pour une grande part sans domicile.

Dans l'extrait précédent, il s'agissait de dire que les personnes ne relèvent pas de la psychiatrie parce que leur problème est d'origine sociale. Dans l'extrait suivant, le refus semble être du même ordre :

« On nous dit d'accord il relève pas de la psychiatrie, on nous dit que son problème est lié à l'alcool, et que c'est l'alcool qui a fait des dommages ! Sauf qu'à un moment y'a le trouble du comportement, c'est de la santé mentale aussi pour nous candide en psychiatrie pour le coup ! On se dit, y'a un problème là-dedans quoi ! Donc du coup si c'est pas la psychiatrie... « Ben non c'est pas la psychiatrie par ce que y'a un problème lié à son alcool qui a provoqué des dégâts cérébraux » » (Médecin PASS Y)

Ici, la temporalité semble importante. Dans l'extrait précédent il s'agissait de dire que la solution aux problèmes n'était pas d'ordre psychiatrique mais social : « donnez-lui un logement elle ira mieux ». C'est donc dans l'instant T que le logement est une problématique qu'il faut résoudre en donnant accès au logement à la personne en question. Ici, la psychiatrie considère que la personne ne relève pas de sa compétence étant donné que la cause du trouble est sociale (le problème est lié à l'alcool). Ainsi, si l'on est attentif au temps utilisé (passé composé) dans la réponse qui est faite à cette professionnelle (« *c'est l'alcool qui a fait des dommages* ») on remarque que les dommages sont présents à l'instant T mais que la cause sociale qui serait à l'origine de ces dommages est quant à elle révolue. Peut-être que la personne en question boit toujours à l'heure actuelle, mais c'est le fait de boire dans le passé qui l'a conduite à avoir des « *dégâts cérébraux* ». Ainsi, en toute logique, si la personne arrêta de boire alors qu'elle a déjà des séquelles, cela ne ferait pas disparaître ces dernières. Une réponse sociale (faire arrêter de boire la personne) ne serait donc pas suffisante puisque cela ne ferait pas disparaître les séquelles psychiques. Il y a donc parfois un

²⁶ Je développerais ce point ultérieurement.

refus de soin quand la cause des troubles est d'origine sociale, peu importe les conséquences actuelles de ces facteurs sociaux. Ici, il ne peut y avoir de réponse psychiatrique à une problématique repérée comme sociale.

C'est aussi parfois la complexité d'un soin avec des personnes qui vivent dans une instabilité sociale qui crée la réticence chez les soignants à prendre en charge les migrants :

« 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 des 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... » (Infirmière 2 PASS Y)

Ce passage semble intéressant car la souffrance psychique d'origine sociale n'est plus directement la cause d'un refus de soin. Ici, les personnes qui n'ont pas de domicile ou qui sont dans une instabilité sociale semblent relever d'un soin psychique (il s'agit ici de psychologues) mais leurs situations font douter ces professionnels quant aux bénéfices d'un soin effectué dans de telles conditions sociales. Il n'y a donc plus dans cet extrait une séparation franche entre le social et la psychiatrie, le soin psychique dépend même ici d'un prérequis de stabilité sociale. Le soin psychique ne pourra se faire correctement avec ces personnes que si la condition sociale dans laquelle ils sont le permet. Il y a ici la conception d'un soin qui doit se faire dans une certaine stabilité et dans une certaine durée. Mais cette stabilité et cette temporalité sont incompatibles avec certaines situations problématiques en lien avec les migrants précaires, et notamment le fait que leur situation légale en France fait que ce public obtient des droits et les perd ensuite. C'est donc la vision des soignants du cadre dans lequel le soin peut s'effectuer qui crée un obstacle à la prise en charge des migrants en situation d'instabilité sociale. Cette conception des conditions dans lesquelles peut se faire le soin concerne également d'autres situations dans lesquelles est souvent pris le public migrant. Dans l'extrait suivant, ce n'est plus l'instabilité sociale qui fait frein mais la langue :

« ...y'a un CMP même quand ils avaient des psychiatres qui refusaient de toute façon d'accueillir ces publics-là ! Pour des raisons d'interprétariat, parce qu'on ne peut pas faire de la santé

mentale avec un interprète... [...] c'est vraiment « on ne peut pas faire du soin psychique correct avec un interprète ! » » (Infirmière PASS Y)

Comme nous l'avions déjà évoqué, certains soignants refusent le public migrant allophone. Il s'agit a priori ici aussi d'une considération théorique du soin, d'un cadre qui dicte, pour les soignants, dans quelle mesure le soin peut s'effectuer correctement. Ici, le soin dans sa conception idéale ne peut pas se faire avec un interprète. Nous ne nous attarderons pas sur les raisons théoriques à ce constat. Il est simplement important pour nous de voir que se dégage ici une certaine idée de la psychiatrie, avec des cadres, des règles et des entités qui entrent dans ces cadres et d'autres non. Albert Ogien évoque une définition de la psychiatrie de certains théoriciens de la manière suivante :

« La psychiatrie se présente sous la forme d'une spécialité médicale qui repose sur un savoir qui fixe des repères stables (diagnostic, symptôme, nosographie, médications, etc.) à toute intervention en ce domaine »²⁷

Cette définition de la psychiatrie et les différents extraits d'entretiens nous poussent, il me semble, à réfléchir au monde psychiatrique et aux cadres qui le définissent. Dans ce monde psychiatrique il existe, comme le précise la définition précédente, des repères stables qui forment la base sur laquelle peut s'appuyer le médecin pour exercer son métier et intervenir en psychiatrie. Dans ce cadre il existe notamment une nosographie (classification des maladies via le DSM ou la CIM) à laquelle les psychiatres peuvent se référer pour exercer. Néanmoins cette nosographie ainsi que tous les repères stables ne sont pas reconnus de la même manière par les praticiens et certaines pathologies par exemple sont plus controversées que d'autres. C'est pourquoi je voudrais maintenant m'intéresser un moment aux états de stress post-traumatique.

2.1.2) L'exemple du traumatisme et de la clinique avec le public migrant précaire

Il ne s'agit pas pour moi de rentrer dans le champ de la théorie psychiatrique ou de travailler et réfléchir sur les différentes pathologies que recouvre le monde psychiatrique, il ne s'agit pas non plus de les remettre en question, il serait présomptueux et déplacé de le faire. Mais il me semblait important de comprendre la place particulière que prend à priori le traumatisme

²⁷ **OGIEN, A.**, *Le raisonnement psychiatrique*, Réponses sociologiques Meridiens Klincksieck, Paris, 1989, p 13.

dans cette nosographie étant donné que, comme les professionnels et psychiatres me l'ont confirmé tout au long de mon stage, les migrants précaires sont souvent porteurs d'un état de stress post-traumatique.

Quand je lui demande si beaucoup de personnes migrantes relèvent de la psychiatrie, le psychiatre de la PASS X me répond la chose suivante :

« Moi j'avais vu l'an dernier à peu près un patient sur 4 qui passait par la PASS, vraiment à la louche mais... sachant que sur la patientèle que j'ai reçue, y'avait à peu près 15 %, entre 15 et 20 % de gens qui avaient une psychopathologie, psychotique, éventuellement dysthymique, autistique c'était essentiellement ça ! Mais c'était massivement des psychotiques hein. Et 80, 85 % de gens n'ont pas d'autres troubles que des troubles post-traumatiques, c'est-à-dire que ce sont des gens plutôt solides et équilibrés sur le plan psychique qui ont vécu des traumatismes absolument épouvantables et qui ont des troubles de l'humeur, du sommeil et... et un état de stress post-traumatique, mais qui sont vraiment très réactionnels. » (Psychiatre PASS X)

Cet extrait d'entretien nous intéresse à plusieurs niveaux. Tout d'abord ce psychiatre nous apprend que d'après ses propres estimations 80 à 85 % des personnes en besoin de soin psychique relèvent d'un état de stress post-traumatique. Sa manière de nous présenter les choses est elle aussi assez intéressante. Il nous évoque dans un premier temps les personnes qui ont une psychopathologie « *psychotique, dysthymique, autistique* » et dans un second temps des personnes « *qui n'ont pas d'autres troubles que des troubles post-traumatiques* ». Cette manière de nous présenter séparément les deux populations nous dit déjà quelque chose du statut à part de l'état de stress post-traumatique dans les classifications des maladies et donc dans la nosographie psychiatrique. Quand nous lui demandons de préciser la différence entre les deux il nous répond ceci :

« ...ça a une place dans la classification des maladies mais ce sont des maladies réactionnelles on va dire, c'est pas des maladies de fond, chroniques... comme peuvent l'être la schizophrénie, la paranoïa ou les troubles bipolaires... et donc du coup ce sont des troubles qui sont un peu fabriqués par les traumatismes endurés » (Psychiatre PASS X)

L'état de stress post-traumatique est donc une pathologie qui est bien répertoriée dans les classifications officielles mais qui a une place à part dans le sens où il ne s'agit pas de maladie de fond mais de troubles fabriqués par les traumatismes endurés. On rejoint ici l'idée précédemment

évoquée de la souffrance psychique due à des facteurs externes et parfois moins légitimes pour les psychiatres. Les propos de cet autre médecin sont aussi très révélateurs du statut particulier de l'état de stress post-traumatique :

« [A propos des SDF] Oui et il y a un grand besoin et avec toutes sortes de pathologies d'ailleurs plus diversifiées que le public migrant où ce sera effectivement des pathologies cliniques traumatiques et post-traumatiques... alors que dans le public précaire il y a vraiment de tout [...]des vraies pathologies psychiatriques avec autrement des addictions, des dépressifs, il y a des profils post-traumatiques, il y a... un vivier psychiatrique et psychologique bien plus dense. »
(Médecin PASS W)

On peut noter dans cette comparaison entre le public migrant et le public précaire (sous-entendu ici SDF) qu'il y a pour ce médecin d'un côté un public qui porte de nombreuses pathologies et de l'autre un public qui porte particulièrement des états de stress post-traumatique. Il me semble que ce qui est particulièrement intéressant c'est la manière dont ce médecin met en vis-à-vis « *pathologies traumatiques* » et « *vraies pathologies psychiatriques* ». Il y a tout d'abord cette même opposition que l'on a trouvée dans l'extrait précédent entre l'état de stress post-traumatique et le reste des pathologies psychiatriques. Mais il y a aussi le terme « vrai » qui est particulièrement frappant dans cet extrait. En effet, de vraies pathologies psychiatriques sous-entendent, il me semble, qu'il y aurait de fausses pathologies psychiatriques ou si ce n'est des fausses en tous cas de « moins vraies » ou « moins authentiques ».

On imagine donc bien, au vu de ce que j'ai essayé de montrer dans la partie précédente, la difficulté supplémentaire que cela peut représenter pour orienter le public migrant précaire. Non seulement les situations dans lesquelles sont pris les migrants sont parfois considérées comme incompatibles avec le soin, mais en plus la pathologie qu'ils portent pour une large part est une pathologie qui, si elle est reconnue dans la nosographie médicale, n'est pas entièrement reconnue comme une pathologie à part entière par l'intégralité de la profession. Effectivement, le traumatisme ayant été induit par la société ou en tous cas par une source externe à l'individu, la solution à ce problème ne relèverait donc pas forcément de la psychiatrie.

On peut noter d'ailleurs à ce propos la jeunesse de la reconnaissance de l'état de stress post-traumatique dans les manuels de classification. Elle intégrera la troisième édition du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* en 1980 sous le nom de « Post Traumatic Stress

Disorder » (PTSD) traduit en français sous le nom d'« Etat de Stress Post-Traumatique » (ESPT)²⁸.

Didier Fassin, dans *L'empire du traumatisme*, explique que l'introduction de cette nouvelle entité clinique dans le DSM fût le « *fruit de négociations et de compromis autour de sa définition et de son interprétation, l'aboutissement d'hésitations et de synthèses sur son nom même* »²⁹ et il ajoute plus loin que « *en effet [le premier critère du PTSD] affirme que n'importe quel individu normal peut souffrir des troubles décrits lorsqu'il est exposé à l'événement réputé traumatique [...] Il n'est plus besoin de chercher une personnalité fragile, puisque les symptômes sont la réaction normale à l'événement.* »³⁰ Cette catégorie nosographique est donc assez unique en son genre puisqu'elle découle intégralement de facteurs extérieurs et les personnes qui en souffrent sont des individus normaux.

La jeunesse de l'état de stress post-traumatique et le caractère particulier qu'il a dans la nosographie médicale font peut-être de lui un « *repère* » moins « *stable* »³¹ que d'autres dans la nosographie médicale. Quand je demande au psychiatre de la PASS X s'il fait des suivis avec les patients qui relèvent de l'état de stress post-traumatique, il me répond ceci :

« *Oui parce que c'est quand même des troubles qui s'installent en général dans une certaine durée, une réelle durée !* » (Psychiatre PASS X)

Il est intéressant de voir que le psychiatre de la PASS X a l'air de se justifier ici pour une part de suivre les patients qui relèvent d'un ESPT. Sa manière de se justifier est aussi peut-être révélatrice d'une légitimité moindre pour un psychiatre à suivre ce type de pathologie.

A l'inverse, certains psychiatres (la plupart de ceux que j'ai rencontrés) considèrent la clinique avec le public migrant comme une « *clinique de l'extrême* » (Madame C, psychiatre libérale) et, paradoxalement peut-être, comme une psychiatrie lourde :

²⁸ JOSSE, E., *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, De Boeck, Ouvertures psychologiques, 304p.

²⁹ FASSIN, D., *L'empire du traumatisme*, Flammarion, Champs essais, 2011, 452p, p 119.

³⁰ *Ibid.* p120.

³¹ OGIEN, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Réponses sociologiques Meridiens Klincksieck, Paris, 1989, p 13.

« Nous on voit de la psychiatrie lourde, même très lourde [...] cette barbarie du monde sauvage, on ne la connaît pas aux urgences habituellement, il faut voir [...] les patients de la Pass pour la connaître hein. » (Psychiatre PASS / Urgences)

Ainsi, la clinique avec le public migrant précaire est pour une part une psychiatrie qui ne correspond pas tout à fait à la psychiatrie classique avec ses nosographies fixes et ses repères stables. Pour certains, les situations dans lesquelles est pris le public migrant précaire ne relèvent pas du tout de la psychiatrie. Mais pour d'autres la clinique avec le public migrant est une clinique de l'extrême dans le sens d'une part où ce public cumule des vulnérabilités et des problématiques qui rendent le soin psychique complexe pour les psychiatres et d'autre part où les histoires de vies de ces personnes sont souvent très violentes (violentes aussi à entendre pour le psychiatre comme je l'aborderais plus loin).

2.1.3) Un public qui bouscule la nosographie psychiatrique

J'ai essayé de préciser la place de l'état de stress post-traumatique dans la nosographie et ce qu'il pouvait avoir de particulier dans celle-ci. Si l'ESPT est reconnu il n'en reste pas moins une pathologie à part pour certains soignants. Mais ce que certains soignants appellent la « clinique de l'exil » ne se résume pas à cet état. Essayons de comprendre dans cette partie de quoi il s'agit et ce que cette clinique peut avoir de débordante pour les cadres psychiatriques et nosographiques actuels. Regardons de plus près la réponse que nous fait le psychiatre de la PASS X :

Vous parliez de la spécificité du travail avec ce public, vous diriez que c'est quoi ?

« Ben... ça s'est présenté à moi quand j'ai commencé de travailler à la PASS... l'impression que je soignais plus des malades mentaux, mais des victimes de la folie du monde... alors c'est pas tout à fait vrai et y'a une petite proportion de patients qui ont des troubles qui sont vraiment... qui relèvent de la maladie mentale, mais la plupart c'est des grandes souffrances psychiques mais liées à une folie qui est une folie politique, une violence politique, une violence sociale extrême, une violence familiale [...] et donc ça met dans une position qui est très atypique. On a toujours appris dans nos cultures professionnelles à soigner des malades, et là tout d'un coup on soigne des gens qui sont plutôt des gens solides pour avoir résisté au traumatisme et au choc de la

migration mais qui arrivent devant nous très très... très déconstruits, défaits et... et défaits d'une manière à laquelle on n'est pas très accoutumés. » (Psychiatre PASS X)

Cet extrait semble intéressant à plusieurs niveaux. Tout d'abord quand ce psychiatre nous dit qu'avec ce public il ne « *soigne plus des malades mentaux mais des victimes de la folie du monde* ». On passe dans ce passage du terme de malade au terme de victime, ce qui implique des choses très différentes. En effet, le malade est celui qui est couramment soigné par le médecin, la maladie que porte le malade trouve une correspondance nette dans la nosographie médicale, on peut intervenir avec lui en tant que médecin en se fiant à des « *repères stables* » en faisant un diagnostic qui fera correspondre des symptômes à une pathologie et à cette pathologie à un traitement. Le médecin est ici l'expert qui effectue cet acte. La source de la maladie peut être obscure et a priori, la plupart du temps, personne n'est « responsable ». La victime quant à elle nous évoque d'emblée l'idée que la personne a subi quelque chose d'une source externe, d'un autre individu en l'occurrence. Il y a en tous cas un responsable, ici la folie du monde. Le public migrant serait donc victime de la folie du monde qui se traduit par de « *grandes souffrances psychiques* » qui, comme nous l'avons déjà remarqué, fait référence au social. De plus, pour un médecin, il est sans doute moins évident de soigner une victime qu'un malade, car le malade correspond au cadre nosographique étant donné qu'il est reconnu et désigné comme malade, alors que la victime ne relève pas forcément de ce cadre. Aussi et comme nous l'avons vu précédemment, soigner les souffrances psychiques d'origine sociale ne va pas de soi pour les psychiatres alors que soigner un malade mental est tout à fait légitime.

Luc Boltanski nous propose une réflexion intéressante à ce propos : « *Soit d'une part les souffrances ordinaires, possédant en quelque sorte une dimension anthropologique, inhérentes, comme on dit, à la condition humaine, comme par exemple, la mort de vieillesse d'un parent aimé. On peut les déplorer tout en leur reconnaissant un caractère inévitable, ce qui les rend politiquement non pertinentes. Et, d'autre part, les souffrances dont on considère qu'elles auraient pu être évitées et pour lesquelles il paraît par conséquent légitime de chercher un responsable...* »³² Ainsi, il y a donc une différence fondamentale entre la victime et le malade. En ce que, comme l'auteur nous le précise, le malade ou ce que l'auteur appelle les souffrances ordinaires ne sont pas politiquement pertinentes comme aucun responsable ne peut être désigné. En revanche, le statut de victime fait entrer tout de suite une dimension politique puisqu'il existe un

³² BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, p. 131

responsable. Et c'est peut être aussi cette dimension politique qui bouscule pour une part le monde psychiatrique.

Ce psychiatre nous le dit clairement : *« on a toujours appris dans nos cultures professionnelles à soigner des malades, et là tout d'un coup on soigne des gens qui sont plutôt des gens solides »*. Il est intéressant de constater la différence entre ces deux publics encore une fois en terme de malades d'un côté et pour ce qui est des habitudes des psychiatres et en terme de gens solides de l'autre côté qu'il est atypique de « soigner ». Effectivement, en principe une personne « solide » n'a pas besoin des services d'un psychiatre. Cet extrait me semble particulièrement révélateur de ce que la lecture des troubles de ce public peut comporter de problématique en psychiatrie. En effet, si ces personnes sont considérées comme solides psychiquement³³, pourquoi nécessiteraient-elles un soin psychiatrique ? Comme nous le confirme ce psychiatre, recevoir et soigner ces personnes met les soignants dans une position *« très atypique »* et peut-être en ce que le repérage de ce qu'il y a à soigner chez des gens « solides » n'est pas si évident que ça.

Pour ce psychiatre les personnes souffrent tout de même d'un polytraumatisme, celui subi dans leur pays d'origine, celui du voyage et celui de l'accueil :

« ...je dis les traumatismes, c'est-à-dire celui qui a poussé à la migration, celui du voyage et celui de l'accueil, c'est vraiment... de l'accueil et puis encore le désaveu quand les gens ont tout à fait les critères de la convention de Genève pour avoir le statut de réfugié et qu'on leur dit ben non on vous croit pas, on trouve qu'il y a des zones d'ombre on trouve que c'est faux... enfin... »
(Psychiatre PASS X)

Il s'agirait donc d'un traumatisme subi dans le pays d'origine, mais aussi dans notre pays à l'accueil. L'accueil des migrants et demandeurs d'asile en France est en effet très précaire, il y a des manques à tous les niveaux : structures d'hébergement, accès aux soins, etc. De plus, comme je l'ai déjà précisé, les migrants faisant une demande d'asile en France sont très peu nombreux à obtenir le statut de réfugié³⁴, ce qui a pour effet de les maintenir dans une très grande précarité et une très grande vulnérabilité parfois pendant des années. C'est sans doute en ce sens que ce psychiatre parle du traumatisme de l'accueil et du « désaveu » produit par l'absence de reconnaissance des traumatismes subis. Il est intéressant de noter que pour ce psychiatre (comme

³³ Propos que j'ai entendu à plusieurs reprises par plusieurs psychiatres différents

³⁴ Voir statistiques Annexe 3 page 128

pour beaucoup de ceux que j'ai rencontrés) l'absence de reconnaissance du préjudice subi par les services de l'état et qui passe par l'obtention du statut de réfugié crée un autre traumatisme. Ainsi, pour certains psychiatres, l'état a une part de responsabilité dans la souffrance des migrants précaires : « *Oui, alors faut les soigner de ce qu'ils ont vécu et de ce qu'on est en train de leur faire...* » (Monsieur A, psychiatre libéral) Soigner ce que l'état est en train de leur faire fait entrer une dimension très politique dans le soin qui peut en partie expliquer un des obstacles à la prise en charge du public migrant précaire par les psychiatres (libéraux notamment), et que nous essayerons de comprendre plus loin dans ce mémoire. Aussi, la reconnaissance du traumatisme subi peut être un acte véritablement soignant : « *[troubles] qui s'amende d'autant plus qu'on les reconnaît, qu'on reconnaît la réalité du traumatisme, du préjudice subi...* » (Psychiatre PASS X)

Il s'agit aussi pour certains psychiatres d'une clinique qui fait peur :

« *...c'est une clinique qui fait peur, avec un interprète de toute façon c'est toujours compliqué une consultation avec un interprète ! Parce que... alors moi je l'ai connu avec des interprètes qui étaient pas de la même... avec des Tchétchènes et des Russes par exemple, ça peut être très vite compliqué parce qu'ils sont pas forcément du même, y'a quand même un risque de conflit, au niveau historique hein, même si ces personnages... et donc en gros on dit pas tout parce qu'ils pourraient nous retrouver après... enfin voilà ! Enfin nous on est un peu à l'ouest dans ces trucs-là, on ne comprend rien...* » (Madame D, psychiatre libérale)

Dans cet extrait, c'est la dimension culturelle qui est source de peur et de complexité. Effectivement, ce psychiatre nous explique que la clinique avec un interprète peut faire peur car elle met en relation plusieurs personnes parlant la même langue et que des problématiques culturelles qui échappent au clinicien peuvent être en jeu. Plus généralement la présence de l'interprète et le fait d'être « à l'ouest » avec les problématiques culturelles auxquelles « on ne comprend rien » peut être source de perte de contrôle du soignant dans la relation de soin. C'est aussi plus généralement aussi une perturbation de la relation de soin classique que de laisser entrer dans la relation de soin une troisième personne. Ici, ce n'est pas directement la nosographie dont il est question, mais plutôt du cadre de soin, modifié par une relation tripartite qui rend celui-ci problématique, notamment pour le soignant.

