



HAL
open science

**Prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez
les "migrants avec un parcours de demande d'asile":
regards croisés sur les dispositifs existants en
Rhône-Alpes**

Vannina Tomasini

► **To cite this version:**

Vannina Tomasini. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez les "migrants avec un parcours de demande d'asile": regards croisés sur les dispositifs existants en Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01674647

HAL Id: dumas-01674647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01674647>

Submitted on 3 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2016

**PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ
LES « MIGRANTS AVEC UN PARCOURS DE DEMANDE D'ASILE »
Regards croisés sur les dispositifs existants en Rhône-Alpes**

Thèse présentée pour l'obtention du
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Par

Vannina TOMASINI

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le mardi 13 décembre 2016

Devant le jury composé de :

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL (psychiatrie)

Membres : M. le Professeur Mircea POLOSAN (psychiatrie)

Mme. le Professeur Virginie SCOLAN (médecine légale)

Mme. le Docteur Halima ZEROUG-VIAL (psychiatrie), **directrice de thèse**

M. le Docteur Pierre MICHELETTI (santé publique)

* La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

À M. le Professeur Thierry BOUGEROL pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, pour vos conseils au cours de ses quatre années, pour votre patience et votre bienveillance.

À M. le Professeur Mircea POLOSAN pour votre participation à ce jury de thèse, pour vos enseignements lors de mon passage au CHU.

À Mme. le Professeur Virginie SCOLAN pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

À Mme. le Docteur Halima ZEROUG-VIAL pour avoir accepté de diriger cette thèse sans hésitation et pour m'avoir permis d'explorer un champ de la psychiatrie dont j'avais eu un aperçu par le biais de votre DU pour la théorie et d'un stage sur une PASS pour la pratique.

À M. le Docteur Pierre MICHELETTI pour avoir pris le temps de me conseiller, pour avoir contribué à l'élaboration de ce sujet de thèse avec un brin de magie, pour m'avoir aidé à organiser mes idées et à me lancer.

À tous ceux qui m'ont aidé à réaliser cette thèse :

À Nicolas Chambon et Gwen Le Goff pour votre écoute et vos conseils alors que ce sujet n'en était qu'à ses balbutiements.

À Élisabeth Piegay pour vos conseils par rapport à la sélection des différentes structures de Rhône-Alpes.

À tous les professionnels que j'ai rencontrés qui ont accepté de prendre du temps pour répondre à l'ensemble des questions de mon guide d'entretien et sans qui ce travail n'existerait pas.

Au Docteur Julien Dubreucq pour son écoute, ses conseils, ses encouragements et son soutien, surtout au cours des dernières semaines.

À Alice Bogey pour m'avoir écoutée parler de ma thèse durant ses six mois de stage passés ensemble et pour m'avoir encouragée.

À tous ceux de l'équipe du C3R qui se sont intéressés à mon sujet de thèse.

À mes relecteurs préférés.

À la technologie qui permet d'enregistrer facilement des entretiens en visu ou téléphoniques.

À tous ceux qui m'ont accompagné tout au long de mon internat de psychiatrie :

Aux Docteurs Guillemette Vidal, Christine Heyward et à toute l'équipe de l'UCAP/APEX qui m'a permis de découvrir la psychiatrie alors que je commençais mon internat et d'être systématique sur mes premiers entretiens.

Aux Docteurs Jérôme Holtzmann, Gaëlle Dall'igna et à l'équipe du CHU pour la rencontre avec une autre psychiatrie et pour leurs enseignements, notamment en pharmacologie.

Aux Docteurs Adeline Demangel, Calin Barna, Élodie Haxaire et aux équipes du Grésivaudan pour avoir enrichi les perspectives que m'offrait la psychiatrie et m'avoir montré une pratique basée davantage sur le

relationnel que sur la contrainte.

Aux Docteurs Jean-Claude Exbrayat, Andia Kastler, à Monsieur Régis Miramond et à l'équipe de l'hôpital de jour d'addictologie pour avoir changé mon regard sur l'addictologie et m'avoir initié aux prises en charge groupales.

Au Docteur Claude D'Anterrosches et à toute l'équipe de la PASS/EMPP qui m'ont fait découvrir le monde de la précarité et de la migration et qui sont à l'origine de mon intérêt pour cette thématique.

Aux Docteurs Toufik Hamaidi et Martine Rivière qui m'ont permis de faire mes premiers pas en CMP et qui m'ont accompagné tout au long de ses six mois.

À l'équipe réseau avec Annie Daidj, Marina Genève et Caroline Perez pour les prises en charges que l'on a partagé et les échanges que l'on a pu avoir au cours de mes deux dernières années d'internat.

Aux Docteurs Nicole Janvier, Virginie Noël, Pierre Murry et à l'équipe de Ferrus pour m'avoir formé à la psychiatrie dans une unité d'intra-hospitalier.

Aux Docteurs Pascale Francony, Julie Lansoy, à l'équipe de l'hôpital de jour, de l'InterFas et globalement à l'ensemble de l'équipe de la structure interne adolescents (vous citer personnellement serait vraiment trop long...) pour les discussions riches et passionnés autour des situations des adolescents, de ce qui constitue une équipe, de la place des uns et des autres...

Aux Docteurs Julien Dubreucq, Benjamin Gouache pour avoir compléter mon regard sur les prises en charges en psychiatrie.

À mes co-internes Nicolas, Matthieu, Nedjma, Camille R., Vanessa mais aussi : Robin, Fabien, Benoît, Benjamin, Adrien, Camille Q., Manuel, Gaëlle, Anaïs et à tous les autres...

À tous les autres :

À ma famille au sens large qui m'ont poussé à poursuivre dans cette voie.

À mes amis de Picardie avec qui j'ai grandi et à ceux que j'ai croisé plus tard : Hélène, Fred, Audrey, Maryon, Vincent et les autres...

À mes co-externes : Émeric, Bastien, Cindia, Damien et Mathieu, qui m'ont permis de poursuivre ses études, année après années et sans qui je ne serais peut-être pas parvenue à l'internat.

Aux directeurs et animateurs de colo AJD : Philou, Anne, JB, Élodie, Matthieu, Thomas, Sté, Be, et à tous les autres.

À mes amis de Grenoble : Sylvain-Lionel, Baptiste, Cyrielle, Jérémie, Rémi, Marie et à tous les autres. Merci pour les magnifiques discussions que l'on a pu avoir et que l'on aura probablement encore, les voies d'escalade, les randos et les vols partagés.

À Guillaume, pour m'avoir supporté et soutenue activement tout au long de ce travail.

RÉSUMÉ

Le monde fait face à une crise humanitaire sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale, avec plus de 65,3 millions de déracinés fin 2015. Parmi eux, 21,3 millions de réfugiés et 3,2 millions de demandeurs d'asile. Les pays européens, dont la France, voient le nombre de demandes d'asile augmenter. Or, ces migrants (demandeurs d'asile, réfugiés et déboutés) sont à risque de développer un syndrome post-traumatique.

Cette étude a pour objectif de réaliser, en Rhône-Alpes, un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'état de stress post-traumatique, du point de vue des moyens existants, mais aussi de l'ensemble des actions proposées par les professionnels, sous forme de soins ou d'orientation.

Cette étude qualitative, multicentrique, réalisée auprès de 18 professionnels travaillant au sein de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) psychiatriques, de PASS somatiques et d'associations a permis de mieux caractériser ce public, d'identifier leurs trajectoires de soins, d'analyser le fonctionnement des dispositifs existants, de mieux connaître les prises en charges proposées dans le cadre de cette pathologie et de rendre compte des difficultés rencontrées par ces professionnels.

Huit propositions d'améliorations ont pu être dégagées des entretiens et de leur analyse, afin d'améliorer la prise en charge de ces migrants souffrant d'état de stress post-traumatique. Ces recommandations relèvent de modifications des politiques de gestion de l'immigration et de santé publique, d'actions de formation et de créations de dispositifs supplémentaires de coordination ou spécialisés.

ABSTRACT

Unprecedented since the Second World War, the world is facing a major humanitarian crisis which, by the end of 2015, included more than 65.3 millions uprooted people. Among them, 21.3 millions were refugees and 3.2 were asylum-seekers. European countries, such as France, see their number of asylum applications rising. These migrants (asylum seekers, refugees and rejected) are yet at risk of developing post-traumatic stress disorders (PTSD).

The goal of this study is to give a survey, within the Rhône-Alpes region, of the patient care concerning migrants applying for asylum and suffering from PTSD. Will be taken into account the existing means and facilities as well as the many actions engaged by the professionals in the forms of care or guidance.

This qualitative, multi-centric survey has been conducted with the help of 18 professionals working within psychiatric PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé, french medical facilities accessible to people in precarious situations), somatic PASS and associations. It has allowed better characterization of this public, has lead to identify their care pathways and to analyze the functioning of the existing measures. As a whole, it permitted to better understand the different care measures proposed in the context of this pathology and to account for the difficulties encountered by the professionals.

Eight suggestions for improvement have been extracted from interviews analysis to enhance the care of these migrants suffering from PTSD. These recommendations imply changes within immigration and public health management policies, professional training measures and the creation of new coordinating and specialized devices.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ADA : Accueil Demandeurs d'Asile

AME : Aide médicale d'Etat

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CCAS : Centre communal d'action sociale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CMP : Centre médico-psychologique

CMU : Couverture médicale universelle

CNDA : Cour nationale du droit d'asile

COMEDE : Comité médical pour les exilés

DHUDA ou HUDA : Dispositif d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DU : Diplôme universitaire

EMDR : Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité

ESPT : Etat de stress post-traumatique

ETP : Equivalent temps plein

HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

IRM : Imagerie par résonance magnétique

ISM : Inter service migrants interprétariat

NET : Thérapie d'exposition narrative

NFS : Numération formule sanguine

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et des apatrides

OQTF : Ordonnance de quitter le territoire français

PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

RDC : République Démocratique du Congo

RESEDA : Réseau francophone de soins pour les exilés victimes de torture et de violence politique

RCP : Réunion de concertation pluri-professionnelle

SDF : Sans Domicile Fixe

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

Table des matières

I. Introduction.....	8
II. Matériel et Méthodes.....	13
A] Choix méthodologique de l'étude.....	13
B] Échantillon.....	13
a) Choix des types de structures.....	13
b) Choix des structures.....	14
C] Organisation de la collecte des données.....	14
a) Contact avec les interviewés.....	14
b) Déroulement des entretiens.....	14
D] Analyse de données.....	15
E] Validité de l'enquête.....	15
III. Résultats.....	16
A] Caractéristiques de la population de l'étude.....	16
B] Résultats qualitatifs.....	17
a) Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT.....	17
1) Des nationalités évoluant au fil des années.....	18
2) Des facteurs cumulatifs de vulnérabilité influençant la santé mentale.....	19
3) Un ESPT parfois identifié.....	21
b) Parcours de soins identifiés pour ce public.....	23
c) Dispositifs existants : fonctionnement commun et ressources humaines.....	26
1) Une base de fonctionnement commune malgré des différences entre structures.....	28
2) Des différences dans la gestion de l'allophonie.....	29
3) Des soignants avec une fibre particulière.....	30
d) Prise en charge de l'ESTP chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile ».....	32
1) Des points communs sur les structures de soins somatiques et de soins psychiques.....	33
2) Prise en charge proposée par les équipes de dispositifs de soins somatiques.....	35
3) Prise en charge proposée par les équipes de dispositifs de soins psychiques.....	36
e) Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge.....	39
1) Difficultés liées à la communication.....	40
2) Difficultés liées au parcours administratif.....	42
3) Difficultés liées à l'organisation du système de soins.....	43
IV. Discussion.....	46
A] Limites de l'étude.....	46
a) Méthode.....	46
b) Échantillon.....	46
c) Analyse.....	46
B] Synthèse et critique des résultats qualitatifs.....	46
B.1 Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT.....	46
1) Des caractéristiques socio-démographiques incomplètes.....	46
2) Une santé mentale, fragilisée par des facteurs de vulnérabilité, terreau pour le développement d'un ESPT.....	47
3) Un questionnement autour de la catégorie de l'ESPT.....	48
b) Parcours de soins identifiés pour ce public.....	50
c) Dispositifs existants.....	50

1) Une diversité des dispositifs malgré des éléments de fonctionnement communs.....	50
2) Des dispositifs s’adaptant au public accueilli.....	51
c) Prise en charge.....	52
1) Des points de la prise en charge peu abordés par les professionnels interrogés.....	52
2) Des somatisations fréquentes conduisant à une prise en charge somatique.....	53
3) Des soins psychiatriques globalement conformes aux recommandations de bonnes pratiques.....	54
e) Difficultés rencontrées au cours de la prises en charge.....	55
1) Difficultés liées à la communication.....	55
2) Difficultés liées au parcours administratif.....	56
3) Difficultés liées à l’organisation du système de soins.....	58
C] Propositions d’améliorations de la prise en charge de l’ESPT.....	60
a) Des propositions découlant des difficultés identifiées.....	60
b) Synthèse et mise en œuvre possible.....	62
V. Conclusion.....	63
VI. Synthèse sous forme d’articles.....	68
A] Article 1.....	68
Introduction.....	68
Méthodes.....	69
Résultats.....	70
Discussion.....	73
Figures.....	74
B] Article 2.....	79
Introduction.....	79
Méthodes.....	80
Résultats.....	81
Discussion.....	84
Figures.....	85
VII. Bibliographie.....	89
VIII. Annexes.....	97
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	97
Annexe 2 : Noms des structures interrogées.....	99
Annexe 3 : Retranscription des entretiens.....	100
Entretien n°1 (E1).....	100
Entretien n°2 (E2).....	109
Entretien n°3 (E3).....	118
Entretien n°4 (E4).....	126
Entretien n°5 (E5).....	134
Entretien n°6 (E6).....	143
Entretien n°7 (E7).....	152
Entretien n°8 (E8).....	161
Entretien n° 9 (E9).....	168
Entretien n°10 (E10).....	174
Entretien n°11 (E11).....	183
Entretien n°12 (E12).....	192
Entretien n°13 (E13).....	200
Entretien n°14 (E14).....	212

I. Introduction

Actuellement, le monde fait face à une crise humanitaire, sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale, avec plus de 65,3 millions de déracinés fin 2015 : 40,8 millions de déplacés internes, 21,3 millions de réfugiés et 3,2 millions de demandeurs d'asile [1]. Ces déplacements de populations sont à relier à la nature des guerres contemporaines, où la règle du conflit entre États-nations a disparu, ainsi qu'aux modifications de l'art de la guerre avec une absence de déclaration de guerre, de batailles rangées et de lignes de front, une multiplication des acteurs de guerre, un effacement de la distinction civil/combattant et une infiltration de la guerre dans les maisons et dans les familles. Ces mouvements sont aussi liés à la multiplication des conflits dans le monde. Entre 2010 et 2015, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) dénombrait l'éclatement ou la reprise d'au moins quatorze conflits : huit en Afrique, trois au Moyen-Orient dont le conflit syrien, trois en Asie et un en Europe [2]. Ils entraînent une forte hausse du nombre de réfugiés, ce chiffre ayant doublé en 4 ans [1]. Ils sont aussi à l'origine d'une hausse importante des demandes d'asile. Ainsi, l'OCDE enregistrait, pour la première fois depuis le début des années 90, plus de 800 000 demandes d'asile sur l'année 2014, soit une augmentation de 46 % par rapport à 2013 [3]. En 2015, ce chiffre a encore doublé en atteignant 1,62 million avec environ 1,3 million de demandes enregistrées dans les pays européens de l'OCDE [4]. Quant à la France, elle se situait, en 2015, au troisième rang des pays européens d'accueil, derrière l'Allemagne et la Suède. Elle enregistrait 80 075 demandes d'asile soit une hausse de 23,6 % par rapport à 2014 [5]. La région Rhône-Alpes était la deuxième région de résidence de ces demandeurs, après l'Île-de-France avec 4482 demandes d'asile déposées en 2015 ce qui représente une augmentation de 23 % [5].

Face à cet afflux massif, la Commission européenne a proposé un système de quotas prenant en compte la taille de chaque pays d'accueil, l'état de son économie et les efforts déjà consentis. La France s'est alors engagée, en juillet et septembre 2015, à accueillir sur les deux prochaines années, plus de 30 000 demandeurs d'asile, essentiellement syriens, irakiens et érythréens. Cette décision européenne intervient dans un contexte d'harmonisation progressive des politiques d'intégration des personnes immigrées mises en place dans chaque État membre. Pour la France, il s'agissait de l'adoption de nouvelles dispositions législatives et réglementaires par le biais de la loi relative à la réforme du droit d'asile du 29 juillet 2015 et son décret d'application du 21 septembre 2015. Cette prise de position a aussi lieu dans un contexte d'interprétations minimalistes de la Convention de Genève par les États avec, pour justification, la gestion des flux migratoires. Cela se traduit par un rejet plus fréquent des demandes d'asile : en France, le taux apparent global d'admission est passé de 95% en 1976 à 27% en 2010 [6] et à 31,5 % en 2015 [5]. Déposer une demande d'asile revient alors à s'engager dans un parcours administratif compliqué reposant sur la rédaction d'un récit détaillé ainsi que sur une convocation à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) voire à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) en cas de recours. Cette procédure prend aussi du temps

avec, en 2015, un délai moyen d'instruction de 3 mois et 19 jours pour l'OFPPRA [5] auquel peut s'ajouter 7 mois et 17 jours en cas de recours auprès de la CNDA [7]. À terme, les demandeurs peuvent bénéficier de deux types de protection : l'asile constitutionnel par le biais du statut de réfugié et la protection subsidiaire pour les personnes à qui ce statut est refusé mais qui sont exposées à des menaces graves dans leurs pays : peine de mort, torture, traitements inhumains ou dégradants, menace directe et individuelle envers sa vie dans un contexte de violence généralisée due à un conflit armé interne ou international. En cas de rejet de la demande, ces personnes sont déboutées : elles perdent alors le droit de se maintenir sur le territoire français et une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) leur ait envoyée. Un certain nombre d'entre elles reste, mais il est difficile de donner un chiffre précis. Leur nombre peut être approché par le biais de celui des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) qui est accordée aux étrangers en situation irrégulière : ces derniers étaient 294 300 en 2014 [8].

Ce contexte place la question des demandeurs d'asile et des personnes issues du droit d'asile au centre du débat politique. Ces populations ont fait l'objet d'une attention croissante au cours des quinze dernières années, avec notamment des travaux autour de leur santé mentale qui se définit, selon J. Furtos, comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte : c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives » [9]. La plupart du temps, les migrants qui déposent une demande d'asile pensent correspondre à la définition des réfugiés, donnée par l'article 1 de la Convention de Genève : il s'agit de toute personne « qui, par suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». Bien souvent, ces migrants ont été contraints de quitter leur pays d'origine, de manière précipitée, sans pouvoir dire adieu et sans pouvoir y retourner. Ils ont aussi vécu un nombre relativement élevé d'événements potentiellement traumatiques avant ou durant leurs parcours migratoires [10] : torture, violences sexuelles, témoins du décès voire de l'assassinat de personnes proches, etc. De fait, il est fréquent d'identifier, chez eux, une souffrance psychique qui peut être rattachée à des troubles psycho-traumatiques.

Ces troubles renvoient aux traumatismes psychiques et aux théorisations qui ont eu lieu au fil des siècles. Leur étude a commencé dès l'Antiquité, essentiellement dans des contextes de guerres. Au XVII-XVIII^{ème} siècles, des médecins militaires tels que Desgenettes, Percy, Larrey et Mendez Da Costa ont décrit des formes aiguës de syndromes psycho-traumatiques. En 1889, Oppenheim a introduit le terme de « névrose traumatique » qu'il a mis en lien avec des micro-lésions cérébrales. Au XX^e siècle, les théorisations se sont poursuivies avec les travaux de Janet, Freud, Kraepelin, Fenichel

et Ferenczi. D'autres termes ont encore émergés suite aux deux Guerres mondiales dont le « traumatisme dû aux bombardements » et la « névrose de guerre ». C'est la Guerre du Vietnam qui a, ensuite, réactivé la recherche autour de la pathologie traumatique avec la création du « post Vietnam syndrome », suivie de l'inscription de l'état de stress post-traumatique (ESPT) dans le DSM-III. Il ressort de ces multiples travaux que le trauma, en tant qu'événement psychique, vient faire effraction, signant « une déchirure dans le symbolique qui impose un élément sans connexion immédiate avec les autres parce que hors sens » [11]. Cette effraction est accompagnée d'un sentiment d'effroi c'est-à-dire d'une disparition de toute activité psychique. Le traumatisme psychique est alors le reflet de la réorganisation psychique qui a lieu à la suite de cet événement.

Le traumatisme psychique a longtemps été appréhendé au travers de l'unique concept de stress. On retrouve cette conceptualisation dans les classifications internationales comme la CIM-10, les DSM-I, II, III où il apparaît comme une réponse physiologique et universelle à un événement stressant extrême ou hors du commun. Un glissement a ensuite eu lieu du côté de la prise en compte de la subjectivité individuelle : « la réponse biologique psychophysologique au stress est dépendante de la réaction psychique subjective qui lui a donné naissance et non simplement de l'objectivation d'une intensité stressante quantifiée » [12]. Cette évolution est aussi présente dans le critère A du DSM-5 où le trauma et ses circonstances de survenue sont définis de manière plus précise. L'ESPT est alors défini par la survenue, parfois après une phase de latence de durée variable, de symptômes caractéristiques. Il s'agit notamment du syndrome de répétition qui est un des symptômes central du tableau clinique aussi bien dans le DSM et la CIM-10 que dans la « névrose traumatique » de la nosographie classique européenne. Actuellement, on parle plutôt de syndrome intrusif qui renvoie à des reviviscences diurnes ou nocturnes, sous forme de flash-back ou de cauchemars, où l'image est « identique au détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction [et est accompagnée] du sentiment que l'événement est en train de se produire » [13]. Il peut parfois être associé à un sentiment de détresse intense, qui peut s'exprimer, dans certains cas, par des états de transe, de déréalisation, répétant l'état de dissociation péri-traumatique ou mimant la situation de violence. En miroir, on retrouve un syndrome d'évitement à propos des pensées, des images, des sensations et des situations rappelant ou symbolisant les circonstances du traumatisme initial. Il existe aussi des symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative.

