



## Au-delà du traumatisme: pratique d'une psychiatrie en EMPP

**Claire Gekiere**, Psychiatre, Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie, Chambéry

« Je soussignée, Dr Claire Gekiere, psychiatre des hôpitaux, praticien hospitalier, certifiée suivre depuis janvier 2014. Mme ..., originaire de la République Démocratique du Congo, arrivée en France en juillet 2013, et actuellement hébergée au Cada de ... »

Elle présente des troubles psychiques tout à fait évocateurs de psychotraumatisme, associant :

- Insomnie chronique, avec cauchemars récurrents (où elle voit des personnes masquées la poursuivre pour la tuer avec des couteaux) ;
- Reviviscences diurnes, avec angoisse majeure, troubles de l'attention et de la concentration, entraînant une gêne quotidienne avec de nombreux oublis, et pouvant perturber sa communication et sa compréhension ;
- Ruminations anxieuses quasi permanentes, portant surtout sur le sort de ses deux enfants restés au pays, dont elle n'a pas de nouvelles ;
- Irritabilité, contrastant avec son caractère antérieur, dont elle a tout à fait conscience ;
- Maux de tête récurrents, mal calmés par les antalgiques, et douleurs abdominales fréquentes.

La prise en charge psychiatrique (médicale et infirmière) et la prise d'un traitement psychotrope est indispensable et doit se poursuivre. Le traitement (sédatif et prescription de prazosine, pour lutter contre les cauchemars post-traumatiques) a permis une amélioration du sommeil, de nouveau très perturbé lorsque de nouveaux problèmes surviennent. »

Lors des consultations de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) (1), des certificats comme celui-ci, j'en rédige plusieurs par mois. Ils sont un élément important de la prise en charge de personnes migrantes à

différents stades de leur parcours du combattant comme demandeurs d'asile, puis de personnes déboutées pour nombre d'entre eux :

- Pour l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra), en insistant sur les troubles de concentration et souvent la sidération qui conduit les gens à parler des horreurs qu'ils ont vécues sans émotion apparente.
- Pour la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), la certification du psychotraumatisme comme élément de preuve de l'évènement traumatique.
- Pour des personnes déboutées pour une demande dite « étranger malade », et ensuite dans diverses procédures de recours après le refus, maintenant fréquent en Savoie malgré l'avis favorable du médecin de l'Agence Régionale de Santé, de ce titre de séjour.

Ces prises en charge nous confrontent à une double inclusion stigmatisante : soigner des « migrants précaires ». Indemnes de troubles psychiatriques pour la plupart avant de vivre ce qui a provoqué leur exil, « des personnes non malades, mais souffrant soudainement de faits anormaux » (Fassin et Retchman, 2007), ils se retrouvent installés dans une précarité durable par notre accueil en France. En effet, l'inhospitalité des conditions politiques de l'accueil fabrique pour ces personnes un monde social pénurique et souvent violent (Jamouille, 2013). Chacun sait qu'être privé d'un toit, ne pas avoir le droit de travailler et rester donc dépendant d'une assistance, ne pas savoir quand et comment son sort va se jouer, est néfaste pour la santé mentale et peut provoquer des troubles psychiques qui s'intriquent alors avec le tableau de psychotraumatisme.

Notre travail consiste donc à travailler avec ces inclusions stigmatisantes, puisque cette précarité construite amène ces personnes plutôt vers l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) qu'en psychiatrie de secteur, en tout cas en première intention. La mobilité forcée imposée aux migrants est l'obstacle principal à une prise en charge initiale en CMP, une fois dépassés le sentiment d'impuissance initial, le mode d'emploi pour avoir un interprète (excellents en Savoie) et l'ébahissement devant les conditions de vie faites aux personnes.

Car quand les soignants découvrent, à l'occasion d'une demande en CMP, les obstacles kafkaïens que doivent surmonter les migrants (hébergement aléatoire et très conditionné par le statut, difficultés pour se nourrir, complexité et longueur des procédures, rebuffades à la préfecture...), le gouffre qui sépare leurs conditions de vie du discours officiel (la France reste une terre d'accueil, l'hébergement d'urgence est inconditionnel dans la loi...) et l'impact sur la souffrance psychique, il leur faut un temps d'accommodation et souvent d'échange avec notre équipe pour retrouver leurs moyens et pouvoir s'occuper de ces personnes.