Le public migrant bouscule donc d'une certaine manière la nosographie en ce sens que les troubles dont il est porteur ne sont pas des troubles auxquels les psychiatres sont « accoutumés ».

Il peut donc y avoir véritablement des obstacles au niveau de l'accès au soin pour le public migrant précaire en raison de la non reconnaissance des souffrances psychiques et pathologies qu'ils portent avec eux. Dire qu'un migrant ne relève pas de la psychiatrie comme nous l'avons vu plus en amont, c'est aussi dire que ce dont il souffre ne correspond pas à la représentation que le psychiatre se fait de son métier. Il est d'ailleurs très parlant de constater que l'orientation ne pose aucun problème pour des migrants précaires qui ont été repérés comme malades mentaux et donc appartenant à une nosographie identifiée :

« Alors quand il y a des vrais pathologies, très lourdes, vraiment, un patient qui a une schizophrénie avec une forme aiguë, on a pas de soucis, mais par contre voilà tout ce qui est post-traumatique il n'y a pas de relais, surtout quand le patient manie pas la langue française et n'a pas de domicile » (Psychiatre PASS / Urgences)

Il est très intéressant de constater avec cet extrait d'entretien que les migrants repérés comme « vraiment » malades, ce qui sous-entend une pathologie nosographique identifiée (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) trouvent un accès au soin rapidement, contrairement à ceux qui relèvent d'un état de stress post-traumatique. On voit donc bien ici ce que la non reconnaissance de la clinique avec le public migrant précaire et de l'état de stress post-traumatique peut créer comme obstacles à l'accès au soin psychique des migrants précaires.

Il est aussi particulièrement intéressant de percevoir que la catégorie de migrants n'est peut-être plus opérante quand une pathologie psychiatrique est repérée. Ainsi, dans l'extrait, c'est bien la pathologie de la personne qui permet ou non son orientation vers la psychiatrie et non le fait qu'il soit migrant. Ceci nous pousse il me semble à nous interroger une nouvelle fois sur la catégorie de migrants et sur ce qu'elle recouvre ou non de spécificité³⁵. C'est ce que nous essayerons de faire dans le chapitre qui suit.

³⁵ Ce n'est pas l'objet ici et mes matériaux ne me permettent pas de le voir, mais il aurait été intéressant de comprendre ce qui se joue au niveau des catégories, dans la prise en charge psychiatrique, une fois qu'un « migrant » a été repéré comme « schizophrène » (par exemple). En effet, devient-il, dans la manière qu'on les soignant de le cadrer, un « migrant schizophrène », reste-t-il un « migrant » ou est-ce que le cadrage médical seul de « schizophrènes » devient pertinent ?

2.2) Le public migrant précaire et le soin psychique : une spécificité ?

Je voudrais m'interroger dans cette partie sur la catégorie de migrants telle qu'elle est utilisée par les soignants et les professionnels des structures d'accueil des migrants précaires. Il s'agit à chaque fois de parler du public migrant au pluriel, comme si celui-ci représentait une entité faite d'un bloc. Nous avons vu précédemment comment un cadrage de l'individu pouvait se faire à partir d'une population³⁶ et que ce cadrage permettait d'attacher des caractéristiques aux individus simplement vis-à-vis de leur appartenance à un groupe. Il s'agit maintenant de réfléchir à l'utilisation de la catégorie de migrants spécifiquement dans le champ du soin et d'essayer de comprendre en quoi cette catégorie est pertinente, ou non, pour un soignant. Dit autrement, il s'agira dans cette partie de décortiquer l'idée que le public migrant représente une spécificité au niveau du soin.

2.2.1) Le migrant comme tout-venant

Je voudrais d'abord dire qu'il y a une tendance pour certains psychiatres à ne pas vouloir faire du public migrant un public spécifique au niveau du soin. C'est le cas de Monsieur A (psychiatre libéral) quand je lui demande s'il y a des spécificités à ce public :

« Je sais pas si y'a des spécificités... j'ai pas l'impression qu'il y en ait ! Y'a des cumuls de problématiques... ce qui n'est pas la même chose ! La migration c'est pas une maladie, y'a pas de pathologie de la migration mais dans la migration y'a des cumuls de difficultés, des cumuls d'embûches... qui sont extrêmement variés mais qui pour moi ont de l'universel hein ! Être obligé de changer, être en rupture avec... » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Dans ce passage, ce psychiatre me répond tout de suite qu'il n'y a pas forcément de particularité et que la migration n'est pas une pathologie. Cette façon de me répondre traduit il me semble une volonté de préciser que la catégorie de migrants n'est pas un terme pertinent médicalement. La migration en elle-même ne mérite pas un soin particulier mais la migration amène avec elle des cumuls de difficultés qui peuvent se traduire par de la souffrance psychique et mériter alors une prise en charge psychiatrique. La suite de l'extrait est intéressant dans le sens où on voit bien

³⁶ Partie 1.3.2, page 42

comment ce psychiatre cherche à sortir les personnes de leur catégorie de migrants en les rattachant à de l'universel c'est-à-dire à un monde commun. Il y a donc une certaine volonté de déspecifier ces personnes de leur attache en terme de migrant et de les faire entrer dans un universel. La catégorie de migrants n'est donc pas pertinente pour ce qui est du soin puisque les situations dans lesquelles sont pris les migrants peuvent concerner n'importe qui, mais ce psychiatre critique aussi dans ses propos la manière dont la catégorie de migrants ne rend pas compte des particularités individuelles :

« *On connaît les gens que dans la rencontre individuelle, là déjà de dire les migrants c'est...* »
(Monsieur A, psychiatre libéral)

Si on ne connaît les gens que dans la rencontre individuelle, le terme de migrant ne peut pas être pertinent au niveau du soin. Il y a peut-être ici une considération de l'individu comme sujet particulier, ce n'est pas la catégorie de migrants qui contient des particularités mais le sujet individuel. Il n'y a donc pas présupposition a priori du genre d'être que l'on va rencontrer avec la seule désignation « migrant » et ce n'est donc pas réduire les caractéristiques de l'individu à sa catégorie. Ainsi, si on ne connaît les gens que dans la rencontre individuelle, la catégorie de migrants n'est donc pas pertinente au niveau du soin psychique, d'autant plus qu'en psychiatrie le sujet individuel est au centre de l'attention.

Dans la même idée, ce psychiatre reformule ma question pour m'orienter sur une autre manière de considérer le type de public qu'il reçoit. Quand je lui demande quel type de patients il reçoit, il me répond :

« *Mais globalement c'est... j'ai pas de... voilà ce sont des gens... [...] mon champ de travail c'est la souffrance psychique, à partir de là c'est ouvert ! Après faut que ça puisse correspondre à la demande, quand on me dit je voudrais, je sais pas... j'ai des phobies je voudrais... je suis agoraphobe je sais pas quoi claustrophobe et je voudrais un truc et je vois que ça demande des conditions comportementales je l'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... donc euh... voilà c'est... donc c'est très large donc de fait les migrants pas migrants, précaires pas précaires on le replace là-dedans... j'ai des gens qui sont à la rue... »* (Monsieur A, psychiatre libéral)

On voit bien comment dans cet extrait le psychiatre recadre l'échange et reformule ma question de départ. La question ne se pose pas pour lui en termes de type de patients mais en termes de type de demandes. Pour lui tous les individus sont susceptibles d'être admis en consultation selon leur demande. Si cette demande de soin entre dans le cadre de soin correspondant à la conception du soin de ce psychiatre, ce dernier répondra favorablement à cette demande. Si la demande ne correspond pas, il redirigera sur un autre psychiatre qui aura les compétences de répondre à la demande du futur patient. Dans cette logique les catégories de patient migrants ou le patient précaire n'ont aucune influence sur l'accès au soin. Il nous précise d'ailleurs que :

« En même temps au téléphone je demande jamais aux gens... je sais pas, vous faites partie du corps enseignant, vous êtes plombiers ? Vous êtes migrants ? Ça m'intéresse pas hein ! »
(Monsieur A, psychiatre libéral)

La question ne se pose donc pas en termes de population mais en termes de possibilité pour ce psychiatre de répondre à la demande des personnes (des individualités). Aussi, il y a de la part de ce psychiatre une manière particulière de considérer l'individu dans ce passage comme tout-venant, en tant qu'il pourrait être « *n'importe qui* » ou « *tout un chacun* »³⁷ l'intégrant ainsi pour une part à un monde commun³⁸.

Vis-à-vis du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires, il ressort de ce passage un élément intéressant. Il n'est donc a priori pas forcément pertinent pour ce psychiatre de dire quel type de patient pouvez-vous recevoir, mais peut-être à quel type de demande pouvez-vous répondre ? Ainsi la formulation vis-à-vis des psychiatres libéraux pourrait être moins sensible si on leur demande s'ils prennent des personnes en souffrance psychique, atteintes d'état de stress post-traumatique plutôt que de leur demander s'ils sont prêts à accepter des migrants en consultation.

Il est important de constater que si ce psychiatre ne trouve pas que la catégorie de migrant est pertinente au niveau du soin, les professionnels du champ de l'asile et du soin lui envoient des migrants parce qu'ils savent qu'il prend des migrants en consultation : « *Euh... et du coup on m'a envoyé des migrants parce qu'ils étaient migrants !* » (Monsieur A, psychiatre libéral) Ceci implique donc le fait que la relation entre un psychiatre et ses patients est aussi organisée par

³⁷ JOSEPH, I., L'athlète moral et l'enquêteur modeste, Etudes sociologiques, 2007, 496p, p217.

³⁸ Nous reviendrons plus loin sur cette idée.

d'autres acteurs institutionnels et associatifs. Aussi, le psychiatre (en libéral notamment) n'est donc pas seulement quelqu'un qui fait du soin mais aussi quelqu'un qui est repéré à faire du soin avec tel ou tel public.

La catégorie de migrants n'est donc pas forcément pertinente dans le soin et ne comporte, d'après ce psychiatre, pas de spécificité particulière. Je voudrais utiliser la partie suivante pour illustrer, toujours avec les arguments de ce psychiatre, comment cette spécificité du migrant peut être comprise autrement.

2.2.2) D'une spécificité du migrant à une spécificité du traumatisme

Il est intéressant de préciser et de réfléchir à la manière dont j'amène dans mes entretiens les catégories de migrants et de migrants précaires et comment, en posant certaines questions, j'influence indirectement les réponses de mes interlocuteurs. On peut prendre l'exemple de l'entretien réalisé avec Monsieur A (psychiatre libéral) et dans lequel je cherche absolument une spécificité au public migrant en termes de soin. Non seulement j'amène dans l'entretien la catégorie de migrants mais en plus je sous-entends que ce public aurait une spécificité au niveau du soin. Mais ce que je voudrais présenter ici, c'est la manière qu'a ce psychiatre de reformuler mes questions et de me proposer d'autres modalités qui lui semblent plus justes. Ainsi dans l'entretien il y a une reformulation de ce que je pose comme particularité du migrant en une particularité du traumatisme :

«...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 très seul ! A entendre des choses euh... très très 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 ! Alors du trauma on en entend hein ! En ce moment voilà c'est beaucoup de... victimes d'agressions sexuelles ! Bon c'est aussi du trauma voilà... euh... la question même du trauma elle est de comment on fait pour continuer à penser, à fonctionner hein ! Dans une position similaire au patient hein ! Continuer à vivre, à faire, à fonctionner, et quand on est dans ce type ... je sais pas comment dire, quand on est dans ce type de soin c'est aussi comment on doit réfléchir en tant que professionnel, comment on 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 ! » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Il me semble que l'on voit bien, dans cet extrait, comment c'est le traumatisme qui est rendu particulier : « *c'est la particularité du trauma quoi...* ». Ce qui fait ici la particularité dans le soin ce n'est donc pas le fait que les personnes soient migrantes mais la pathologie qu'elles portent. La question du traumatisme est d'ailleurs commune et rencontrée régulièrement par ce psychiatre : « *Alors du trauma on en entend hein !* ». Pour lui l'état de stress post-traumatique est particulièrement difficile à gérer dans le sens où ce traumatisme a la puissance d'imposer un mode de relation : « *fige les pensées* », « *vient interdire les représentations* ». Ce mode de relation créé par le récit de l'histoire traumatique fait violence au psychiatre comme au patient. On voit dans l'extrait comment cet état de stress post-traumatique oblige le psychiatre à faire un effort supplémentaire dans sa profession pour « *continuer à penser, à fonctionner* ». Ici, la puissance du traumatisme est telle qu'elle se transmet du patient au soignant : « *c'est la particularité du trauma quoi... d'être pris par l'horreur de l'autre...* ». Ce traumatisme est donc particulier pour ce psychiatre en ce qu'il lui fait violence. Ainsi dans cet extrait on passe d'une particularité du migrant à une particularité de la pathologie qu'il porte.

Mais c'est notamment la redondance de ce traumatisme dans le soin qu'amène le public migrant précaire qui crée une difficulté : « *Encore une fois hein... je ne suis pas en capacité tout seul d'entendre ce type de récit dix fois par jour !* » Ainsi la question de l'état de stress post-traumatique est complexe à gérer, elle est puissante et contamine en quelque sorte le psychiatre. Mais avec le public migrant vient la multiplication de ces histoires traumatiques qui deviennent impossibles à gérer pour un psychiatre isolé.

Notons que le traumatisme est d'autant plus complexe et il fige d'autant plus les pensées que le psychiatre en libéral est isolé. En effet, avec l'état de stress post-traumatique il y a très vite un vécu de solitude dans le sens où celui-ci impose au soignant un mode de relation qui fait violence. Pour Monsieur A, pour lequel les migrants représentaient parfois la moitié de sa clientèle il y avait donc une nécessité d'extérioriser le récit de ces traumatismes d'une manière ou d'une autre. La particularité du traumatisme est alors peut-être la nécessité d'un cadre de traitement un peu plus collectif pour que le soignant puisse gérer la « puissance » de ce traumatisme. Un autre psychiatre en libéral que j'ai pu rencontrer parlait de cette difficulté au niveau de la profession libérale de recevoir les patients « *sans filtre* » (Monsieur E, psychiatre libéral) ce qui constitue une

difficulté supplémentaire par rapport à la psychiatrie publique où la prise en charge est automatiquement plus collective. Il y a ici l'idée que l'institution peut protéger de certaines choses.

Cette difficulté liée au traumatisme oblige les psychiatres en libéral qui prennent déjà des migrants précaires à se protéger du poids du traumatisme qu'ils portent souvent et notamment en réduisant le nombre de patients migrants qu'ils prennent en consultation. Cela peut sans doute constituer une raison de refus de patient migrant car, sachant que ce public est souvent porteur de ce genre de troubles, il pourrait y avoir une forme de protection des psychiatres qui anticipent la difficulté d'une clinique avec des patients porteurs d'état de stress post-traumatique.

L'état de stress post-traumatique en lui-même n'est pas spécifique au public migrant, cette psychiatre sait d'ailleurs bien le gérer :

« Après sur le trouble psychique en lui-même ben je pense que c'est tous les troubles traumatiques et tous les troubles dépressifs et ça je pense que je sais faire ! » (Madame C, psychiatre libérale)

Le traumatisme est donc connu par les psychiatres et certains d'entre eux savent soigner cette pathologie, mais celle-ci présuppose des difficultés particulières et notamment, comme me le précisera le Monsieur A, psychiatre libéral, pour ceux qui n'en ont pas l'habitude. Il s'agit donc en définitive, et pour une part, d'une spécificité du traumatisme qui crée une difficulté de prise en charge et non de la personne migrante qui serait en elle-même spécifique et qui amènerait avec elle une pathologie complètement inconnue.

Point méthodologique : il est intéressant de voir comment les personnes répondent à mes questions dans les entretiens que j'ai menés. Effectivement les réponses de mes interlocuteurs reposent sur un double registre, sur leurs expériences et leurs réflexions, mais aussi sur le sens de l'interaction avec moi pendant l'entretien. Au vu de ce que j'amène dans l'entretien, avec la catégorie de migrants notamment et l'idée d'une orientation vers les psychiatres libéraux, mes interlocuteurs se retrouvent dans une double posture. D'une part je leur demande de me parler de leur activité en libéral et d'autre part je les intègre à la réflexion qui est la nôtre sur les « bonnes » manières de sensibiliser les psychiatres en libéral. Dans les entretiens je les sollicite donc aussi comme partie prenante de la recherche. Cela a pour effet que mes interlocuteurs font des efforts de spécification de ce qui se passe quand la question de l'accès au soin psychique se pose sous l'angle de la

migration. De ce point de vue cet extrait d'entretien avec une psychiatre libérale inconnue de l'Orspere est intéressant :

« Euh... [pause] Ben disons que euh... un patient euh... je, je le reçois en consultation, je suis en lien avec le médecin généraliste qui me l'a adressé et éventuellement quand ça se passe dans le cadre de la coordination des soins, mais je suis pas en lien je dirais très régulièrement avec le médecin traitant ! Bon, je, je lui adresse un courrier après la première consultation euh... pour l'informer que j'ai rencontré le patient, éventuellement du traitement que je propose, etc. et puis je dirais que par la suite je suis en lien si y'a euh... quelque chose de particulier dans le suivi du patient, ou des modifications de traitement ou une hospitalisation qui se met en place mais c'est quand même très ponctuel, et euh... donc ça n'est pas très exigeant en terme de... de temps disponible... là je pense que ça se pose différemment pour une personne en situation de précarité euh... et avec cette prise en charge je dirais globale qu'il est je pense indispensable de proposer à des personnes qui euh... qui sont dans des situations d'exil euh... voilà ! »

Dans la fin de cet extrait on voit comment cette psychiatre essaye de faire avec moi un travail de recherche de ce que le public précaire/migrants peut avoir de spécifique dans l'accès aux psychiatres libéraux. La structure de son discours est très intéressante : quand je lui demande de spécifier par rapport au public elle part d'abord de son expérience personnelle avec ses patients « fragiles » « *un patient euh... je, je le reçois en consultation, je suis en lien avec le médecin généraliste qui me l'a adressé* », puis ensuite elle m'explique pourquoi ça fonctionne avec ce type de « public » : « *ça n'est pas très exigeant en terme de... de temps disponible...* ». Puis dans la fin de l'extrait elle m'explique enfin pourquoi la personne en situation de précarité est différente du reste du public du fait de la « prise en charge globale » et donc du temps supplémentaire de prise en charge qu'elle demande : « *avec cette prise en charge globale [...] indispensable [...] à des personnes [...] dans des situations d'exil* ». On voit bien ici comment cette psychiatre essaye de raisonner dans une logique de sens commun pour que cette question de l'accès aux soins des migrants soit pertinente. Ici, parler de public fragile, puis de précaire, puis enfin de personnes en situation d'exil est une manière de faire un effort de raisonnement sur ce qu'il pourrait y avoir de spécifique du côté des migrants au niveau du soin.

2.2.3) Ce dont souffrent les migrants, ce qui rend le soin « particulier »

L'état de stress post-traumatique comporte donc ses particularités mais le public migrant n'est pas toujours traumatisé, de la même manière qu'il n'est pas toujours un public allophone ou à la rue. Utiliser la catégorie de migrants pour désigner ces différentes situations et ces différents états revient pour une part à essentialiser ce qui constituerait le propre du public migrant. C'est pour une part ce que j'amène dans mes entretiens involontairement en essayant de corréler ce public à des souffrances particulières. Mais comme je l'ai déjà montré certains psychiatres me rappellent à l'ordre :

« Ben je pense de... de situations très différentes je pense ! En fonction des personnes, je suis pas sûr qu'on puisse mettre un mot seulement, un terme sur ce dont ils peuvent souffrir ! Je pense qu'il doit y avoir des situations différentes en fonction des personnes, de leur vécu, de leurs histoires euh... oui des syndromes post-traumatiques certainement certains doivent en souffrir, de dépression, d'état anxieux, de... enfin... » (Madame B, psychiatre libérale)

Dans cet extrait, ce psychiatre nous précise qu'on ne peut pas mettre un mot seulement sur la souffrance des migrants, il y a une volonté de sa part de ne pas essentialiser ce dont ils souffrent, même s'il y a certaines tendances (*traumatisme, dépression, état anxieux*, etc.). Ce dont ils souffrent n'est pas spécifiable en connaissant seulement leur situation de migrant, il faut connaître leur vécu, leur histoire. On voit encore une fois ici que la catégorie de migrant n'est pas forcément pertinente dans le soin mais aussi comment cette psychiatre a une volonté de considérer la personne comme un sujet avec un passé, une histoire, un vécu. Ce dernier est d'ailleurs d'autant plus important à comprendre pour ce psychiatre que c'est celui-ci qui peut créer une forme de particularité chez ce public :

« Ah ben je pense que... euh... ce sont des pathologies qu'on peut retrouver chez d'autres personnes mais avec quand même la particularité je dirais d'un vécu particulièrement difficile lié à leur exil ! Et aux conditions dans lesquelles ça se met en place pour eux aussi quand la difficulté de se retrouver dans un pays étranger et... euh... donc avec une situation quand même qui est particulière mais je dirais qu'en terme de pathologie euh... je pense pas qu'il y ait de pathologie spécifique dont souffriraient ces personnes-là ! » (Madame B, psychiatre libérale)

Ainsi, les pathologies que portent les migrants précaires ne sont pas inconnues, on les retrouve chez d'autres (sous-entendu chez les non migrants), mais c'est le vécu « particulièrement difficile lié à leur exil » qui crée une spécificité au public migrant précaire. Il y a donc un lien qui est fait entre le vécu et la situation d'exil. Le vécu n'est pas neutre, il n'est pas vide dans le sens où il est chargé par toutes sortes de difficultés. Voici ce que ce psychiatre me répond quand je lui demande si une prise en charge en psychiatrie pour ce public est pertinente :

« Je pense que c'est tout à fait pertinent, euh... c'est quand même, je pense, pour avoir lu, pour m'être intéressé à ces questions euh... des personnes qui ont quand même des vécus très douloureux, voir catastrophiques qui se retrouvent en situation d'exil euh... de deuil souvent, de... de rupture avec leur pays, leur culture donc je pense que y'a certainement beaucoup de personnes en souffrance psychique et qui... qui auraient besoin effectivement d'un soutien psychologique, voir psychiatrique oui... » (Madame B, psychiatre libérale)

L'exil opère donc au niveau du vécu une matière à travailler pour un psychiatre puisque c'est de ce vécu particulier « douloureux, catastrophique » que découle une souffrance psychique qui nécessitera une prise en charge psychique. Ici on peut imaginer avec Nicolas Dodier que ce psychiatre imagine à partir de la situation d'exil des univers de possible :

« [Le médecin] balaie, à partir du mot, un univers possible. Le terme employé par le salarié définit une activité type ; le médecin associe à cette caractérisation une collection d'êtres pertinents. Ses questions visent alors à éprouver si, dans ce cas particulier, on trouve effectivement ces êtres possibles »³⁹

Il s'agit dans cet extrait du monde du travail et des conditions de travail de salariés. Mais on peut imaginer que le fonctionnement de notre psychiatre est le même. Le terme exil est ici un opérateur que le médecin va utiliser pour balayer un univers possible et imaginer quels peuvent être les êtres et les entités que la personne a pu rencontrer par rapport à sa situation d'exil. Le médecin imagine donc à partir du repère « exil » ce que la personne a pu vivre. La fin de l'extrait de Nicolas Dodier retrouve les paroles de notre psychiatre dans le sens où c'est seulement dans la rencontre individuelle, « dans ce cas particulier », qu'on pourra savoir si on retrouve chez ce patient la liste

³⁹ DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, p73.

de possibles qu'on aura imaginés. Pour ce psychiatre le constat d'un vécu lié à l'exil est donc potentiellement pertinent dans sa manière d'appréhender le patient et ce dont il souffre⁴⁰.