La prévalence de l'ESPT chez les migrants demandant l'asile reste difficile à évaluer, les études réalisées étant très hétérogènes en termes de population, de taille, de techniques d'échantillonnages (avec ou sans randomisation) et d'outils de mesures (auto-questionnaires ou hétéro-évaluation à visée diagnostique). Ainsi, les prévalences les plus élevées sont associées à une absence de randomisation, à une petite taille d'échantillon et à l'utilisation d'auto-questionnaires [14]. Les chiffres varient aussi selon les lieux de recrutement. On retrouve alors une prévalence élevée au sein des échantillons de réfugiés suivis en psychiatrie ambulatoire : 86 % [15] des chiffres intermédiaires au sein des

échantillons communautaires : 60 %, 47,5 %, 55 %, 34 % [16-19]; des chiffres plus bas dans les méta-analyses : 9 % dans un échantillon de réfugiés [20], de 30,6 % dans un échantillon d'adultes déplacés et/ou affectés par la guerre [14] et de 33,5 % dans un échantillon de réfugiés et de travailleurs migrants [21]. Par contre, il n'existe pas de données françaises pour cette population, mise à part celle du COMEDE où il était retrouvé une prévalence de 15,3 %, pour le psychotraumatisme, au sein d'une population de migrants/étrangers, c'est-à-dire engagés dans un parcours de demande d'asile ou dans d'autres procédure de régularisation [22]. Ce chiffre est très supérieur à celui obtenu en population générale française où la prévalence instantanée de l'ESPT complet est de 0,7 % et de 5,3 % pour les formes incomplètes [23]. De plus, ce syndrome est bien souvent associé à un épisode dépressif majeur [20 ; 24 ; 15 ; 16]. Son développement et son maintien sont aussi à mettre en lien avec des facteurs pré-migratoires mais aussi post-migratoires tels que les conditions culturelles, sociales, politiques et économiques dans le pays d'accueil [25].

La prise en charge de l'ESPT est relativement bien codifiée dans les recommandations nationales et internationales [26 ; 27 ; 28]. La psychothérapie constitue la pierre angulaire du traitement avec une efficacité démontrée de la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme et de la désensibilisation et retraitement par mouvement des yeux (EMDR). Le traitement psychotrope n'intervient qu'en seconde intention en cas d'échec de la psychothérapie. Pour autant, il arrive que des traitements hypnotiques ou anxiolytiques soient prescrits en cas d'anxiété et/ou de troubles du sommeil importants. De même, des traitements antidépresseurs peuvent être prescrits en première intention en cas d'association à un épisode dépressif modéré à sévère, de retentissement important limitant les capacités à bénéficier d'une psychothérapie, ou lorsque la thérapie est impossible. L'application de ces recommandations de bonnes pratiques auprès des demandeurs d'asile et des personnes issues du droit d'asile pose alors les questions de l'accès aux soins, du repérage des troubles mentaux ainsi que des prises en charge proposées.

L'accès aux soins de cette population est rendu difficile par le manque d'information et de repérage des pathologies psychiques présentées, ainsi que par la précarité dans laquelle ce public peut se retrouver. En effet, bien qu'un hébergement soit prévu dans le droit d'asile par le biais du dispositif national avec les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), seuls 30,9 % des demandeurs d'asile bénéficiaient de ce dispositif en 2015. Les autres se contentent d'un hébergement précaire au sein du dispositif d'hébergement d'urgence, chez des particuliers ou dans la rue [29]. De plus, les droits sociaux, tels que la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la CMU-complémentaire, dont ils sont censés bénéficier durant la procédure administrative, suivies de l'AME en cas de séjour irrégulier ne sont pas toujours faciles à faire ouvrir. Enfin, les structures accueillant cette population et prenant en compte le psycho-traumatisme sont peu nombreuses sur le territoire français. On en dénombre huit qui reposent essentiellement sur le réseau associatif : les centres Primo Levi, Minkowska et le centre de santé du COMEDE à Paris, le centre l'association Awel à La Rochelle, l'association Mana à

Bordeaux, le centre Osiris à Marseille, Paroles Sans Frontière à Strasbourg, le centre Essor à Villeurbanne. Ce public se présente alors aux urgences ou dans des associations d'orientation, telle que Médecins du Monde, qui les réorientent, bien souvent, sur des structures à « bas seuil », telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) généralistes et/ou psychiatriques [30]. Conformément à la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, ces dispositifs, composés d'équipes pluridisciplinaires, permettent une prise en charge globale des personnes en situation de précarité, en leur offrant un accès au système de santé ainsi qu'un accompagnement médico-social, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.

Les demandeurs d'asile et les personnes issues du droit d'asile correspondent donc à un public vulnérable en termes de santé mentale et notamment de psycho-traumatisme. L'ESPT peut alors évoluer vers une résolution spontanée ou vers une chronicisation. Des études ont montré la persistance d'une prévalence élevée chez des réfugiés réinstallés depuis plus de dix ans [24 ; 31]. De fait, cette pathologie peut évoluer, en l'absence de prise en charge adaptée, durant de nombreuses années avec un retentissement important sur le fonctionnement global et donc sur le processus d'acculturation. Il semble donc important que les pays d'accueil puissent mettre en place des circuits de dépistage et de prise en charge adaptés pour ce public. Cette question se pose d'autant plus en cette période d'afflux massif de personnes demandant l'asile et on peut se demander quelle sera la politique publique de la France quant à la prise en charge du traumatisme psychique.

Ce questionnement amène à s'interroger sur les soins proposés actuellement à un public qualifié de « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Cette expression vient remplacer celle de « demandeurs d'asile et de personnes issues du droit d'asile » qui figure tout au long de cette introduction. Elle permet ainsi de rendre compte d'un processus migratoire tout en regroupant les demandeurs d'asile, les réfugiés et les déboutés de plus de 18 ans. La catégorie de « migrant précaire », actuellement utilisée dans la littérature, n'a pas été retenue afin de restreindre le champ de l'étude aux personnes concernées par le droit d'asile. Ce terme permettait, certes, de détacher la problématique clinique de la procédure administrative [32], mais elle renvoyait à une population plus large, c'est-à-dire à l'ensemble des migrants quelles que soient les procédures de régularisation (demande d'asile, demande étranger malade...). Il s'agissait alors de cibler à la fois une zone géographique du territoire français, l'ancienne région Rhône-Alpes, mais aussi une prise en charge dans sa définition large, celle de prendre en charge une personne dans sa globalité avec une pathologie identifiée, celle de l'ESPT. L'objectif de ce travail est alors d'effectuer un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT, du point de vue des moyens existants, mais aussi, de l'ensemble des actions proposées par les professionnels sous forme de soins ou d'orientation. Nous avons alors proposé la réalisation d'une enquête qualitative, auprès des professionnels travaillant au sein de PASS psychiatriques, de PASS somatiques et d'associations, afin

de caractériser plus précisément le public concerné et les dispositifs de soins au sein desquels ils sont reçus puis, d'identifier leurs parcours de soins, les prises en charge qui leur sont proposées et les difficultés auxquelles les professionnels peuvent être confrontés. Ce travail permettrait, à terme, de déduire et de formuler des propositions d'améliorations.

II. Matériel et Méthodes

A] Choix méthodologique de l'étude

Pour réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile », une approche qualitative paraissait pertinente. En effet, cette méthode correspond à une démarche discursive de reformulation, d'explication et de théorisation afin de donner sens et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [33]. Elle permettait une analyse de la réalité du terrain afin de répondre aux questions principales soulevées par ce sujet. Un guide d'entretien a été construit à partir de ces dernières. Il comprenait trois parties : la première concernait le parcours professionnel des personnes interrogées, la deuxième permettait de mettre en relation les données de la littérature avec la réalité du terrain et la dernière interrogeait la pratique des professionnels au sein de leur structure. Il a été affiné par la réalisation d'un entretien pilote avec une interne ayant des connaissances sur ce sujet et ayant déjà travaillé au sein d'une PASS.

B] Échantillon

a) Choix des types de structures

Le choix de l'échantillon était fonction des lieux de soins fréquentés par les « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT. Or, du fait d'une augmentation et d'une précarisation de cette population, on sait que ce public est amené à bénéficier de soins au sein des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Il existe des PASS généralistes mais aussi des PASS spécialisées, comme les PASS psychiatriques dans le cas de pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile. Ces dernières sont souvent rattachées à des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) qui ont pour mission principale « d'aller vers » c'est-à-dire d'aller au contact des personnes en situation de précarité et souffrant de pathologies psychiatriques et/ou en situation de « souffrance psycho-sociale » sans attendre l'expression d'une demande par la personne concernée. Il paraissait alors évident d'intégrer les PASS psychiatriques/EMPP dans l'échantillon. Les PASS somatiques ont été ajoutées, car les soins physiques peuvent constituer une porte d'entrée sur les soins psychiques [34], ce qui amène à un travail en partenariat avec les PASS psychiatriques. Afin d'obtenir un regard extérieur aux structures de soins de santé appartenant au service public, il a été décidé d'interroger les associations amenées à prendre en charge ce public à la fois sur le plan somatique et psychique. Un nombre de 15 structures a alors été choisi, avec une répartition égale en cinq EMPP/PASS psychiatriques, cinq PASS somatiques et cinq associations.

b) Choix des structures

Il existe actuellement, dans l'ancienne région Rhône-Alpes, 5 PASS psychiatriques/EMPP, une PASS généraliste, 7 EMPP et 37 PASS somatiques dont deux ayant une équipe mobile^a. Les structures ont été choisies sur conseils de la coordinatrice régionale des PASS ce qui réduisait les possibilités aux 5 PASS psychiatriques/EMPP et 10 PASS somatiques. La prise en compte de la localisation géographique a permis d'affiner cette pré-sélection. En effet, le public ciblé fréquente davantage les PASS des agglomérations de grandes tailles ou de tailles moyennes plutôt que celles situées en milieu rural. Il existe aussi des éléments historiques influençant l'installation des migrants dans certaines villes. Les villes retenues étaient alors : Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Valence, Chambéry, Bourg-en-Bresse et Vienne. Les cinq associations ont été ciblées en utilisant les mêmes critères de localisation et en s'appuyant, entre autre, sur le répertoire du COMEDE [35].

C] Organisation de la collecte des données

a) Contact avec les interviewés

Les premiers contacts avec les structures choisies ont eu lieu à partir d'août 2016. Ils ciblaient d'abord la personne responsable du dispositif quelle que soit sa fonction quitte à ce qu'elle réoriente, ensuite, la demande vers un autre professionnel. Une présentation succincte du sujet de l'enquête était faite et en cas d'accord, un rendez-vous était fixé pour la réalisation de l'entretien.

b) Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de préférence de visu, notamment pour les associations. L'éventualité d'effectuer les entretiens par téléphone a été conservé dans le cas où cela pouvait faciliter leur réalisation. Il n'était pas non plus exclu que deux personnes soient présentes si cela apportait une richesse supplémentaire. L'entretien commençait par une présentation de l'enquêteur et un rappel de l'objet de l'enquête et de la finalité de l'entretien. Il était précisé le besoin d'enregistrer les propos pour des raisons méthodologiques tout en assurant du respect de l'anonymat. L'accord des participants obtenu, l'enquêteur poursuivait en posant les différentes questions du guide d'entretien. Il utilisait des techniques d'entretien semi-directif avec une écoute active où le guide est utilisé plutôt comme un aide-mémoire que comme un outil de planification de l'échange. À la fin de l'entretien, le rapport d'activités de la structure était demandé afin d'essayer d'obtenir davantage de données sur la prévalence de l'ESPT ainsi que sur les caractéristiques socio-démographiques du public étudié.

a Chiffres issus du listing des PASS et EMPP en Rhône-alpes fourni par l'ARS.

D] Analyse de données

Les entretiens enregistrés ont ensuite été retranscrits dans leur quasi intégralité. Pour des raisons d'anonymat, le contenu de la première question et les autres éléments permettant d'identifier les interviewés ne figurent pas ou ont été modifiés, figurant alors entre crochets. Ceci a permis l'obtention de documents écrits. Un procédé d'analyse thématique a ensuite été utilisé pour traiter ces textes afin de répondre aux objectifs de l'étude. Cette méthode fait intervenir des procédés de réduction des données avec un relevé des thèmes pertinents pour la recherche, puis leur regroupement en rubriques jusqu'à l'élaboration d'arbres thématiques schématisant les principaux ensembles thématiques.

E] Validité de l'enquête

Une étude qualitative doit répondre à plusieurs critères de scientificité justifiant sa validité interne et externe. Un travail de thématisation continu a été choisi afin d'obtenir une validité scientifique plus grande qu'avec une démarche séquencée [33]. Il est aussi possible de justifier de l'atteinte du niveau de saturation, c'est-à-dire que l'analyse des derniers entretiens ne fournit pas d'éléments nouveaux à la recherche. C'est le cas puisque le nombre de nouveaux thèmes est inférieur à 10 % pour les derniers entretiens réalisés (Figure 1).

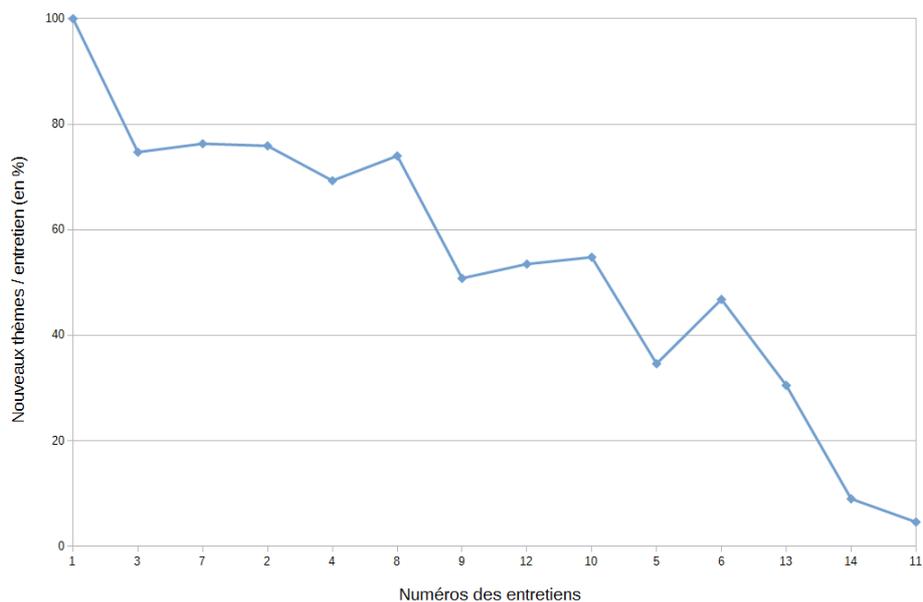


Figure 1 : Évolution des récurrences au fil de la thématisation des entretiens

III. Résultats

A] Caractéristiques de la population de l'étude

Au total, 14 entretiens ont été réalisés entre le 19 août et le 12 octobre 2016 au sein des structures choisies, réparties de la manière suivante : trois à Lyon, cinq à Grenoble, une à Saint-Étienne, deux à Valence, une à Chambéry, une à Bourg-en-Bresse et une à Vienne. Le dernier entretien n'a pas pu être réalisé du fait d'un contact plus tardif avec l'association, suivi de difficultés organisationnelles et d'un manque de temps. Pour des raisons pratiques, quatre entretiens ont été faits par téléphone. Quatre autres entretiens ont été réalisés à deux voix portant le nombre total de personnes interrogées à 18 : six médecins somaticiens (généraliste ou interniste), six psychologues, trois psychiatres, deux assistantes sociale et un infirmier de secteur psychiatrique. Leurs fonctions ont été volontairement dissociées des autres données de la figure 2 ci-dessous afin de préserver l'anonymat des interviewés, le monde de la précarité étant de petite taille.

	Sexe	Tranches d'âge	Expérience dans le champ de la précarité	Expérience au sein de la structure actuelle	Formations universitaires spécifiques	Autres formations (journée d'étude, personnelle....)
E1	Homme	65-70 ans	30 ans	6 ans	Non	Oui
E2	Homme	45-50 ans	21 ans	16 ans	Oui	Oui
E3	Homme	35-40 ans	15 ans	8 ans	Oui	Oui
E4	Femme	50-55 ans	12 ans	12 ans	Non	Oui
E5	Homme	60-65 ans	30 ans	2 ans	Non	Oui
E5 bis	Femme	50-55 ans	10 ans	4 ans	Non	Oui
E6	Homme	30-35ans	12 ans	5 ans	Non	Oui
E7	Femme	30-35 ans	6 ans	4 ans	Oui	Oui
E7 bis	Homme	50-55 ans	10 ans	3 ans	Non	Oui
E8	Femme	35-40 ans	14 ans	4 ans	Non	Oui
E9	Femme	35-40 ans	12 ans	6 mois	Non	Oui
E10	Femme	40-45 ans	11 ans	10 ans	Non	Oui
E11	Femme	40-45 ans	10 ans	7 ans	Non	Oui
E11 bis	Femme	35-40 ans	12 ans	7 ans	Oui	Oui
E12	Homme	55-60 ans	2 ans	2 ans	Non	Oui
E13	Homme	60-65 ans	4 ans	4 ans	Non	Oui
E13 bis	Femme	40-45 ans	15 ans	6 ans	Non	Oui
E14	Homme	25-30 ans	4 ans	4 ans	Non	Oui
Moyenne	<i>Parité</i>	<i>40-45 ans</i>	<i>10,5 ans</i>	<i>4 ans</i>	<i>22% de Oui</i>	<i>100 % de Oui</i>

Figure 2 : Caractéristiques de la population des interviewés

Cet échantillon comprenait un nombre équivalent d'hommes et de femmes, avec un âge moyen compris entre 40 et 45 ans. Ils travaillaient, en moyenne, dans le champ de la précarité depuis 10,5 ans, et au sein de leurs structures respectives depuis 4 ans. 22 % d'entre eux avaient suivi une formation universitaire spécifique, dans le champ de la précarité, de la migration, ou des deux, par le biais de masters, de thèses ou de diplômes universitaires (DU). Tous avaient eu la possibilité de se former par d'autres biais : journées d'étude, journées inter-régionales, formation personnelle, formation auprès d'autres collègues de l'équipe.

La durée des entretiens était en moyenne de 69 min avec un minimum de 42 et un maximum de 76 min. Tous ont été inclus dans l'analyse, bien que l'un d'eux ait été réalisé avec les professionnels d'une association prenant en charge un public un peu différent du public ciblé, mais présentant des points communs au niveau de la pathologie post-traumatique : il s'agissait de femmes victimes de violences conjugales. Les rapports d'activités de huit structures ont pu être récupérés.

B| Résultats qualitatifs

Les résultats ont été divisés en cinq parties. La première vise à caractériser le public des « migrants avec un parcours d'asile » ainsi que la clinique, au sens large, de l'ESPT au sein de cette population. Les quatre autres correspondent aux autres grandes questions du guide d'entretien c'est-à-dire aux parcours de soins, au fonctionnement des différents dispositifs, aux prises en charge proposées et aux difficultés rencontrées. Un arbre thématique a été réalisé pour chacune de ces parties afin de reprendre l'essentiel des différents thèmes et sous-thèmes abordés par les interviewés. Il est commenté et associé aux citations correspondantes, relevées au sein des entretiens réalisés. Les passages importants sont soulignés et l'entretien correspondant est identifié (exemple : E1 pour l'entretien n°1).

a) Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

Les trois questions présentes sous la rubrique « contexte actuel » ainsi qu'une question portant sur l'identification d'une pathologie post-traumatique par les professionnels visaient à mettre en relation les données de la littérature avec les observations faites sur le terrain. Ceci a permis de mieux caractériser ce public en évoquant leurs origines géographiques, les facteurs fragilisant leur santé mentale ainsi que les éléments amenant à parler d'ESPT (Figure 3).



Figure 3 : Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

1) Des nationalités évoluant au fil des années

Les flux migratoires se modifiaient avec le temps conduisant les professionnels interrogés à accueillir des hommes et des femmes dont les pays d'origine varient avec les années. Ces changements étaient principalement liés au déclenchement, à la poursuite ou à la résolution de conflits dans le monde.

« On commence à recevoir plus de gens qui viennent dans du post-conflit, enfin, dans du conflit encore actuel : Érythréens, Soudanais, Afghans, des Syriens, des Irakiens, des kurdes d'Irak ». E13

Ces modifications dépendaient aussi de la durée du parcours migratoire. Du fait des modes de déplacements, des distances à parcourir et des obstacles rencontrés, les temps de trajets pouvaient être longs. Ainsi, plusieurs mois voire plusieurs années pouvaient s'écouler entre le départ du pays d'origine et l'arrivée en France.