Ce travail sur les inclusions stigmatisantes est indispensable si nous voulons faire correctement en même temps notre travail psychiatrique, et soulager des souffrances psychiques intenses et durables. Je les aborderai donc l'une après l'autre.

## Exister plutôt que survivre

Les personnes que nous recevons ont abandonné beaucoup : des grands pans voire toute leur famille, leurs proches, leur travail ou fonctions, leur pays, souvent une communauté religieuse, un parti politique, une association, en général plusieurs groupes d'appartenance (2). L'accumulation de ces pertes, ajoutée aux violences physiques graves ou menaces vitales répétées altèrent le sentiment d'exister, le sens de la vie.

« C'est que la vie nous est donnée, le corps a ses exigences, mais le sentiment d'exister, être en accord avec soi-même et avec la vie qu'on mène est une construction. » (Neuburger, 2012) Je peux aussi le formuler ainsi : notre identité se construit au carrefour de nos différentes appartenances, et une partie essentielle de notre travail est donc de conforter les appartenances qui subsistent et sont attaquées (par exemple chez un couple qui a dû fuir les familles d'origine hostiles à un mariage dit « mixte » au Kosovo, ou une femme arrivée avec certains de ses enfants de la République Démocratique du Congo, sans connaître le destin du père et d'autres enfants...), d'en favoriser l'émergence pour d'autres (retrouver une communauté religieuse, tisser des liens à l'école, trouver une association où s'impliquer...), et de lutter au maximum contre les inclusions stigmatisantes.

Il s'agit donc d'une part d'assurer une continuité relationnelle (souvent à deux ou trois : un même patient reste en lien tout au long de ses tribulations avec la même infirmière et moi-même, la psychologue et une infirmière, ou deux infirmières...) et d'autre part de proposer des appartenances possibles, dont la personne se saisira ou non, d'elle-même ou avec notre aide. Cela demande de repérer d'abord avec les personnes sur qui et quoi

elles peuvent compter, s'appuyer. Certaines ne nous attendent pas pour devenir bénévoles dans des associations, trouver une communauté religieuse qui leur convienne, s'impliquer dans des activités proposées par des associations (foot solidaire, Accorderie (3)...).

Ce travail croise celui de la Pass (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), de certains travailleurs sociaux des lieux d'hébergement, et bien sûr celui des associations militantes s'occupant de migrants, pour qui le sentiment d'appartenance n'est pas un vain mot.

La continuité des soins a bien sûr ses limites dans une EMPP, surtout quand celle-ci est très attachée à ne pas favoriser des filières stigmatisantes. Mais il est indispensable de ne pas faire revivre des abandons aux personnes très traumatisées tant qu'elles ne sont pas suffisamment tirées d'affaire, c'est-à-dire dans une situation assez stable, notamment quant à leur lieu et conditions d'existence, ce qui peut prendre plusieurs années, notamment lorsque les personnes sont déboutées. Généralement, ce sont plutôt alors les personnes qui se détachent de nous, tout en nous donnant ensuite des nouvelles de leur devenir.

Notre préoccupation commune en équipe pour ce sentiment d'exister permet de proposer, si besoin, un abord psychothérapeutique individuel, ou parfois en couple ou parents-enfants. La langue n'est pas un obstacle en soi, car qu'il s'agisse de consultations de psychiatrie générale (avec des échanges autour des prescriptions et de l'usage concret d'une ordonnance) ou de suivi psychothérapeutique (et dans ce cas si possible toujours avec le même interprète), dans mon travail de psychiatre les interprètes sont des présences précieuses, confortables, ni « tiers » qui interférerait dans une relation duelle idéalisée, ni « auxiliaire », mais co-constructeur, co-créateur de relations thérapeutiques. D'autant qu'ils connaissent souvent les personnes pour intervenir dans d'autres contextes, et qu'ils ont souvent déjà gagné leur confiance (Gekiere, 2015).

## Traiter les symptômes

Nous recevons des personnes avec des tableaux post-traumatiques sévères avec des symptômes marqués et tenaces, évoluant souvent depuis plusieurs mois ou années.