Les propos des psychiatres laissent donc apparaître que la catégorie de migrant n'est pas un opérateur pertinent dans le soin. Mais en insistant un peu avec le Monsieur A, psychiatre libéral, toujours sur d'éventuelles particularités du public migrant, il me répondra ceci :

« A part que rentre beaucoup dans le... dans ce champ-là les questions de précarité de mode de vie euh... voilà ! De ce à quoi ils sont exposés ! On n'est pas dans la pure substance psychique, on n'est pas... voilà ! Pour le coup aux prises avec la réalité dans ce qu'elle a de plus cru et de plus présent, « j'ai pas mangé, je sais pas où je vais dormir, j'ai pas de papier » » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Ainsi, ce psychiatre nous précise qu'entrent beaucoup dans la relation de soin avec le public migrant précaire les questions de précarité. Cela se traduit pratiquement par des demandes ou des plaintes que le psychiatre n'a pas forcément l'habitude de gérer *« j'ai pas mangé, je sais pas où je vais dormir, j'ai pas de papier »*. Et non seulement le psychiatre n'a pas l'habitude de les gérer mais surtout ces demandes n'entrent pas dans le monde psychiatrique avec ses règles et ses pathologies définies. Comme le précise ce psychiatre qui reçoit beaucoup le public migrant précaire : avec ce public *« on n'est pas dans la pure substance psychique »*.

Il y a peut-être ici une complexité par rapport au métier de psychiatre, car comme nous l'avons vu précédemment⁴¹ la correspondance entre le social et le monde psychiatrique ne se fait pas toujours facilement. Avec ce public, c'est la précarité actuelle qui en plus du vécu *« particulièrement difficile »* crée des situations problématiques. Dans ce contexte, le social se mêle au soin et inversement et, comme nous l'explique le rapport de synthèse du réseau Samadarra de 2012, il peut y avoir une demande inversée. Il s'agit en résumé du fait de faire des demandes de l'ordre du social à des soignants et de partager ses souffrances avec les travailleurs sociaux. Le rapport de Samdarra nous précise que *« cette attitude peut être particulièrement déstabilisante pour certains »*

⁴⁰ Ce n'est pas l'objet ici, mais il aurait été intéressant de comprendre quelle exploration du patient est faite par ce psychiatre dès lors que ce dernier pense que l'exil y est pour quelque chose dans la souffrance de la personne.

⁴¹ Partie 2.1.1, page 51

soignants non sensibilisés qui peuvent considérer cette demande comme ne relevant pas de leurs compétences, la personne ne semblant pas avoir besoin de soins psychiques »⁴².

La précarité actuelle du migrant est donc une difficulté dans le sens où celle-ci « déborde » sur le soin. Ce constat crée peut-être dans les propos de ce psychiatre quelque chose qui serait un peu de l'ordre d'une spécificité. Il en va de même dans cette description de ce psychiatre de la difficulté de fixer un diagnostic avec un public allophone :

« ...mes collègues généralistes ils savent bien comment y'a... moins y'a d'accès à la langue par exemple, et plus t'es dans la panade pour expliquer que ça va pas avec des mots, plus t'es dans l'inflation des symptômes, plus t'es dans l'inflation des symptômes moins tu peux être dans la parole et moins t'es dans la parole plus t'es dans le symptôme, les deux sont liés et plus tu vas faire des examens... Bien entendu qu'un type que tu comprends pas trop par l'interrogatoire médical t'arrive pas à comprendre ce que c'est et quand il te parle de maux de tête, quand bien même tu penses que c'est en lien avec une dépression, un traumatisme ou un machin tu vas finir par la lui faire l'IRM, parce que t'as bien le droit d'avoir un traumatisme et une tumeur au cerveau ! Et tu vas le faire d'autant plus que ça te met dans l'insécurité parce que tu ne comprends pas toi-même ! Donc oui tu vas être dans une espèce d'escalade, donc oui avec les migrants tu vas être dans beaucoup, beaucoup d'examen complémentaires ! Donc il va y avoir la représentation, je le vois quand je parle avec eux, y'a tellement de symptômes somatiques avec les migrants » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Cet extrait paraît intéressant en ce qu'il nous montre autre chose qui peut être de l'ordre de la spécificité avec le public migrant. Ainsi, l'impossibilité de communiquer rend le diagnostic très complexe et modifie donc la relation de soin en la rendant plus problématique. Il est important de voir dans ce passage que le fait de ne pas parler la même langue met le médecin dans une situation d'incompréhension. D'une part de ce que la personne voudrait dire pour décrire ses symptômes et qui permettrait au médecin de poser un diagnostic plus facilement, et d'autre part il y a une incompréhension médicale générale de ce dont souffre la personne. Cette dernière met d'ailleurs le médecin dans une « insécurité » qui l'oblige à multiplier les examens complémentaires pour être sûr du diagnostic.

⁴² VIGNAL, M., GENY-BENKORICHI, M., *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, Réseau Samdarra, Avril 2012, p30.

Au terme de ce chapitre, plusieurs éléments d'importance doivent être mis en avant. Tout d'abord il semble primordial de rappeler que, si le terme de *migrant* est utilisé par les professionnels (travailleurs sociaux, soignants) et par nous-mêmes dans le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des *migrants* précaires, cette catégorie ne suffit pas à épuiser la multitude des particularités individuelles auxquelles elle fait référence. C'est d'ailleurs ce que nous rappellent certains psychiatres en nous précisant que ce terme n'est pas forcément pertinent au niveau du soin et avec dans leurs propos une certaine volonté d'intégrer ce public « migrant » à un monde commun⁴³. Comme me l'a précisé le Monsieur A, la migration n'est pas une maladie mais dans la migration il y a des cumuls de problématiques. Ces problématiques émergent non pas intrinsèquement du fait que la personne *est migrante* mais du fait des situations multiples que crée sa situation de migration. Il semblerait donc judicieux, pour désigner des spécificités ou des problématiques particulières, de ne pas parler de migrant mais de migrant pris dans telle ou telle situation : migrant allophone, migrant en demande d'asile, migrant précaire, etc. Ce qui est désigné sous le terme de migrant est peut-être une figure stéréotypique du cumul de ces différentes problématiques. Mais ce qui crée les différentes problématiques dans l'accès au soin c'est bien à chaque fois une ou des situations spécifiques : l'instabilité sociale ne permet pas la prise en charge (situation de précarité), on ne peut pas faire de soin psychique avec interprète (situation dans laquelle la personne ne parle pas la langue), etc.

2.3) Étirer la nosographie, concevoir le soin autrement

La prise en charge en psychiatrie des problématiques de santé créées par les situations dans lesquelles sont souvent pris les migrants précaires semble donc particulièrement difficile pour les multiples raisons que j'ai essayé de documenter jusqu'à maintenant. Mais certains psychiatres (libéraux notamment) prennent en charge ces personnes avec les problématiques que leurs situations impliquent. Il s'agit pour moi dans cette partie de m'intéresser de plus près à ces psychiatres dans le but de comprendre quelle logique de soin est mise en place par eux et ce qu'implique en définitive de prendre en charge le *public migrant précaire*. Je m'intéresserais notamment à deux psychiatres libéraux qui ont une large expérience avec ce public, il s'agit de Monsieur A et Monsieur E (psychiatres libéraux)

⁴³ Je développerais cette idée ultérieurement

2.3.1) Elargir le soin, être ouvert à la réalité de l'autre

Nous avons vu dans une partie précédente⁴⁴ et tout au long de ce chapitre comment le public migrant précaire et les situations qu'il amène peuvent bousculer les cadres classiques de la conception du soin psychique. Mais comment font les psychiatres qui reçoivent ce public, qu'est-ce qui chez eux permet le soin psychique avec ce public-là ? Pour illustrer cela, cet extrait d'entretien est particulièrement intéressant :

« Moi je suis bien d'accord que quand tu n'as pas mangé tu élabores rien du tout ! Je suis bien d'accord ! Est-ce que pour autant je devrais dire « ben mangez d'abord et puis je te recevrais après ? » Ben non je fais pas comme ça... c'est la réalité de l'autre hein quand même ! Alors je vais pouvoir m'y mettre à cette réalité ou je veux pouvoir la ramener dans mon cadre ? Ou je vais bouger un peu ? Mais je suis tout à fait d'accord qu'il faut être en sécurité matérielle, etc., etc. avant de pouvoir commencer à traiter quelque chose, c'est complètement justifié mais c'est pas parce que ces conditions ne sont pas là que je vais dire à la personne « je vous reçois pas parce que... » je vais pas y mettre ce type de préalable là ! Ça veut dire que je suis pas dupe hein, que je vais pas faire un truc euh... mais on est pas dans l'idéal ! » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Ce que l'on remarque dans un premier temps dans cet extrait, c'est la manière dont ce psychiatre nous invite à être ouverts à la réalité de l'autre. Cette réalité, en ce qui concerne les migrants précaires, c'est par exemple celle de n'avoir pas mangé ou de n'avoir pas de logement avant de venir en consultation. On voit comment ce psychiatre, même conscient que les conditions matérielles sont un prérequis à un soin psychique idéal, ne peut pas refuser l'accès à son cabinet à des gens qui ne remplissent pas ces conditions. Il accepte de ne pas faire un soin psychique idéal étant donné que la situation de la personne n'est pas « idéale » elle non plus. S'adapter à la réalité de l'autre c'est donc prendre acte des conditions et des situations sociales qui l'obèrent et « faire avec » ces conditions pour effectuer un soin. Le migrant précaire étant dans des situations de précarité importantes, le soin ne sera pas idéal puisque vont venir s'interposer dans celui-ci la réalité sociale « dans ce qu'elle a de plus présent » :

« On est pas dans la pure substance psychique, on est pas... voilà ! Pour le coup aux prises avec la réalité dans ce qu'elle a de plus cru et de plus présent, « j'ai pas mangé, je sais pas où je vais dormir, j'ai pas de papier » » (Monsieur A, psychiatre libéral)

⁴⁴ Partie 2.1.3, page 59

Il s'agit pour ce psychiatre de ne pas rejeter une personne en souffrance psychique sous prétexte qu'il ne répond pas à un idéal de soin psychique. Il est également intéressant de constater que Monsieur A nous parle d'un cadre psychiatrique auquel la réalité du migrant précaire ne correspond pas forcément : « *Alors je vais pouvoir m'y mettre à cette réalité ou je veux pouvoir la ramener dans mon cadre ?* » Il y a donc deux possibilités offertes par cette proposition. Il s'agirait soit de se « mettre à la réalité de l'autre » et donc de laisser entrer dans le soin les problématiques d'ordre social, ce qui appelle peut-être à une conception différente du soin psychique, moins idéalisée. Soit d'essayer de conformer la personne au cadre, ou en tout cas de l'exclure de ce cadre parce qu'elle ne s'y conforme pas. Ainsi, se mettre à la réalité de l'autre veut dire aussi sortir d'un cadre psychiatrique « idéal » ou à l'inverse laisser entrer dans celui-ci des patients qui ne correspondent pas tout à fait aux patients « idéaux ». Avant d'aller plus loin dans nos analyses, il semble important de porter ici une réflexion sur le monde psychiatrique.

Nicolas Dodier nous explique que « *les médecins s'appuient sur des ensembles d'entités pour juger : ils ont besoin d'une collection de repères, leur déplacement est canalisé par un ensemble d'objets préexistants [...] des mots [...] des règles [...] des objets...* »⁴⁵ Dans le monde psychiatrique on peut prendre l'exemple des « *règles objectivé dans des textes* »⁴⁶ avec notamment le DSM (*Diagnostical and Statistical manual of Mental disorders*) et le CIM (*Classification International des Maladies...*). Il y a donc toute une série de dispositifs dans le monde psychiatrique que les médecins utilisent pour se donner des repères fixes. Ces dispositifs sont pour une part représentatifs du monde psychiatrique dans le sens où ce sont des psychiatres qui les ont créés et qui les alimentent. Ainsi, il existe des dispositifs qui constituent une sorte d'unité dans le monde psychiatrique et qui viennent en quelque sorte « figer ce monde », le stabiliser. Mais ce que j'ai pu constater très fortement sur le terrain c'est la diversité des conceptions de ce qu'est la psychiatrie et des frontières de ce qui entre ou non dans la conception de cette pratique. Comme l'a énoncé Albert Ogien :

« Dans l'ordre courant des actions sociales qui ont pour cadre de référence une intervention en psychiatrie, quels que soient son lieu d'émergence, sa forme et ses conséquences, une série d'individu (praticiens, patients, agents de contrôle sociale de toutes obédiences, médecins généralistes, familles ou proches, etc.) doivent se confronter à une expérience qu'ils n'abordent

⁴⁵ DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, p 47-48-49.

⁴⁶ *Ibid.* p48

pas nécessairement de manière uniforme, et à propos de laquelle ils n'ont pas forcément la même conception. »⁴⁷

Cette citation me semble très vraie, d'après ma maigre expérience, pour les soignants eux-mêmes qui, comme on l'a aperçu en filigrane tout au long de cet écrit, ne donnent pas tous la même définition du soin psychiatrique et ne sont pas tous d'accord sur les entités qui peuvent entrer dans son monde et celles qui ne lui sont en rien compatibles. Ainsi, certains psychiatres seront par exemple très proches des ouvrages de classification (DSM, CIM) alors que d'autres seront très critiques à leur égard. Certains considéreront la souffrance psychique comme relevant de la psychiatrie, d'autres non. Certains accepteront d'entendre des patients se plaindre de ne pas avoir de logement alors que d'autres n'identifieront pas cette plainte comme relevant de leur compétence, etc.

Il existe donc des conceptions variées de la psychiatrie et des conceptions qui sont plus ou moins proches d'un cadre psychiatrique « *fixe des repères stables* »⁴⁸. Ainsi, il y a des psychiatres qui ne se définissent pas comme tels mais se disent plutôt thérapeutes (relevant plutôt des courants psychanalytiques entre autres) et d'autres qui sont plus attachés au savoir strictement médical. Certains psychiatres donneront plus facilement des médicaments et feront moins souvent de thérapie longue alors que d'autres n'en prescriront que rarement et en accompagnement d'une thérapie.

Pour Monsieur A, il s'agit justement d'être dans une conception élargie de la psychiatrie et d'accepter la réalité de l'autre qui ne correspond pas forcément au cadre psychiatrique idéal mais qui permettra de ne pas exclure certaines personnes du soin.

2.3.2) Un soin inconditionnel

Il paraît intéressant de réfléchir maintenant sur quoi repose une considération du soin élargie pour les professionnels et soignants qui acceptent de prendre des migrants en consultation. Sur quelle conception du soin reposent donc les propos du Monsieur A, psychiatre libéral ? L'extrait d'entretien suivant nous met sur une piste :

⁴⁷ OGIEN, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Réponses sociologiques Meridiens Klincksieck, Paris, 1989, p25.

⁴⁸ Ibid. p13.

« Parce qu'on tombe [à l'hôpital] sur « oui... alors voilà et à la sortie ils auront un logement un machin un bidule... ? » Mais c'est pas ça ma question, ma question c'est celle du soin ! C'est comme si moi je recevais pas des gens sous prétexte qu'ils ont pas mangé ou qu'ils pourront pas aller à la pharmacie ! C'est... je peux pas, non, ça, ça me va pas ! Alors très rapidement quand on défend des positions comme celles-ci qui sont un peu... on est très vite militant hein ! Mais moi je fais pas... je milite pas... je bosse voilà je bosse ! » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Notons tout d'abord que l'on retrouve la conception élargie du soin qu'on avait déjà documentée plus haut : il s'agit de laisser rentrer dans le cadre psychiatrique des personnes qui sont dans des conditions de précarité et qui rendront peut-être le soin moins « idéal ». Ensuite ce psychiatre nous dit que la question pour lui est avant tout celle du soin et qu'il est impensable pour lui, comme on l'avait déjà dit, de ne pas recevoir des gens sous prétexte qu'ils n'ont pas mangé, etc. Mais ce qui est particulièrement intéressant c'est sur quel principe repose son positionnement : « je milite pas... je bosse ! » Il nous explique qu'en tant que psychiatre et avec ce genre de raisonnement, les gens le considèrent rapidement comme militant⁴⁹ ce qu'il dit ne pas être. Il ne milite pas, il travaille, c'est-à-dire que c'est en tant que médecin qu'il ne peut pas refuser des gens sous prétexte qu'ils sont précaires. Il y a ici une idée de l'ordre d'un soin inconditionnel et d'une certaine éthique médicale, le soin s'érige en tant qu'impératif, peu importe les conditions dans lesquelles il se fera : « Quand je reçois un patient le cadre il est clair... je fais du soin, je milite pas pour une cause ! C'est une conviction de médecin ! » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Cette conception du soin comme inconditionnel et cette manière de préciser qu'il ne s'agit pas de militantisme mais d'un engagement dans le travail peut faire penser en tout point au serment d'Hippocrate et à ses recommandations. De plus c'est peut-être dans ce sens que ce psychiatre nous parle de « conviction de médecin » : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. [...] Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. [...] Je ferai tout pour soulager les souffrances »⁵⁰ Ainsi, cette logique du soin répond à un engagement dans le travail de soignant et dans une conception du soin pragmatiste. Effectivement le soin doit se faire même si les conditions idéales ne sont pas présentes.

⁴⁹ Nous verrons ultérieurement comment le fait de travailler avec ce public assigne rapidement les gens à une forme de militantisme.

⁵⁰ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/serment.pdf>

Cette dernière idée d'un soin pragmatiste est d'ailleurs en adéquation avec la requête de certaines PASS. Comme on l'avait vu avec la PASS Y à qui on refusait de prendre les patients instables socialement. Cette conception d'un soin pragmatique se retrouve dans les propos des professionnels :

« Et quand bien même en lui donnant un hébergement ça irait mieux, là elle en a pas et elle va mal donc euh... » qu'est-ce qu'on en fait en attendant ? » (Infirmière PASS Y)

On voit bien dans le refus qu'oppose le CMP aux professionnels de cette PASS que se profilent deux conceptions distinctes du soin. Pour les professionnels de la PASS il y a l'urgence des situations qui demande une réponse pratique et rapide au niveau de la prise en charge en santé mentale. Du côté de la psychiatrie de ce CMP il y a sans doute une conception idéale du soin qui ne peut pas se faire sans logement comme préalable.

Aussi, l'idée d'une souffrance qui appellerait un soin sans condition est intéressante dans les différents entretiens que j'ai pu réaliser :

D'accord... et du coup ce public migrant pour vous il relève de la psychiatrie ?

« Ben pas forcément ! Mais ceux qui souffrent psychologiquement oui ! » (Madame C, psychiatre libérale)

« Enfin moi je sais pas ce que vous en pensez, vous autres de la PASS mais pour moi souffrance c'est souffrance quoi, ça peut être de n'importe quel... on est pas bien, et puis ça se traduit bon organiquement d'accord mais pas... » (Médecin PASS Y)

Il y a dans ces deux extraits l'idée que la souffrance doit être suffisante à l'intervention des médecins. On retrouve ici aussi l'idée d'un soin inconditionnel, ou plutôt qui a pour seule condition la souffrance de l'individu. En effet, comme nous le dit Georges Canguilhem, *« pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrarié »*⁵¹. Dans cette conception, seul l'individu est capable de dire s'il souffre ou non. On peut considérer ici que la plainte de l'individu est portée par les professionnels des PASS qui font des demandes à la psychiatrie. Puis Nicolas Dodier à propos d'une certaine conception de la médecine : *« les plaintes constituent l'origine de l'intervention médicale : le*

⁵¹ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966, p85.

médecin intervient pour soulager une personne. A cet égard, elles ont donc une légitimité de principe, comme initiatrices d'une démarche. »⁵²

Ainsi, dans cette logique, la souffrance et les plaintes qui la traduisent peuvent être à elles seules la raison de l'intervention d'un médecin. C'est d'ailleurs ce que demande ce médecin généraliste de la PASS Y : que la souffrance des personnes soit reconnue comme méritant à elle seule l'attention de la psychiatrie de l'hôpital ou du CMP en question.

2.3.3) Une conception globale du soin : soigner l'humain

La vision du soin de certains psychiatres et notamment de Monsieur A correspond à l'idée d'un soin inconditionnel avec un impératif de soin, peu importe les conditions dans lesquelles il se fait. Mais cette conception du soin est également celle d'un soin global. Prenons les deux courts extraits suivant :

« 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 j'ai pas à l'idée que ça appartient qu'au psy hein ! ça appartient à l'humain ! » (Monsieur A, psychiatre libéral) « Ben ce qui m'intéresse c'est la personne dans sa globalité ! Pas ses symptômes... » (Monsieur A)

On peut voir ici la manière dont le soin est redéfini par ce psychiatre. Pour celui-ci le soin ne concerne pas juste la pathologie traumatique de la personne mais il s'agit avant tout de redevenir humain après les expériences traumatiques subites. En effet, il y a un caractère inhumain dans les expériences vécues par ces personnes et une part de la question et du soin pour ce psychiatre est comment redevenir humain ? Ainsi, redevenir humain appartient à l'humain et pas « qu'au psy ». Il y a ici la conception d'un soin élargie dans le sens d'une certaine modestie du psychiatre vis-à-vis de sa compétence à soigner la personne en souffrance psychique.

De plus ce psychiatre précise qu'il s'agit pour lui de soigner la personne dans sa globalité et pas que ses symptômes, ce qui signifie une certaine souplesse vis-à-vis du cadre psychiatrique « idéal » où le métier du psychiatre est de soigner des symptômes. A ce propos Monsieur E (psychiatre libéral) nous précise que dans son métier il y a « d'abord une rencontre et ensuite de

⁵² DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, p 124.

la thérapie » (Monsieur E, psychiatre libéral). Cet exemple illustre bien à mon sens une manière de considérer le soin dans une globalité et ce que signifie « soigner l'humain ». Il ne peut pas s'agir que d'une rencontre thérapeutique avec une recherche des symptômes car ceux-ci s'intègrent dans un cadre plus large qui est l'individu dans sa globalité. Dans cette conception globale et élargie du soin, la précarité a sa place en ce que cette condition amène de la souffrance et que cette souffrance mérite une prise en charge par un médecin. Ces psychiatres acceptent d'avoir un rôle plus modeste dans ce type de soin dans le sens où il s'agira d'une prise en charge et d'un soin qui concernent tous les aspects de la vie de la personne (*de l'humain*). Ainsi, si pour parvenir à ce soin psychique il faut passer par des actes « moins psychiatriques » mais également soignants psychiquement dans une visée de soin globale, cela ne pose pas de problème particulier à ces deux psychiatres. Il y a ici une visée de soin à long terme avec une hiérarchisation des priorités :

« Depuis que je reçois, la première question que je me pose c'est est-ce qu'ils ont mangé, est-ce qu'ils peuvent se payer le billet de tram [...] celui qui a faim tu commences par ça ! » (Monsieur E, psychiatre libéral)

Il est intéressant de voir dans cet extrait comment, en tant que psychiatre, les premières questions posées aux migrants précaires sont de l'ordre de la subsistance. C'est que, en tant que médecin, le soin dans sa conception globale, et même si la finalité est un soin de l'ordre du psychique, la priorité est avant tout et pour chaque être humain de satisfaire aux besoins essentiels (manger, boire, se loger, etc.) Dans cette logique, ces médecins, pour soigner leurs patients qui ont faim, leur donnent tout simplement à manger. Quand ces patients n'ont pas de quoi s'acheter un ticket pour prendre le tramway et venir en consultation, ces médecins leur donnent éventuellement de l'argent ou même leur achètent un vélo.