« Ce n'est jamais complètement..., en contemporanéité avec le conflit. Il y a toujours un décalage le temps que les gens arrivent, qu'ils aient passé les milles coches avant qu'ils arrivent sur le territoire ». E13

Malgré des différences selon les départements, les personnes reçues venaient essentiellement d'Afrique (Soudan, République Démocratique du Congo, Nigeria, Guinée, Érythrée, Mali et Angola) et des Balkans (Albanie, Kosovo, Ukraine, Arménie et Géorgie). Celles originaires de Syrie, d'Irak et d'Afghanistan commençaient aussi à arriver, mais de manière plus progressive.

2) Des facteurs cumulatifs de vulnérabilité influençant la santé mentale

La santé mentale des « migrants avec un parcours de demande d'asile » était affectée par une synergie négative importante liée aux traumatismes vécus, à la situation d'exil et au parcours de demande d'asile. Ceci pouvait favoriser la survenue de troubles psychiatriques ou aggraver des troubles déjà présents. Bien que chaque migrant ait une histoire de vie unique et singulière, leurs parcours présentaient un point commun, celui d'être marqué par une succession d'événements potentiellement traumatisants. Ces derniers pouvaient survenir dans leur pays d'origine et étaient, souvent, liés à des actes de violences répétés et/ou réalisés avec une intentionnalité destructrice. On retrouvait, par exemple, des violences politiques, des violences liées au genre, des violences interpersonnelles telles que la torture, l'emprisonnement abusif...etc. Ces expériences pouvaient constituer de véritables traumatismes psychiques.

« Toutes les personnes que je reçois, c'est quand même des personnes qui sont dans des authentiques pathologies traumatiques avec des vécus de confrontation sidérante avec la réalité de la mort au pays ». E6

Ces événements pouvaient aussi survenir durant le parcours migratoire : bon nombre de demandeurs d'asile avaient perdu leurs proches ou leurs compagnons de voyage dans des circonstances parfois dramatiques. Ceux qui parvenaient à arriver en France ne constituaient alors qu'un faible échantillon de ceux qui avaient initialement pris le départ.

« Ceux qui arrivent dans nos cabinets et dans nos consultations, ce sont les plus solides, ceux qui ont survécu à tout le parcours, ceux qui ont traversé pas mal de pays... ». E5

De plus, il s'agissait de personnes en situation d'exil ce qui correspond à une perte de l'identité familiale, sociale et professionnelle ainsi que des étayages culturels habituels. La place du sujet dans son groupe d'appartenance primaire était alors remise en question tout comme sa place dans la société d'accueil.

« C'est des affects de perte, de déclassement social, de deuils, bien entendu, de deuils réels ou supposés de ceux qui sont restés au pays ». E13

Ces personnes étaient aussi souvent isolées et devaient alors affronter seules l'arrivée et l'installation dans un pays, qui n'était pas le leur, où la langue parlée et les référentiels culturels étaient différents.

« La question de la migration, elle vulnérabilise tellement la personne, qui se retrouve seule dans un pays étranger dont elle ne maîtrise même pas la langue, que c'est en soit un facteur de vulnérabilité ». E11

Cette migration particulière qui est l'exil était alors vue, par certains, comme traumatique, et par d'autres, comme vulnérabilisante et déstabilisante sur le plan psychique. Du temps était alors nécessaire pour que ces personnes puissent se construire de nouveaux repères et avancer dans un processus d'acculturation.

Enfin, l'inscription dans un parcours de demande d'asile était en elle-même fragilisante sur le plan psychique du fait du déroulement de la procédure et des conditions de vie qu'elle impose. Ainsi, une fois le dossier de demande ou de recours déposé, le temps se figeait : il fallait attendre une réponse par lettre recommandée durant une période inconnue, tout en craignant qu'elle soit négative. Cette incertitude et cette attente empêchaient la projection dans l'avenir et venaient renforcer les effets psychiques du traumatisme.

« Le problème de la population du demandeur d'asile, qui est posée de manière tout à fait précaire, entre son arrivée et son départ supposé, anticipé et cetera, on est dans une espèce de no man's land psychique, [...] dans cette espèce d'attente qui est toujours dans l'incertain ». E13

L'inactivité faisait aussi partie du quotidien de ces migrants puisque la procédure administrative ne leur permettait pas subvenir à leurs besoins en travaillant légalement. Cela contribuait aussi à les placer hors du temps, les personnes n'ayant rien pour rythmer leur journée, pour se sentir valorisée et pour réinvestir un espace social.

« On ne résout pas le quotidien, qui est marqué par beaucoup d'isolement, le fait de n'avoir rien à faire et qu'il faut occuper le temps ». E5

Quant aux conditions de vie, tous les demandeurs d'asile devaient bénéficier d'un logement mais seule une partie d'entre eux y avait réellement accès. La réforme sur le droit d'asile de juillet 2015 tentait d'améliorer ce point en prévoyant un passage de tous les demandeurs d'asile à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) où il leur est proposé une allocation financière et une place en CADA, voire en hébergement d'urgence en l'absence de place disponible. Ces attributions étaient censées prendre en compte certaines vulnérabilités objectives déclarées par les demandeurs (femmes enceintes, handicap sensoriel ou moteur). Ceci conduisait à un hébergement des plus vulnérables, surtout sur le plan physique.

« Il y a des critères de vulnérabilité, c'est les plus vulnérables qui sont orientés en CADA ». E3

Les autres se retrouvaient alors dans la rue ou hébergés provisoirement par des tiers. Leurs conditions de vie étaient précaires ce qui entraînait la mise en place de logiques de survie. Ces conditions pouvaient aussi se détériorer en cas de rejet de la demande d'asile.

« Comment c'est possible de ne pas manger à sa faim en France, d'être dans des situations de craindre pour sa vie chaque nuit, d'être dans des situations vraiment d'expositions aux dangers ou aux risques qui sont vraiment voilà, conséquentes ? ». E13

3) Un ESPT parfois identifié

Les problématiques psychiques observées chez « les migrants avec un parcours de demande d'asile » pouvaient être de différents types. Certains présentaient déjà des pathologies psychiatriques avant de quitter leurs pays (schizophrénie, troubles bipolaires, troubles dépressifs). D'autres souffraient plutôt de troubles de l'adaptation, c'est-à-dire, du développement de symptômes émotionnels ou de comportements en réaction à une situation de stress et sans que ces symptômes ne correspondent aux critères d'un autre trouble mental. Ils étaient alors rattachés à des situations de vie complexes en lien avec l'exil, la précarité sociale et la procédure administrative. D'autres encore se plaignaient de symptômes derrière lesquels il était possible d'identifier un ESPT, bien que l'emploi d'autres termes, comme « troubles traumatiques » ou « troubles post-traumatiques », soit parfois préféré par une partie des personnes interrogées. Certaines d'entre elles questionnaient ce que l'on mettait derrière cette définition, tandis que d'autres soulignaient le caractère réducteur de cette pathologie, avec un refus de réduire le sujet à cette étiquette. Malgré cela, tous s'entendaient sur une prévalence importante de l'ESPT au sein de cette population.

« On en voit beaucoup, que j'estime être des syndromes de stress post-traumatiques qui, en général, sont confirmés par le psychiatre avec qui je travaille ». E2

L'évaluation plus précise de cette prévalence restait difficile. Des données chiffrées, retrouvées aussi dans les rapports d'activités, ont pu être données par deux personnes interrogées avec des valeurs très hétérogènes : 30 % pour une EMPP intervenant notamment au sein des CADA ou des dispositifs d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (DHUDA) et 68 % pour une PASS généraliste en prenant en compte les migrants adressés au psychiatre pour des problématiques psychiques.

La clinique au sens large de l'ESPT chez ces migrants était riche du fait de son intrication possible avec d'autres tableaux cliniques, tels que les troubles dépressifs ou d'adaptation, mais aussi du fait du caractère subjectif du trauma qui venait multiplier les possibilités de réactions psychiques.

« C'est vrai que l'on reçoit des gens qui ont des vécus vraiment... qui ont traversé des violences massives et qui, au final, sont impactés, mais ils sont bien vivants ; d'autres qui ont traversés des choses moins massives mais qui ont été beaucoup plus affectés ». E13

De fait, les présentations cliniques pouvaient être très différentes selon les sujets, avec une prédominance de certains symptômes plutôt que d'autres.

« Il y a des gens pour qui tout va passer à travers le corps, d'autres qui vont effectivement être plus sur un versant dépressif ou anxio-dépressif ». E3

Ainsi, on observait fréquemment des somatisations avec des céphalées, des précordialgies, des lombalgies, des douleurs articulaires et musculaires. Ces plaintes les conduisaient vers des médecins généralistes et constituaient souvent une porte d'entrée vers le psychisme. De même, on retrouvait aussi des éléments de la lignée dépressive avec des troubles du sommeil, une tristesse de l'humeur et une perte d'intérêt. Ces symptômes pouvaient à la fois correspondre au critère D de l'ESPT dans le DSM-5 mais aussi à ceux des troubles de l'adaptation. Des idées suicidaires pouvaient aussi s'ajouter à ce tableau, nécessitant alors une évaluation du risque suicidaire. Ces tableaux se transformaient, parfois, en de véritables crises suicidaires, observées plus fréquemment sur les lieux d'hébergement que sur les lieux de soins. Elles étaient souvent déclenchées par un rejet de la demande d'asile et nécessitaient alors un passage aux urgences voire une hospitalisation.

L'expression clinique était aussi influencée par la culture d'origine. On retrouvait cet aspect dans la localisation des plaintes algiques avec, par exemple :

« Les Albanais et Kosovars, souvent, ça se traduit par : « j'ai mal à la tête » en se tapant derrière la tête au niveau du lobe occipital » E3

On le notait aussi par rapport à des tableaux un peu frontières où il n'était pas toujours facile de distinguer s'il s'agissait d'une pathologie post-traumatique ou d'une entrée dans la psychose, voire d'une psychose ancienne. C'était le cas, par exemple, de certains Africains qui présentaient des idées de persécution évoquant un épisode psychotique, mais pouvant aussi être rattachées à des événements traumatiques vécus. C'était bien souvent le temps qui permettait le décodage et la bonne interprétation.

L'évocation d'une pathologie post-traumatique se faisait alors à partir de différents éléments cliniques. Le travail de recontextualisation des symptômes présentés, qui était commun aux somaticiens et aux psys, orientait la question diagnostique.

« C'est presque un diagnostic de probabilité : un Congolais qui vient et qui a mal partout, qui demande l'asile, c'est qu'il a eu des sévices chez lui ». E4

La présentation des patients, notamment leur posture pouvait aussi aller dans ce sens. Ainsi, certains pouvaient avoir une attitude prostrée avec un discours assez pauvre, non révélateur de la souffrance psychique sous-jacente.

« J'ai des gens complètement prostrés avec l'entourage qui parle ». E8

Le discours, à la fois dans son contenu et dans sa dynamique, constituait le dernier élément d'orientation. Certaines personnes interrogées expliquaient que le vécu traumatique était parfois amené de manière abrupte.

« Ça vient tout de suite les symptômes, on nous les présente d'emblée, on nous amène le traumatisme comme ça ». E5

D'autres professionnels, notamment ceux de santé mentale, signalaient aussi porter attention à la façon dont les patients narraient leurs parcours. Ils notaient souvent une rupture identifiable, avec un avant et un après, et ils évoquaient un discours marqué par des répétitions, révélatrices d'une dynamique

psychique arrêtée.

« *Il y a quand même quelque chose du traumatisme avec une temporalité figée, de la répétition* ». E6

Les soignants retrouvaient aussi des incohérences qui nécessitaient de faire la part des choses entre une conséquence éventuelle d'un traumatisme ou une réticence de la personne à livrer la totalité de son histoire.

Bien que certaines personnes interrogées signalaient ne pas travailler en remplissant des cases, les critères diagnostiques de l'ESPT étaient bien souvent présents, avec des tableaux complets dans lesquels figurait le trépied diagnostique classique, c'est-à-dire le syndrome intrusif, le syndrome d'évitement et l'hyper-réactivité neurovégétative.

« *La personne, elle te récite le DSM. Il y a quand même des fois où la façon de raconter, c'est saisissant. Tous les aspects sont mis en avant sans qu'il n'y ait rien qui l'incite* ». E13

Il arrivait aussi que ces tableaux soient incomplets avec une identification du syndrome intrusif et d'évitement, mais pas forcément des autres critères.

« *Les cauchemars, les réminiscences de souvenirs qui font irruption toute la journée, tout ce qui est évitement* ». E3

b) Parcours de soins identifiés pour ce public

Les entretiens réalisés ont permis d'identifier trois principaux parcours de soins pour les « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT. Ils sont synthétisés dans la figure 4 et repris ci-dessous, sans que les prises en charge proposées sur chaque type de structures ne soient détaillées (cf. B.d).

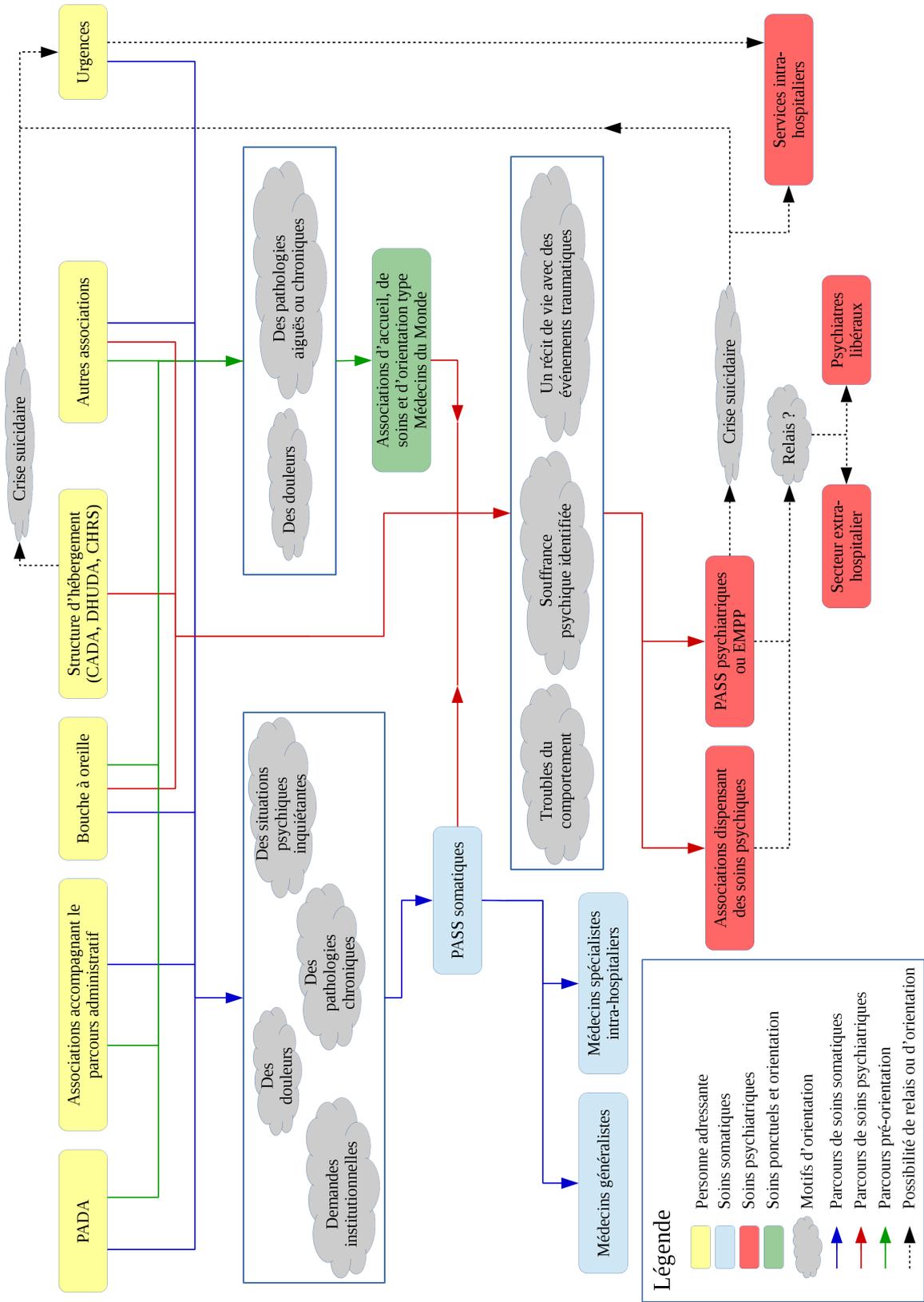


Figure 4 : Parcours de soins des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

Le premier parcours permettait un accès direct aux structures de soins psychiques : PASS psychiatriques, EMPP ou dispositifs associatifs tels que Forum Réfugiés. Parfois, ces migrants se présentaient spontanément du fait de l'existence d'un phénomène de bouche à oreille. Ils pouvaient aussi être adressés par les travailleurs sociaux de structures d'hébergement, comme les CADA, les DHUDA ou les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), ainsi que par les membres d'associations telles que le Secours catholique ou le Réseau Éducation Sans Frontière. Les motifs d'orientation étaient le plus souvent : une souffrance psychique avec une tristesse de l'humeur, des pleurs, des troubles du comportement avec une excitation psycho-motrice, des événements verbalisés lors du travail autour du récit de vie et considérés comme traumatiques, voire des antécédents psychiatriques dans le pays d'origine. Au cours de leurs suivis, ces individus pouvaient présenter des idées suicidaires. Lorsque le risque suicidaire était faible, un suivi rapproché pouvait être proposé. Lorsque ce risque se majorait avec une évolution possible vers une crise suicidaire, une hospitalisation en intra-hospitalier pouvait être proposée. Elle pouvait directement être organisée avec les services d'intra ou nécessiter un passage par les urgences. À leur sortie de l'hôpital, les soins reprenaient soit en CMP soit sur les PASS psychiatriques (ces flèches ne sont pas figurées sur le schéma pour ne pas le complexifier davantage). Une fois les droits de Sécurité sociale ouverts et/ou l'obtention du statut de réfugié, des relais sur le droit commun pouvaient être tentés en sollicitant, soit les centres médico-psychologiques (CMP), soit les psychiatres libéraux.

Le second parcours permettait un accès détourné aux soins psychiques, avec un passage préalable par une PASS somatique. Les sujets pouvaient aussi se présenter spontanément du fait d'un phénomène de bouche-à-oreille. Ils pouvaient aussi être adressés par la plateforme d'accueil (PADA), par des associations type le Secours catholique, ou par celles aidant au parcours administratif type Accueil Demandeurs d'Asile (ADA), ou encore par les services d'urgences devant une demande de soins considérée comme non-urgente. Les motifs d'orientation étaient variables. Il pouvait s'agir de demandes institutionnelles dans le cadre du démantèlement de Calais ou de l'arrivée de Syriens, de douleurs importantes, de pathologies chroniques, ou encore de situations physiques qualifiées d'inquiétantes. Une fois les droits de Sécurité sociale ouverts et le bilan somatique réalisé, un relais pouvait avoir lieu vers les médecins généralistes, mais aussi vers des médecins spécialistes en intra-hospitalier dans le cas de pathologies somatiques chroniques. Il arrivait qu'une pathologie psychiatrique comme l'ESPT soit identifiée, ce qui amenait à une orientation vers les structures de soins psychiques, qu'elles soient portées par le service public ou par l'associatif.

Le dernier parcours faisait intervenir un lieu associatif d'accueil, de soins et d'orientation tel que Médecins du Monde. Les migrants concernés pouvaient s'y rendre du fait d'un phénomène de bouche-à-oreille, ou y être adressés par la PADA ou par des associations accompagnant le parcours d'asile. Les motifs d'orientation étaient essentiellement des plaintes aiguës ainsi que des pathologies somatiques aiguës ou chroniques. Une fois le travail de débrouillage effectué et lorsque des éléments étaient en

faveur d'un ESPT, une orientation était faite vers les structures de soins psychiatriques. Un suivi psychologique provisoire pouvait parfois être proposé au sein de l'association.

Tous ces parcours de soins pouvaient aussi comporter une étape supplémentaire, évoquée par les professionnels interrogés : il s'agissait du retour des personnes déboutées, sur les PASS somatiques et psychiatriques, essentiellement dans le cadre d'une demande étranger malade. Cette étape ne figure pas non plus sur le schéma afin de ne pas le compliquer davantage.

c) Dispositifs existants : fonctionnement commun et ressources humaines

La question 1 du guide d'entretien avait été proposée pour permettre une représentation globale du fonctionnement des différentes structures interrogées. La question 5 permettait aussi d'identifier les caractéristiques des soignants travaillant sur ces dispositifs à la fois en termes de qualités ou de compétences que de formations (Figure 5).