Comme médicaments, je prescris des psychotropes classiques et peu onéreux, comme du Tercian, du Théralène et du Seresta pour les insomnies, les angoisses et les problèmes de concentration où prédominent les ruminations envahissantes. Pour les personnes avec des syndromes de répétition (cauchemars très effrayants et répétitifs, reviviscences diurnes) je prescris depuis 2014 un alpha bloquant, de la prazosine (4), dont les résultats symptomatiques sont très intéressants. Les personnes n'éprouvent plus ou beaucoup moins les sensations physiques de l'effroi, et cessent de se réveiller sans cesse, épouvantées, le cœur battant dès que les cauchemars surviennent. Elles dorment donc mieux et se sentent moins épuisées le jour, avec le sentiment de retrouver un peu de maîtrise sur leur corps.

## Dépression ou désespoir ?

Les critères actuels d'inclusion dans le diagnostic de dépression sont très larges et conduisent à un usage extensif de cette étiquette diagnostique, ce qui entraîne un risque de médicalisation d'états de désespoir, de fatigue avec tristesse, de « péjoration de l'avenir » qui n'est souvent qu'un constat lucide. Pour ces migrants précaires, les conséquences d'un tel diagnostic peuvent être très négatives : décontextualisation et rabattement sur l'individu, et prescription d'antidépresseurs alors inefficaces (sauf éventuellement par leur effet sédatif).

Le travail psycho-corporel, en individuel ou en groupe est très intéressant, mais délicat, car s'il apporte un apaisement à bien des souffrances corporelles, il nécessite un art de la distance juste et du toucher non intrusif pour des personnes qui ont souvent été gravement violentées dans leur corps. Relaxation et massage sont possibles et demandent souvent un temps d'apprivoisement réciproque.

Une des infirmières de l'équipe, formée à ces techniques, reçoit des patients et, par période, co-anime un groupe à la maison de quartier du centre-ville de Chambéry. Et nous favorisons les formations psycho corporelles au sein de l'équipe.

## En conclusion

La prise en charge des personnes psychotraumatisées en EMPP peut paraître très spécifique, mais elle repose sur des principes nécessaires à toute prise en charge psychiatrique en équipe, s'attaquant aux souffrances psychiques d'abord rapportées à des individus isolés : toujours tenir compte du contexte, repérer et lutter contre les inclusions stigmatisantes, utiliser plusieurs outils thérapeutiques et souvent bricoler avec, tenir bon sur la continuité des soins, travailler avec des partenaires variés...

## Notes de bas de page



(1) L'EMPP de la Savoie est composée de cinq infirmiers, un cadre, une psychologue et une psychiatre à mi-temps, un temps de secrétaire et de cadre supérieur de santé. Elle dépend du Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie (CHS). Les consultations psychiatriques se déroulent en accueil de jour, en hébergement, et parfois au CHS.

(2) Un groupe d'appartenance est un groupe qui vous apporte des éléments d'identité et auquel vous en apportez (famille, association, amis...) ; un groupe d'inclusion est un groupe auquel vous appartenez seulement par un élément partiel commun (migrant, précaire, SDF, schizophrène, joueur au loto...). Un travail ou une classe peut être l'un ou l'autre suivant les cas (Neuburger, 2006).

(3) L'Accorderie pratique l'échange de savoirs, non monétarisé, ce qui la distingue des SEL (Sociétés d'Exercice Libéral) ; des personnes font du bénévolat à la Croix Rouge, d'autres travaillent à Emmaus...

(4) La prazosine est commercialisée comme antihypertenseur (Minipress ou Alpress). Il y a des études publiées sur son utilisation dans le stress post-traumatique.

## Bibliographie



Fassin, D. et Rechtman, R. (2007). L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Paris : Flammarion.

Gekiere, C. (2015). Interpréter une consultation psychiatrique. Revue Maux d'exil. Comede.

Jamouille, P. (2013). Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration. Paris : La Découverte.

Neuburger, R. (2006). Rituels d'appartenance et rituels de soumission (Chapitre II). Dans Les rituels familiaux. Paris : Petite Bibliothèque Payot, (597).

Neuburger, R. (2012). Exister le plus fragile et intime des sentiments. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Au-delà ... ▾



**ORSPERE SAMDARRA**  
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95  
BD PINEL 69678 BRON CEDEX