« C'est le soin dans... c'est le soin qu'on pourrait entendre, après je veux pas parler à la place de Monsieur E, dans le sens du prendre soin... quand je parlais tout à l'heure de l'humain, c'est ça ! » (Monsieur A)

Dans cette conception du soin, il s'agit de soigner, de prendre soin de l'humain dans sa globalité. Dans cet élargissement du soin que nous proposent ces psychiatres, leur place est modeste en ce qu'ils ne considèrent pas pouvoir prendre en charge toutes les dimensions de l'être en souffrance. Mais ils sont prêts à utiliser tous les moyens possibles pour soigner l'humain dans leurs

conceptions élargies du soin (donner à manger). Ils font partie d'un maillon de médiateur vers une reconstruction psychique de l'humain. Les autres médiateurs peuvent être divers et variés. Ces psychiatres m'ont entre autres parlé des centres d'accueil des demandeurs d'asile et autres structures d'accompagnement comme étant soignants. Aussi, il y a une très large valorisation chez ces soignants du travail des professionnels (assistantes sociales, infirmiers, etc.) qu'ils considèrent parfois comme « *autant soignants* » qu'un psychiatre.

Le soin que nous proposent ces psychiatres est donc global et élargi vis-à-vis du cadre psychiatrique. Dans ce cadre, le soin peut avoir lieu de manière très particulière :

« moi j'ai découvert que ce monsieur-là, et y'a pas que lui hein... il venait un peu plus tôt pour dormir... ben 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 vus dormir ici... mais 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, ben ouais y'a pas de flic ici, on te demande pas tes papiers, on te demande de rien prouver, on te demande pas la vérité... ça veut pas dire qu'on leur demande partout hein, 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 sais pas le boulanger à côté il le laisserait dormir dans son fournil ce serait du soin ! Ça a pas besoin d'être sophistiqué hein ! Le soin c'est pas... c'est pas la grande chirurgie cardiaque ! »
(Monsieur A)

Dans cet extrait, le soin apparaît comme quelque chose de très simple « *c'est pas la grande chirurgie* ». Tout le monde peut être soignant, il y a une sorte d'équivalence générale, qu'on soit boulanger, qu'on soit médecin. Il s'agit ici d'un soin qui met l'autre à l'abri, on retrouve d'ailleurs la problématique du réfugié, de l'hospitalité qui renvoie à une dimension plus politique. Comme je l'ai déjà dit, le soin est ici déprofessionnalisé, il ne s'agit pas simplement du soin d'un psychiatre qui pourrait prendre en charge intégralement la santé mentale de l'individu.

Dans cet extrait particulier, il est très intéressant de voir que ce psychiatre considère que laisser dormir quelqu'un dans sa salle d'attente fait partie du soin. Il ne s'agit pas ici d'être dans une problématique d'un soin au sens médical du terme mais d'être dans une problématique de sécurisation de l'individu, lui permettre d'avoir accès à des choses élémentaires.

Le raisonnement de ce psychiatre est ici peut-être la recherche de « prises » dans des situations où il n'y a pas de soin au sens d'un traitement ou d'une relation médicale classique. Quand il laisse dormir des patients dans sa salle d'attente il y a peut-être la conception d'un soin comme cadre de repos. Laisser dormir quelqu'un dans sa salle d'attente ou dans son fournil peut s'apparenter à du soin à partir du moment où, dans le reste de sa vie, la personne est dans une insécurité permanente. Il ne s'agit pas de l'acte de dormir en soi mais il s'agit d'un cadre où le reste des éléments insécurisants de la vie du migrant précaire ne sont plus présents : « *y'a pas de flic ici...* ». Ce qui fait qu'il y a du soin ici c'est le fait que dormir dans la salle d'attente a du sens dès lors que la personne n'est jamais tranquille ailleurs.

Il est aussi intéressant de remarquer comment ce psychiatre va interpréter une situation de façon à la rendre explicable avec une logique de soin. D'une certaine manière ici, il y a du soin quand, dans une situation, ce psychiatre va trouver des prises pour interpréter la situation comme du soin. Ici cette prise c'est le contexte d'insécurité permanente des migrants précaires qu'il met en contraste avec le cadre de repos que représente le canapé de sa salle d'attente. Ainsi, par rapport au public migrant précaire qui nous concerne, cette logique lui permet d'intégrer au soin des éléments qui a priori ne rentrent pas dans une problématique de traitement médical habituel, c'est sans doute notamment le cas quand certains psychiatres donnent de l'argent, à manger ou encore achètent un vélo au patient migrant. Tous ces éléments deviennent thérapeutiques dès lors que la situation par ailleurs est précaire, insécurisante, etc.

Pour résumer, le cadre dans lequel s'effectue le soin pour ces deux psychiatres est un cadre « élargi », dans le sens où ils laissent entrer dans leur monde du soin d'une part des entités que d'autres psychiatres ne reconnaissent pas comme relevant du soin et d'autre part des entités soignantes (d'autres professionnels) que d'autres psychiatres considèrent comme appartenant à un monde strictement différent du leur (le social). A ce propos ce soin est d'une certaine manière « modeste » en ce que ces psychiatres n'érigent pas leur profession comme la seule à être soignante psychiquement. Dans cette optique il s'agit aussi d'accepter d'appartenir, notamment pour les psychiatres libéraux, à ce travail de prise en charge en réseau que j'ai essayé de décrire précédemment. Il est également question je crois d'un soin « inconditionnel » dans le sens d'un impératif de soin où personne ne doit être exclu du soin et où la seule condition à la prise en charge est un état de souffrance ou de vulnérabilité de la personne (ainsi que la possibilité pour le psychiatre de répondre à la demande du patient). Il est enfin question d'un soin global dans le sens

où toutes les dimensions qui posent problèmes à l'individu méritent d'être prises en compte dans une visée de soin (et pas uniquement les symptômes).

Conclusion

En définitive, il existe des conceptions théoriques de ce qu'est le soin plus ou moins proche d'un cadre psychiatrique qui comporte pour une part des repères stables et rigides. Ces différentes conceptions du soin par les psychiatres se traduisent par la possibilité concrète (ou plus souvent l'absence de possibilité) d'orienter le public migrant précaire, et les problématiques que sa situation implique, vers la psychiatrie. Parmi les obstacles que l'on retrouve dans les différentes conceptions théoriques du cadre de soin, on a vu notamment : la barrière de la langue, l'instabilité sociale, et les définitions de ce dont souffre le public migrant qui même quand elles font références à une catégorie nosographique identifiée (ESPT) ne permet pas toujours une orientation vers la psychiatrie. J'ai également essayé de montrer comment certains psychiatres considèrent la catégorie de migrants comme non pertinente dans le soin. Dans ce cadre, il pourrait judicieux de considérer le migrant comme étant pris dans des situations particulières qui rendent le soin problématique. Aussi, certains psychiatres prennent effectivement en charge des personnes migrantes précaires et ont résolu les problématiques qui posent a priori problème à d'autres psychiatres. Cette prise en charge se fait notamment grâce à une conception élargie du soin (laisser entrer le social), à une conception globale de l'individu (l'humain, pas les symptômes), à une vision modeste de leur place (accepter de faire partie du réseau) et enfin à une visée inconditionnelle du soin (soigner ceux qui en ont besoin).

3) Les psychiatres libéraux et le public migrant précaire, un ajustement problématique

Nous avons jusqu'à maintenant peu parlé d'un des publics qui nous concerne pour une large part dans le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires : les psychiatres libéraux. Il ne s'agissait pas de garder les analyses concernant ce public « pour la fin » mais nous en avons aussi parlé en filigrane en ce que les psychiatres dont nous avons beaucoup parlé dans le chapitre précédent sont aussi parfois des psychiatres libéraux et inversement. Il s'agira dans ce chapitre d'essayer de comprendre ce que l'activité libérale fait à la pratique de psychiatre et ce que cela implique pour notre projet de coordination de ce public autour de la prise en charge des migrants précaires.

3.1) Accéder aux psychiatres libéraux pour le public migrant en souffrance psychique : représentation et obstacles

Il s'agit dans cette partie d'essayer de comprendre ce que la dimension libérale fait à l'activité de psychiatre en même temps que de documenter certains obstacles qui peuvent être des difficultés supplémentaires pour orienter le public migrant précaire vers les psychiatres libéraux. On peut noter d'ailleurs que de la même manière que le public migrant est catégorisé, le psychiatre en « libéral » est catégorisé lui aussi.

3.1.1) Exercer en libéral, s'affranchir de l'institution

Il paraît d'abord intéressant de comprendre ce que veut dire exercer en libéral pour un psychiatre et de saisir ce qui peut être différent de l'exercice de psychiatre en service public. Prenons l'exemple de certains psychiatres libéraux qui ont choisi de quitter le domaine public et attardons-nous sur les raisons qui les ont poussés à faire ça. Monsieur A notamment nous indique, comme raison de son départ pour le libéral, les contraintes de plus en plus importantes dans l'hôpital public :

« ...et voilà qu'on a vu arriver des grilles d'évaluation, [...] quantifier absolument tout ce qu'on faisait avec un schizophrène pour savoir combien coûtait un schizophrène... et ça c'était

insupportable ! [...] ça plus ça, plus ça, plus ça... à un moment ça commence à faire beaucoup et j'avais l'impression de faire de moins en moins de soin... ou du moins tel que je le concevais ! »
(Monsieur A, psychiatre libéral)

C'est donc un certain aspect coercitif de la part des institutions qui ont fait que ce psychiatre avait « l'impression de faire de moins en moins de soin » tel qu'il le concevait. Ce qui semble particulièrement intéressant dans cet extrait c'est notamment la conception du soin de ce psychiatre qui ne correspondait plus à celle de l'hôpital. Ainsi, faire du soin dans un hôpital ou dans un lieu institutionnel c'est peut-être répondre en termes d'activité à un projet de soin défini institutionnellement. Dans le cas présent ce projet de soin comprenait des aspects qui ne correspondaient pas à la définition du soin de ce psychiatre et c'est pourquoi il a quitté l'institution et s'est installé en libéral :

« De là le libéral ! Et de ce point de vue-là euh... mission réussie, je fais vraiment ce que je voulais faire... et comme je voulais le faire ! » (Monsieur A)

L'activité libérale c'est donc également une certaine liberté par rapport à ce que l'on fait en tant que psychiatre au niveau du soin indépendamment d'un projet prédéfini. Ce cadre libéral laisse la porte ouverte pour ce psychiatre à ce qu'il veut faire en termes de soin. Cela implique aussi une définition personnelle de ce qu'est le soin, de ses cadres et de comment il doit se réaliser dans un cabinet médical. Cette citation semble pertinente également :

« Moi je veux bien faire du soin dans la rue ça me pose pas de problème, dans la rue c'est plus facile que dans une institution » (Monsieur A)

On voit ici je crois l'importance du « lieu » où s'effectuera le soin. Le soin n'est pas un soin détaché de tout. Il est un soin dans tel cadre ou avec telle personne. Il y a toujours un complément attaché au soin et qui sous-entend certaines choses. Ici, ce psychiatre nous parle d'un soin dans la rue pour illustrer ce qu'il nous a dit précédemment, à savoir le fait que l'institution impose un cadre de soin qui ne permet pas le soin tel que le définit ce psychiatre. Mais il ne s'agit pas pour lui de faire un métier différent et l'activité en libéral n'implique en rien de faire un soin qui serait fondamentalement différent :

« Quand j'ai quitté l'hôpital j'ai voulu m'affranchir d'un certain nombre de choses mais euh... j'ai pas voulu m'affranchir de mon boulot, j'ai voulu m'affranchir de ce qui m'empêchait de le faire ! » (Monsieur A)

Ainsi, il ne s'agissait pas de partir de l'hôpital pour faire quelque chose de différent mais d'en partir pour continuer à faire le métier de soignant que l'institution ne permet plus de faire. En effet, soigner dans la rue s'oppose pour une part à soigner dans l'institution car dans la rue les contraintes institutionnelles n'ont pas de prise, et il en est de même en libéral. Sans ces contraintes un soin tel que le conçoit le psychiatre est possible. Cela implique aussi d'être libre de pouvoir faire le type de soin voulu comme on le voit bien dans cet extrait :

« J'ai maintenant aussi ouvert une activité libérale... là dans une pratique différente, ben psychothérapique et psychanalytique hein ! [...] C'est-à-dire dans quelque chose de beaucoup plus engagé dans... du côté du travail psychique pur quoi... psychanalytique, sans tout ce que je faisais à Vaulx-en-Velin de portage... » (Madame C, psychiatre libérale)

Avec l'activité libérale donc, cette psychiatre a eu la liberté de faire le type de psychiatrie qu'elle désirait, sans contraintes institutionnelles lui imposant une manière de pratiquer. On peut remarquer donc qu'il semble y avoir une question de l'ordre du choix en activité libérale qu'il n'y a pas en activité publique. Exercer dans le publique c'est donc aussi pour une part accepter que le soin et ses cadres soit définit préalablement par un projet de soin. Sachant cela, on peut aussi penser qu'avoir le choix de faire un certain type de psychiatrie et avoir un certain cadre de soin implique aussi de choisir éventuellement le type de patients (ou plutôt de demandes) que l'on va recevoir. Aussi, ces psychiatres nous inclinent à penser que le choix du public serait donc pour une part en résonance avec une manière de faire le soin.

Ce constat peut poser question en ce qui concerne le projet de coordination des psychiatres libéraux qui a pour but d'orienter un type de population en particulier et donc qui pour une part impose aux psychiatres le type de patients qui « pourraient » rentrer dans leur cadre de consultation. On peut penser qu'il y a en effet une sorte d'épreuve morale imposée par le projet aux psychiatres libéraux dans le sens où nous les sollicitons pour soigner un public en particulier alors que, peut-être, en temps normal, il s'agit pour eux de choisir le type de patient ou le type de demande qui correspond à leur cadre de référence. Je poursuivrais cette réflexion plus en amont

mais j'aimerais tout d'abord évoquer certaines dimensions de la pratique en libéral qui sont a priori difficiles à concilier avec les problématiques qui concernent les migrants précaires.

3.1.2) La psychiatrie libérale et les dimensions problématiques des situations des migrants précaires

La premier et a priori le plus important obstacle à la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux est le rapport au temps et à l'argent dans les cabinets de ces psychiatres. Les propos de certains d'entre eux traduisent un rapport à l'argent et aux temps primordial. C'est le cas notamment de Monsieur F (psychiatre libéral) pour une illustration dans les extrêmes d'un soignant pour qui l'argent est une des motivations principales de l'activité en libéral. C'est d'abord les termes utilisés pour parler des personnes qu'il reçoit dans son cabinet qui inclinent à penser que son cabinet de médecin vise une certaine rentabilité. Il nous parlera en effet de « *clients* » à défaut d'utiliser le terme « patient », ce qui met en avant le rapport avant tout commercial entre les deux personnes. De la même manière quand nous lui parlerons du projet il nous dira très rapidement que ce projet ne peut pas marcher avec les psychiatres libéraux pour des raisons financières. Les migrants étant souvent précaires, ce n'est, pour lui, pas un public conciliable avec la rentabilité que doit avoir un cabinet médical. Ainsi, ce projet d'orientation du public migrant précaire ne peut fonctionner qu'avec le secteur public pour une raison bien précise pour lui : les psychiatres y sont rémunérés au mois et non à l'acte. Ce psychiatre a donc une vision très liée à la rentabilité de sa profession en libéral.

Tous les psychiatres libéraux ne sont pas dans une vision aussi catégorique du rapport à l'argent mais il s'agit tout de même d'un aspect qui semble important et qu'il paraît intéressant de documenter vis-à-vis de notre projet d'orientation des publics migrants précaires. Effectivement, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, le public migrant précaire est pris dans des situations de précarité souvent importantes. En pratique cela veut dire pour les psychiatres des rémunérations au tarif de la Sécurité sociale via la CMU ou l'AME, ce qui ne pose pas de problème a priori aux médecins en secteur 1 (tarifs de la Sécurité sociale) mais qui peut être un manque à gagner pour ceux de secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires)⁵³.

⁵³ Beaucoup de migrant n'ont aucune couverture maladie étant donné leur statut en France ce qui ne laisse que très peu de possibilité pour un soin.

Il s'agit donc ici d'un premier aspect qui peut faire obstacle à cette prise en charge : les régimes de Sécurité sociale dans lesquelles sont souvent affiliés les migrants précaires ne sont pas des régimes qui facilitent la rentabilité du cabinet des psychiatres libéraux. Déjà, pour les médecins exerçants en secteur 2 qui légalement sont dans l'obligation d'appliquer avec un public CMU ou AME le tarif de la Sécurité sociale. Et aussi pour les médecins en secteur 1 pour qui l'AME représente, d'après ce que certains psychiatres nous ont dit, un délai de traitement supplémentaire. Ainsi et très concrètement, le remboursement par la Sécurité sociale ne se fait dans certains cas que dans les semaines qui suivent le soin. Aussi, pour l'AME, certains psychiatres nous ont informés sur le fait que, dans certains départements, une part du remboursement n'était pas versée sous prétexte d'un manquement dans le parcours de soin coordonné⁵⁴. Ces différents éléments représentent les obstacles les plus visibles en ce qui concerne d'éventuels problèmes qui feraient que les psychiatres libéraux ne sont pas très enclins à prendre en consultation le public migrant précaire. Mais d'autres situations des migrants précaires font que ce rapport à l'argent avec ce type de public est problématique.

C'est aussi le travail d'accompagnement et de coordination de différents acteurs entre eux, comme nous l'avons déjà développé, qui crée une difficulté supplémentaire pour le psychiatre en libéral :

« [Par rapport aux psychiatres libéraux] S'il faut qu'il commence à gérer l'AME pour se faire payer plus ISM plus l'ARS plus... très concrètement c'est pas réalisable... au CMP moi c'était pas moi qui appelait ISM c'était ma secrétaire euh... » (Madame D, psychiatre libérale)

Cet extrait est intéressant en ce qu'il compare le travail de psychiatre en libéral et le travail de psychiatre en institution. Comme nous l'avons vu précédemment, le public migrant précaire suppose une prise en charge en réseau⁵⁵. Dans un cadre institutionnel et notamment dans un CMP, ce réseau est déjà constitué largement en ce que plusieurs professions se trouvent sur un même lieu. Pour les psychiatres libéraux il en va tout autrement étant donné qu'ils sont seuls à gérer tous les aspects problématiques que peuvent recouvrir les situations de leurs patients. Ainsi, quand ces patients sont précaires il est supposé qu'un travail de lien sera forcément nécessaire et que ce travail de lien prend beaucoup de temps. Or, comme nous l'indique Patrick Castel *« Les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, ce qui représente une incitation évidente à accroître le nombre*

⁵⁴ Sans rentrer dans les détails, la situation légale fait que 4€60 ne sont pas remboursés par la sécurité sociale pour les personnes qui relèvent de l'AME et qui sont donc intégralement des demandeurs d'asiles ou déboutés.

⁵⁵ Partie 1.3, page 39

de patients pris en charge »⁵⁶. En libéral ce travail supplémentaire n'est donc pas rémunéré car le paiement se fait à l'acte et les médecins libéraux sont donc plus enclins à augmenter le nombre d'actes et donc de patients. A la différence d'ailleurs des institutions où peu importe le nombre d'actes le salaire sera le même. C'est sans doute pour cette raison que Monsieur F (psychiatre libéral) considère le projet comme relevant forcément du domaine public dont les salaires ne sont pas fonction du nombre d'actes. Ce que fait l'activité libérale à la profession de psychiatre est donc aussi de produire un certain isolement qui pose parfois problème quand ces psychiatres acceptent de recevoir des publics migrants précaires.

D'autres éléments vis-à-vis toujours de ce rapport à la rentabilité font problème a priori :

« Et puis une consultation avec un traducteur ça prend facilement une heure, une heure et demie... c'est-à-dire que trois quarts d'heure ce qu'on peut avoir comme temps de consultation d'habitude c'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 beaucoup de temps... moi ma crainte ça serait... enfin c'est pas une crainte mais dans la réalité ça prend beaucoup de temps ! [...] Mais c'est là aussi où y'a de l'idée ! C'est-à-dire qu'une heure ou une heure et demie de consultation par rapport à trois quarts d'heure payé au prix d'une consultation oui c'est pas la même chose ! » (Madame D, psychiatre libérale)

C'est, dans cet extrait, l'interprétariat qui vient rendre la consultation moins rentable. En effet, d'après cette soignante, la consultation avec un interprète prend plus de temps qu'une consultation sans interprète. Il y a ici un rapport au temps primordial qui fait directement référence à l'argent. Dans cet extrait, et pour cette psychiatre en secteur 2, non seulement le public migrant précaire représente un public qui paiera sa consultation au prix fixé par la Sécurité sociale, mais en plus la consultation durera potentiellement deux fois plus longtemps qu'une consultation classique.

Pour certains psychiatres en libéral il peut y avoir une possibilité de prise en charge, mais là aussi la question du nombre est au premier plan :

⁵⁶ CASTEL, P., « Le médecin, son patient et ses pairs, Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 2005/3 Vol. 46, p. 443 – 467.

« C'est la question de qu'est-ce que ça va demander comme engagement et euh... moi me libérer une demi-journée c'est pas un problème en soi, la question c'est après euh... s'il faut une demi-journée puis après une journée puis... » (Madame D)

On voit bien comment c'est ici la question du nombre de personnes qui pose problème. En effet, certains psychiatres sont prêts à prendre quelques migrants dans leurs cabinets mais un problème important se pose dans le fait d'être potentiellement repéré comme quelqu'un qui prend des migrants en consultation :

« ...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 untel va se dire, « ah ben oui mais je l'ai rencontré à la réunion machin, ben je vais lui demander ! » ben oui mais comme font les gens pour la pédopsychiatrie... » (Madame D)

Comme nous l'avons précisé précédemment le psychiatre et notamment libéral n'est pas seulement quelqu'un qui fait du soin mais aussi quelqu'un qui est repéré à faire du soin avec tel ou tel public. Ces deux psychiatres connaissent déjà bien cela étant donné qu'elles s'occupent principalement d'enfants et que les demandes de soins spécialisés pour les enfants sont très nombreuses. Ainsi, il y a une peur de la part de certains psychiatres à être repérés à faire du soin avec les migrants et que leur cabinet soit « envahi » (Madame C, psychiatre libérale) au bout d'un certain temps.

Notons au passage que le projet de coordination des psychiatres libéraux vise justement à créer un réseau visible de psychiatres en libéral acceptant de prendre des migrants précaires. Or on a bien vu dans l'extrait précédent comme il peut y avoir un enjeu à rester dans une certaine discrétion pour ne pas être repéré et ensuite débordé. En ce sens, le projet peut faire peur.

Il y a donc dans ces propos l'idée que l'activité de prendre en consultation des migrants précaires puisse être complètement débordante et que ceux-ci soient submergés par les demandes. Il se pose pour ces psychiatres la question du nombre des migrants. En effet, on peut remarquer d'ailleurs qu'il s'agit toujours du public migrant ou des migrants (toujours au pluriel) qui renvoient sans doute à quelque chose de massif au niveau du nombre.

Le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes amène d'ailleurs une problématique qui concerne une population, le public de migrant précaire. Dans la manière de raisonner de ces psychiatres, il y a une manière de prendre en considération qu'il ne s'agit pas simplement d'un sujet, d'un vécu que l'on traite mais aussi d'une question collective qui engage une multitude de personnes. Par rapport à ça la catégorie de migrants renvoie peut-être automatiquement au nombre et à la quantité pour ces psychiatres. Cette question posée par le projet est donc une question à potentiel débordement dans le sens où prendre quelques migrants pourrait, dans l'idée de certains psychiatres, se traduire ensuite par une grosse sollicitation.