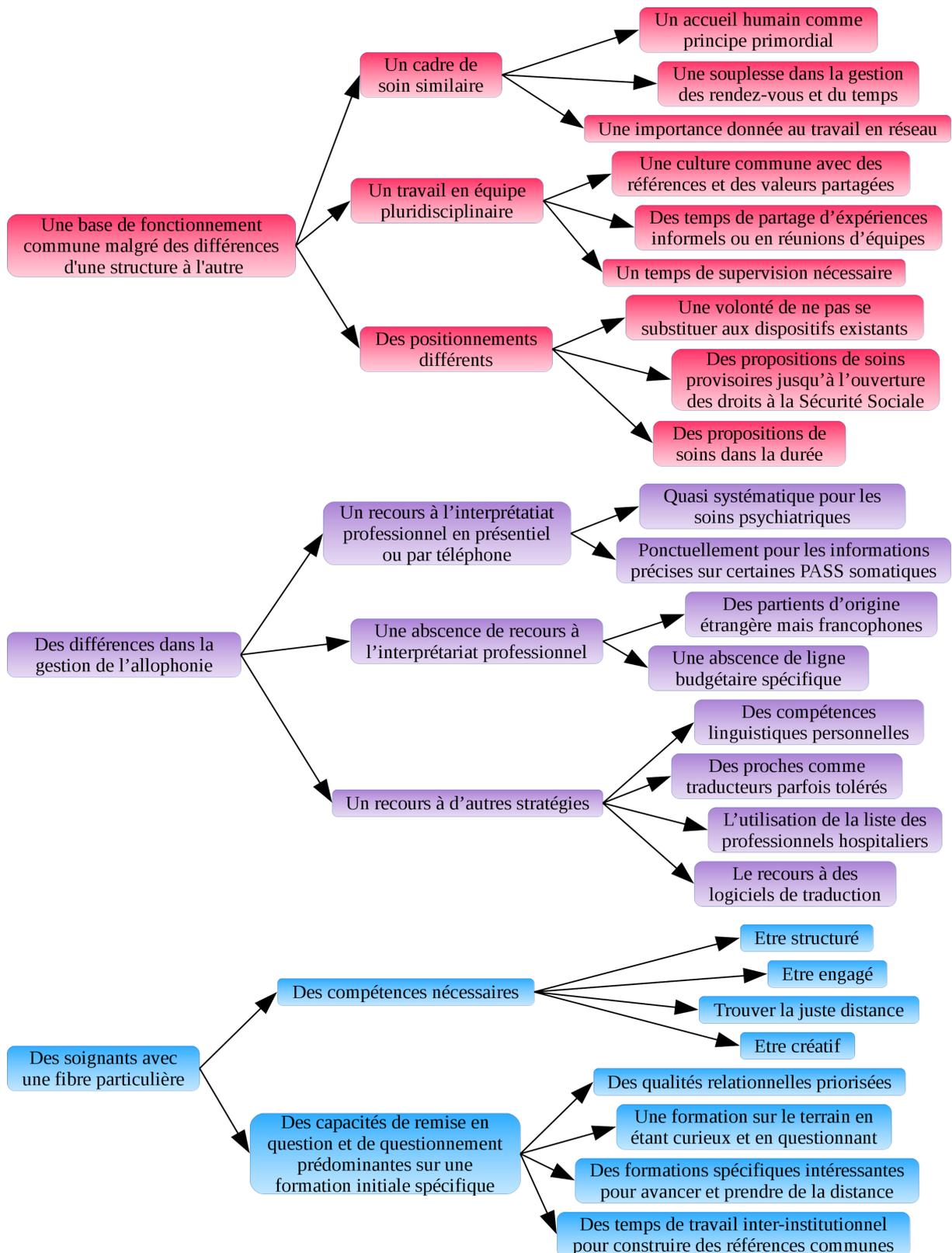


Figure 5 : Dispositifs existants : fonctionnement et ressources humaines

1) Une base de fonctionnement commune malgré des différences entre structures

Le fonctionnement des dispositifs interrogés était basé sur une équipe pluridisciplinaire variant en termes d'effectifs et de temps de présence. On retrouvait au minimum pour les PASS psychiatriques, un infirmier, une psychologue et une assistante sociale, et pour les associations, plusieurs psychologues et une psychomotricienne. Il existait aussi des similarités au niveau du cadre de soins proposé, du travail d'équipe en lui-même, ainsi que des positionnements défendus par les équipes.

Le cadre de soins proposé était assez similaire d'une structure à l'autre. Toutes portaient une attention particulière à l'accueil qui devait être le plus respectueux et le plus bienveillant possible.

« Notre devoir premier, c'est vraiment d'accueillir les gens qui se présentent à nous de la manière la plus humaine qui soit, la plus humanisante ». E12

Ce premier contact se faisait en présence d'un ou de deux membres de l'équipe dont les fonctions varient selon les dispositifs (assistante sociale, infirmier, psychologue, médecin). Il s'agissait alors de faire le point sur la situation sociale de la personne reçue, sur son état physique et psychique, sur ses demandes et ses besoins, afin de pouvoir lui proposer des soins adaptés, au sein de la structure ou en l'orientant vers d'autres dispositifs. Parfois, ces propositions étaient réfléchies au préalable en équipe lors de réunions cliniques. La mise en œuvre des soins se faisait ensuite avec une grande souplesse, notamment pour la gestion des rendez-vous, en termes de délais, de fréquence ou de temps accordé à la consultation. Ceci était d'autant plus important qu'il s'agissait d'une population avec laquelle le nombre de rendez-vous ratés et les retards pouvaient être importants, du fait de troubles cognitifs ou de la précarité sociale.

« On a une population qui n'est souvent pas en mesure de respecter un cadre. Du coup, j'ai appris à être très souple ». E12

Le travail en réseau constituait un autre axe important. Il permettait de créer des liens entre les différents professionnels ayant une connaissance de la personne prise en charge qu'ils appartiennent au champ du médical, du social ou du médico-social. Certaines structures favorisaient ce contact en demandant au tiers adressant d'être présent lors de l'accueil du sujet sur le dispositif de soins et en essayant par la suite de maintenir un lien avec cette personne-ressource.

« On essaie vraiment de travailler en réseau pluri-institutionnel : c'est l'idée de la constellation de Tosquelles de la clinique de La Borde, où on peut en partageant les connaissances qu'on a d'une personne, ça permet de prendre soin de la personne ». E3

Les professionnels interrogés signalaient aussi l'importance du travail en équipe. Ce dernier requérait d'abord, la création d'une culture commune avec des valeurs et des références partagées.

« C'est absolument nécessaire qu'il y ait une culture d'équipe pour pouvoir faire ce travail ». E1

Il s'agissait aussi de pouvoir avancer ensemble sur des questionnements communs, tout en laissant une

place à l'expression individuelle des expériences vécues et des difficultés rencontrées. Cela évitait qu'un soignant se retrouve seul face à une situation compliquée : il avait la possibilité, une fois dans son bureau, de solliciter d'autres membres de l'équipe pour gérer ensemble cette situation complexe. Cet échange pouvait avoir lieu de façon informel ou en réunion clinique. Il permettait souvent d'élargir le regard porté sur les difficultés et de limiter les effets du sentiment d'impuissance, fréquemment ressenti face à ce public.

« Pour ne pas céder à de la sidération, il faut savoir que l'on n'est pas seul face à ça et qu'il y a quelque chose que l'on pourra déposer de tout ça ». E14

En raison du poids des prises en charge individuelles effectuées et des responsabilités qu'elles engageaient, il était important que ces équipes puissent bénéficier de dispositifs de supervision ou d'analyse de la pratique portés, si possible, par l'institution.

« C'est bien nécessaire d'avoir une reprise d'équipe avec de l'analyse clinique et de la supervision ». E13

Cette possibilité de reprise existait dans la plupart des structures interrogées sachant que l'une d'entre elles avait monté des réunions de concertation pluridisciplinaire dans cette optique. Ce travail était nécessaire pour permettre aux soignants de prendre du recul par rapport à certaines situations vécues afin de rester dans une relation thérapeutique. Cela permettait aussi d'éviter certains passages à l'acte tels que des professionnels qui donnaient des objets ou de l'argent, voire qui accueillaient des migrants chez eux. À un niveau institutionnel, cela pouvait aussi empêcher l'apparition d'une agressivité larvée dans le lien avec certains partenaires, du fait d'une ou de plusieurs situations compliquées.

On notait aussi une inscription différente de chacun des dispositifs sur le territoire où il se situait, avec un positionnement différent dans le parcours de soins de ces patients. Cette différence s'observait principalement à propos de la durée des soins. Les PASS somatiques et psychiatriques sont, par définition, des lieux où les soins sont censés être provisoires afin de permettre un retour dans le droit commun par la suite. Toutes essayaient de respecter leurs missions mais l'on observait, soit une dérive vers la mise en place de suivis qui perduraient, soit une volonté de rester dans un travail de repérage et d'orientation.

« On souhaite vraiment rester dans quelque chose du pré-soin et non pas du soin à proprement parler ». E14

Du côté des associations, certaines avaient plutôt des missions d'orientation au cours desquelles elles pouvaient être amenées à proposer des prises en charge qui restaient de l'ordre du provisoire.

« Nous, on propose un suivi. La fréquence, en général, c'est tous les 15 jours avec la butée de l'AME, de la CMU ». E5

Tandis que d'autres avaient fait le choix d'intervenir sur le long terme en argumentant sur l'absence de dispositifs pérennes pour ce public.

« On s'est dit : « on va essayer de créer un lieu qui soit pérenne ». E6

2) Des différences dans la gestion de l'allophonie

Bien que le langage non-verbal puisse être utilisé en situation d'allophonie, il ne se substituait pas à la communication verbale. Il était alors possible de recourir à l'interprétariat professionnel dont l'usage variait beaucoup d'une structure à l'autre. Tous les professionnels interrogés, notamment ceux des dispositifs de soins psychiques, s'entendaient pour dire qu'il était primordial de laisser aux personnes la possibilité de s'exprimer dans leurs langues.

« Un des pré-requis, c'était de se dire qu'une des premières violences, c'était de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue ». E6

Trois EMPP/PASS psychiatriques et deux associations avaient recours, de manière quasi-systématique, à des interprètes professionnels, avec une préférence pour ceux présents physiquement lors des rendez-vous. Il arrivait, parfois, que l'interprétariat se fasse par téléphone, souvent par le biais de l'association Inter Service Migrants interprétariat (ISM). Deux PASS somatiques avaient aussi fait ce choix, mais de manière plus ponctuelle, lorsqu'il était nécessaire d'obtenir ou de fournir des informations précises et/ou importantes.

« Lorsque l'on décèle qu'il y a des problématiques médicales, on appelle pour que ce soit clair. les allergies, les antécédents, les papiers et cetera ». E10

Le reste des structures n'avaient pas ou peu recours à l'interprétariat professionnel. Une des explications avancées était l'accueil d'un public, certes d'origine étrangère, mais francophone.

« On a beaucoup de Congolais qui sont francophones. Donc, c'est un peu biaisé ce que je vous dis, que je n'ai pas trop besoin de traducteurs ». E4

Une autre explication donnée était l'absence de ligne budgétaire spécifique ce qui amenait les professionnels à être particulièrement confrontés à la barrière de la langue.

« On sait qu'il y a certains hôpitaux qui payent des traducteurs mais nous, non ». E7

Les soignants avaient alors recours à un certain nombre de stratégies pour améliorer la communication avec les patients allophones reçus en consultations. Certains avaient des compétences linguistiques personnelles ce qui leur permettait, par exemple, de faire des entretiens en anglais, en espagnol ou en allemand.

« Je parle anglais, italien et espagnol donc cela aide à se débrouiller ». E9

D'autres avaient recours à la liste des professionnels hospitaliers parlant une langue étrangère, ou à des logiciels de traduction tels que Google Trad ou TraducMed. Il arrivait aussi que des proches jouent le rôle de traducteur, bien que cette solution ait aussi des inconvénients : elle rendait plus compliqué l'abord de l'intimité et pouvait aussi inverser la hiérarchie familiale lorsque les enfants traduisaient pour leurs parents. Cette tolérance semblait plus fréquente sur les structures de soins somatiques.

3) Des soignants avec une fibre particulière

Pour la plupart des personnes interrogées, travailler auprès de ce public n'était pas possible pour tout un chacun. Ceux qui faisaient ce choix ont souvent des qualités particulières, qu'elles soient intrinsèques ou relationnelles. Au-delà des qualités d'écoute, d'empathie et de courtoisie que tout soignant devrait avoir, les professionnels signalaient d'autres qualités nécessaires pour prendre en charge ce public. L'une d'elles était d'être structuré c'est-à-dire que les soignants aient conscience de leur propre cadre interne et de leurs limites.

« Je dirais que le cadre est d'abord dans la tête du soignant et qu'il faut être à l'aise avec son cadre ». E3

Cette structure interne permettait d'intervenir dans des cadres peu conventionnels et de rester souples face aux contraintes institutionnelles, parfois, paradoxales, en acceptant ce qu'on n'est pas en capacité de changer tout, en tentant de modifier ce qui est possible. De plus, il était important de pouvoir s'engager véritablement dans la relation de soins, en acceptant d'accueillir la souffrance d'autrui, sans se détruire soi, tout en parvenant à en faire quelque chose. Cette compétence se rapprochait de la ductilité qui correspond à la capacité d'un matériau à se déformer plastiquement sans se rompre.

« Il y a une implication qui est nécessaire, qu'il faut maîtriser bien entendu. Je crois que c'est ça, c'est cette capacité à être affecté et puis, de faire avec ». E13

Cet engagement requérait aussi de trouver la juste distance pour être dérangé et affecté, tout en restant différencié, afin de ne pas s'épuiser voire de ne pas « exploser ». E2 Enfin, le travail auprès de ce public interpellait et venait bousculer les postures. Il amenait les soignants à faire preuve de souplesse et de créativité pour s'adapter aux imprévus ainsi qu'à être imaginatif pour bricoler, se questionner, recomposer et réinventer leurs pratiques en fonction des situations rencontrées.

« C'est une clinique qui oblige à déplacer son cadre, à chercher, à susciter la rencontre, se décaler et s'autoriser aussi des choses ». E6

Les qualités relationnelles semblaient être priorisées par rapport à une formation dans le champ de la précarité, de la migration ou de l'interculturel. En effet, seules 4 des 18 personnes interrogées avaient bénéficié de ce type de formation.

« Je ne fais pas [de la formation spécifique] le critère de sélection pour embaucher quelqu'un. J'ai plus le critère des relations, de la motivation ». E2

De fait, la plupart des soignants s'étaient formés sur le terrain, ce qui nécessitait une certaine curiosité et une capacité à interroger et à remettre en question. Certains avaient doublé des consultations avec une assistante sociale pour mieux comprendre le parcours administratif. D'autres avaient enrichi leurs bagages théoriques au contact des autres membres de l'équipe. Pour autant, les formations spécifiques restaient importantes et étaient qualifiées d'intéressantes. Elles permettaient de prendre du recul et d'acquérir de nouveaux outils théoriques et d'autres référentiels de lecture afin de continuer à avancer dans sa pratique.

« C'est très intéressant parce que ça enrichit notre façon de penser et puis, cela sort de l'isolement ». E14

La pratique auprès de ce public était alors perpétuellement en mouvement, évoluant au fil des rencontres, des lieux d'intervention et des questionnements qu'ils suscitent. Cette dynamique pouvait être soutenue, par le biais d'échanges entre professionnels travaillant dans des structures similaires, afin de partager des expériences, des constats et/ou des trouvailles. Des temps de réflexion inter-institutionnels pouvaient aussi avoir lieu pour réfléchir ensemble sur des problématiques et créer un référentiel commun ce qui, à terme, facilitait le travail en réseau.

« On a des comités techniques, depuis plusieurs années, qui se réunissent, avec des gens d'un peu tous les services et puis, de l'extérieur et sur un thème. » E2

d) Prise en charge de l'ESTP chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile »

La question 3 du guide d'entretien permettait de mieux connaître les prises en charge proposées aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT au sein des différents dispositifs sollicités pour ce travail, qu'ils soient de soins somatiques ou psychiatriques. On relevait des points communs dans les propositions faites par ces deux types de structures, mais on notait aussi des différences (Figure 6).

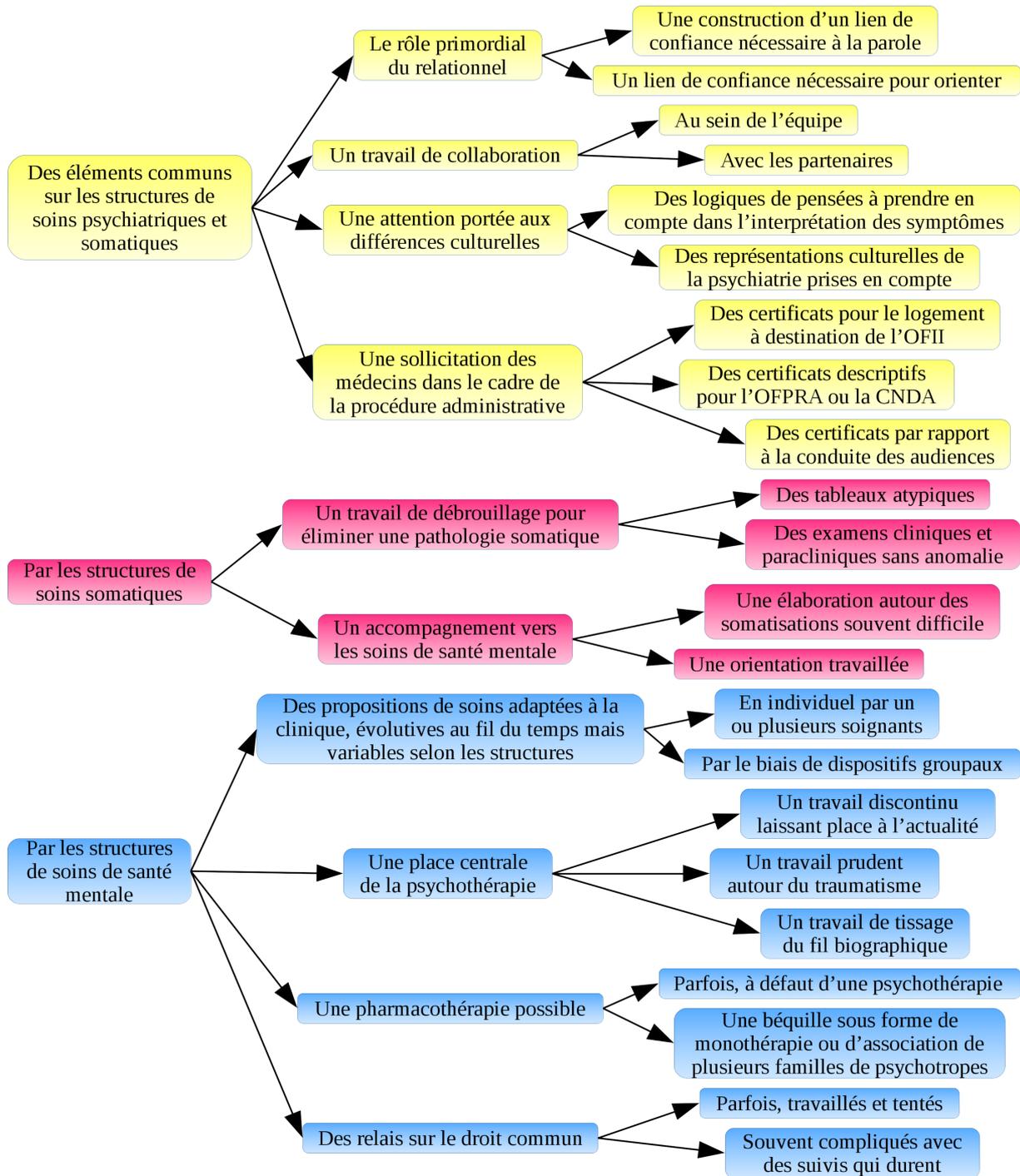


Figure 6 : Prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

1) Des points communs sur les structures de soins somatiques et de soins psychiques

Un des éléments clés de la prise en charge, retrouvé dans la quasi-totalité des entretiens réalisés, était l'importance du relationnel avec la création d'une relation humaine de confiance, où le sujet traumatisé était reconnu en tant qu'être humain à part entière et traité avec bienveillance. Le tissage de ce lien requérait du temps mais était nécessaire pour permettre une libération de la parole.

« Ce n'est pas à un premier venu, même si c'est un médecin, qu'ils vont toute de suite dire. Mais, plus on les revoit et plus la parole se délie et se libère ». E9

Il contribuait aussi à l'élaboration d'une demande de soins qui pouvait, parfois, être formulée, facilitant alors l'orientation vers d'autres structures de soins.

« Elle avait tissé un lien suffisant avec lui pour lui dire qu'il n'allait peut-être pas très bien et que cela avait peut-être du sens de rencontrer quelqu'un ». E6

Un autre élément essentiel était la création d'un maillage autour du patient afin de maintenir une surveillance et contenir un éventuel effondrement. Ceci nécessitait un travail de collaboration au sein d'un même dispositif. Des professionnels de fonctions différentes pouvaient alors être amenés à prendre en charge une même personne en fonction de l'évolution de son état physique et/ou psychique. Une psychologue d'une association l'expliquait ainsi :

« C'est vrai que quand un patient va trop mal, je vais voir le médecin et je lui dis : il faut m'aider là, ce n'est pas suffisant de parler ». E5

Ce travail coopératif pouvait aussi avoir lieu entre plusieurs institutions avec la mobilisation de soignants voire de travailleurs sociaux.

« On fait ça en coopération, c'est-à-dire, on arrive à faire des prises en charge médecine générale. PASS et infirmière EMPP ». E4

De plus, accueillir un public d'origine étrangère au sein d'une structure de soins amenait aussi les soignants à réfléchir au rapport qu'ils entretenaient avec l'altérité. Ils étaient alors amenés à prêter attention aux différences culturelles qui pouvaient être sources d'incompréhensions ou de décalages. Certains soignants ont ainsi évoqué un fonctionnement différent des systèmes de soins d'un pays à l'autre, ce qui conduisait à une agressivité de certains patients qui ne saisissaient pas l'importance des rendez-vous. C'est le cas, par exemple, des Albanais puisque dans leur pays, il suffisait de se présenter à la consultation d'un spécialiste pour être reçus. D'autres insistaient plutôt sur l'interprétation prudente des symptômes du fait de raisonnements et de logiques de pensées différents.