Cette peur du nombre de migrants est peut-être en dernière instance la peur que ce nombre représente en termes de perte financière pour l'activité du psychiatre en libéral. Pour les psychiatres libéraux P et G notamment, recevoir des migrants précaires est une possibilité (même gratuitement) mais dans la mesure où ils restent un nombre très limité et où ce public ne déborde pas sur le reste de l'activité qui doit rester rentable.

Par rapport à tout ce qu'on a pu dire précédemment sur le rapport à l'argent, il semble intéressant ici de se pencher sur cet extrait d'entretien qui reflète le point de vue de Monsieur A (psychiatre libéral) qui prend régulièrement des migrants précaires en consultation :

« Y'a un seul acte en psychiatrie donc effectivement [...] que je reçoive un patient tous les trois quarts d'heure ou que j'en reçoive trois à l'heure... ben voilà... je peux en recevoir trois en une heure et faire des prescriptions médicamenteuses... Voilà paf ça c'est dit ! Voilà donc je peux trouver qu'effectivement c'est pas cher payé, mais en même temps après c'est une question de choix... voilà chacun fait ses choix, j'ai pas envie de travailler autrement que comme ça... je le paie ! » (Monsieur A)

Il est particulièrement intéressant je trouve de voir comment ce psychiatre se positionne vis-à-vis de l'argent. En effet, on peut voir dans cet extrait que le prix des consultations n'est pas forcément suffisant pour ce psychiatre étant donné qu'il y passe beaucoup de temps mais il nous dit qu'il n'a pas envie de travailler autrement que comme ça. Il semble important de remarquer qu'il est ici aussi question de « choix » du cadre de l'activité comme il avait été question de choix du public et du choix des cadres du soin. Il s'agit peut-être encore une fois de la conception du soin de ce psychiatre qui l'incline à faire des consultations qui durent au moins quarante-cinq minutes. C'est

pour lui seulement dans ce cadre-là que le soin pourra avoir lieu dans sa forme « vrai ». Ainsi, dans l'activité libérale, si ce psychiatre voulait gagner plus il devrait réduire le temps de ses consultations, ce qu'il refuse de faire. La question du « choix » semble donc être au cœur du principe de l'activité libérale.

Mais en ce qui concerne les obstacles à l'orientation vers les psychiatres libéraux, il y en a qui ne sont pas liés aux psychiatres libéraux mais aux représentations que les professionnels du domaine public ont d'eux. C'est ce que je me propose de documenter dans la partie suivante.

3.1.3) La représentation des psychiatres libéraux : un frein dans l'orientation du public migrant en souffrance psychique ?

Parmi mes observations au sein des différents séminaires, groupes de travail, rencontres en tout genre, et différents entretiens, j'ai pu constater que chacun a une représentation, une idée, de ce que sont les psychiatres libéraux. Lors d'un séminaire clinique, il a été amenée par les professionnels l'idée que pour eux les patients précaires relèvent automatiquement du domaine public. Une assistante sociale notamment précisera à cette journée que pour elle il y a une idée préconçue qui consiste à considérer que les psychiatres libéraux sont « *forcément en secteur 2* » et « *pour les riches* ». Un psychiatre du secteur public quant à lui précisera que la psychiatrie libérale représente la « *normalité* » et que le secteur public a « *intériorisé une forme d'interdit à orienter vers le secteur libéral* ».

Ces différents constats en plus de plusieurs observations dans ce sens inclinent à penser qu'effectivement les psychiatres libéraux sont souvent automatiquement exclus de l'idée même d'une orientation par les professionnels. Chez ce psychiatre d'une PASS, le verdict concernant ce projet semble sans appel :

« Moi je te le dis très clairement, j'y crois pas ! J'y crois pas parce que les psychiatres libéraux ils ont une demande considérable, ils ont... ils ont que l'embarras du choix, ils en sont même à pouvoir, d'une certaine manière, trier leur clientèle... et je pense pas qu'ils aient une grande appétence à se retrouver avec un public qui est... qui est précaire, qui est compliqué, qui est... pas forcément très fiable au niveau d'honorer les rendez-vous... » (Psychiatre PASS X)

Dans cet extrait on voit bien toute la réticence que peuvent avoir les professionnels concernant une éventuelle orientation du public migrant précaire vers les psychiatres libéraux. Deux aspects semblent particulièrement intéressants dans ce passage. Tout d'abord l'idée du choix du public pour ces psychiatres libéraux qui peuvent « *trier* » les personnes. Effectivement, il n'existe aucune concurrence dans cette spécialité étant donné le manque de psychiatres sur le territoire, ainsi chaque Madame B, psychiatre libérale un choix d'autant plus grand que, quoi qu'il en soit, il aura le nombre et le type de personnes qu'il désire en consultation. Dans ce contexte, ce psychiatre du domaine public ne voit pas pourquoi les psychiatres libéraux accepteraient un public « *compliqué* » et « *précaire* ».

Mais il est remarquable que cette représentation des psychiatres libéraux est sûrement liée à une autre vision de ceux-ci. En effet, si on s'attarde un instant sur la sémantique utilisée par ce psychiatre on peut remarquer qu'il utilise le terme de « *clientèle* » pour parler des personnes qui viendront en consultation avec les psychiatres libéraux. Ce terme montre à mon sens que les représentations des psychiatres libéraux sont bel et bien chargées de l'idée que la dimension économique est la plus importante dans l'exercice libéral. L'utilisation du terme « *clientèle* » est d'ailleurs d'autant plus significative que ce même psychiatre a, au cours de cet entretien, utilisé plusieurs fois le terme « *patientèle* » pour parler des personnes prises en charge dans les CMP, PASS, etc. Il y aurait donc une distinction fondamentale faite entre la psychiatrie libérale et la psychiatrie publique. Dans la première, il s'agit peut-être d'un monde régi avant tout par la rentabilité et l'aspect financier, où la personne devient un « *client* », et dans la seconde d'un monde où la relation de soin a lieu avec un « *patient* » et est libérée de cet aspect financier. C'est peut-être en lien avec cette idée d'une relation de soin entre un médecin et un client que les publics « *précaires* » et « *compliqués* » est problématique car dans ce cadre-là, ces personnes ne sont pas de « *bons* » clients.

Ainsi ce que fait, pour une part, le libéral à la pratique de psychiatre c'est d'introduire une certaine notion de la rentabilité dans les cadres du soin : l'acte de soin doit être rentable. Bien entendu, cette vision du psychiatre en libéral n'est pas partagée par tous. C'est d'ailleurs contre elle que Monsieur A (psychiatre libéral) réagit :

« C'est quelle représentation on a de la médecine, du médecin hospitalier ou du médecin libéral ! J'imagine hein, j'imagine que ce qui est imaginé c'est que si les gens partent en libéral c'est pour faire du fric ! Erreur ! Moi j'étais salarié je gagnais plus de fric ! » (Monsieur A)

Ce psychiatre nous propose dans cet extrait une remise en cause de l'idée précédemment formulée et qui serait que le rapport à l'argent est prédominant dans la psychiatrie libérale. Ici, ce médecin nous précise que dans certaines situations un psychiatre du secteur public gagne plus qu'un psychiatre en libéral et que donc l'activité libérale ne se définit pas principalement par le rapport à l'argent.

On peut remarquer dans ce contexte que, comme il y a un cadrage des migrants avec lesquels vient des entités et des caractéristiques liées à cette catégorie, il y a un également un cadrage des médecins libéraux. Ce cadrage de l'activité libérale renvoie assez largement au fait que l'argent et la rentabilité du cabinet sont les éléments les plus importants et que de ce fait les publics précaires ne sont pas compatibles à ce monde. Il y a donc une forme d'auto-censure dans l'orientation des publics migrants précaires vers la psychiatrie libérale qui ne peut correspondre à ce public.

Il y a un autre élément en ce qui concerne les représentations que je voudrais aborder maintenant. Il s'agit de la façon dont nos interlocuteurs, pendant les entretiens, nous conseillent sur la manière de mettre en place ce projet. En effet, comme je l'ai déjà dit, ce projet sur son volet recherche consiste pour une part à rechercher les obstacles à la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux, mais aussi et dans un même temps de repérer quels sont les bons termes et les bonnes modalités pour faire que ce projet prenne consistance. A ce propos, quand on questionne cette psychiatre libérale, qui est plutôt déjà partante pour le projet sur la manière d'aborder ce dernier avec les autres psychiatres libéraux, elle nous répond ceci :

« Euh... en même temps je sais pas parce que les psy ils ont pas trop envie qu'on aille leur dire ce qu'ils ont à faire ! [rire] C'est un peu... oui c'est compliqué hein euh... je pense qu'il faut pas trop aller vouloir les convaincre, il faut juste leur proposer quelque chose, mais bien balisé, bien costaud ! De dire enfin voilà « vous serez en sécurité, on s'occupe de ci de ça, on vous propose de nous donner trois heures par semaine... enfin trois heures par mois... pas plus ! » et faut aller leur proposer quelque chose sans rien leur demander ! Voilà, on ouvre, on a besoin de personnes mais faut pas essayer de les convaincre parce que... » (Madame C, psychiatre libérale)

Il est particulièrement intéressant de constater que cette psychiatre nous oriente vers une certaine prudence vis-à-vis des psychiatres libéraux : ne pas leur dire ce qu'ils ont à faire, ne pas vouloir les convaincre, etc. Il faut, d'après cette psychiatre, faire des propositions sans volonté de

convaincre et proposer un cadre balisé qui sécuriserait les psychiatres. Ce cadre balisé que nous propose cette psychiatrie pour mettre en sécurité les psychiatres libéraux répond sans doute à l'idée précédemment documentée d'un débordement par le public migrant précaire.

Mais sur quoi repose cette prudence excessive dont nous aurions à faire preuve avec les psychiatres en libéral particulièrement ? Peut-être qu'un des éléments de réponse réside dans le fait de la liberté inhérente au statut de psychiatre libéral que j'ai essayé d'expliquer avant. En effet, comme je l'ai déjà dit, le projet de coordination des psychiatres libéraux est pour une part un projet qui impose peut-être une épreuve morale aux psychiatres libéraux en rendant visible la problématique de souffrance psychique et d'orientation de ce public (en pratique : l'envoi de lettres) : « *ça peut les fâcher, leur donner l'impression qu'il y a une pression mise sur eux qui est excessive.* » (Psychiatre PASS X)

Dans ce contexte, essayer de « *convaincre* » les psychiatres libéraux serait peut-être rajouter une sorte de pression sur ceux-ci qui marquerait d'autant plus le fait qu'ils sont actuellement absents du réseau de prise en charge. Il s'agit alors de ne pas être trop invasifs et obligeants avec ce projet car les psychiatres libéraux ont bien entendu la possibilité de dire non (ils sont libres de dire non pour faire partie d'un réseau par exemple).

Plusieurs éléments font donc blocage à la prise en charge des migrants précaires par les psychiatres libéraux. Mais malgré ça, il paraît important de réfléchir à ce qui peut faire levier à cet élargissement du réseau de prise en charge des migrants précaires.

3.2) Entre psychiatrie libérale et monde commun

Dans cette partie il s'agira de réfléchir plus largement à la place des psychiatres libéraux dans la société et leur attache à un monde commun. Cette attache peut être vue de différentes manières en fonction notamment de la représentation que les psychiatres libéraux se font des migrants. De plus, il s'agira de comprendre au nom de quoi les psychiatres libéraux doivent être impliqués à la prise en charge du public migrant précaire.

3.2.1) Le psychiatre libéral comme militant

Il paraît important dans cette première sous-partie de préciser d'abord une certaine forme de représentation que peuvent avoir certains professionnels des PASS. Il s'agirait, pour les psychiatres libéraux qui prennent des migrants en consultation, d'avoir une posture militante. C'est en tout cas ce que nous explique le psychiatre de la PASS X :

« je pense que les psychiatres libéraux ils peuvent difficilement être tentés par l'aventure sauf quelques... profils très particuliers qui ont un engagement militant et une conscience... on va dire citoyenne... particulière... » (Psychiatre PASS X)

Ainsi, ce psychiatre nous explique que ses confrères libéraux ne seront tentés par le projet que dans le cas où ils auraient un profil « *très particulier* », celui d'un « *engagement militant* » et d'une « *conscience citoyenne* ». On peut sans doute remarquer que si les psychiatres libéraux ne sont pas entièrement pris dans le modèle que l'on a vu précédemment et qui donne une place primordiale à la dimension financière de l'activité, ils sont très vite rangés par ce psychiatre dans la catégorie des militants. C'est d'ailleurs ce que nous avait précisé Monsieur A (psychiatre libéral) précédemment : « *Alors très rapidement quand on défend des positions comme celles-ci qui sont un peu... on est très vite militants hein !* ». On peut penser ici que le fait de prendre des migrants précaires en consultation pour des psychiatres libéraux est une posture militante dans le sens où justement les représentations des principes mêmes de l'activité libérale ne sont plus pensables dans cette situation. Effectivement, si l'activité en libéral est définie principalement vis-à-vis du rapport à l'économique, le fait de prendre en consultation des précaires revient à rompre avec cette représentation. Ainsi, si ces personnes qui habituellement (toujours dans les représentations) veulent avant tout gagner de l'argent acceptent d'en gagner moins en prenant des publics précaires en consultation, l'explication doit être un engagement militant. On retrouve cette idée chez cette psychiatre :

« C'est clairement donner du temps, même si on est payés par la CMU, c'est quand même clairement donner du temps pour euh... pour une population à laquelle on est sensible quoi ! Presque donner du temps pour une cause dont on pourrait se passer quoi ! Si on pense de manière purement rentabilité du cabinet ! » (Madame D, psychiatre libérale)

Il apparaît dans cet extrait la même idée que précédemment évoqué mais avec cette fois non seulement l'idée d'un militantisme mais aussi d'une sensibilité à ce public de migrant. Être sensible à ce public comme source de l'engagement. C'est une idée que l'on retrouve chez Luc Boltanski dans *La souffrance à distance*⁵⁷ : où l'auteur traite de la morale humanitaire en lien avec la souffrance. Pour Luc Boltanski, certaines émotions sont des émotions politiques. L'indignation, la colère sont des émotions politiques car elles doivent susciter l'engagement. Elles deviennent des émotions politiques pour autant qu'elles soient suscitées par des situations de souffrance qui peuvent être vues comme des situations d'injustice et donc faire l'objet de dénonciation. On retrouve également une idée similaire chez John Dewey, qui considère que dans l'expérience négative le sujet prend conscience de ses propres attentes. Aussi, le sentiment est parfois à la base de l'action car lorsqu'il vit une expérience problématique, le sujet est obligé d'analyser pourquoi il est en colère, pourquoi il a honte, pourquoi il est indigné face à tel ou tel « spectacle » et il sera ensuite enclin à résoudre cette expérience problématique. Dans notre extrait donc, la sensibilité traduit peut-être l'idée d'une raison d'agir dans le sens que nos auteurs nous soumettent.

De plus, dans l'extrait précédent, cette psychiatre en libéral nous parle de « *cause* » qui renvoie à un vocabulaire du même ordre que celui de « *militant* » mais qui sous-entend aussi à mon sens un engagement large, pas cantonné à un individu. On retrouve ici l'idée déjà évoquée que « le public migrant » ou « les migrants » font tout de suite référence à un collectif et à quelque chose de massif, ces catégories font rapidement penser à une multitude d'êtres et à une question collective. Le Monsieur E (psychiatre libéral) me parlera d'ailleurs avec Edouard Glissant d'un « tout monde »⁵⁸ : quand on reçoit un demandeur d'asile on reçoit ainsi le tout monde et à travers chaque patient est posée une question de l'ordre du monde, « *cela nous rappelle que le monde ne va pas bien !* » (Monsieur E). Aussi, Luc Boltanski nous parle, à travers la « politique de la pitié », de la manière dont les gens doivent être « touchés » pour s'engager dans quelque chose. Pour inspirer la pitié les êtres en souffrances doivent être :

*« ...à la fois hypersingularisés par l'accumulation des détails de souffrance et sous-qualifiés ; c'est lui, mais cela pourrait être quelqu'un d'autre ; c'est cet enfant-là, qui nous arrache des larmes, mais n'importe quel autre enfant ferait aussi bien l'affaire. Pour chacun des malheureux convoqués se presse une foule de remplaçants. »*⁵⁹

⁵⁷ BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, 528p.

⁵⁸ GLISSANT, E., *Tout-Monde*, Gallimard, Folio, 1995, 624p.

⁵⁹ BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, p 36-37.

Ainsi, dans cette politique de la pitié, l'individu n'inspire pas la pitié à lui seul, ou en tout cas il ne constitue pas à lui seul une « cause ». C'est bien parce que cet être singulier en présence renvoie à une multitude d'individus qui pourraient être à sa place (en souffrance) que l'on est « sensibles » à cette population.

Dans le cadre du projet de coordination des psychiatres libéraux il semble donc primordial de s'intéresser à ce rapport entre individu et collectif et au fait qu'un sujet clinique, quand il s'agit de « migrant », n'est jamais qu'un sujet clinique mais aussi la multitude des autres « comme lui » auquel il renvoie. Ce constat produit peut être concrètement une difficulté pour les psychiatres libéraux, celle de se représenter qu'une prise en charge puisse se faire avec « quelques patients » et non avec la multitude à laquelle ils vont renvoyer. C'est en cela qu'agit peut-être cette peur du débordement déjà décrit avant.

C'est peut-être aussi cette idée d'une multitude⁶⁰ qui fait dire à cette psychiatre qu'il s'agit d'une cause et que cela implique un engagement militant. Dans cette conception, ce qui peut attacher pour une part les psychiatres libéraux à un monde commun c'est sans doute cette « cause » décrite par cette psychiatre et l'engagement militant qui va avec.

3.2.2) Concerner les psychiatres libéraux

Nous avons vu comment les psychiatres libéraux sont perçus et comment ils se perçoivent d'ailleurs eux-mêmes vis-à-vis du fait de prendre des migrants précaires en consultation. La question qu'il paraît maintenant essentielle de traiter pour percevoir quels sont, en définitive, les bases sur lesquelles s'appuient le projet de coordination des psychiatres libéraux est la suivante : au nom de quoi ceux-ci doivent-ils être concernés par la souffrance de ce public ? Question d'importance étant donné qu'il s'agit bien en définitive dans le projet de rendre sensible, de concerner les psychiatres libéraux.

Pour donner quelques éléments de réponse à cette question, l'ouvrage intitulé *La souffrance à distance* de Luc Boltanski paraît très intéressant. Il y est effectivement question dans le chapitre premier de comprendre sur quoi se fonde l'obligation de venir en aide à une personne qui souffre.

⁶⁰ Multitude semble être un terme adapté puisqu'il reflète une quantité importante de personnes mais aussi ne désigne pas de nombre en particulier. Ce qui peut faire d'autant plus peur c'est justement que les migrants précaires arrivent sans arrêts ne permettant pas de se représenter de fins ou de limites à une éventuelle prise en charge.

Cette obligation repose pour les auteurs sur un principe de responsabilité causale. Dans ce principe c'est d'abord à celui qui a causé la souffrance de réparer son geste. Mais comme nous le précise l'auteur, « *si la responsabilité morale appartient au premier chef à celui qui a causé la souffrance, elle peut être aussi imputée à celui qui, bien qu'il en ait eu connaissance, ne fait rien pour l'empêcher.* »⁶¹ La responsabilité n'est donc pas seulement « active », celle de celui qui inflige, mais aussi « passive », celle de celui qui laisse faire.

Dans ce cadre la responsabilité peut découler de tout spectateur de la souffrance qui n'agit pas pour la soulager. Mais cette responsabilité nous dit Luc Boltanski peut découler d' « *engagement préexistant* » et notamment « *contractuels – comme les engagements professionnels, par exemple lorsqu'un médecin ne porte pas assistance à un blessé* »⁶². Dans ce cas de figure « *le candidat à la responsabilité passive est donc d'abord celui qui est « spécialisé », c'est-à-dire celui de qui on pouvait attendre qu'il fasse quelque chose.* » Ainsi, pour revenir à notre objet, les psychiatres libéraux peuvent donc bien correspondre à ces candidats dans le sens d'une part où existe un engagement préexistant, le serment d'Hippocrate préconise bien : *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. [...] Je ferai tout pour soulager les souffrances* »⁶³ Il s'agit donc bien d'un engagement préexistant de ces personnes à soulager des souffrances, aussi le droit oblige les médecins dans le même sens que le serment d'Hippocrate. L'article R4127-9 du code de la santé publique énonce que « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* »⁶⁴. Et que d'autre part, les psychiatres sont dans notre cas les personnes qui sont spécialisées, ou en tout cas repérées comme telles, à venir en aide à des personnes en souffrance psychique.

Dans ce contexte les psychiatres libéraux sont donc des personnes légitimement attendues comme en partie responsables de prendre en charge la souffrance des migrants précaires. Mais poursuivons notre réflexion avec l'aide de Luc Boltanski. L'auteur nous précise que dans tous les cas le secourable éventuel doit disposer de l'information et que cette information peut porter sur plusieurs points différents : « *Sur la réalité de la souffrance du malheureux et donc sur l'urgence à venir en aide ; sur la possibilité que cette aide soit apportée par d'autres et, notamment, sur*

⁶¹ BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, p 39.

⁶² Ibid. p39.

⁶³ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/serment.pdf>

⁶⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912870&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100625>

l'existence de responsables potentiels spécialisés dont l'obligation serait assurée par un pré engagement. »⁶⁵ Ces deux points constituent des raisons pour la personne de ne pas agir devant une situation donnée.

C'est notamment le deuxième point qui nous intéresse ici. Nous avons pu noter précédemment à quel point, dans les représentations des professionnels et des psychiatres eux-mêmes, la prise en charge des migrants précaires relève plutôt du domaine public. Or, le secteur public est peut-être considéré par les psychiatres libéraux comme cet « *autre* » à qui il revient de prendre en charge le public migrant précaire. Ce serait ici le « *pré engagement* » d'une collectivité à prendre en charge les individus qui la compose qui ferait de la société ou de l'état un responsable tout désigné. Ce serait donc à l'état de prendre en charge cette souffrance particulière via les institutions. Les médecins exerçant dans ces institutions n'étant pas compris ici comme des particuliers (comme peuvent l'être les médecins libéraux) mais des « *membres du souverain* ». Luc Boltanski et Laurent Thévenot nous précisent que : « *Les mêmes hommes constituent ainsi, comme le souligne Robert Derathe, « les deux parties contractantes, mais envisagées sous différents rapports : comme membres du souverain et comme particuliers* ». »⁶⁶ Ainsi, et pour être exact, les médecins libéraux sont aussi bien des membres du souverain que des particuliers, mais le cadre dans lequel ils exercent peut être d'importance en ce que, quand le psychiatre hospitalier exerce sa profession, il l'exerce plutôt en tant que membre du souverain qu'en tant que particulier, comme l'atteste par exemple la paie qu'il reçoit de l'état. Dans cette idée, l'état et les membres du souverain sont donc les « *personnes* » à qui reviendraient la responsabilité de prendre en charge les individus en souffrance ce qui permet, dans ce contexte, aux psychiatres libéraux de s'excuser de cette prise en charge.

A ce propos, deux choses semblent intéressantes à noter. La première c'est que de toute évidence l'état et les institutions de soin qui le représente ne suffisent pas à la prise en charge des migrants précaires. Le projet de coordination des psychiatres libéraux vient faire suite à ce constat. La deuxième c'est la manière dont l'Etat même, qui est censé prendre en charge les personnes au niveau du soin, inflige à celles-ci (c'est la position de certains psychiatres) des sévices de l'ordre du traumatisme. Attardons-nous sur cet extrait d'entretien :

⁶⁵ BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, p 40.