« J'ai au moins cette préoccupation-là de ne pas plaquer de manière systématique, un raisonnement occidental sur des pathologies qui ne le sont pas et qui peuvent effectivement obéir à d'autres logiques ». E12

D'autres encore insistaient sur la nécessité de prendre en compte les croyances des patients ainsi que les représentations qu'ils pouvaient avoir de la psychiatrie, la confiance accordée aux psychiatres et aux psychologues n'étant pas toujours acquise d'emblée. Ces éléments pouvaient alors compliquer une orientation vers des structures de soins psychiques, ou inciter certaines personnes à refuser l'hospitalisation qui leur était proposée.

« Les populations africaines, le psychiatre, il fait un peu peur parce qu'il y a la vision de la psychiatrie en Afrique ». E10

Enfin, ces migrants étant aux prises avec un parcours administratif vulnérabilisant, il paraissait important d'être en capacité d'accompagner ce processus afin de les prendre en charge dans leur globalité. Cela passait, souvent, par une évaluation sociale afin de faire le point sur l'ouverture de leurs droits à la Sécurité sociale, ou de faire des démarches par rapport à l'AME lorsqu'ils étaient déboutés. Cet échange permettait aussi d'évaluer s'ils avaient repéré les associations aidant sur le plan administratif et juridique, et éventuellement de leur fournir les informations qui leur manquaient. Il s'agissait aussi, pour les autres soignants, de pouvoir répondre aux demandes de documents formulées, soit par les patients eux-mêmes, soit par l'intermédiaire de tiers comme les avocats ou les travailleurs sociaux. Bien que les professionnels de santé se questionnaient sur le poids des documents produits, les psychologues pouvaient être amenés à rédiger des attestations de suivi tandis que les médecins étaient sollicités pour des certificats. Il pouvait s'agir de certificats à destination de l'OFII afin de faciliter un accès à un hébergement, puisque depuis la réforme, une priorité est donnée aux plus vulnérables.

« Les seuls certificats que je peux faire, c'est effectivement quand, juste attester leurs maladies, ce qui, des fois, peut faire accélérer des logements ». E8

Il pouvait aussi s'agir de certificats descriptifs à destination de l'OFPPRA ou de la CNDA attestant de la présence de cicatrices physiques, notamment de celles qui ne peuvent pas être montrées. Cette situation-là existait surtout sur les structures de soins somatiques.

« Quelqu'un qui a des cicatrices, quelque chose de vraiment important, eh bien, je décris les cicatrices, mais je ne fais pas la relation entre leur histoire ». E2

Il pouvait encore s'agir de certificats pour l'OFPPRA pour signaler une vulnérabilité afin que la conduite de l'audience soit adaptée, possibilité qui existe depuis la réforme du droit d'asile de juillet 2015. En effet, l'OFPPRA porte davantage attention aux violences liées au genre, aux victimes de torture, aux victimes de la traite des êtres humains, aux femmes victimes de violences ainsi qu'aux mineurs étrangers isolés.

« Quand les gens me le demandent et quand effectivement ils ont des réactions émotionnelles qui sont tout à fait désadaptées, quand ils sont susceptibles d'être très inhibés, de se mettre en colère ou d'avoir des troubles de la mémoire, je le signale et je dis qu'il est légitime que la Cour en tienne compte dans la conduite de l'audience ». E12

Lorsque ces éléments ont été identifiés, la durée de la procédure peut être adaptée tout comme la conduite de l'audience : les demandeurs d'asile peuvent choisir le sexe de l'officier de protection et de l'interprète et peuvent être accompagnés d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'une psychothérapeute. Par contre, il est important de noter que les praticiens ne se positionnaient pas tous de la même manière face à cette rédaction avec, parfois, des refus alors qu'il ne s'agissait pas de certificats de complaisance.

2) Prise en charge proposée par les équipes de dispositifs de soins somatiques

La prise en charge proposée par les somaticiens reposait sur deux axes : un travail habituel de débrouillage afin d'éliminer une pathologie somatique et un accompagnement vers les soins de santé mentale. Comme cela a été évoqué dans la partie B.1, les « migrants avec un parcours de demande d'asile » se plaignaient fréquemment de douleurs atypiques de localisation et d'intensité variables, ayant un retentissement important sur le psychique. Bien souvent, les caractéristiques de ces douleurs dans leurs modes d'apparition, leurs horaires, leurs intensités et leurs irradiations n'étaient pas évocatrices de pathologies somatiques connues.

« C'est des signes somatiques qu'on ne peut pas d'emblée rattacher à un syndrome somatique. Je dirais que ça ressemble à tout et ça ressemble à rien ». E4

Il s'agissait alors de dédouaner le somatique par une prise en charge classique. Un examen clinique était alors réalisé à la recherche de signes physiques. Il était bien souvent pauvre, dévoilant parfois une tension physique importante avec des sujets « crispés » (E4) ou des cicatrices qui interrogaient. Des examens paracliniques pouvaient être réalisés afin de s'assurer de l'absence de pathologie somatique grave et de rassurer davantage les patients.

« Telle personne, elle a passé tous les examens du monde et somatiquement, on ne trouve absolument rien et pourtant, son corps la fait beaucoup, beaucoup souffrir ». E6

Il s'agissait aussi de savoir mettre un terme à la réalisation d'examen complémentaires et de questionner une autre étiologie. Du fait de l'interrogatoire et de la contextualisation des symptômes, les médecins ont souvent été amenés à rechercher, en plus des signes fonctionnels somatiques, des signes de souffrance psychique : troubles du sommeil, cauchemars, reviviscences, etc. Cela les incitait à conclure à des somatisations sans que l'on puisse évoquer des troubles somatoformes. Ces derniers requièrent, par définition, une absence de pathologie psychiatrique sous-jacente, ce qui n'était pas le cas chez ces patients chez qui l'on retrouvait des éléments en faveur d'une pathologie post-traumatique. Par contre, une fois ce travail effectué, les praticiens rencontraient des difficultés pour aborder et travailler cette étiologie avec les patients.

« J'en conclus que c'est du post-traumatique mais sans qu'on arrive à faire élaborer aux gens que c'est ça ». E2

Il leur arrivait alors de prendre en compte le regard de ceux qui les connaissaient bien, avant de décider d'une orientation vers d'autres lieux de soins. Il s'agissait souvent d'un référent sur la structure d'hébergement, dans le cas où les patients bénéficiaient d'une place en CADA. Un relais vers un médecin généraliste pouvait alors avoir lieu, associé à une décision d'orientation vers les équipes de psychiatrie. Ce choix intervenait une fois le travail de débrouillage effectué, lorsqu'il existait une souffrance psychique évidente.

« Quand on les repère, rapidement, on demande à l'équipe santé mentale de les recevoir ». E2

3) Prise en charge proposée par les équipes de dispositifs de soins psychiques

Ces prises en charge variaient selon les moyens de chaque structure, mais de grandes lignes pouvaient être identifiées d'un dispositif à l'autre. Les propositions faites impliquaient souvent plusieurs soignants de fonctions différentes, comprenaient un travail de psychothérapie associé ou non à une pharmacothérapie et conduisaient ensuite à des tentatives de relais vers le droit commun. Durant le temps de prise en charge sur la structure, il s'agissait de tenir la proposition de soins faite, en ayant une certaine constance, en termes de fréquence mais aussi d'interlocuteurs (soignants et interprètes), afin de ne pas créer de nouvelles situations de rupture. Un des professionnels résumait ce travail de la manière suivante :

« Avec des situations où il n'y a pas de réponse possible à donner là maintenant et en même temps, il y a quand même une réponse qui se donne via une présence, via une constance, du soin, une disponibilité, un accompagnement, de l'inconditionnel ». E13

Le premier contact avec la personne souffrant d'ESPT conduisait à une première proposition de soins qui pouvait être individuelle et impliquer un ou plusieurs soignants.

« On peut tout avoir c'est-à-dire qu'on peut avoir un soutien psycho-social qui est fait par une infirmière seule et en parallèle, il y a un suivi psychologique, ou un suivi psychiatrique, ou les trois types de suivi en même temps ». E3

Il pouvait aussi s'agir de mobiliser des dispositifs groupaux tels que les groupes de parole ou les groupes à médiation. Ces propositions étaient moins fréquentes, elles étaient proposées sur deux des quatorze structures pour les raisons suivantes :

« Il nous semblait que d'une part, c'était hyper intéressant pour des personnes qui sont fragilisées dans le lien social et pour qui l'autre devient une figure d'hostilité aussi et d'autre part, pour qui la nécessité de retisser des solidarités de base et de se reconnaître dans des vécus un peu partagés ». E6

La proposition pouvait ensuite évoluer au fil du temps selon l'évolution de la santé psychique. Les autres professionnels de l'équipe étaient alors sollicités pour contribuer aux soins proposés : il pouvait s'agir d'une orientation des médecins vers les psychologues et inversement, mais aussi vers des professionnels moins classiques, comme les art-thérapeutes ou les psychomotriciens qui n'étaient pas présents sur l'ensemble des structures.

L'axe central mis en avant dans le cadre de la prise en charge de l'ESPT était celui de la psychothérapie. Le travail réalisé ne se centrait pas uniquement sur la question traumatique, car bien souvent, il s'agissait d'abord de reconnaître l'autre dans son humanité dans un espace relationnel accueillant, sécurisant, contenant et bienveillant. Dans le cas d'un travail avec un interprète, le lien de confiance devait aussi se construire dans cette relation tripartite. De plus, la continuité se faisait plutôt dans la durée que d'une séance à l'autre en raison d'un lien fort entre la dynamique psychique et la

procédure administrative. Des sujets très différents pouvaient alors être abordés d'une consultation à l'autre. Il était aussi important de laisser une place à l'actualité dans le pays d'accueil mais aussi à celle du pays d'origine, les migrants continuant à suivre ce qu'il se passait pour leurs proches restés au pays.

« *Les gens ont plusieurs problèmes, c'est-à-dire qu'il y a à la fois le problème de fond, la raison pour laquelle ils sont venus en France, en général qui renvoie à quelque chose qui peut être traumatique, mais il y a les problèmes de parentalité, les problèmes liés à l'attente, les problèmes liés au fait qu'ils viennent d'être déboutés » E3*

Certains professionnels tentaient d'aborder la question traumatique, mais ils se retrouvaient parfois confrontés à des patients qui souhaitaient oublier, ou qui refusaient d'aborder certains sujets par crainte d'être à nouveau traumatisés. Cet abord devait donc se faire avec beaucoup de prudence.

« *En fonction de leur état, je vais essayer de gratter un petit peu sur le traumatisme ou pas* ». E3

Bien souvent, ces patients avaient besoin qu'une relation de confiance forte se soit tissée, au fil du temps, pour pouvoir parler de certains de leurs vécus. Il ne s'agissait pas de les inciter « à mettre des mots sur les traumatismes », d'autant plus lorsque cela concernait des événements traumatiques avec une intentionnalité humaine et une volonté d'anéantissement de l'autre. Il s'agissait alors de contribuer à un travail de reconstruction identitaire tout en remettant en mouvement la dynamique psychique.

« *C'est d'arriver à retisser le fil biographique de manière à ce qu'avant le ou les traumatismes qui poussent à l'exil, le voyage et l'accueil désastreux, avant cette série de traumatismes, la personne puisse suivre son chemin à elle et son fil biographique* ». E12

Un autre axe de la prise en charge de l'ESPT était la mise en place d'une pharmacothérapie. Les entretiens réalisés montraient que le recours aux traitements médicamenteux était plus fréquent sur les dispositifs où les professionnels pouvaient se sentir impuissants du fait d'une confrontation importante à la barrière de la langue. Il s'agissait alors d'une médication par défaut.

« *Parfois, une réponse médicamenteuse qui vient en lieu et place d'un travail de parole* ». E6

Une autre utilisation des psychotropes pouvait être faite avec une prescription, en parallèle d'un travail de psychothérapie, afin d'apaiser et de soutenir les patients lorsque la symptomatologie présentée était très invalidante ou lorsque des éléments dépressifs étaient associés. Il était, par contre, assez difficile d'obtenir des informations sur les molécules prescrites et sur les éléments cliniques qui les justifiaient. Globalement, toutes les familles de psychotropes étaient utilisées en monothérapie ou en association.

« *Des médicaments, essentiellement des antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques. L'un aura tel cocktail et l'autre tel autre. Certains seront en monothérapie ». E12*

Les molécules citées étaient alors : la paroxétine, la mirtazapine et l'amitriptyline pour les antidépresseurs ; l'hydroxyzine, l'alprazolam et l'oxazepam pour les anxiolytiques ; le zolpidem, le zopiclone et le lormétazepam pour les hypnotiques. Il était aussi retrouvé une utilisation de neuroleptiques à petites doses comme l'halopéridol dans le cadre du syndrome de répétition se

manifestant sous forme de cauchemars. Les médecins se positionnaient différemment par rapport à certaines familles. Par exemple, l'un d'entre eux refusait de prescrire des hypnotiques, partant du principe que cela revenait à mettre en danger les patients, notamment les femmes, qui dormaient dans la rue.

La durée des prises en charge proposées variaient selon les structures. Seules deux d'entre elles, des associations, avaient la possibilité de proposer des soins au long cours à destination des « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Les autres, c'est-à-dire les PASS psychiatriques/EMPP avaient des missions provisoires correspondant aux temps d'ouverture des droits à la Sécurité sociale et à l'organisation de relais sur les dispositifs de droits communs (CMP, psychiatres libéraux, centre de psychothérapie...). Les soignants tentaient alors d'orienter et d'accompagner les patients qu'ils recevaient vers ces dispositifs.

« Quand ça a duré, on se débrouille pour pouvoir accompagner correctement, faire le lien, pour téléphoner aux professionnels ». E5

Ces relais étaient parfois possibles notamment vers des psychiatres libéraux parlant une langue étrangère, mais ces derniers avaient des capacités restreintes en termes de nombre de patients. Les relais sur l'extra-hospitalier étaient souvent très compliqués. Certains médecins, souvent sensibilisés aux situations de précarité et/ou à la santé mentale des migrants, donnaient parfois des réponses positives. De fait, les suivis sur les PASS/EMPP avaient tendance à se prolonger dans le temps.

« Il y a des gens que je suis depuis que je suis arrivé, depuis deux ans et pour lesquels je ne vois pas d'issue à court terme ou à moyen terme ». E12

e) Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge

La question 4 du guide d'entretien permettait de faire le point sur les principales difficultés rencontrées au cours de la prise en charge. Ces dernières étaient de trois types : celles liées à la communication, celles liées au parcours administratif et celles liées à l'organisation du système de soins (Figure 7).

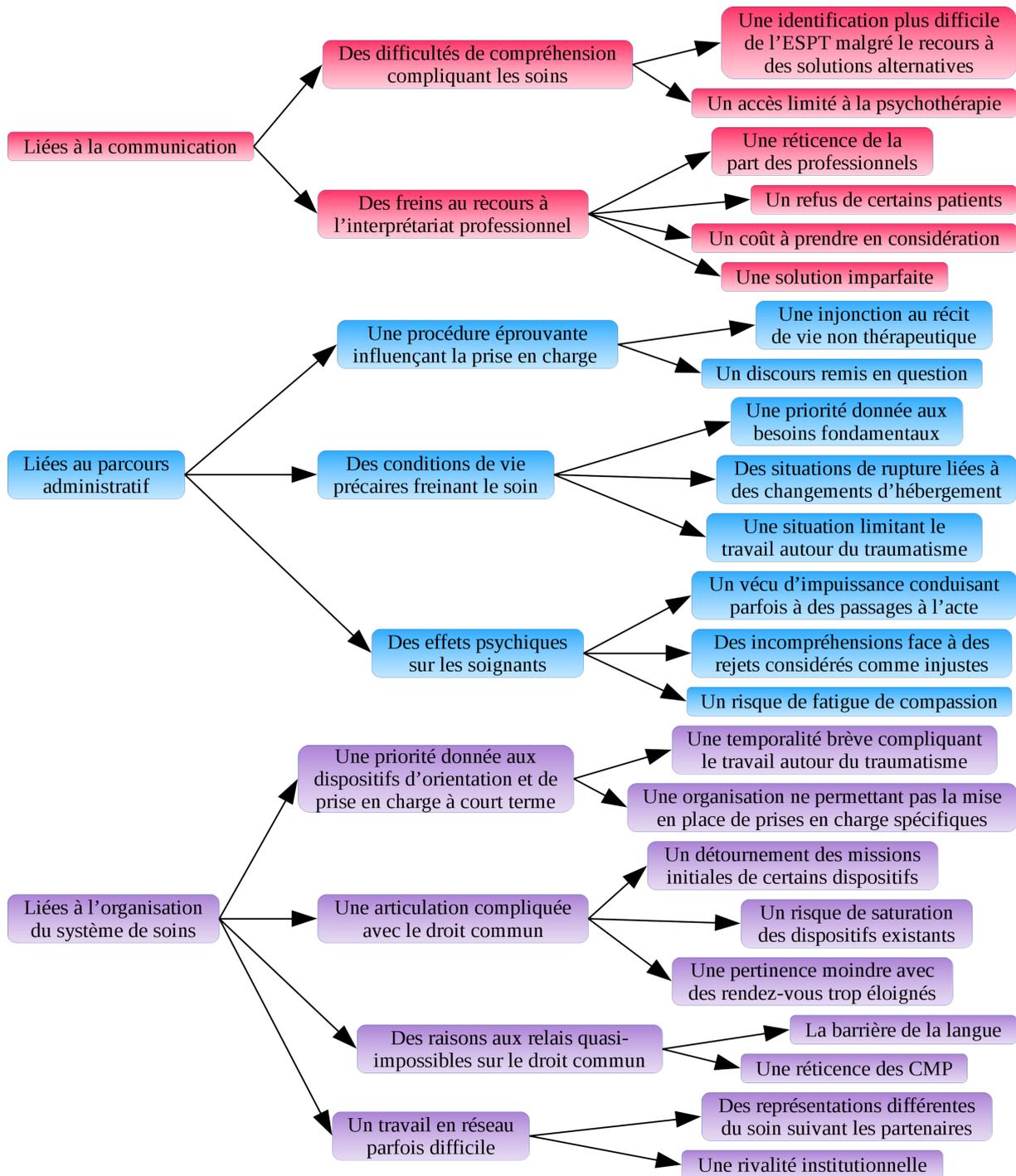


Figure 7: Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge

1) Difficultés liées à la communication

La question de la barrière de langue et des outils utilisés pour la dépasser constituait une des principales difficultés rencontrées au cours de la prise en charge de l'ESPT chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Certaines structures n'avaient pas ou peu de possibilités de recours à l'interprétariat professionnel. On retrouvait alors une identification plus difficile de pathologies psychiques telles que l'ESPT, du fait d'un interrogatoire moins précis, manquant de nuances et ce malgré l'utilisation de Google Trad ou de TraducMed.

« *On sent qu'il se passe quelque chose, mais on n'est pas dans un interrogatoire très fin et dire que c'est l'état de stress post-traumatique tel qu'il est défini, c'est compliqué* ». E9

Lorsque la pathologie post-traumatique a été identifiée, les difficultés de compréhension venaient aussi limiter l'accès à un travail de psychothérapie, même si certains soignants tentaient la réalisation d'entretiens avec l'aide de Google Trad.

« *La grosse barrière, c'est la langue, c'est l'impossibilité de travailler quelque chose de l'ordre du psychothérapeutique* ». E7

D'autres structures avaient davantage de moyens pour recourir à l'interprétariat professionnel, mais des freins venaient limiter l'utilisation de cette solution. Quatre professionnels avaient semblé réticents à ce recours.

« *Quand il y a un interprète, il y a une barrière, ce n'est pas la même chose* ». E10

Les raisons étaient multiples : il pouvait s'agir d'un manque de confiance par rapport à la traduction réalisée, d'un questionnement autour de la formation et du niveau des interprètes, d'un sentiment de perte d'informations lorsque l'interprétariat se fait par téléphone, ou de l'impression d'une distance émotionnelle plus grande entre le soignant et le patient que lorsqu'un proche joue le rôle de traducteur. Parfois, c'étaient les patients qui refusaient la proposition d'interprétariat pour des raisons qui leur étaient propres, la principale étant qu'un même interprète pouvait être présent à la fois dans le parcours de soins mais aussi dans le parcours administratif.

« *Il y a des interprètes qui sont d'ailleurs tout le temps dépositaires d'un morceau de la vie des personnes, que c'était insupportable* ». E6

Le dernier frein correspondait au coût de l'interprétariat. La plupart des structures avaient des budgets dédiés qu'il ne fallait pas dépasser, ce qui les amenait à mettre en place des stratégies pour limiter les frais : organisation de demi-journée avec une même langue, rendez-vous prévus pour réduire le recours à ISM, demande d'une contribution raisonnable aux partenaires adressants au niveau associatif.

« *On en a beaucoup besoin et si c'était moins cher, on l'utiliserait encore plus* ». E10

Pour autant, le recours à l'interprétariat professionnel avait aussi ses propres limites. Il arrivait que la sollicitation d'un interprète ne soit pas toujours adaptée à la situation du fait de la réactivation de conflits inter-ethniques ou de conflits historiques, par exemple lorsqu'un interprète russe venait traduire les propos d'un patient tchétchène. Il arrivait aussi que le sexe de l'interprète puisse avoir une importance, notamment pour les femmes victimes de violences liées au genre.

« *Je me suis retrouvée dans des situations compliquées, avec une dame et c'était un monsieur en ligne, c'est vrai que c'était compliqué pour parler de certaines choses* ». E5

2) Difficultés liées au parcours administratif

La prise en charge proposée était aussi impactée par la procédure d'asile en elle-même, par la précarité sociale des migrants et par les effets potentiels de ces deux éléments sur les soignants eux-mêmes. On constatait, d'abord, une intrication de la temporalité de la procédure administrative avec celle du parcours de soins, alors que leurs approches du traumatisme sont antinomiques. Les instances de l'asile demandent aux migrants de fournir, dans un délai relativement court, un récit de vie détaillé comportant les événements traumatiques les ayant conduits à quitter leurs pays d'origine, tandis que le travail thérapeutique tient compte de leur temporalité psychique pour les amener, au fil du temps, à vivre avec ces événements.

« Ils n'arrêtent pas de faire leurs récits de vie pour pouvoir avoir le statut réfugié. Mais, ils le font, non pas pour aller mieux, ils le font pour les papiers ». E8

De fait, les consultations étaient rythmées par la dynamique intrinsèque à la demande d'asile. Ceci était accentué par le fait que les instances administratives transformaient les demandeurs d'asile en suspects, voire en menteurs.

« Le jury de l'OFPRO part du principe que c'est des récits construits ou inventés ». E4

La véracité de leurs paroles ne suffisait donc pas, les demandeurs d'asile devaient fournir des preuves attestant de leurs propos et de leurs parcours.

Les conditions de vie de ces migrants étaient souvent précaires durant la procédure d'asile, et l'étaient quasiment systématiquement lorsqu'ils sont déboutés. Cette précarité sociale venait freiner le soin pour plusieurs raisons. La première était liée à la mise en place de logiques de survie avec une priorité donnée à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ceci les conduisait parfois à rater des rendez-vous.

« En fin de compte, ils n'y sont pas allés parce que ce jour-là, ils ont été expulsés. parce que ce jour-là, ils allaient prendre une douche, que ci, que ça ». E9

La deuxième concernait l'instabilité de l'hébergement, lorsqu'il existait. Des changements pouvaient avoir lieu régulièrement avec un éloignement des migrants à plusieurs dizaines de kilomètres du lieu de soin. Cela conduisait à des situations de rupture concernant, soit le traitement médicamenteux impactant alors le travail de psychothérapie s'il avait lieu, soit la prise en charge dans son ensemble.

« Un hébergement qui est fait [dans la montagne, puis 20 km plus loin puis 60 km plus au nord], c'est l'hébergement qui va venir impacter le suivi ». E5

La dernière raison découlait des deux premières puisqu'il était compliqué de travailler la question traumatique dans ce contexte d'instabilité, d'incertitude et d'insécurité. L'abord de ces questions risquait d'engendrer davantage d'effets psychiques néfastes que d'effets positifs.

« Aller gratter le traumatisme dans ce contexte-là, c'est dangereux. Ça va encore plus générer de l'anxiété, de l'angoisse et cetera ». E3

Ce contexte empêchait aussi la mise en place de traitements spécifiques et recommandés pour l'ESPT tels que l'EMDR ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le trauma. Ces techniques requièrent une certaine stabilité dans la vie des personnes afin qu'elles puissent s'appuyer sur leurs ressources durant et après les séances.

Les parcours de vie formulés par les migrants, la précarité sociale dans laquelle ils vivent ainsi que le déroulement de la procédure administrative pouvaient aussi avoir un retentissement sur le psychisme des soignants. Les professionnels se retrouvaient effectivement confrontés à des situations difficiles, comme : se retrouver face à une personne qu'ils suivent en sachant que cette dernière va retourner dormir dans la rue avec ses enfants. Devant le manque global de solutions sociales, notamment en termes d'hébergement, ces soignants pouvaient éprouver un fort sentiment d'impuissance et choisir de s'engager personnellement en s'écartant alors de leurs fonctions initiales. Cela pouvait conduire à des passages à l'acte comme :

« Il y a des membres de l'équipe qui donnent des choses, il y a des interprètes qui donnent des choses, que ça soit des objets ou même de l'argent » E3

Ces soignants pouvaient aussi être déstabilisés par les réponses données par les instances administratives. Ils les trouvaient parfois injustes, et ce d'autant plus qu'elles venaient remettre en question la parole d'un migrant alors qu'ils avaient l'habitude de travailler avec cette parole, qu'elle soit vraie ou fausse. Cela engendrait une incompréhension qui était majorée lorsque l'histoire du patient semblait correspondre aux critères de la Convention de Genève.

« Je suis très choqué et peiné de voir que l'OFPRA et la CNDA les déboutent alors que visiblement, ils rentrent dans les cadres qui sont prévus par les conventions internationales pour bénéficier du statut de réfugié ». E12

Ils devaient alors se situer par rapport à l'injustice tout en continuant à soutenir et à accompagner la personne déboutée. Ce vécu d'impuissance et cet engagement, parfois au-delà de leurs prérogatives professionnelles, pouvaient entraîner la survenue d'une fatigue compassionnelle. Un véritable tableau d'épuisement professionnel pouvait aussi s'installer par la suite.

« Tout ça est devenu difficile pour moi. Au bout d'un moment, être confrontée au quotidien aux vécus des gens, il y a ceux qui ont vécu des traumatismes où la souffrance est trop grande, voilà... » E7

3) Difficultés liées à l'organisation du système de soins

Ces difficultés pouvaient être regroupées en trois catégories : celles liées aux missions des dispositifs existants, celles liées aux relais compliqués sur le droit commun et leurs explications potentielles, et celles liées au travail en réseau. Tout d'abord, les dispositifs accessibles pour « les migrants avec un parcours de demande d'asile » correspondaient à des dispositifs d'orientations tels que les urgences, ou à des structures de prises en charge à court terme comme les PASS ou les EMPP.

De fait, le caractère provisoire des prises en charge ne permettait pas toujours un travail autour du traumatisme puisque ce dernier nécessitait du temps.

« Je ne suis pas sûre non plus qu'au niveau de l'EMPP, ils bossent beaucoup sur le traumatisme, la torture qui a eu lieu. C'est tellement du long terme, parce que l'EMPP aussi, c'est du transitoire ».
E4

L'organisation de ces structures ne permettait pas non plus la mise en place de thérapies spécifiques puisque ces dernières requerraient un suivi régulier avec des séances hebdomadaires ce qui n'était pas réalisable en pratique.

« Comme j'ai très peu de temps, je ne peux pas m'engager dans des prises en charge très spécifiques de type EMDR, hypnose, relaxation, enfin des choses comme ça ». E12

De plus, ces structures ont pour missions de permettre un retour sur le droit commun. Or, ce passage était souvent compliqué dans la réalité, bien que des relais ponctuels parvenaient à être organisés. Certains professionnels avaient alors recours à des moyens détournés en travaillant avec des associations d'aide aux victimes, ou avec le réseau de périnatalité, ou encore avec la protection maternelle infantile pour les femmes enceintes et/ou avec des enfants en bas âge. D'autres, étaient amenés à détourner les missions initiales des dispositifs type PASS en continuant à suivre des migrants alors qu'ils avaient des droits ouverts.

« On fonctionne un peu comme un CMP pour migrants, ce qui n'est pas notre vocation ». E12

Cela conduisait forcément à une augmentation progressive de la file active sans qu'il n'y ait véritablement de rotation des personnes prises en charge avec, à terme, un risque de saturation des dispositifs.

« S'il y en a finalement plus qui restent dans la file active que ceux qui partent, avec ceux qui arrivent, je vais forcément arriver à moment où je ne pourrais plus ». E12

Cela pouvait aussi conduire à une perte de pertinence de ces dispositifs qui proposaient alors un premier rendez-vous plusieurs semaines après la demande, alors qu'il s'agit de structures ayant normalement la capacité d'être réactives en termes de délais.

« Beaucoup de premiers rendez-vous sont tellement loin que les gens ne viennent pas ». E12

Les différents professionnels interrogés ont tenté d'expliquer pourquoi ces relais étaient quasiment impossibles. Plusieurs ont avancé l'hypothèse de la barrière de la langue avec des structures extra-hospitalières n'ayant que peu de possibilités de recours à l'interprétariat professionnel. Un recours à la liste du personnel hospitalier parlant une langue étrangère pouvait alors avoir lieu, mais il nécessitait que le soignant accepte de modifier sa pratique du fait de la présence d'un tiers traducteur.

« On pourrait imaginer, des fois, des relais qui n'existent pas, notamment du fait de la langue essentiellement ». E13

D'autres ont parlé de la réticence des secteurs extra-hospitaliers, notamment les CMP, à prendre en charge ce type de public. Une des raisons pouvait être l'existence d'une file active déjà relativement

importante avec la crainte de créer un appel d'air en accueillant des migrants.

« Les CMP nous disent : Nous, on ne veut pas être phagocyté par les migrants ». E3

D'autres encore, ont fait le lien avec la sectorisation et donc avec la domiciliation des migrants en évoquant un possible amalgame entre les patients migrants et les patients SDF. Ces derniers n'acquièrent pas toujours d'adresse stable, tandis que les migrants peuvent avoir un hébergement instable durant une période mais par contre, s'installer définitivement lorsqu'ils obtiennent le statut de réfugié.

La dernière difficulté concernait le travail en réseau avec des relations parfois tendues avec les partenaires. Ceci pouvait être lié à des interprétations différentes des comportements, ou des symptômes présentés par les migrants, mais aussi à des représentations différentes des soins qui pouvaient être proposés dans le cadre de la pathologie post-traumatique. Ainsi, quand une association tentait de mettre en place un dispositif pérenne reposant sur des dispositifs des groupes, elle pouvait être confrontée à des demandes de suivi individuel pour la raison suivante :

« Souvent, les gens avaient envie d'orienter vers un psy, d'ailleurs plutôt dans un référentiel psychiatrique, un psy qui va peut-être pouvoir prescrire quelque chose et ensuite, apaiser et peut-être même clore quelque chose ». E6

On pouvait aussi retrouver une méconnaissance des missions des autres partenaires, ce qui amenait à l'orientation de public n'entrant pas dans les critères de prise en charge du dispositif. Ceci créait des tensions qui pouvaient être exacerbées par le vécu d'impuissance ressenti par les professionnels et qui pouvaient engendrer des relations de compétition entre les structures.

« Un des trucs vicelards dans cette pratique, c'est que les professionnels sont, tous, confrontés à beaucoup d'impuissance. Et du coup, cela suscite vite des rivalités institutionnelles et parfois, une incapacité à travailler ensemble ». E6

IV. Discussion

A] Limites de l'étude

a) Méthode

La réalisation d'entretiens semi-directifs duels ou tripartites par un seul enquêteur expose à un risque de biais du fait de la directivité (réponses induites, biais de courtoisie).

b) Échantillon

L'échantillon a été choisi au sein de l'ancienne région Rhône-Alpes et non de la région actuelle Auvergne-Rhône-Alpes afin de limiter la zone géographique couverte et donc la durée des déplacements. Les structures choisies se situent dans six des huit départements de l'ancienne région : il manquait la Haute Savoie et l'Ardèche. De plus, les structures sollicitées ne représentent qu'une partie des dispositifs existants au sein de l'ancienne région, même si l'ensemble des PASS psychiatriques/EMPP a été pris en compte. Enfin, la population est hétérogène, non pas en termes de structures où les sous-groupes sont équivalents, mais en termes de fonction des personnes interrogées. Il existe alors une diversité importante permettant de diversifier les points de vue sur le sujet traité mais ne permettant pas une comparaison en sous-groupes.

c) Analyse

L'analyse qualitative a été réalisée par une seule personne, ce qui constitue une limite. Il n'a pas été possible d'effectuer une triangulation lors des étapes d'analyse du contenu thématique, sachant qu'elles impliquent elles-mêmes une part d'interprétation.

B] Synthèse et critique des résultats qualitatifs

a) Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

1) Des caractéristiques socio-démographiques incomplètes

Ce travail cherchait aussi à mieux caractériser la population des « migrants avec un parcours de demande d'asile » qui fréquentait les lieux de soins interrogés. Il n'a pas été possible de donner une répartition en termes de sexe ou d'âge. Par contre, les personnes interrogées ont pu fournir des informations sur leurs nationalités d'origine. On retrouvait alors des pays d'Afrique (Soudan, République Démocratique du Congo, Nigeria, Guinée et Érythrée), des Balkans (Albanie, Kosovo, Ukraine, Arménie et Géorgie), du Moyen-Orient (Irak et Syrie) et d'Asie centrale (Afghanistan). Il

était difficile d'être plus précis quant aux variations des nationalités au sein des files actives, les rapports d'activités étant inégaux en termes d'information sur les pays de provenance et les discours restants de l'ordre du subjectif. Pour autant, les nationalités évoquées concordent en partie avec celles identifiées par les instances administratives. Ainsi, en 2015, les dix premiers pays d'origine des demandeurs d'asile étaient par ordre décroissant, au niveau de l'OFPRA [5] : le Soudan, la Syrie, le Kosovo, le Bangladesh, Haïti, la RDC, la Chine, l'Albanie, l'Irak et l'Afghanistan et, au niveau de la CNDA [7], la RDC, le Bangladesh, le Kosovo, le Pakistan, la Guinée, le Sri Lanka, l'Albanie, le Soudan, la Chine, la Géorgie. La faible présence des Irakiens, des Syriens et des Afghans, au sein des files actives est, en partie, liée à leur répartition sur le territoire français, les départements de la région Rhône-Alpes en accueillant un nombre relativement faible par rapport à d'autres régions [5]. Par contre, l'absence de certaines nationalités reste interrogeant. On pourrait alors faire l'hypothèse d'un manque d'information à propos des possibilités d'accès aux soins, d'une préférence pour les soins traditionnels, ou encore de la faible prise en compte de la différence culturelle dans le système de soins conduisant à un sentiment de rejet [36].

2) Une santé mentale, fragilisée par des facteurs de vulnérabilité, terreau pour le développement d'un ESPT

Les différents facteurs de vulnérabilité identifiés renvoient aux différents regards portés, au fil des années, sur la santé mentale des migrants. En effet, leurs parcours, marqués par des événements potentiellement traumatisants, amènent à une lecture dans le champ du traumatisme, d'autant qu'il s'agit, souvent, de traumatismes extrêmes (viol, torture, violences politiques) réalisés avec une intentionnalité humaine de détruire l'autre. Ces actes portent alors atteinte à l'intégrité physique et psychique touchant à des éléments fondamentaux de l'identité, du narcissisme et du rapport aux autres, et modifiant le regard porté sur le monde par ceux qui les ont subis [22]. On retrouve, dans la littérature, une relation dose-effet entre le nombre d'événements traumatiques vécus, notamment en pré-migratoire, et le développement d'un ESPT [17 ; 37 ; 24 ; 38] ainsi qu'une corrélation significative entre ce nombre d'événements et la sévérité de l'ESPT [39]. Des études ont aussi montré l'existence d'un lien entre des vécus d'événements violents, tels que les violences physiques et la torture, et la présence d'un ESPT [14 ; 18].

Ces migrants se retrouvent aussi dans une situation d'exil qui a été qualifiée, par les personnes interrogées, de traumatique ou de déstabilisante psychiquement. Ces deux visions ne sont pas incompatibles puisque cette forme particulière de migration peut être vécue différemment, selon le sens que chacun lui donne dans le contexte de son histoire singulière, à la fois individuelle et familiale. Être exilé implique de quitter son pays d'origine, ce qui conduit à perdre son environnement familial ainsi que « la protection donnée par la communauté d'origine » [40]. Cela oblige aussi à se confronter à une culture différente, ce qui peut être source de conflits psychiques. De fait, ces sujets peuvent,

parfois, éprouver une certaine nostalgie voire se sentir déracinés. Cette souffrance psychique a pu être lue dans sa dimension culturelle. Ce deuxième axe de lecture renvoie à l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux, ainsi qu'à sa reprise et sa poursuite par Tobie Nathan. Les travaux de ce dernier soulignent l'importance du contenant par rapport au contenu, la culture étant alors perçue comme une enveloppe vitale pour les productions psychiques. Ce cadre culturel interne peut être fragilisé par la migration avec le risque qu'elle soit vécue comme traumatique. Ce risque serait plus élevé pour les « migrants avec un parcours de demande d'asile » du fait des violences pré-migratoires, du départ souvent imprévu et précipité pour sauver sa propre vie et de l'impossibilité d'un retour dans le pays d'origine [41]. F. Benslama a, quant à lui, porté un regard sur l'exil, différent du culturalisme. La clinique de l'exil serait à conceptualiser à partir « du concept du lieu pensé comme une acquisition fondamentale dans le processus d'humanisation et appréhendé dans une triple dimension : existentielle, métapsychologique et institutionnelle » [42]. Ce lieu étant institué socialement, il s'agirait plutôt d'une « clinique de la filiation et de la transmission transgénérationnelle » [42].

Enfin, ces migrants, du fait de la procédure d'asile, se retrouvent dans une position d'attente et doivent faire face à l'incertitude, ce qui peut en soi majorer la souffrance psychique et les symptômes présentés. Dans des pays étrangers, des études ont montré l'existence d'un lien entre la sévérité des symptômes de l'ESPT et l'absence de statut administratif stable [39 ; 43-46]. Les conditions de vie post-migratoires influent aussi sur leur santé mentale en augmentant la morbidité psychiatrique [15 ; 46 ; 24]. Cette précarité et ses effets psychiques renvoient alors au troisième axe de lecture, celui de la souffrance psychosociale. Il est en effet question de perte « d'objets sociaux », tels que le travail et l'obtention des papiers qui, selon Furtos, sont « à la fois quelque chose de concret mais aussi en rapport avec un système de valeurs qui fait lien » [48]. Leur perte, réelle ou supposée, amène à une « triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît » [48]. Cette souffrance vient aussi majorer l'isolement, parfois déjà présent.

L'usage de ces référentiels de lecture permet de mieux cerner la souffrance psychique des migrants dans l'ensemble de ses dimensions. La clinique auprès de ces migrants fait alors coexister plusieurs cliniques différentes s'influençant mutuellement : celle du traumatisme, de l'exil avec ses différents deuils, de l'interculturalité et celle qualifiée de psychosociale.

3) Un questionnement autour de la catégorie de l'ESPT

Cette coexistence de cliniques différentes a incité les soignants à remettre en question l'utilisation de la seule catégorie diagnostique de l'ESPT pour qualifier la souffrance psychique du public migrant, à une époque où cette catégorie était omniprésente dans les articles et les ouvrages traitant du

traumatisme psychique. La définition donnée par le DSM-IV-TR était alors considérée comme trop réductrice par rapport à la clinique observée, avec des tableaux complexes où s'entremêlent des signes spécifiques de l'ESPT, mais aussi, de nombreux symptômes peu spécifiques tels que les troubles du sommeil, l'asthénie, l'humeur dépressive, les troubles cognitifs, les maux qui remplacent les mots, voire les éléments hallucinatoires. D'autres termes ont alors été proposés : celui de « syndromes psychotraumatiques », utilisé par C. Barrois pour regrouper l'ESPT, les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques ; ou celui « d'état de stress post-traumatique complexe », considéré comme plus adapté « aux situations de traumatismes intentionnels, répétés, extrêmes et aux situations de violences collectives » [49] et caractérisé par une modification profonde de la personnalité, une dérégulation des affects et des somatisations ; ou encore, celui de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » de la CIM-10. La validité transculturelle de l'ESPT a aussi été contestée puisque sa création, dans les suites de la Guerre du Vietnam, reflétait le contexte socioculturel américain de l'époque. De même, sa caractérisation, tout comme celle de l'événement traumatique, reste « référencée à une subjectivité culturelle et sociétale » [50]. Ces critiques sont moins évidentes depuis la parution du DSM-5. Les modifications effectuées ont permis une mise en avant du caractère subjectif du trauma et une prise en compte, par l'ajout du critère D, des éléments dissociatifs, des expériences de honte et de culpabilité et des modifications du rapport aux autres. De plus, l'étude de Schnyder, faite en 2015, auprès d'une population de demandeurs d'asile et de réfugiés traumatisés de nationalités différentes validait l'utilisation de cette définition au sein de cette population. Elle montrait aussi une haute spécificité et sensibilité ainsi qu'une valeur prédictive positive et négative élevée du critère D [51].