⁶⁶ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L., *De la justification, Les économies de la grandeur*, Gallimard, nrf essais, 1991, 483p, p 141-142.

« 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 auraient pas besoin d'anti dépresseurs ! [...] Est-ce que je dois soigner les atteintes à la dignité humaine faites par un état 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 ! » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Ici, on voit comment la responsabilité de l'état est désignée par ce psychiatre qui l'accuse d'infliger une souffrance aux migrants précaires du fait qu'il ne leur accorde pas de papiers. Dans la logique que nous avons vue plus haut, la responsabilité morale découle de la responsabilité causale et ici c'est clairement l'état qui est accusé d'avoir causé (pour une part en tout cas) la souffrance. Dans cette logique c'est lui qui devrait avoir à réparer les souffrances subies, et c'est peut-être en cela que les psychiatres libéraux, en ce qu'ils sont des particuliers, ne sont pas responsables. C'est sans doute ce qui les pousse parfois à dire « c'est pas notre boulot ! ». En effet, prendre en charge le public migrant précaire reviendrait pour une part à prendre en charge en tant que particulier les dommages engendrés par l'état souverain. Mais la complexité de la posture des psychiatres libéraux ici réside peut-être dans le fait qu'ils ne sont pas que des particuliers mais aussi des membres de l'état souverain. Eux aussi le constituent. C'est sans doute ce constat qui fait réagir cette psychiatre de la sorte quand je lui demande ce qu'elle pense du projet de coordination des psychiatres libéraux :

« Ce projet en soi ben évidemment qu'il est pertinent... ça permet de se sentir un peu moins mal d'être français en ce moment quoi... ce que ne fait pas notre pays pour les migrants... » (Madame C, psychiatre libérale)

« Se sentir moins mal d'être français » illustre probablement le fait que les personnes sont aussi des membres du souverain, de l'état français qui ne prend pas ses responsabilités morales vis-à-vis des migrants précaires en souffrance. C'est aussi ce qui se traduit bien dans un sentiment assez généralisé d'être instrumentalisé du côté des psychiatres libéraux et aussi des psychiatres du domaine public. Car dans une certaine mesure les psychiatres deviennent des prescripteurs de droits en faisant des certificats en tout genre pour faciliter l'accès des migrants précaires à tel ou tel droit. Par exemple Monsieur A, à qui on demande des certificats pour avoir accès plus

facilement à des places dans les hébergements d'urgence. Certifications accordées par les médecins et qui ouvrent pratiquement à des droits. Car comme le précise Nicolas Dodier, « *l'expression d'une douleur, les paroles qui racontent les difficultés ressenties au travail, les gémissements lors de la visite ne suffisent pas. Il leur faut, dans le monde des droits, des correspondants objectifs. Ils ne sont pas, isolés, les repères suffisants de l'action. Ils ne valent qu'associés à d'autres repères. Il leur faut cette association pour prétendre se référer à un problème réel.* »⁶⁷ Dans notre cas, la souffrance des migrants ne suffit pas telle quelle, il faut que cette souffrance soit objectivée dans des dispositifs (un certificat de vulnérabilité). Le médecin endosse donc le rôle de dispensateur de droit. Rôle que, de toute évidence, les médecins libéraux ne veulent pas endosser vis-à-vis des migrants précaires puisqu'il y a ici une sorte de hiérarchisation des vulnérabilités étant donné le manque de places en structures d'accueil, comme me l'expliquera un des psychiatres libéraux que j'ai rencontrés.

Dans ce contexte général où l'Etat ne peut pas (ou ne veut pas) prendre en charge l'intégralité des personnes migrantes précaires au niveau du soin, c'est alors au particulier, à l'individu et en tant que « citoyen » de prendre en charge cette souffrance. C'est ce que nous essayerons d'expliquer dans la partie suivante.

3.2.3) Être psychiatre libéral et citoyen, appartenir à un monde commun

Comme je viens de le dire et comme je l'avais déjà évoqué⁶⁸, les individus en tant que particuliers prennent en charge ce que j'ai précédemment appelé les « manques de l'institution ». Mais au nom de quoi cette prise en charge peut se faire pour ces psychiatres libéraux ? Sur ce point, c'est notamment les rencontres avec les psychiatres libéraux qui prennent déjà en charge des migrants précaires qui peuvent nous éclairer :

« c'est quand même pas la clinique... ça peut être passionnant si on aime ça quoi, mais c'est quand même pas la clinique la plus tranquille hein... je pense qu'il faut... un peu être du côté de... d'un certain engagement citoyen il me semble... » (Madame C, psychiatre libérale)

⁶⁷ DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, 367p.

⁶⁸ Partie 1.2.3, Page 36

Il est ici question d'un engagement vers quelque chose mais qui n'est plus militant, cette fois-ci cet engagement est un engagement citoyen. Luc Boltanski et Laurent Thévenot nous offrent une analyse intéressante du contrat social de J.J. Rousseau en nous donnant une définition de la volonté générale et du citoyen : « [...] la volonté de tous est oppressive parce qu'elle exprime l'opinion des autres saisis à l'état de particuliers : « Elle regarde l'intérêt privé, et n'est qu'une somme de volontés particulières » (Rousseau, 1964, CS, p. 371). La volonté générale qui « ne regarde qu'à l'intérêt commun » est, au contraire, celle des mêmes individus mais à l'état général, c'est-à-dire en tant que citoyens. »⁶⁹Ce qui semble important de retenir de cette conception du citoyen et vis-à-vis de ce qui nous concerne c'est la notion « d'intérêt commun ». Ici, il s'agirait alors d'avoir un certain engagement citoyen dans le sens d'un intérêt commun à prendre en charge des personnes migrantes précaires en consultation. Quand l'individu fait quelque chose en tant que citoyen il le fait donc dans un intérêt qui le dépasse et qui concerne d'autres individus du même groupe, d'autres membres du souverain. Ce qui paraît important de constater ici c'est que dans cette conception le migrant précaire est repéré par Monsieur A, comme un « commun » étant donné que l'engagement citoyen du psychiatre (qui vise un intérêt commun) tend à lui porter secours. Il y a donc une forme de reconnaissance de l'autre comme appartenant à un monde qui est commun. C'est d'ailleurs ce que nous montrent très bien ces extraits :

« Mais des gens qui avaient des vies très harmonieuses souvent... très harmonieuses jusqu'à ce que la foudre leur tombe sur la tête... Des fois pour un engagement politique, des fois pour rien... » (Psychiatre PASS X)

« Parce que j pense que le migrant déjà pour qu'il arrive en France faut qu'il soit déjà bien structuré dans sa tête hein même si il a vécu des choses compliquées il a quand même fallu pour arriver en France... faut déjà être solide dans sa tête hein. Pour arriver à tout quitter, à fuir son pays... » (Médecin PASS W)

Il me semble qu'il y a dans ces passages une forme de respect et de la reconnaissance envers les personnes migrantes. Effectivement il y a tout d'abord une idée que j'ai entendue à plusieurs reprises sur le terrain et qui consiste à dire que le migrant est quelqu'un de fort psychologiquement, ce qui l'exclut donc automatiquement et comme nous l'avons vu de la catégorie de « malade mental » par exemple. En cela il est quelqu'un de proche de nous. Ensuite les vies harmonieuses

⁶⁹ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L., *De la justification, Les économies de la grandeur*, Gallimard, nrf essais, 1991, 483p, p 141.

décrites par ce psychiatre et bouleversé par un évènement extérieur comportent quelque chose de l'ordre du drame qui peut arriver à n'importe qui. Ici aussi, le migrant précaire était comme nous. Rappelons ce que Didier Fassin explique vis-à-vis de l'état de stress post-traumatique : « [le premier critère du PTSD] affirme que n'importe quel individu normal peut souffrir des troubles décrits lorsqu'il est exposé à l'évènement réputé traumatique [...] Il n'est plus besoin de chercher une personnalité fragile, puisque les symptômes sont la réaction normale à l'évènement. »⁷⁰ La personne qui porte un état de stress post-traumatique, pathologie qui renvoie très rapidement pour ces deux médecins aux public migrant, fait également de lui un commun puisque sa pathologie est la réaction « normale » à un évènement traumatique. Tous ces éléments font peut-être que le public migrant précaire jouit d'une certaine forme de reconnaissance de la part des soignants qui le prennent en charge et qui lui permettent peut-être pour une part de l'intégrer dans un monde commun.

La reconnaissance des migrants précaires comme appartenant à un monde commun est souvent primordiale, car c'est justement cette non reconnaissance, notamment des préjudices subis, qui maintient ce public dans un entre-deux qui redouble le traumatisme. Les soignants reconnaissent la plupart du temps le traumatisme quand ils l'ont sous les yeux, mais ce n'est pas suffisant, car c'est l'Etat souverain qui doit reconnaître le vécu des personnes en leur accordant un statut qui leur permettra de vivre en France sur un pied d'égalité avec les autres citoyens. Sans cette reconnaissance, le migrant reste alors dans ce que Jacques Rancière appelle un in-between à propos des prolétaires : « 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. »⁷¹ Ainsi, tant qu'il n'y a pas une reconnaissance de l'Etat, « les migrants » restent des entre-deux, qui sont maintenus dans une même condition pour autant qu'ils n'ont pas le statut et restent donc entre deux pays, deux nationalités, deux cultures, etc.

Cette reconnaissance se traduit également d'une autre manière dans les entretiens. C'est la volonté, plusieurs fois décrite déjà, de faire du migrant un universel qui montre peut-être la volonté de ces psychiatres de l'intégrer à un monde commun :

⁷⁰ FASSIN, D., L'empire du traumatisme, Flammarion, Champs essais, 2011, p 120.

⁷¹ RANCIERE, J., Aux bords du politique, folio essais, 2004, 272p, p 119.

« ...mais dans la migration y'a des cumuls de difficultés, des cumuls d'embûches... qui sont extrêmement variés mais qui pour moi ont de l'universel hein ! Être obligé de changer, être en rupture avec... » (Monsieur A, psychiatre libéral)

Vouloir faire du migrant un universel et ne pas vouloir attacher à cette catégorie de particularité consiste donc peut-être à ne pas vouloir spécifier ce que le migrant pourrait être en particulier et donc à faire de lui quelqu'un de commun, de semblable à nous.

Il y a, paraît-il, une certaine manière de faire entrer le public migrant précaire dans un monde commun mais aussi de s'intégrer soi-même à ce monde commun en tant que psychiatre libéral. Ainsi, une manière de justifier la prise en charge des migrants précaires consiste à préciser qu'aussi bien les psychiatres libéraux que les migrants précaires appartiennent au même monde dans lequel ils sont tous deux des citoyens. Ceci peut sembler un peu paradoxal d'ailleurs étant donné que les migrants précaires sont souvent demandeurs d'asile et ne sont justement pas des citoyens au sens strict. Aussi, on peut être psychiatre libéral et citoyen :

« Quand je reçois un patient le cadre il est clair... je fais du soin, je milite pas pour une cause ! C'est une conviction de médecin ! Et si je lui donne un ticket de tram ou une boîte de thon je vais le faire en tant que citoyen ! [...] Moi je suis médecin et je suis citoyen... » (Monsieur A)

Soigner un migrant précaire et les situations problématiques dans lesquelles il est pris consiste donc à être non seulement médecin mais aussi citoyen. Par rapport à ce qu'on a vu précédemment, c'est peut-être dans cela que se joue le « soin de l'humain », dans ce va et vient entre un soin médical, psychiatrique et un soin qui peut se faire parce qu'on est des idems, parce qu'on est tous deux du même monde. Le psychiatre soigne, le citoyen aussi.

3.3) A la recherche des bons termes, des bonnes modalités

Dans cette dernière partie, je voudrais proposer un retour « réflexif » sur le projet de coordination des psychiatres libéraux. Il s'agira non seulement de comprendre quelques enjeux plus globaux mais aussi de réfléchir modestement aux bons termes et aux bonnes modalités à proposer aux psychiatres libéraux pour que cette prise en charge et la création de ce réseau puissent avoir lieu concrètement.

3.3.1) Réflexions sur le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes

Il me semblait important à ce stade de proposer un petit retour réflexif vis-à-vis du projet auquel j'ai participé pendant plusieurs mois.

Il s'agit tout d'abord à mon sens d'un projet qui engage une dimension politique à plusieurs niveaux. D'une part il s'agit d'un projet qui est financé par l'Agence Régionale pour la Santé et qui veut intégrer les psychiatres libéraux dans une boucle de soin qui concerne à priori le secteur public. En effet, les médecins libéraux ont un statut un peu particulier puisqu'ils sont à la fois libres d'exercer comme ils l'entendent leur profession, mais ils sont aussi pour une part dépendants des réglementations étatiques et notamment du ministère de la santé. Ils reçoivent d'ailleurs pour une large part de l'argent de l'Etat sous forme de remboursement. Ainsi, ce projet est peut-être aussi un moyen pour l'ARS de garder la main mise sur l'activité des psychiatres libéraux, leur rappelant par là même qu'ils ne sont pas exempts de prendre en charge eux aussi les problématiques que l'on pourrait qualifier de santé publique. Il y a donc une forme de contrainte exercée via ce projet sur les psychiatres libéraux, l'ARS représentant ici une instance qui rappelle à l'ordre.

Par rapport à cela, le rôle de l'Orspere-Samdarra est particulier en ce qu'il est aussi avec ce projet dans une position que l'on pourrait qualifier de « médiation de service public ». Cette position peut d'ailleurs être plus ou moins confortable s'agissant des psychiatres libéraux étant donné qu'il y a peut-être une représentation de l'ARS comme une instance de contrôle ou en tout cas comme une instance qui vient mettre des limites à la liberté des praticiens libéraux. Ce constat peut représenter un frein dans la présentation du projet qui peut être vu par les psychiatres libéraux comme un projet venant justement contraindre.

Il s'agit aussi d'un projet qui engage du politique dans la manière où il consiste à élargir les personnes, les professions, etc. à qui il revient de prendre en charge les migrants précaires. Il s'agit de réintégrer les psychiatres libéraux dans la problématique collective du soin en leur désignant une place. Ce projet n'est pas neutre dans le sens où il porte à connaissance des psychiatres libéraux les problématiques en termes de souffrances psychiques des migrants précaires en Rhône-Alpes. En effet, et comme nous l'avons vu avec Luc Boltanski, le fait de ne pas prendre en charge la souffrance peut reposer sur le degré d'information dont dispose les personnes. Comme nous le

dit l'auteur : « *le caractère intentionnel ou non de l'omission dépend de l'information dont disposait le secourer éventuel* »⁷² Ainsi, un médecin qui n'a pas connaissance d'un individu en souffrance n'est pas responsable. En ce qui concerne notre projet, il met devant les yeux des psychiatres libéraux la présence de cette souffrance, il la porte à connaissance de manière à ce que ceux-ci ne puissent pas, ou plus, l'ignorer. Pratiquement, la lettre que nous avons envoyée à tous les psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes a tenu ce rôle. Le projet impose peut-être pour une part une forme de responsabilité aux psychiatres libéraux. De plus, il ne s'agit pas juste de porter à connaissance mais aussi de dire que les psychiatres libéraux peuvent être concernés par ce public. Il y a peut-être, et comme je l'ai déjà évoqué, une sorte d'épreuve morale imposée aux psychiatres libéraux avec ce projet et qui consiste à dire que ces derniers peuvent ou doivent appartenir à un monde commun et prendre leur part dans cette dimension de service public.

Il est intéressant ici de revenir un instant sur les psychiatres libéraux qui sont déjà concernés par la prise en charge de ce public. C'est d'abord Monsieur E (psychiatre libéral) qui considère tout bonnement qu'il fait partie du service public :

« *On peut faire du libéral et faire de la psychiatrie publique* » (Monsieur E)

Puis cette psychiatre qui considère qu'en libéral on peut aussi faire une pratique de « *service public* » :

« *...voilà c'est pour ça que là je suis passée complètement en libéral... euh... sans fermer complètement cette pratique de psychiatre plus... euh... comment dire, service public quoi... en disant ben oui une fois psychanalyste je peux aussi aider d'une autre manière notamment les institutions et... du coup de manière personnelle... aussi de pouvoir donner un peu de mon temps d'une manière ou d'une autre socialement quoi, citoyennement...* » (Madame C, psychiatre libérale)

On voit donc bien il me semble, à travers ces deux exemples, comment la prise en charge des migrants précaires implique une dimension de service public pour ces deux psychiatres. C'est d'ailleurs peut-être aussi notre manière de présenter le projet aux psychiatres libéraux qui les pousse à réfléchir à comment, tout en étant psychiatre en libéral, ils sont aussi concernés par des questions qui relèvent normalement du service public.

⁷² BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, p 40.

Sur un tout autre aspect, j'aimerais préciser que ce projet est particulier en ce qu'il vise à découvrir les bons termes et les bonnes modalités du côté des psychiatres en libéral en même temps qu'il veut pratiquement orienter les migrants précaires vers eux. Ce constat implique une temporalité particulière qui crée peut-être un « piétinement » d'un volet sur l'autre. A mon sens, et avec le recul, la complexité d'un projet tel que celui-ci aurait mérité de séparer franchement les deux volets et d'accorder une année entière à l'exploration des logiques propres aux psychiatres en libéral pour donner une meilleure chance ensuite à l'orientation pratique du public qui nous concerne.

Le projet de coordination des psychiatres en libéral autour de la prise en charge des migrants précaires est en quelque sorte précaire lui-même. Il est d'abord précaire car l'ampleur de la tâche semble, avec le recul du moins, très large pour le temps imparti au projet. Il est aussi précaire car, comme je l'ai dit, deux volets s'entremêlent et créent une certaine difficulté à savoir quoi faire rapidement : il s'agit peut-être d'un projet qui de ce fait avance à « tâtons » en apprenant de ses erreurs. Ceci étant justement le fait de l'imbrication des deux volets et du fait que le volet recherche (comment présenter les choses ?) se fait en même temps que le volet ressource (présenter les choses). Le projet est également précaire en ce qu'il est expérimental. Il s'agit d'un projet qui ne va pas de soi et il y a d'ailleurs il me semble des doutes de beaucoup de personnes sur le fait qu'il puisse véritablement fonctionner. Aussi, ma contribution au projet est d'autant plus précaire que je n'aurai été là que la moitié de la durée du projet.

Je voudrais préciser qu'il ressort des acteurs du terrain une certaine attente de l'Orspere-Samdarra par rapport à ce projet de coordination des psychiatres en libéral. En effet, pour les professionnels et pour les psychiatres libéraux d'autant plus, l'Orspere-Samdarra est parfois vu comme non seulement le porteur du projet, mais aussi celui qui aura le rôle de veiller à ce que les liens entre les professionnels des structures d'accueil et les psychiatres libéraux se fassent bien sur du long terme et dans de bonnes conditions. Aussi les psychiatres libéraux peuvent attendre de l'Orspere-Samdarra qu'il soit l'instance qui viendra réguler et sécuriser les termes de l'engagement qu'auront pris ceux-ci, ce qui veut dire pratiquement par exemple de veiller à ce qu'ils ne soient pas débordés de demandes. Ainsi, il y a dans cette attente un potentiel problème de temporalité dans le sens où le financement du projet dure un an mais que le travail en lien avec la mise en place de ce projet paraît illimité dans le temps. On peut en effet considérer que la simple mise en réseau de psychiatres ne suffit pas mais qu'il faut aussi faire vivre le réseau qui aura été

mis en place. Il semble que ce réseau doit être alimenté dans le temps, éventuellement par de nouveaux psychiatres, de nouvelles manières d'orienter, etc.

Il s'agit d'une sorte de travail de médiateur qui est ici attendu de l'Orspere-Samdarra, mais est-ce qu'il sera possible pour la structure de tenir ce rôle ? Si non, qui pourra prendre cette place ? Le réseau peut-il vivre seul et simplement porté par les professionnels ? J'ai essayé de montrer dans cet écrit à quel point le réseau est incarné par des personnes qui portent certains manques de l'institution. Mais l'enjeu de ce projet est peut-être justement de créer un réseau « visible » de psychiatres en libéral et de ne pas rester dans un réseau discret et informel, ce qui permettrait éventuellement aux professionnels de se décharger d'un portage parfois personnel de l'orientation. Il me semble qu'il y a donc un réel enjeu à réfléchir rapidement aux suites de ce projet de coordination et à la place de chacun des acteurs dans ce réseau.

3.3.2) Quelques enjeux du projet sur la scène médicale

J'avais parlé à plusieurs reprises de déspécification, d'une catégorie de migrants qui n'est pas forcément pertinente à utiliser. Mais il semble aussi y avoir un enjeu pratique à voir aussi le migrant comme une particularité. En effet, et dans une certaine mesure, catégoriser l'individu c'est aussi lui faire une place. Ici, avec le terme « migrant », et comme nous l'avons vu, les personnes regroupées sous ce terme n'ont souvent que peu en commun, si ce n'est des situations problématiques du fait de leur condition de migrant en France. Mais prendre acte des situations problématiques dans lesquelles sont souvent pris les migrants précaires revient aussi à mieux prendre en charge ceux-ci. Certains psychiatres d'ailleurs portent l'idée d'une mission clinique particulière à laquelle il faut définir une place :

« Donc si vous voulez, c'est une vraie mission... singulière qui a sa place. A mon avis, il faut lui définir [...] un lieu, une place ses contours avec [...] une architecture. » (Psychiatre PASS/ Urgences)

Ainsi, vouloir à tout prix faire du migrant un universel, comme le fait beaucoup Monsieur A, permet pour une part de performer une réalité autre, dans laquelle le migrant n'est pas différent de

nous. Pour comprendre ce constat, le petit texte d'Antoine Hennion sur la relation d'aide⁷³ paraît intéressant. Dans son texte Antoine Hennion s'appuie sur Paul Ricœur pour utiliser le terme de fiction à propos de la relation d'aide aux handicapés :

« Fiction, cela ne veut pas dire irréel, fruit gratuit de l'imagination, cela veut dire fabrication, travail pour produire autrement de la réalité [...] Ce qu'il faut, c'est de la fiction ontologique. Non pas le traiter « comme si » de rien n'était, mais le traiter « comme » être humain. Je vois en lui l'être humain. La fiction se fait alors performative, créatrice. » Ainsi, construire une réalité autre où le migrant, même s'il n'a pas de papiers en France, est vu comme un citoyen qui peut être soigné par un autre citoyen (le psychiatre libéral) au nom du fait qu'ils appartiennent à un monde commun. Ainsi il y a sans doute un réel enjeu à traiter les migrants précaires « comme des êtres humains », comme des citoyens en puissance qui appartiennent à un monde commun. Mais pour une part dire que ce public a des spécificités et en prendre actes, c'est créer les conditions pour un soin véritablement adapté aux situations problématiques dans lesquelles il est pris. Aussi, ces deux considérations de l'individu ne sont pas forcément opposées dans le sens où on peut voir ces personnes comme des migrants, comme des « étrangers » et à la fois comme des universels. Comme le dit Isaac Joseph, « l'altérité qu'il faut prendre en compte n'est pas celle d'autrui, mais celle parfois de n'importe qui »⁷⁴. Dans cette conception, on peut alors considérer la figure du migrant précaire comme un même (un n'importe qui) avec des particularités qu'il faut prendre en compte pour soigner, ce qui implique de faire une place à cette clinique particulière comme le demande la psychiatre dans l'extrait précédent. Plus généralement d'ailleurs faire une place à cette clinique est peut-être un des objectifs du projet et de l'Orspere Samdarra.