Ces interrogations, retrouvées aussi dans les propos des interviewés expliquent, peut-être en partie, le manque de données épidémiologiques, notamment celles concernant la prévalence de l'ESPT pour « les migrants avec un parcours de demande d'asile » présents sur le territoire français. Le COMEDE avait réalisé une étude épidémiologique afin d'évaluer les prévalences des différentes pathologies rencontrées à partir d'un échantillon constitué des 17 836 personnes ayant consultées, au Centre de Santé, entre 2004 et 2010. La prévalence du « syndrome psychotraumatique » était alors de 11,2 % avec une fréquence plus grande chez les femmes [52]. Une autre étude, dont l'objectif n'était pas épidémiologique mais était d'appréhender les liens entre les modalités du fonctionnement défensif adaptatif et les psychopathologies, chez 120 demandeurs d'asile résidant dans des centres d'accueil situés en Slovaquie, en France et en Norvège, retrouvait une prévalence de 60 % pour l'ESPT tel que défini dans le DSM-IV-TR [18]. Une évaluation de la prévalence avait aussi été envisagée dans ce travail, à partir de la demande des rapports d'activités des différentes structures sollicitées. Il s'avère que les diagnostics psychiatriques n'ont pas toujours été cotés et ne figuraient donc pas dans ces documents. Quant aux deux valeurs données, elles restent très hétérogènes du fait de la diversité des publics pris en charge d'une structure à l'autre. Il existe alors des biais de recrutement avec des échantillonnages variables, non représentatif de l'ensemble des « migrants avec un parcours de

demande d'asile », puisque ces derniers n'ont pas tous accès à des soins et encore moins à des soins de santé mentale. Ces éléments plaident pour un développement de la recherche épidémiologique autour des pathologies psychiatriques présentées par cette population et notamment autour de l'ESPT. Ces études devront surmonter deux difficultés : « d'une part, la méconnaissance des populations considérées, dans un contexte politique qui privilégie la maîtrise de l'immigration et, d'autre part, les limites propres aux outils épidémiologiques en santé mentale » [52]. Il serait important qu'elles puissent permettre un recueil de données d'état-civil et du temps passé en France, mais aussi de leur expérience subjective liée à leurs histoires de vie et à leurs situations sociales.

b) Parcours de soins identifiés pour ce public

Trois parcours de soins permettant l'accès à des soins psychiques, à court ou moyen terme, ont été identifiés à partir des propos des professionnels travaillant au sein des structures sollicitées. Or, un parcours se définit, selon l'ARS, comme « la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il intègre les facteurs déterminants de la santé tels que l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement » [53]. De fait, il paraît nécessaire de prendre en compte l'avis des « migrants avec un parcours de demande d'asile », d'autant plus que la France en accueille de plus en plus. Cela permettrait de mieux connaître leurs besoins en termes de santé mentale et de cartographier plus précisément les différentes étapes de leurs parcours.

c) Dispositifs existants

1) Une diversité des dispositifs malgré des éléments de fonctionnement communs

Même s'ils présentent des points communs, ces dispositifs restent très variés, en termes de gestion de l'accès aux droits et aux soins, de moyens et de réseau. Ainsi, l'accès aux soins est prioritaire sur certaines structures, tandis que pour d'autres, il vient en premier lieu avec un accueil par une assistante sociale afin d'évaluer la situation sociale, voire parfois les besoins en termes de soins.

On note aussi une diversité des moyens humains et financiers. Certains professionnels de PASS ou d'associations semblaient apprécier la manière dont les équipes avaient été constituées en termes de fonction et d'équivalent temps plein, tandis que d'autres, évoquaient les difficultés liées au départ ou à l'absence de médecin au sein de la structure. De même, certains étaient satisfaits des budgets qui leur étaient alloués, tandis que d'autres se plaignaient d'un financement insuffisant, limitant à la fois le recours à l'interprétariat et la file active. Ce budget, qui conditionne l'offre de soins, doit aussi être justifié dans son utilisation. Les structures doivent, en effet, rendre des comptes aux hôpitaux dont ils dépendent, mais aussi à l'ARS, afin de justifier leur efficacité et leur rendement. Or, les équipes

semblent se positionner différemment par rapport à cette logique comptable et aux enjeux soulevés. Ceci peut, peut-être en partie, expliquer la diversité des rapports d'activités récupérés, notamment au niveau de leurs contenus.

On note, enfin, une volonté commune de s'adapter aux besoins du terrain ce qui conduit à une inscription différente de chaque structure sur le territoire qu'elle est amenée à couvrir. De fait, chaque dispositif travaille avec des partenaires différents, que ce soit au niveau de l'adresse ou des relais. Il est alors amené à moduler ses pratiques en fonction des populations prises en charge, ou des lieux d'intervention, ou encore de l'organisation locale du système de soins. Ainsi, des PASS somatiques ont été intégrées directement au sein du système hospitalier tandis que des PASS psychiatriques/EMPP ont proposé la mise en place de dispositifs de soins groupaux, sous forme de groupes de parole, dans les CADA dans lesquelles elles intervenaient. Ce « bricolage » réalisé par les soignants, à partir des moyens qui leur sont donnés, nécessite une certaine créativité mais aussi un engagement de chacun. L'identité de ces dispositifs est alors composite puisqu'elle est fonction à la fois de la personnalité de ses membres fondateurs et des valeurs impulsées par eux, mais aussi de la manière dont les professionnels présents à un temps T se sont réappropriés cet héritage. De même, la culture de chaque équipe est en perpétuelle construction, au fil des épreuves partagées. Les difficultés rencontrées par les différents membres de l'équipe conduisent à un travail réflexif au cours duquel des ajustements et des accordages sont nécessaires. « Faire équipe n'est alors pas un idéal, mais une charge commune, celle de s'accorder sur un fonds de désaccords persistants » [54].

Cette diversité d'identité, d'équipe et de fonctionnement peut donc expliquer en partie les différents positionnements choisis par rapport à la durée des soins proposés : une volonté de se situer dans le pré-soin avec un travail de repérage et d'orientation, celle d'offrir des soins provisoires et celle de soigner dans la durée. La première position implique des relais faciles sur le droit commun tandis que le risque des deux autres est de créer des dispositifs concurrentiels à ceux du droit commun.

2) Des dispositifs s'adaptant au public accueilli

Certains principes de fonctionnement sont liés aux caractéristiques et aux besoins des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT. Ils recourent en partie ceux de la psychiatrie institutionnelle. Il s'agit de l'attention portée à l'accueil et à l'hospitalité, afin de signifier aux personnes reçues, leur appartenance à la communauté des hommes. Ceci est d'autant plus important pour les sujets traumatisés puisqu'ils se retrouvent isolés de cette communauté, n'ayant pas de mots pour faire comprendre aux autres l'origine de leurs souffrances [13]. Il s'agit aussi de l'importance donnée au travail en réseau pluri-institutionnel, vu comme la possibilité de prendre soin des personnes en partageant à la fois les connaissances que chacun en a, mais aussi les réactions contre-transférentielles vécues. Ce réseau permet aussi aux sujets, fragilisés dans le lien social et portant un

regard méfiant sur les autres, de refaire l'expérience de relations humaines, bienveillantes et respectueuses.

Bien que certaines qualités identifiées puissent être attendues de tout soignant, la présence de certaines d'entre elles sont rendues nécessaires pour les soignants travaillant auprès de ce public. Ainsi, s'engager en ayant confiance en soi tout en ayant une certaine assise, constituée d'un cadre interne stable et de bases théoriques, permet de garder le cap face à une pratique difficile. En effet, les soignants sont confrontés à des histoires de vie marquées par des événements traumatiques qu'il faut pouvoir contenir. Ils sont aussi confrontés à des questionnements éthiques à propos des conditions d'accueil de ce public qui créent, parfois, un vécu d'impuissance. Ceci peut engendrer « des manifestations transférentielles et contre-transférentielles complexes » [55] qu'il faut parvenir à gérer sans perdre pied. Ces professionnels sont alors exposés à la survenue d'un traumatisme vicariant et au développement d'une fatigue compassionnelle, c'est-à-dire une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion associée à un ébranlement profond et durable de la vision du monde et des croyances fondamentales [56]. Ils risquent aussi d'adopter une posture les engageant, sans filet, au-delà du cadre professionnel initial, défini par la fonction de chacun [57]. Leur devoir est alors « de rester vivants, vivants psychiquement » [58]. Il est alors pertinent de créer des espaces permettant de penser à plusieurs ces situations violentes sur le plan social, institutionnel et/ou humain. Il s'agit d'espaces interstitiels, tels que les repas ou les pauses café, mais aussi d'espaces formalisés, comme les réunions cliniques, les analyses de la pratique lorsqu'elles existent et les inter-visions. Ces temps permettent à la fois une prise de distance par l'élaboration des affects et des représentations en jeu en présence d'un tiers régulateur, mais aussi une consolidation de la responsabilité clinique collective, de la compréhension des rôles de chacun tout en favorisant la solidarité interprofessionnelle [22].

d) Prise en charge

1) Des points de la prise en charge peu abordés par les professionnels interrogés

Deux points de la prise en charge de la population étudiée ont été peu développés au cours des entretiens. Il s'agit de la rédaction de certificats médicaux et de la gestion de la différence culturelle.

Les praticiens prenant en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » sont, souvent, confrontés à des demandes de certificats médicaux. Accepter leur rédaction, lorsqu'il ne s'agit pas de certificats de complaisance, constitue une véritable étape de la prise en charge thérapeutique, en permettant une première reconnaissance humaine du récit des demandeurs d'asile, qui ont souvent été confrontés à des expériences déshumanisantes. Ce certificat peut souligner les difficultés de narration du récit de vie en espérant que cet élément soit pris en compte dans la conduite de l'audience. Il peut aussi servir à expliquer la prématurité d'une comparution devant les instances

administratives, étant donné que l'élaboration psychique d'un vécu traumatique, comme l'écriture de son récit, n'est pas forcément concomitant avec la procédure. Il peut aussi favoriser l'accès à un hébergement.

Les positions des médecins par rapport à ces demandes sont variables, allant parfois jusqu'à un rejet complet, souvent lié à un sentiment d'instrumentalisation. Ceci est alors à mettre en lien avec l'inscription de la rédaction de ces documents dans « des rapports de force mettant en jeu la validité du discours du patient comme demandeur d'asile, la position sociale du médecin, la politique de l'immigration et la décision d'une administration opaque et parfois ressentie comme abusive » [59]. Rédiger ces certificats revient alors à accepter l'absence de maîtrise du contexte et des enjeux qui les entourent, ce qui place le médecin face à des questions particulièrement complexes à résoudre, tant sur le plan médical, éthique, social que politique.

Un autre aspect relativement peu abordé est la question de la différence culturelle et sa prise en compte durant la prise en charge. Il convient alors d'évoquer à nouveau l'ethnopsychiatrie et ses deux courants : l'approche anglo-saxonne de la psychiatrie dite culturelle et l'approche francophone de l'ethnopsychanalyse. La première « postule l'universalité de la pathologie mentale mais tente de repérer les manifestations spécifiques de cette maladie reliées à la culture dans laquelle le sujet a été élevé » [60]. La deuxième approche est fondée sur l'universalité psychique, ainsi que sur la spécificité culturelle, c'est-à-dire la participation du sujet, dans la mesure où il se socialise, au modèle culturel dans lequel il s'exprime. Ce courant correspond alors à une pratique de l'altérité et du métissage en aidant le patient à « réduire l'élément de choc provoqué par l'absence d'enveloppe culturelle en arrivant à donner un sens au désordre ainsi qu'à entamer une perspective de métissage sans renoncer à son appartenance culturelle tout en s'inscrivant dans la société d'accueil » [60].

Pour autant, cette dimension culturelle n'est pas à surévaluer et c'est peut-être une des raisons pour laquelle elle était si peu présente dans le discours des personnes interrogées. Les risques seraient d'entrer dans un relativisme culturel et de faire « fi de la subjectivité et du degré d'adhésion de l'individu à des croyances, au sein de systèmes de valeurs souvent comparables, de par leur rationalité, aux systèmes occidentaux » [61] ainsi que « d'éluder les explications alternatives » [62].

Il s'agirait alors de porter attention « aux modalités culturelles d'expression [afin de respecter le] patient dans une singularité et une histoire qui font de lui un citoyen à part entière » [63]. Pour les soignants, cela reviendrait à « faire l'expérience du décentrage et [à] se familiariser avec d'autres systèmes culturels que le sien » [64].

2) Des somatisations fréquentes conduisant à une prise en charge somatique

La confrontation avec le réel de la mort entraîne des troubles importants du fonctionnement psychique qui ne peuvent être verbalisés. Ceci facilite « une localisation corporelle de la souffrance via des somatisations qui seront socialement plus acceptables à confier qu'une blessure psychique »

[50]. Les somaticiens interrogés faisaient un lien entre les tableaux algiques présentés par certains « migrants avec un parcours de demande d'asile » et le psychotraumatisme. L'étude d'Aragona, réalisée en 2010, dans un service de soins primaires italien, montrait que les migrants du groupe « somatisé » (score > 14 pour la Bradford Somatic Inventory) rapportaient un nombre moyen d'expériences traumatisantes significativement plus élevé que les migrants du groupe « non somatisé ». Elle retrouvait aussi un lien significatif entre les somatisations et les symptômes post-traumatiques [65]. De même, l'étude de Buhmann, réalisée, en 2014, au sein d'un échantillon de 127 réfugiés pris en charge à la Clinique du Trauma de Copenhague et séjournant en moyenne depuis 14 ans au Danemark, montrait que 98 % d'entre eux se plaignaient de céphalées, de dorsalgies, de douleurs au niveau des bras et des jambes. Ces douleurs étaient associées, en analyse uni et multivariée, à des scores élevés pour les symptômes d'hyperactivité neurovégétative du Harvard Trauma Questionnaire [15].

L'accès aux soins de ces patients se fait alors, par le biais des plaintes somatiques, ces dernières pouvant inconsciemment être utilisées « comme un appel à l'autre, voire comme un mode de premier contact puis, de relation avec le système de soins » [66]. La prise en charge proposée par les somaticiens était alors d'éliminer une pathologie somatique grave par le biais d'un examen clinique, parfois associé à des examens complémentaires. Le risque était alors de retarder le diagnostic d'ESPT mais bien souvent, les praticiens semblaient parvenir à reconnaître le traumatisme derrière ces somatisations, ce qui leur permettait d'orienter vers une prise en charge psychiatrique adaptée.

3) Des soins psychiatriques globalement conformes aux recommandations de bonnes pratiques

Les professionnels de santé mentale ont mis en avant le travail psychothérapeutique, comme pierre angulaire du soin de l'ESPT, chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile », ce qui est en adéquation avec les recommandations internationales [26 ; 27 ; 67]. Pour eux, le travail autour des traumatismes rencontrés par ce public nécessite une approche lente, prudente et délicate. La première étape est de rétablir un lien de confiance à travers la relation entre deux êtres humains, au-delà de l'asymétrie de la relation soignant-soigné, des différences de genre, d'âge et de culture. Lorsque le lien est suffisamment fort, le patient peut progressivement amener son histoire et commencer à parler des événements traumatiques. Il s'agira alors de l'aider à questionner le sens de l'événement traumatique, à l'inscrire dans une histoire singulière, et à en accepter le caractère inacceptable tout en se tournant vers l'avenir. Ce travail de reconstruction du sujet se construit dans l'intersubjectivité de la relation thérapeutique et nécessite un engagement actif de la part du patient. Du côté du thérapeute, il requiert une capacité à maintenir une écoute bienveillante ainsi qu'à être affecté tout en gardant une distance par rapport au discours du patient. Ces éléments renvoient à la question de la juste distance et de l'engagement évoqué dans le cadre des qualités nécessaires chez ces

professionnels.

Les recommandations de bonnes pratiques insistent sur l'utilisation de la TCC centrée sur le traumatisme et de l'EMDR [26 ; 27 ; 67] dans la prise en charge générale de l'ESPT. Des revues systématiques des interventions proposées à des populations de demandeurs d'asile ou de réfugiés montrent aussi une efficacité des TCC [68-70], notamment de la thérapie d'exposition narrative (NET) pour le traitement de l'ESPT [68 ; 71]. Des études analytiques ont aussi été réalisées, auprès de réfugiés, au Danemark : l'une était en faveur d'une efficacité de la NET [72] et l'autre, insistait sur la possibilité de mise en place d'une session complète de psychothérapie de type TCC [73]. Pourtant, les pratiques retrouvées, au sein des différentes structures interrogées, correspondent plutôt à un travail conventionnel, en face à face, basé sur une approche psychodynamique avec, par définition, l'apport d'autres méthodes comme la psychologie analytique ou humaniste, la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle ou systémique. Le recours à l'EMDR, ou à des techniques d'hypnose, ou encore à de la relaxation restait assez marginal. Par contre, on retrouvait l'utilisation de dispositifs groupaux sous forme de groupe de parole ou de groupe à médiation. Bien que ces possibilités de soins soient peu présentes dans la littérature internationale, elles peuvent constituer des alternatives intéressantes. En effet, chez des sujets traumatisés, le groupe permet de faciliter la prise de parole, qui peut être difficile en individuel, par le partage de vécus qui font écho. Il permet aussi de mettre à jour des souffrances majeures afin de favoriser l'accès à une prise en charge psychologique, de créer du lien social afin de lutter contre l'isolement et de réinscrire les sujets dans une certaine temporalité afin de stimuler la dynamique psychique.

La prescription médicamenteuse dans le cadre de l'ESPT a été difficile à cerner. En effet, les médecins prescripteurs au sein des différentes structures n'ont pas toujours été interrogés du fait de l'échantillonnage. Leurs pratiques étaient alors rapportées par d'autres membres de l'équipe qui ne connaissaient pas toujours le nom des molécules ou les symptômes qui justifiaient leurs prescriptions. Parfois, et essentiellement lorsque la psychothérapie était impossible, les psychotropes étaient utilisés en première intention sans qu'il soit possible de connaître les familles utilisées. Ils peuvent aussi être prescrits en parallèle d'un travail de psychothérapie. On retrouvait alors des traitements symptomatiques présents dans certaines recommandations [26 ; 28] : ceux à visée hypnotique, pour une courte durée, en cas de troubles du sommeil importants et, ceux à visée anxiolytique, en cas d'anxiété trop importante. Les principales molécules utilisées étaient l'hydroxyzine mais aussi des benzodiazépines et leurs dérivés. Ces dernières seraient, pourtant, à éviter du fait de leur potentiel addictogène mais aussi d'effets potentiellement néfastes dans le cadre de l'ESPT [74]. On retrouvait aussi des traitements antidépresseurs qui, dans les recommandations [26 ; 27] ne sont pas indiqués en première intention, sauf en cas d'épisode dépressif modéré à sévère associé, ou de retentissement important limitant les capacités à bénéficier d'une psychothérapie, ou encore lorsque la thérapie est impossible. Ils sont indiqués en seconde intention en cas d'échec de la psychothérapie. Les molécules

utilisées correspondaient à la paroxétine et la sertraline, les deux seules molécules ayant l'AMM dans l'ESPT en France, ainsi que la mirtazapine et l'amitriptyline, sans qu'il soit possible de savoir si elles étaient prescrites hors AMM ou dans une autre indication. La prazosine, n'ayant pas l'AMM mais étant peut-être un potentiel traitement de première intention [75], n'était pas utilisée au sein des différentes structures interrogées.

e) Difficultés rencontrées au cours de la prises en charge

1) Difficultés liées à la communication

On retrouvait une gestion variable de l'allophonie. La plupart des structures de soins psychiques étaient favorables au recours à l'interprétariat professionnel. Pourtant, l'une d'entre elles n'utilisait pas cette possibilité en raison d'un public essentiellement francophone et de professionnels capables d'effectuer des entretiens en anglais ou en allemand. Sur les structures d'orientation et de soins somatiques, les soignants semblaient plus réticents à cet usage. Les raisons évoquées recouvrent en partie celles retrouvées dans la littérature, les principales étant le sentiment qu'un proche puisse jouer le même rôle, l'incertitude quant à la traduction réalisée, la modification du cadre de la consultation et le coût engagé [76]. Or, le recours à un proche comme traducteur facilite, certes, la communication mais ne permet ni d'aborder des sujets de l'ordre de l'intime, ni de garantir le respect du secret médical. Il vient aussi limiter l'autonomie du patient par rapport à ses soins puisqu'il reste dépendant d'un membre de sa famille ou d'un ami. De même, le questionnement autour d'une déformation des propos peut s'entendre, mais devant l'absence de langue commune, il semble préférable d'utiliser le moyen de traduction le plus fiable et le plus fidèle possible. En l'occurrence, il s'agit du recours à un interprète plutôt qu'à un proche ou à un logiciel de traduction. Quant à la modification du cadre habituel du praticien, elle est inévitable puisqu'on passe d'une relation duale à une relation tripartite, avec une répartition différente du savoir et du pouvoir, l'interprète assumant « au sens strict, un rôle de passeur entre deux espaces linguistiques sur lequel s'appuie le clinicien » [77]. Ce rôle vient alors « contrebalancer la dissymétrie entre soignant et soigné » [78]. Cela amène le soignant à s'adapter et à modifier sa pratique : il est amené à réfléchir davantage à ce qu'il dit, mais aussi à la manière dont il le dit afin que l'interprète puisse facilement « traduire mot à mot en restituant un sens, sans en mettre là où il n'y en a pas » [79]. L'interprète peut alors devenir un véritable partenaire du soin, améliorant la qualité et la justesse de la communication, tout en permettant, en cas de continuité pour un même patient, une co-construction de la relation thérapeutique. Ceci est d'autant plus important dans le cadre des prises en charge psychiatriques, le soin reposant sur la parole. De plus, selon le positionnement adopté par l'interprète, ce dernier pourra « participer à contenir les angoisses du patient tout en permettant une élaboration progressive de son vécu psychique » [78]. Par conséquent, l'interprète peut être affecté par les propos déposés par le patient durant les entretiens. Il est alors important de prendre du temps pour en discuter, une fois le patient parti, afin d'éviter les phénomènes de contagion, surtout

que les interprètes ne peuvent pas s'appuyer sur les mêmes connaissances théoriques. Quant à la question du coût, elle dépend du regard que l'on porte sur l'interprétariat : vaut-il mieux accorder une plus grande part du budget à la gestion de l'allophonie ou limiter son recours ? Le risque est alors de voir d'autres postes augmenter suite à la réalisation d'examen complémentaires non nécessaires du fait d'incompréhensions, ou suite à un recours aux soins plus fréquents du fait d'une mauvaise observance liée à un manque d'informations. Enfin, une étude suisse, à propos de l'influence de la barrière de la langue sur l'évaluation infirmière des problématiques de santé des demandeurs d'asile et de leurs orientations effectives vers le soin, montrait que la présence d'un interprète professionnel, habitué à ce type d'entretien, permettait une meilleure évaluation somatique et psychique, ainsi qu'une meilleure détection des symptômes traumatiques, comparé à la présence d'un proche. Ceci augmentait alors la probabilité d'orientation vers un service de soins adapté [80]. Tous ces arguments seraient donc en faveur d'un recours plus fréquent aux interprètes professionnels lors des consultations, qu'elles aient lieu dans des services de soins somatiques ou dans des services de psychiatrie.