Dans ce projet (et en général à l'Orspere-Samdarra peut-être) il me semble qu'il y a un enjeu de taille vis-à-vis de la psychiatrie en général. Il ne s'agit pas d'une volonté directe du projet mais plutôt à mon sens d'un effet parallèle à ce projet et qui serait celui d'une transformation du schéma interprétatif de la psychiatrie. Il ne s'agit pas de dire ici que le projet bouleverse ce cadre, mais de réfléchir tout de même aux potentiels effets de celui-ci. Dans le projet et comme nous l'avons déjà dit il ne s'agit pas forcément de convaincre, mais l'utilisation de certains termes, la mise en parallèle de certaines catégories ont peut-être pour effet indirect et non voulu de faire

⁷³ HENNION, A., « Faire être l'autre : la relation d'aide comme fiction créatrice », CSI, 2012, Paris, URL : <http://www.csi.mines-paristech.fr/blog/?p=283>

⁷⁴ JOSEPH, I., L'athlète moral et l'enquêteur modeste, Etudes sociologiques, 2007, 496p, p217.

Voir aussi CHAMBON, N., LE GOFF, G., COCHET, P., « Le migrant précaire PASSE à l'hôpital psychiatrique », in Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales, Rhizome n°48, Juillet 2013, p13.

entrer de nouvelles notions et catégories dans le monde psychiatrique. C'est le cas notamment pour le terme de souffrance psychique qui est beaucoup utilisé à l'Orspere-Samdarra ou c'est aussi le cas quand le projet met en vis-à-vis direct le public migrant précaire avec les psychiatres libéraux.

A ce propos, je me souviens d'une discussion au sein des membres de l'Orspere-Samdarra pour savoir s'il était plus judicieux d'utiliser le terme « souffrance psychique » ou le terme « Syndrome de stress post-traumatique » dans notre communication sur le projet et pour parler de ce dont souffrent les migrants. En effet, d'un côté nous avons un terme qui appartient clairement à la nosographie médicale, et de l'autre un terme qui est rejeté par une partie de la psychiatrie. Aussi, il y a deux stratégies différentes ici : d'un côté une visée pratique et directe, utiliser un terme reconnu pour toucher un maximum de psychiatres, mais de l'autre il peut y avoir un autre enjeu qui est la volonté de faire entrer cette catégorie dans le monde psychiatrique.

Il me semble que l'on peut voir les buts de ce projet comme visant à faire entrer le public migrant et les souffrances qu'il porte dans la nosographie médicale, ce qui revient pour une part à transformer une partie du schéma interprétatif de la psychiatrie (ou plutôt du schéma interprétatif de certains psychiatres). En cela, les PASS nous ont d'ailleurs aussi intéressés comme des épreuves situées d'une transformation souhaitée du schéma interprétatif de la psychiatrie. L'enjeu me semble être que la souffrance psychique puisse être attrapable par un maximum de psychiatres. Ainsi, l'Orspere-Samdarra participe sans doute de la lente adoption de certains termes (souffrance psychique) et entités (migrant précaire) en psychiatrie.

3.3.3) Une enquête sur les manières de concerner les psychiatres libéraux, quelques termes, quelques modalités

Quelles sont, en définitive, les difficultés que peut représenter le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes ? J'ai essayé, tout au long de ce mémoire, de documenter ce qui pouvait faire frein et obstacle à une telle prise en charge par les psychiatres libéraux. Comme je l'ai déjà dit, ce projet et son volet recherche ne consistent pas seulement à ce repérage mais aussi à comprendre quels sont les bons termes et les bonnes modalités qui permettront d'orienter pratiquement les migrants précaires vers les psychiatres libéraux.

Effectivement, le projet vise à la base à sensibiliser les psychiatres en libéral aux problématiques des migrants précaires pour les intégrer dans la boucle de soin. Le but de ce projet peut donc être vu comme un élargissement du concernement vis-à-vis des problématiques psychiques que rencontrent les migrants précaires. Mais pour élargir ce concernement il ne suffit pas de sensibiliser au hasard, il faut chercher les bons termes, les bons médiateurs qui permettront de proposer quelque chose aux psychiatres libéraux qui rentre en cohérence avec d'une part leur activité de psychiatres et d'autre part les logiques inhérentes à l'activité en libéral. Pour le dire autrement, la manière de présenter les choses aux psychiatres en libéral dans ce projet doit être en cohérence avec une logique thérapeutique de soin, c'est-à-dire proposer des termes qui font que la prise en charge psychique des migrants soit entendable pour eux. De la même manière, il faut proposer des modalités de prise en charge en cohérence avec le cadre libéral, c'est-à-dire avec la définition pratique qu'ont les psychiatres libéraux de ce qui entre ou non dans ce cadre. Dans cette optique, il s'agit donc de créer un maillage de cohérence avec le métier de psychiatre et avec l'exercice en libéral.

Par rapport ce constat, certaines choses sont peut-être à déplacer dans le projet tel qu'il était conçu à l'origine. J'ai essayé dans mon mémoire de préciser quelques aspects qui font problème et qui questionnent peut-être pour une part le projet lui-même.

Par exemple, au niveau de la catégorie de migrants, que l'on utilise beaucoup dans le projet et que mon entretien avec Monsieur A (Psychiatre libéral) a permis de réinterroger. Comme j'ai essayé de le montrer précédemment⁷⁵, cette catégorie n'est pas forcément pertinente au niveau du soin pour un psychiatre. Il y a donc peut-être un enjeu pour le projet à suspendre cette catégorie de migrants pour orienter des personnes qui ont besoin d'un soin particulier (état de stress post-traumatique, etc.) Effectivement, on ne dirige pas les migrants chez le psychiatre parce qu'ils sont migrants mais parce qu'ils souffrent d'une série de pathologies. Bien entendu, cela pose la question concrètement de la manière pour les professionnels ensuite de formuler leurs requêtes auprès des psychiatres, impliquant de mettre un mot sur la souffrance des personnes et ce qui peut être parfois très compliqué. Mais dans un premier temps, il serait peut-être judicieux dans la manière de communiquer sur le projet de mettre en avant les pathologies identifiées dont souffrent les migrants précaires, ce qui permettrait aussi d'entrer pour une part dans la nosographie médicale et donc de créer une certaine forme de cohérence avec le monde des psychiatres libéraux. De plus, cela permet de départiculariser pour une part le public et de le faire entrer dans du commun avec

⁷⁵ Partie 2.2, Page 64

l'idée a priori que le commun rassure. Aussi, j'ai essayé de montrer comment la catégorie de migrants peut faire peur aux psychiatres libéraux, en lien avec la masse d'individus qu'elle sous-entend. L'objectif n'est pas de ne plus parler du tout de migrant mais d'essayer de faire de lui un patient (comme un autre) qui souffre de telle ou telle pathologie. Suspendre la catégorie de migrants ne veut pas dire la retirer complètement, mais essayer que cette catégorie ne vienne pas définir entièrement la personne, de sorte qu'une représentation de l'individu en tant que « patient » soit possible pour le médecin.

Un des autres aspects que je voudrais souligner concerne les modalités de prise en charge à proposer aux psychiatres. Peu d'éléments indiquent, dans les entretiens réalisés, quelles seraient les bonnes modalités à proposer aux psychiatres libéraux si ce n'est l'entretien avec mesdames C et D (psychiatres libérales). Celles-ci nous préconisent, comme je l'ai déjà indiqué, d'être très prudents avec les psychiatres libéraux :

« C'est un peu... oui c'est compliqué hein euh... je pense qu'il faut pas trop aller vouloir les convaincre, il faut juste leur proposer quelque chose, mais bien balisé, bien costaud ! De dire enfin voilà « vous serez en sécurité, on s'occupe de ci de ça, on vous propose de nous donner trois heures par semaine... enfin trois heures par mois... pas plus ! » et faut aller leur proposer quelque chose sans rien leur demander ! Voilà, on ouvre, on a besoin de personnes mais faut pas essayer de les convaincre parce que... » (Madame C, psychiatre libérale)

Il ne faut donc pas vouloir convaincre mais juste proposer des choses. Aussi, cette psychiatre libérale nous suggère d'être modeste dans le temps que l'on demandera aux psychiatres et de bien cadrer des modalités de prise en charge. Sur ce point il est particulièrement difficile de se prononcer, mais il me semble judicieux de suivre le conseil de cette psychiatre dans le sens où, comme je l'ai précédemment dit, de nombreuses raisons (économiques, peur du débordement, d'être repéré comme... etc.) font que les psychiatres seront sans doute particulièrement réticents à dire « oui » sans modalités précises. Dans ce sens, l'idée d'une prise en charge de base minimum très modeste est peut-être la solution la plus adaptée à tous. Il peut s'agir, comme le préconise cette psychiatre, d'une matinée par mois, voire d'un ou deux patients par mois, ce qui a pour avantage de cadrer la rencontre au niveau du temps. L'avantage de proposer des modalités très peu contraignantes dans un premier temps est d'inclure le nombre de psychiatres le plus élevé possible en les « rassurant » et cela n'empêche en rien des psychiatres libéraux plus « motivés » de prendre de plus en plus.

Dans tous les cas, cette recherche des bons termes ou des bonnes modalités est rendue très difficile par un élément en particulier et que nous avons déjà documenté : la diversité des modèles théoriques et des conceptions du soin. En effet, comme nous l'avons déjà dit de la psychiatrie en général, la conception de ce que doit être le soin et de ses cadres est très différente d'un soignant à un autre. Ainsi, pour certains, l'utilisation de certains termes fermera peut-être automatiquement le médecin au projet, c'est notamment le cas pour la « souffrance psychique » qui, comme nous l'avons vu, est considérée par certains psychiatres comme ne relevant pas de la psychiatrie, alors que pour d'autres elle est utilisée précisément pour décrire ce dont souffre leur patient. Cette diversité des conceptions de la psychiatrie est pour moi le principal problème et la principale difficulté à la mise en place de ce projet dans le sens où les termes et modalités proposés ne correspondront jamais à l'ensemble des psychiatres en libéral. Reste donc à trouver les termes qui sont les plus représentatifs du cadre psychiatrique pour concerner un maximum de psychiatres en libéral.

Dans ce contexte, l'Orspere-Samdarra en général et plus particulièrement à travers le projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes a peut-être l'ambition d'une traduction⁷⁶ dans le sens que Bruno Latour lui donne. En effet, il s'agit pour le projet de traduire toute une série de choses qu'on a constaté d'un point de vue de l'activité pratique (difficulté des PASS pour orienter, etc.) et de les traduire, dans une perspective d'élargissement du concernement, aux psychiatres libéraux dans des termes qui seront entendables pour eux. Ainsi, l'Orspere-Samdarra se pose peut-être avec ce projet en porte-parole dans le sens où il y a une traduction des ambitions d'un groupe donné en vue d'intégrer les psychiatres libéraux dans le nouveau groupe (nouveau réseau) ainsi formé.

Pour ma part, la recherche de ces bons termes et bonnes modalités est très modeste et ne peut être représentative étant donné le peu d'entretiens que j'ai fait avec des psychiatres libéraux. Néanmoins, les entretiens réalisés avec des psychiatres libéraux « déjà convaincus » auront permis, je l'espère, de comprendre et de documenter les logiques qui sont les leurs en ce qui concerne la prise en charge des migrants précaires.

⁷⁶ LATOUR, B., *Changer de société, refaire de la sociologie*, La découverte, 2006, 406p.

Conclusion

Dans ce dernier chapitre nous avons vu que l'activité de psychiatre en libéral impliquait pour une part de s'affranchir de l'institution dans le sens où les règles et les cadres du soin sont fixés par le psychiatre lui-même qui jouit d'une certaine liberté. Les différentes situations problématiques dans lesquelles sont pris les migrants précaires en plus de certaines représentations de l'activité libérale constituent des obstacles dans l'orientation du public migrant précaire vers les psychiatres libéraux. Ensuite, on a vu que certains psychiatres libéraux ont une posture « citoyenne » leur permettant de soigner les migrants en les acceptant dans un monde commun. Les psychiatres libéraux sont également concernés par les souffrances du public migrant précaire en ce qu'ils sont les personnes spécialisées et légitimement attendues comme pouvant intervenir. De plus, il existe une forme de pré engagement de leur part à venir en aide aux personnes qui souffrent, comme l'indique notamment le serment d'Hippocrate. Enfin, j'ai essayé de montrer certains enjeux du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Rhône-Alpes qui engagent du politique, vis-à-vis de l'ARS et de l'enjeu de santé publique au nom duquel les psychiatres libéraux devraient être concernés, mais aussi dans la manière où ce projet essaye d'intégrer les psychiatres libéraux dans un processus d'élargissement du réseau. J'ai également tenté de proposer quelques pistes de réflexion quant à la manière de considérer le projet et également en ce qu'il pouvait contenir d'attente au niveau des professionnels concernés (psychiatres, professionnels des structures d'accueil, etc.). Aussi, l'enjeu d'un tel projet est peut-être une forme de transformation du schéma interprétatif de la psychiatrie qui vise en définitive à faire une place à une clinique avec le public migrant.

Conclusion générale

En définitive nous avons vu dans le premier chapitre que l'orientation du public migrant précaire vers le soin psychique est rendu complexe par un cumul de problématiques. Le migrant précaire est aujourd'hui une nouvelle figure du débordement dans le sens où les professionnels ne savent pas gérer toutes les problématiques que ce public amène avec lui. Il s'agit d'un public qui transforme pour une part la mission de certains professionnels qui s'investissent parfois personnellement dans la prise en charge de ces personnes. Les migrants précaires nécessitent une prise en charge collective en réponse aux différentes situations problématiques dans lesquelles ils sont pris.

Il s'agissait dans le deuxième chapitre de documenter des conceptions théoriques de ce qu'est le soin plus ou moins proche d'un cadre psychiatrique qui comporte pour une part des repères stables et rigides. Ces différentes conceptions du soin par les psychiatres se traduisent par la possibilité concrète (ou plus souvent l'absence de possibilité) d'orienter le public migrant précaire, et les problématiques que sa situation implique, vers la psychiatrie. Parmi les obstacles que l'on retrouve dans les différentes conceptions théoriques du cadre de soin, on a vu notamment : la barrière de la langue, l'instabilité sociale, et les définitions de ce dont souffre le public migrant qui même quand elles font références à une catégorie nosographique identifiée (ESPT) ne permet pas toujours une orientation vers la psychiatrie. J'ai également essayé de montrer comment certains psychiatres considèrent la catégorie de migrants comme non pertinente dans le soin. Dans ce cadre, il pourrait judicieux de considérer le migrant comme étant pris dans des situations particulières qui rendent le soin problématique. Aussi, certains psychiatres prennent effectivement en charge des personnes migrantes précaires et ont résolu les problématiques qui posent a priori problème à d'autres psychiatres. Cette prise en charge se fait notamment grâce à une conception élargie du soin (laisser entrer le social), à une conception globale de l'individu (l'humain, pas les symptômes), à une vision modeste de leur place (accepter de faire partie du réseau) et enfin à une visée inconditionnelle du soin (soigner ceux qui en ont besoin).

Dans le dernier chapitre enfin, nous avons vu que l'activité de psychiatre en libéral impliquait pour une part de s'affranchir de l'institution dans le sens où les règles et les cadres du soin sont fixé par le psychiatre lui-même qui jouit d'une certaine liberté. Les différentes situations

problématiques dans lesquelles sont pris les migrants précaires en plus de certaines représentations de l'activité libérale constituent des obstacles dans l'orientation du public migrant précaire vers les psychiatres libéraux. Ensuite, on a vu que certains psychiatres libéraux ont une posture « citoyenne » leur permettant de soigner les migrants en les acceptant dans un monde commun. Les psychiatres libéraux sont également concernés par les souffrances du public migrant précaire en ce qu'ils sont les personnes spécialisés et légitimement attendu comme pouvant intervenir. De plus, il existe une forme de pré engagement de leur part à venir en aide aux personnes qui souffre comme l'indique notamment le serment d'Hippocrate. Enfin, j'ai essayé de montrer certains enjeux du projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrant précaire en Rhône-Alpes qui engage du politique, vis à vis de l'ARS et de l'enjeu de santé publique au nom duquel les psychiatres libéraux devrait être concernés, mais aussi dans la manière ou ce projet essaye d'intégrer les psychiatres libéraux dans un processus d'élargissement du réseau. J'ai également tenté de proposer quelques pistes de réflexions quant à la manière de considérer le projet et également en ce qu'il pouvait contenir d'attente au niveau des professionnels concernés (psychiatres, professionnels des structures d'accueil, etc.). Aussi, l'enjeu d'un tel projet est peut être une forme de transformation du schéma interprétatif de la psychiatrie qui vise en définitive à faire une place à une clinique avec le public migrant.

En guise de conclusion générale, j'aimerais d'abord dire à quel point ma place est modeste dans ce projet de coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires. Elle est modeste car je suis entré avec ce stage dans deux thématiques, celle de la migration et celle de la psychiatrie en libéral, que je ne connaissais que très peu auparavant. Il a d'ailleurs fallu beaucoup de temps, de terrain et de lecture pour que je commence à comprendre le fonctionnement des PASS, des centres d'accueil, de la demande d'asile et plus généralement de toutes les dimensions problématiques que les situations des migrants précaires en France impliquent. Aujourd'hui d'ailleurs et arrivé à la fin de ce mémoire, j'ai toujours l'impression de n'avoir fait qu'effleurer du doigt tout ce que cette thématique recouvre d'intérêt pour un apprenti sociologue comme moi. Ma place dans ce projet est également modeste en ce que ce mémoire est une goutte d'eau dans l'histoire de l'Orspere-Samdarra qui depuis des dizaines d'années produit un savoir tellement conséquent qu'il est difficile de se l'approprier entièrement. Modeste aussi dans les éléments apportés dans ce mémoire qui amène d'autres questionnements plus qu'il ne donne réellement des réponses claires.

J'ai participé à un projet qui me paraît avec le recul très complexe et qui engage une multitude de dimensions problématiques. Parmi ces dimensions, la question la plus importante du point de vue du projet semble être la suivante : quels sont les bons mots pour parvenir à élargir le réseau de prise en charge en santé mentale des migrants précaires et concerner les psychiatres libéraux ? A cette question, ce mémoire aura juste proposé quelques pistes et peut-être formulé d'autres questionnements. J'aurais tout de même essayé de traduire au mieux ce que les différents professionnels et psychiatres que j'ai rencontrés m'ont livré lors de nos échanges. La principale difficulté à mon sens en ce qui concerne les bons termes pour orienter le public migrant précaire vers les psychiatres libéraux est celle que représente la diversité des conceptions individuelles du monde psychiatrique et plus généralement même la conception que se font les psychiatres de leur place et de la place de « l'autre » en société. Effectivement, que ce soit en ce qui concerne le monde psychiatrique ou dans notre société, les migrants précaires viennent déborder des habitudes, des nosographies, des cadres et des institutions que nous nous sommes construits. Vis-à-vis de ces personnes, plusieurs postures sont possibles : soit considérer que ces altérités doivent entrer dans les cadres que nous nous sommes créés, ce qui implique de les conformer, de les formater ou de les rejeter. Soit considérer que nos cadres peuvent s'adapter et évoluer avec les nouvelles entités qui se présentent à lui, ce qui implique d'accepter le changement. En guise d'illustration, je laisserai les derniers mots de ce mémoire à Georges Canguilhem :

« Dans la mesure où des êtres vivants s'écartent du type spécifique, sont-ils des anormaux mettant la forme spécifique en péril, ou bien des inventeurs sur la voie de formes nouvelles ? »⁷⁷

⁷⁷ CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966, p. 88-89

Bibliographie

BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Folio essais, 2007, 528p.

BOLTANSKI, L., THEVENOT, L., *De la justification, Les économies de la grandeur*, Gallimard, nrf essais, 1991, 483p.

CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966, 290p.

CASTEL, P., « Le médecin, son patient et ses pairs, Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 2005/3 Vol. 46, p. 443 – 467.

CHAMBON, N., « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement », in *Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales*, Rhizome n°48, Juillet 2013, p5-6.

CHAMBON, N., LE GOFF, G., *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie*, Revue Française des Affaires Sociales, 2016-2

CHAMBON, N., LE GOFF, G., COCHET, P., « Le migrant précaire PASSE à l'hôpital psychiatrique », in *Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales*, Rhizome n°48, Juillet 2013, p13.

DODIER, N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, 1993, 367p.

FASSIN, D., *L'empire du traumatisme*, Flammarion, Champs essais, 2011, 452p.

GLISSANT, E., *Tout-Monde*, Gallimard, Folio, 1995, 624p.

HENNION, A., « Faire être l'autre : la relation d'aide comme fiction créatrice », CSI, 2012, Paris, URL : <http://www.csi.mines-paristech.fr/blog/?p=283>

JOSEPH, I., *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*, Etudes sociologiques, 2007, 496p.

JOSSE, E., *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, De Boeck, Ouvertures psychologiques, 304p.

LATOUR, B., *Changer de société, refaire de la sociologie*, La découverte, 2006, 406p.

OGIEN, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Réponses sociologiques Meridiens Klincksieck, Paris, 1989, 274p.

RANCIERE, J., *Aux bords du politique*, folio essais, 2004, 272p.

VIGNAL, M., GENY-BENKORICHI, M., *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, Réseau Samdarra, Avril 2012.

Annexes

Annexe 1 : Lexique

AME : Aide Médicale d'Etat

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

APT : Autorisation Provisoire de Travail

ARS : Agence Régionale de santé

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CFDA : Commission Française pour le Droit d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CIM : Classification internationale des maladies et des problèmes de santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

DNA : Dispositif National d'Accueil

DSM : Diagnostical and Statistical manual of Mental disorders

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

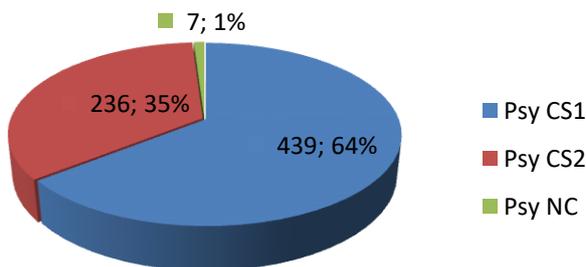
Annexe 2 : Cartographie

Les psychiatres libéraux en région Rhône-Alpes

Les données présentées ici sont toutes issues de l'annuaire santé de l'assurance maladie. Les chiffres utilisés dans les diagrammes représentent le nombre de lieux ou les psychiatres libéraux exercent et non pas le nombre de psychiatres libéraux. En effet, un psychiatre peut exercer en libéral dans plusieurs lieux. Ainsi il y a parfois un écart entre le nombre de psychiatre et le nombre de lieux référencés. Par exemple, il y a 682 références concernant les psychiatres libéraux en région Rhône-Alpes alors que seulement 645 psychiatres exercent dans la région.

Les contrats d'accès au soin peuvent concerner des psychiatres de secteur 1 ou de secteur 2.

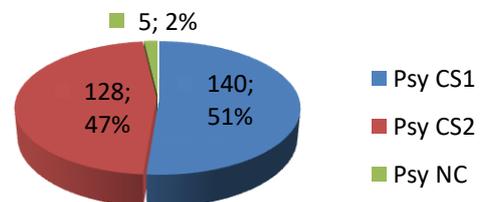
Psychiatres libéraux en région Rhône-Alpes



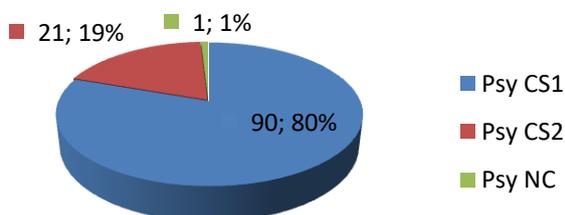
682 références (645 psychiatres) total sur la région RA
439 (416 psychiatres) références exercent en Secteur 1
236 (222 psychiatres) références exercent en secteur 2
73 références exercent dans le cadre d'un **contrat d'accès au soin** dont 14 psychiatres en secteur 1 et 59 psychiatres en secteur 2 ce qui représente **10,7%** des psychiatres.
7 références exercent sans conventionnement
535 lieux d'exercices des médecins psychiatres de la région RA prennent la carte vitale

273 références (256 psychiatres) total sur la métropole
140 références exercent en Secteur 1
128 références exercent en secteur 2
23 références exercent dans le cadre d'un **contrat d'accès au soin** dont 6 psychiatres en secteur 1 et 17 psychiatres en secteur 2 ce qui représente **8%** des psychiatres.
5 références exercent sans conventionnement
220 lieux d'exercices des médecins psychiatres de la métropole de Lyon prennent la carte vitale

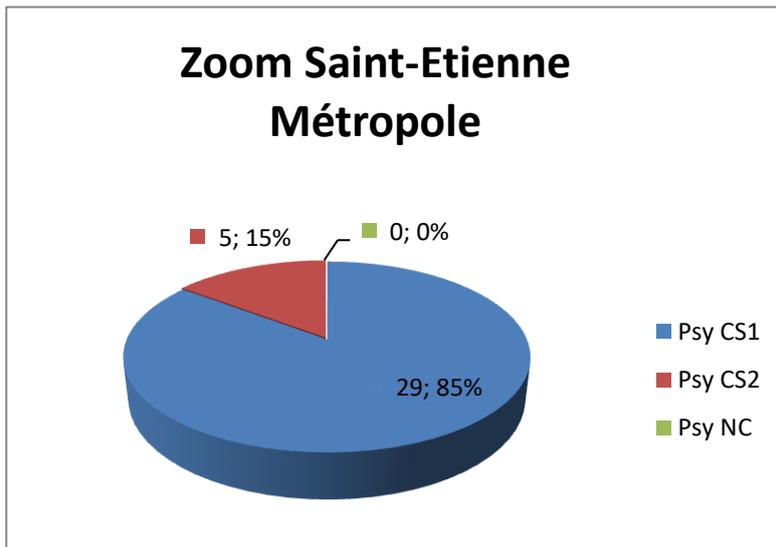
Zoom Métropole de Lyon



Zoom Grenoble-Alpes Métropole

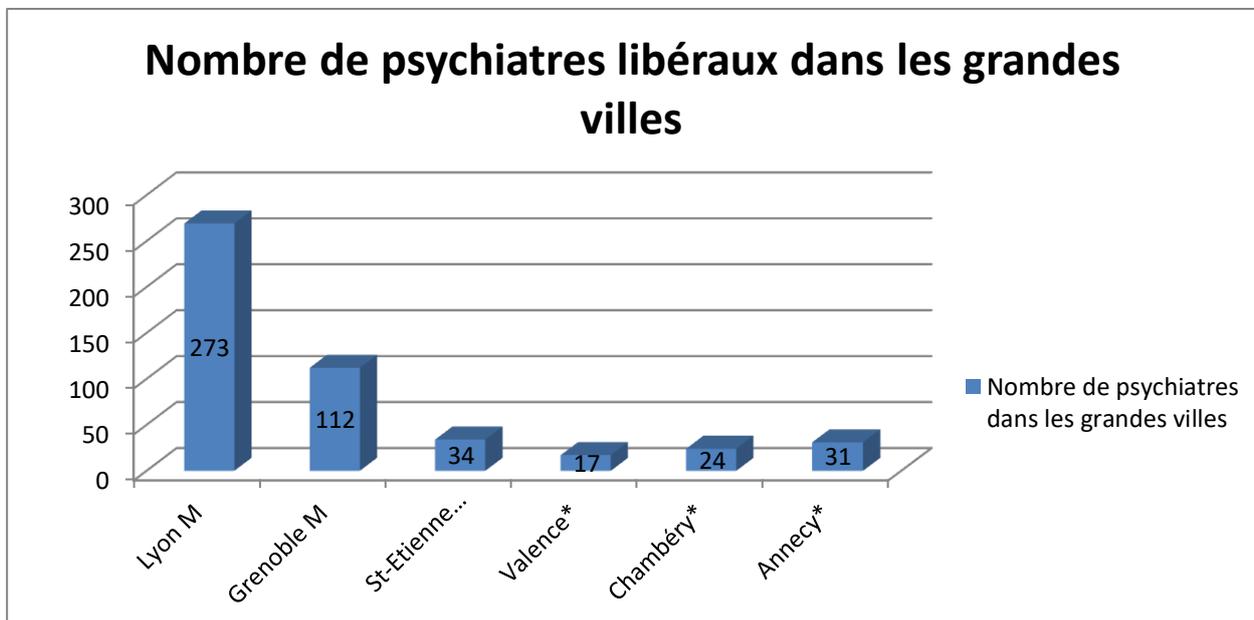


112 références (109 psychiatres) total sur la métropole
90 références exercent en Secteur 1
21 références exercent en secteur 2
11 références exercent dans le cadre d'un **contrat d'accès au soin** dont 3 psychiatres en secteur 1 et 8 psychiatres en secteur 2 ce qui représente **11%** des psychiatres
1 référence exerce sans conventionnement
71 lieux d'exercices des médecins psychiatres de la métropole de Grenoble prennent la carte vitale



34 références (34 psychiatres) total sur la métropole
 29 références exercent en Secteur 1
 5 références exercent en secteur 2
 2 références exercent dans le cadre d'un **contrat d'accès au soin** en secteur 2 ce qui représente 6% des psychiatres
 32 lieux d'exercices des médecins psychiatres de la métropole de Saint-Etienne prennent la carte vitale

Inégalités de la répartition des psychiatres libéraux sur le territoire



* Il s'agit des psychiatres présents dans les 5 km du centre ville.

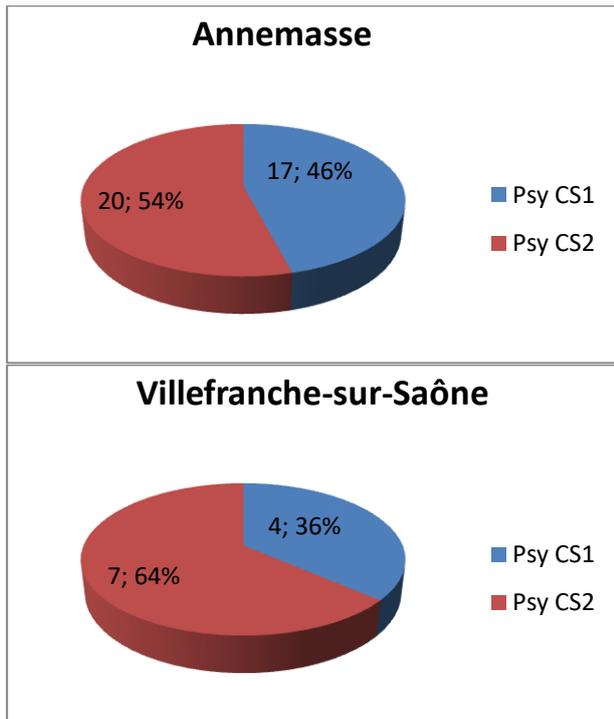
40% (273) des psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes se trouvent dans la métropole de Lyon et 33% (222) sont dans la ville de Lyon.

56% (385) des psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes se trouvent dans les métropoles de Lyon et Grenoble.

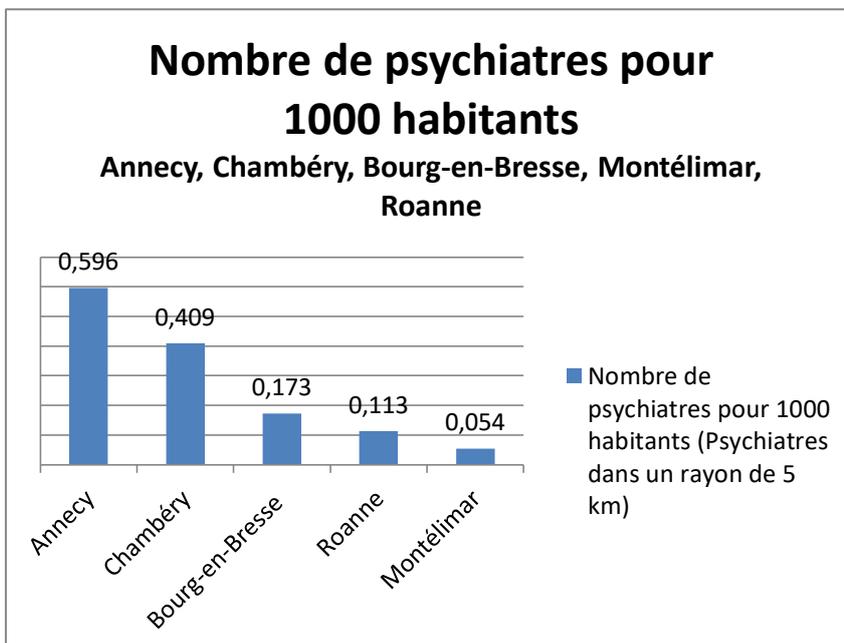
72% des psychiatres de la région Rhône-Alpes se trouvent dans les plus grandes villes (Lyon Métropole, Grenoble-Alpes Métropole, Saint-Etienne Métropole, Valence, Chambéry, Annecy)

54% des psychiatres libéraux de la région RA exerçants en secteur 2 se trouvent dans la métropole de Lyon.

Des villes avec des fortes concentrations de psychiatres libéraux exerçants en secteur 2 :



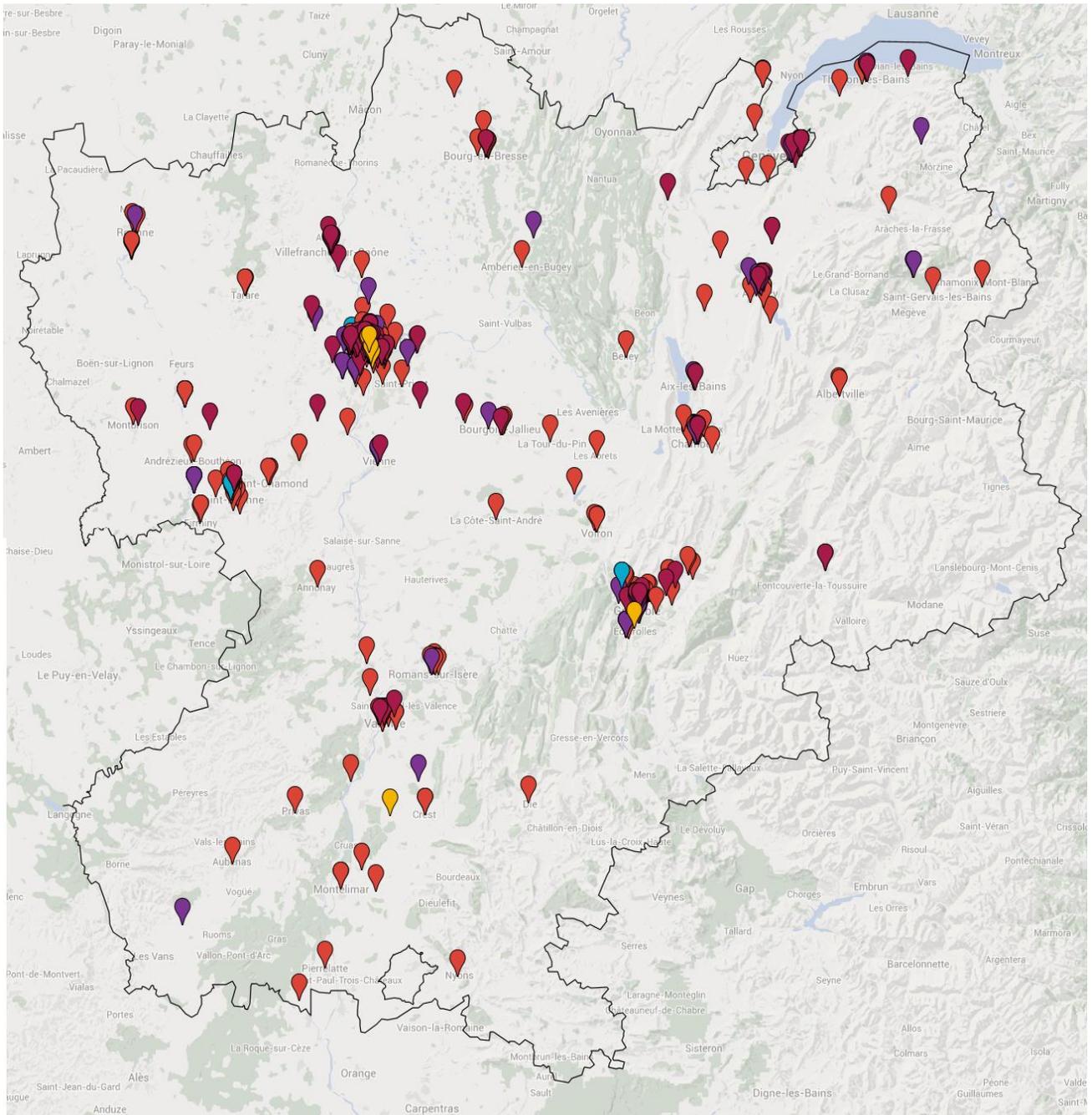
Il y a un écart fort de répartition des psychiatres en fonction des secteurs de la région Rhône-Alpes. A échelle comparable, Grenoble Métropole (442772 habitants) et St-Etienne Métropole (390550 habitants) comptent respectivement 112 et 34 psychiatres. De plus, il y a un écart parfois très grand entre des villes moyennes de la région :



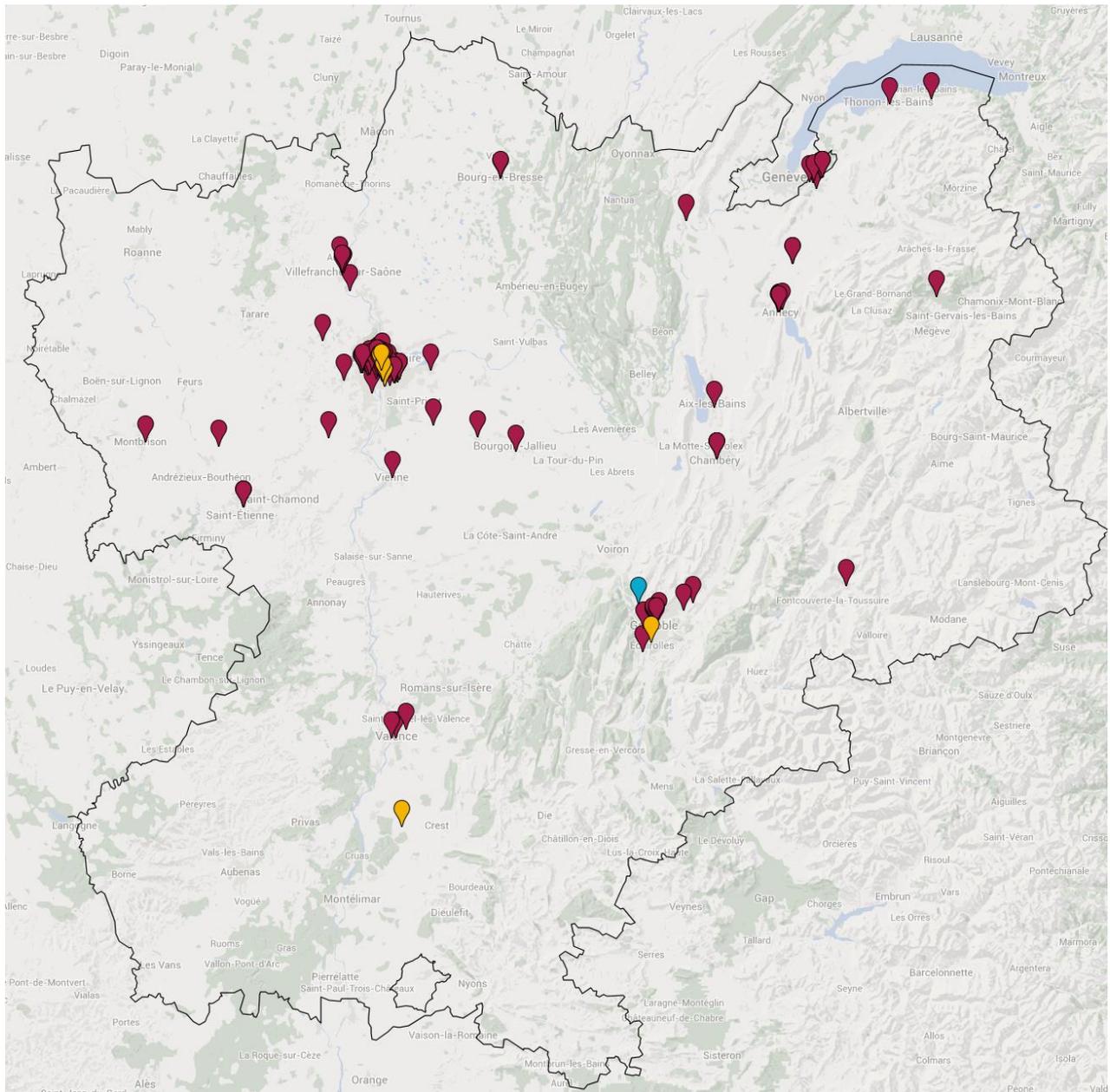
Il y a des inégalités fortes en ce qui concerne la répartition des psychiatres libéraux en région Rhône-Alpes. Exemple ici pour les villes moyennes qui comportent toutes entre 35000 et 62000 habitants.

Annecy environ 6 psychiatres pour 10 000 habitants. Montélimar environ un demi psychiatre pour 10 000 habitants.

Cartographie des psychiatres libéraux en Rhône-Alpes



Cartographie des psychiatre libéraux de Secteur 2 et non conventionné en Rhône-Alpes



Annexe 3 : Statistiques ministère de l'intérieur



Les demandes d'asile

En 2015, 80 075 demandes ont été enregistrées à l'OFPPRA, dont 74 468 premières demandes (mineurs inclus) et 5 607 réexamens. 62 057 décisions hors mineurs accompagnants ont été prises, soit une augmentation de 19,2 % par rapport à 2014. L'OFPPRA a pris 14 119 décisions d'accord contre 8 763 en 2014.

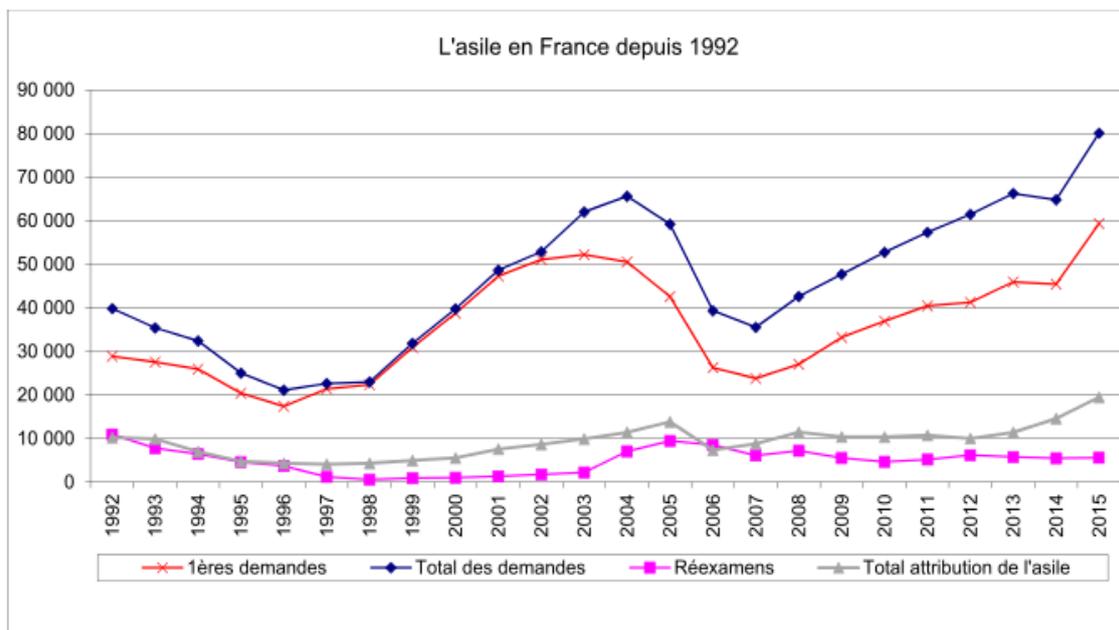
En 2015, la CNDA a rendu 35 961 décisions, soit une baisse de 8,2 % du nombre de décisions par rapport à 2014.

Au total, le nombre de décisions d'accord d'un statut de protection (réfugié et protection subsidiaire) prises par l'OFPPRA et la CNDA s'établit en 2015 à 19 506, en hausse de 33,7 % par rapport au total des décisions positives de 2014.

Décompte des procédures OFPPRA et CNDA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 définitif	Evolution 2015-2014
Premières demandes	33 235	36 931	40 464	41 254	45 925	45 454	59 335	30,5%
Demandes mineurs accompagnants	8 883	11 143	11 683	14 001	14 536	13 859	15 133	9,2%
Total des premières demandes	42 118	48 074	52 147	55 255	60 461	59 313	74 468	25,6%
Réexamens	5 568	4 688	5 190	6 213	5 790	5 498	5 607	2,0%
Total des demandes	47 686	52 762	57 337	61 468	66 251	64 811	80 075	23,6%
Décisions OFPPRA	35 490	37 789	42 377	46 267	46 987	52 053	62 057	19,2%
<i>dont attribution de l'asile (A)</i>	5 048	5 096	4 630	4 348	5 978	8 763	14 119	61,1%
<i>dont protection subsidiaire</i>	1 141	1 015	1 275	1 185	1 106	1 940	2 822	45,5%
Recours reçus par la CNDA	25 134	27 445	31 983	36 362	34 752	37 356	38 646	3,5%
Décisions CNDA	20 343	23 868	34 595	37 350	38 540	39 162	35 961	-8,2%
<i>dont annulations (B)</i>	5 353	5 281	6 125	5 680	5 450	5 826	5 387	-7,5%
<i>dont protection subsidiaire</i>	1 318	1 035	1 195	1 390	1 179	1 581	1 553	-1,8%
Total attribution de l'asile (A)+(B)	10 401	10 377	10 755	10 028	11 428	14 589	19 506	33,7%
<i>dont protection subsidiaire</i>	2 459	2 050	2 470	2 575	2 285	3 521	4 375	24,3%

Publié le 8 juillet 2016

Sources : OFPPRA – CNDA



Source : OFPRA

Les dix premiers pays pour les premières demandes d'asile¹ :

PAYS	2014
Rép. Dém. Congo	3 782
Chine	2 497
Bangladesh	2 425
Russie	2 138
Syrie	2 072
Pakistan	2 047
Albanie	1 944
Soudan	1 793
Haïti	1 730
Guinée	1 612

PAYS	2015
Soudan	5 091
Syrie	3 403
Kosovo	3 139
Bangladesh	3 071
Haïti	3 049
Rép. Dém. Congo	2 937
Chine	2 814
Albanie	2 245
Irak	2 145
Afghanistan	2 122

Source : OFPRA

¹ Premières demandes hors mineurs accompagnants et hors réexamens.