2) Difficultés liées au parcours administratif

La prise en charge est impactée par la procédure de demande d'asile du fait de son déroulement, de ses enjeux et des conditions de vie offertes aux demandeurs d'asile. Ainsi, cette démarche administrative les soumet à une violence structurelle c'est-à-dire à une forme de contrainte pesant sur la réalisation d'un individu et provoquée par les institutions politiques. Elle repose essentiellement sur le récit détaillé des demandeurs d'asile c'est-à-dire un récit, en français, personnalisé et circonstancié des événements ayant provoqué leur départ et des craintes de persécution en cas de retour. Ce texte doit être « le plus précis possible sur les faits, les personnes, les dates et les lieux mentionnés en évitant d'évoquer la situation générale du pays » [81]. Sa rédaction se fait, souvent avec l'aide de tiers, ces derniers mettant à disposition leurs connaissances, leurs capacités et leurs expériences afin de modeler un récit performatif ayant pour but de persuader et de convaincre les instances administratives. Sa production nécessite d'être en capacité de se remémorer des souvenirs et de reconstituer une chronologie précise ce qui revient à utiliser différents systèmes mémoriels et à contenir des reviviscences parfois insupportables. Or, un certain nombre de demandeurs d'asile souffrent d'ESPT, pathologie qui peut entraîner une certaine désorganisation de la pensée, avec une « alternance amnésie/hypermnésie, des pensées opératoires et un évitement de certaines pensées » [59]. Une fois ce récit envoyé, les demandeurs d'asile doivent aussi être parvenus à raconter leur histoire et à répondre aux questions qui leur sont posées, lors des audiences à l'OFPRA et à la CNDA. Un des risques est alors de provoquer ou d'exacerber les symptômes post-traumatiques voire de réactiver le traumatisme. Ceci a été mis en évidence, dans une étude réalisée en Allemagne, à propos de l'impact des audiences administratives sur la santé mentale d'un groupe de demandeurs d'asile comparé à celle d'un groupe témoin de réfugiés attendant une prise en charge dans un centre spécialisé pour victimes de la torture. Il était observé des changements significatifs au niveau du score d'ESPT

après les audiences, avec une augmentation significative du syndrome intrusif et une diminution significative du syndrome d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative [44]. Les audiences réalisées en Allemagne ressemblant beaucoup à celles effectuées en France, on peut supposer un impact psychique similaire. Cette démarche administrative est donc éprouvante psychiquement et peut être à l'origine d'une aggravation de la souffrance psychique.

De plus, les enjeux existants autour de la demande d'asile ne correspondent pas uniquement à une demande de reconnaissance de la qualité de réfugié. Il s'agit aussi d'une « demande de justice et de reconnaissance de sa place dans la société » [82]. De fait, l'obtention du statut de réfugié politique peut avoir des effets thérapeutiques en permettant de « nouvelles formes du lien social [ainsi qu'] une inscription réelle et symbolique dans la société du pays d'accueil » [55]. Elle peut aussi avoir pour fonction, bien qu'il ne s'agisse pas d'une procédure pénale, « de leur faire justice, notamment par rapport aux auteurs des violences subies » [82]. L'État français reconnaît alors les violences dont ils ont été victimes et vient garantir que ses actes ne se reproduisent plus. On peut alors observer un apaisement majeur de la symptomatologie, notamment des symptômes les plus bruyants. À l'inverse, le rejet de la demande correspond à un désaveu pour le sujet. Il vient mettre en doute la véracité de leur histoire ainsi que la réalité de leurs vécus et de leurs éprouvés, en résonnant parfois avec des failles narcissiques anciennes. Cette négation de leur histoire personnelle constitue alors un traumatisme supplémentaire : l'individu est « de nouveau soumis à la toute-puissance d'un autre qui le place dans une situation de non-droit et lui refuse la possibilité de s'intégrer, de devenir un homme comme tout le monde » [82]. Elle signe aussi un rejet de la part de la France alors que le retour dans le pays d'origine signifie souvent une condamnation à mort pour le sujet. Cette impossibilité de s'inscrire légalement et socialement dans un lieu peut alors « provoquer des effets de désabritement psychique, d'errance et de mélancolisation du lien aux autres et au monde » [22] et peut conduire à des passages à l'acte suicidaires.

Enfin, alors qu'il est prévu dans les textes européens « des conditions matérielles d'accueil permettant de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs »^b, la réalité en France est un peu différente. L'hébergement normé est celui du CADA, qui propose aussi un accompagnement social, avec un hébergement possible temporairement sur le dispositif d'urgence. Or, seuls 30 % des demandeurs d'asile bénéficient de ce dispositif. Des dispositions ont été prises par les politiques pour augmenter le parc d'hébergement. Ainsi, l'arrêté du 21 décembre 2015, relatif au schéma national d'accueil des demandeurs d'asile, prévoit un passage de 49 834 au 1^{er} janvier 2015 à 60 864 places à l'horizon 2017 avec un total de 40 352 places en CADA. Pour autant, au vu de l'augmentation prévisible du nombre de demandeurs d'asile et de l'engagement de la France à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile relocalisés d'ici 2017, ces créations ne

b Article 13 de la directive/9/CE du Conseil du 7 janvier relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres

permettront pas d'héberger tous les demandeurs d'asile présents sur le territoire français. La plupart d'entre eux vivent alors dans des conditions précaires alors même qu'ils ont besoin de protection, la première étant celle d'avoir un toit au-dessus de la tête. Cette absence d'hébergement renvoie alors à un « non accueil » et contribue à accentuer la vulnérabilité de ces migrants en majorant l'insécurité psychique. Cet état de fait participe donc « d'un mode de régulation de l'immigration, la sélection se faisant en grande partie sur les capacités à endurer ces épreuves, après avoir enduré celles du départ choisi ou non choisi » [83].

3) Difficultés liées à l'organisation du système de soins.

La principale difficulté rencontrée correspondait aux possibilités relativement réduites d'effectuer des relais sur le droit commun, interrogeant alors l'universalité de son accès. Les professionnels rencontrés expliquaient qu'il était difficile de trouver des partenaires acceptant le public des « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Cette constatation montre à quel point ce public vient remettre en question l'organisation et le fonctionnement des structures de soins classiques en faisant « exploser les cadres traditionnels » [30]. Il vient alors interroger la gestion de la communication, la politique de sectorisation qui organise la psychiatrie publique, ainsi que les catégories nosographiques et les connaissances utilisées pour caractériser leur souffrance psychique. En effet, ce public est d'origine étrangère et ne maîtrise pas toujours la langue française, ce qui pose, à nouveau, la question de la gestion de la barrière de la langue en cas d'allophonie. Ce sujet renvoie donc à l'interprétariat professionnel, à son coût et aux éventuelles réticences des professionnels à avoir un tiers présent au cours de leurs consultations.

De plus, cette population vient remettre en question la politique de secteur dont le principe est « de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » (circulaire du 15 mars 1960). L'accès aux soins psychiatriques est alors fonction du domicile du patient. Les critères, généralement exigés par les CMP, sont une adresse d'habitation effective et stable depuis plus de trois mois. Or, la domiciliation de ce public remplit rarement ces critères. Ainsi, les demandeurs d'asile bénéficient d'une domiciliation, soit effective par le biais des CADA, soit par le biais d'une personne morale, comme le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Il en est souvent de même pour les réfugiés avant qu'ils ne disposent d'un logement et donc d'une adresse stable. Quant aux déboutés qui restent en France, dans une situation d'illégalité, il leur ait aussi possible de bénéficier d'une domiciliation afin leur permettre l'accès à certaines prestations comme l'AME. Cette exclusion des règles de la sectorisation de la psychiatrie publique explique, en partie, pourquoi cette population accède aux soins par le biais de l'urgence ou, des dispositifs étudiés dans le cadre de ce travail, qui les accueillent de façon quasi inconditionnelle.

Enfin, ces migrants peuvent déstabiliser les professionnels dans leurs pratiques. Ainsi, l'identification d'une demande de soins, au travers des propos échangés, peut parfois être difficile. Ceci est lié à la demande inversée, ce public ayant tendance à déplacer leurs demandes, c'est-à-dire à ne pas les formuler au bon interlocuteur. Ils rapportent alors des problématiques sociales aux soignants et des problématiques, somatiques ou psychiques, aux travailleurs sociaux. L'identification d'une pathologie précise peut aussi être rendue compliquée par l'utilisation de connaissances théoriques et de catégories nosographiques culturellement marquées et inscrites dans une société particulière. Or, l'analyse de la clinique présentée par ce public requiert parfois l'utilisation de plusieurs référentiels de lecture qu'il faut pouvoir connaître et maîtriser. L'origine profonde de leur souffrance peut être difficile à saisir : est-elle liée à une pathologie psychiatrie, à la situation de précarité sociale, à l'exil ? Or, on note actuellement « un mouvement très marqué de hiérarchisation des pathologies où les problématiques psychosociales ne sont pas forcément légitimes à être entendues dans le champ psychiatrique » [32].

Tout ce qui a été évoqué ici constitue des éléments permettant d'expliquer les difficultés de relais sur le droit commun. Il pourrait, cependant, être intéressant d'interroger les professionnels de santé travaillant dans des cadres psychiatriques classiques, notamment dans le secteur extra-hospitalier, afin de mieux comprendre ce qui les amène, au-delà de la question de la sectorisation, à être réticents à l'accueil et à la prise en charge de ces « migrants avec un parcours de demande d'asile ».

C] Propositions d'améliorations de la prise en charge de l'ESPT

a) Des propositions découlant des difficultés identifiées

Le guide d'entretien comportait une question sur les changements nécessaires pour améliorer la prise en charge de l'ESPT chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Les réponses ont été traitées et analysées au même titre que les autres questions posées. Mais devant leur variabilité, il a été choisi de les synthétiser et de les mettre en lien avec la littérature [57 ; 84 ; 85]. Les propositions découlent des difficultés évoquées ci-dessus, c'est-à-dire celles liées à la communication, au parcours administratif et à l'organisation du système de soins. Des modifications autour de ces trois points auraient du sens si elles étaient entreprises de manière globale, aussi bien au niveau des politiques de gestion de l'immigration que des politiques de santé publique. Cela impliquerait une reconnaissance des migrants en tant qu'êtres humains ayant les mêmes droits que les autres, notamment celui d'être hébergés et soignés.

Les difficultés de communication mises en avant représentaient un frein à la prise en charge sur les dispositifs spécifiques, mais aussi, aux relais sur les dispositifs de droit commun. On pourrait alors considérer l'interprétariat comme un enjeu de santé publique. Il s'agirait, alors, de défendre l'idée que tout un chacun est en droit de s'exprimer dans sa langue, maternelle ou usuelle, afin de construire un système de santé égalitaire [32]. L'importance de l'interprétariat commence à être reconnue dans la politique de santé, comme le montre l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Des changements seraient alors nécessaires :

- du côté des interprètes : augmentation des possibilités d'interprétariat en termes d'effectifs et de diversité des langues parlées, voire création d'un service public d'interprétariat professionnel, revendication déjà portée par des associations comme le COMEDE.
- du côté des soignants : information et utilisation (mise à disposition) des formulaires de demandes d'interprètes ; sensibilisation au travail avec interprète afin de lever les réticences et les préjugés existants autour de cette pratique.
- du côté des pratiques : organisation de temps de co-formations soignants/interprètes afin de permettre un meilleur accordage.

Les difficultés posées par le parcours administratif conduisent à remettre en question la gestion actuelle de l'immigration. Il s'agirait alors d'induire des choix politiques différents en modifiant le regard porté sur les personnes venant demander l'asile en France. Il serait important d'agir au niveau de la procédure d'asile en elle-même avec des modifications, en partie présentes dans la réforme du droit d'asile de juillet 2015 :

- une réduction des délais d'instruction afin de diminuer le temps de l'attente et de l'incertitude
- une meilleure prise en compte de la vulnérabilité psychique lors des audiences à l'OFPRA et à

la CNDA afin de limiter leur retentissement psychique

- un accès au travail afin de permettre une inscription sociale, de valoriser les compétences de ces sujets et de favoriser l'apprentissage du français.

Il serait aussi important d'agir au niveau des conditions d'accueil avec les modifications suivantes :

- un accès facilité au logement par une nouvelle augmentation du parc d'hébergement
- une stabilité de l'hébergement encouragé en priorisant les places en CADA
- un relogement facilité pour les personnes ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire afin de permettre une rotation plus régulière des places au sein des CADA

Les difficultés posées par l'organisation du système de soins amènent à replacer la question du soin des migrants dans le champ de la santé publique [57] Il s'agirait d'accueillir ces individus dans leur globalité, dans leur subjectivité, en prenant aussi en compte leurs connaissances, leurs croyances, leurs représentations et leurs réalités socio-administratives. Cela implique des changements à plusieurs niveaux :

- modification de la formation des professionnels de santé avec la mise en place d'un module commun sur l'ESPT afin de permettre une meilleure connaissance de cette pathologie et donc un meilleur repérage ; la généralisation des possibilités de formations plus spécifiques à propos du parcours d'asile, de la migration, de l'interculturalité, de la précarité afin de permettre une meilleure connaissance de ce public et de limiter les préjugés existants à son propos ; le développement des possibilités de formation à des techniques spécifiques.
- valorisation de l'offre de soins actuelle avec une prise en compte de l'avis des usagers et un travail de réflexion commun soignants/usagers afin de mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins ; une pérennisation des financements des structures qui fonctionnent comme les associations proposant des soins de santé mentale spécifiques ; une généralisation d'espaces collectifs d'échange et de partage pour les professionnels afin de diminuer leur isolement.
- réflexion autour de la création de nouveaux dispositifs : avec des structures de ressources et de coordination locales afin renforcer le travail en réseau en limitant les clivages inter-institutionnels et en améliorant la fluidité des parcours de soins ; des dispositifs spécialisés ressemblant aux dispositifs qui sont membres du réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique (RESEDA).

b) Synthèse et mise en œuvre possible

POLITIQUE

1. Suivre les évolutions liées à l'application de la réforme du droit d'asile de juillet 2015 notamment sur la conduite des audiences et la prise en compte de la vulnérabilité psychique

2. Placer la question de la santé mentale des « migrants avec un parcours de demande d'asile » dans le champ de la santé publique

3. Valoriser et favoriser le recours à l'interprétariat professionnel dans le système de soins et notamment en psychiatrie publique

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

4. Instaurer un module commun à tous sur l'ESPT et sa prise en charge, sur la migration et ses enjeux psychiques et la précarité et son retentissement sur la santé mentale.

5. Sensibiliser davantage les soignants à l'EMDR.

6. Former aux prises en charge groupales à la fois pour les médecins, les psychologues voire les infirmiers travaillant en psychiatrie

ORGANISATION

7. Créer des dispositifs de ressources et de coordination avec une structuration articulant des antennes locales rattachées à un pôle ressource régional, voire à un dispositif national [57] ayant des actions :

- de sensibilisation à propos du parcours d'asile, du recours à l'interprétariat et de la gestion de la différence culturelle dans le soin.
- d'éclairage par rapport au travail avec interprète avec des possibilités de co-formations soignants/interprètes.
- de documentation sur le fonctionnement des systèmes de soins des autres pays, voire sur les évolutions des contextes géopolitiques actuels.
- d'échange avec des possibilités de rencontres inter-institutionnelles, voire des possibilités d'analyse de la pratique pour les interprètes et/ou les structures de soins.
- de mise en relation des partenaires locaux issus du médical, du médico-social et du social avec l'organisation de rencontres régulières interinstitutionnelles et interprofessionnelles pour les situations complexes.
- de réflexion avec un travail autour d'une conférence de consensus sur la santé mentale des « migrants précaires » et une valorisation d'autres possibilités de soins basés sur l'empowerment et la thérapie communautaire.

8. Créer des dispositifs de soins spécifiques tels que les huit existants déjà en France dont les caractéristiques seraient :

- d'être articulés avec des dispositifs existants et identifiés
- d'avoir une porte d'entrée non ciblée ni sur une pathologie ni sur une nationalité
- d'être flexibles et de permettre un accès aux soins dans un délai relativement court, quel que soit le statut administratif
- de proposer des prises en charge variées dans leur forme (individuelle ou groupale) et dans leur contenu (psychodynamique, psychanalytique, systémique, EMDR, psychocorporelle...).

V. Conclusion

Cette étude qualitative, multicentrique, réalisée auprès de professionnels travaillant au sein de PASS psychiatriques, de PASS somatiques et d'associations, a permis d'effectuer un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT, du point de vue des moyens existants, mais aussi de l'ensemble des actions proposées par les professionnels sous forme de soins ou d'orientation.

Il a d'abord été possible de caractériser le public étudié à partir des constatations faites sur les différents lieux de soins. Il s'agit d'hommes et de femmes, essentiellement originaires d'Afrique, du Moyen-Orient et des Balkans, qui sont amenés à quitter leurs pays suite à des événements potentiellement traumatiques, souvent liés aux conflits armés actuels. Leur santé mentale est affectée par des facteurs cumulatifs de vulnérabilité tels que les traumatismes vécus avant ou pendant le parcours migratoire, l'exil, la procédure d'asile et les conditions de vie précaires qui en découlent. L'ESPT fait partie des trois grandes problématiques psychiques observées avec les pathologies psychiatriques anciennes et les troubles de l'adaptation liées à des situations de vie complexes. Sa prévalence semble élevée, mais elle n'a pas pu être chiffrée de manière précise. Les tableaux cliniques présentés sont souvent complexes du fait de la multiplicité des présentations cliniques avec, au premier plan, des signes non spécifiques présents dans d'autres catégories nosographiques, comme les somatisations ou les troubles du sommeil. La pathologie post-traumatique peut être masquée par ces symptômes qui doivent alors être recontextualisés et analysés. Son identification peut aussi être facilitée par l'utilisation d'un quadruple référentiel de lecture, celui du trauma, de l'exil, de l'interculturalité et de la clinique psycho-sociale.

Il a ensuite été possible d'évaluer les différents moyens existants en Rhône-Alpes pour prendre en charge cette population. Les structures interrogées correspondent à des dispositifs d'accueil et d'orientation, mais aussi de prise en charge, provisoire pour les PASS, et plus pérenne pour les associations dispensant des soins de santé mentale. Leurs fonctionnements sont variables, en termes de gestion de l'accès aux droits et aux soins, de moyens humains et financiers ainsi que de partenaires, ce qui rend uniques leurs inscriptions sur chacun des territoires couverts. On a aussi pu identifier des axes communs du fait des caractéristiques de la population accueillie. Le respect de l'altérité passe alors par un accueil qui se veut le plus humain possible, et par le recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie, notamment dans le cadre des soins psychiatriques. Le travail en équipe et en réseau permet de créer un maillage autour des patients impliquant des professionnels issus de champs différents (médical, médico-social et social). Des temps interstitiels, par le biais d'échange informels, de réunions cliniques, ou encore d'analyse de la pratique sont nécessaires pour permettre aux soignants de rester vivants psychiquement, en raison du poids des prises en charge individuelles et des responsabilités qu'elles engagent. Quant aux professionnels travaillant au sein de ces structures, ils

n'ont pas, pour la plupart, bénéficié de formations spécifiques. Ils ont alors appris les spécificités de cette prise en charge au fil des consultations, au contact des autres membres de l'équipe, voire par un travail personnel. Ils présentent à la fois des qualités d'écoute, de bienveillance et de courtoisie que tout soignant devrait avoir, ainsi que d'autres qualités considérées comme nécessaires : être structuré, être engagé tout en trouvant la juste distance et être créatif.

Il a aussi été possible de mieux connaître les prises en charge proposées à ce public dans le cadre de l'ESPT. Des points importants ont été identifiés par les différents professionnels interrogés : celui du relationnel où il est primordial d'établir une relation humaine de confiance et celui de leur implication dans la procédure d'asile par le biais de la rédaction d'attestations de suivi et/ou de certificats médicaux à destination de l'OFII ou de l'OFPPRA et de la CNDA. L'accès aux soins psychiatriques peut se faire de façon indirecte, après un passage par les structures de soins somatiques où la prise en charge consiste en un travail classique de débrouillage afin d'éliminer une pathologie somatique grave, suivie d'un abord de la souffrance psychique amenant à l'orientation vers des soins psychiatriques. Cet accès peut aussi être direct par les urgences suite à une crise suicidaire, ou par les PASS psychiatriques et les associations dispensant des soins psychiques. Les professionnels de santé mentale interrogés axent leur travail autour de la psychothérapie, ce qui est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Cela passe par la création d'une relation de confiance, dans un cadre bienveillant et contenant, ce qui permet, avec le temps, d'aborder les questions traumatiques. Une pharmacothérapie peut aussi être mise en place, parfois à défaut de psychothérapie ou en parallèle d'un travail de parole. Des prescriptions de molécules, issues de toutes les familles de psychotropes peuvent alors être réalisées sans qu'il soit possible de connaître exactement leurs indications.

Pour finir, on a pu dénombrer trois difficultés principales auxquelles les professionnels sont confrontés. La première correspond à la barrière de langue. La plupart des soignants s'entendent sur un recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie, mais on note une réticence chez certains d'entre eux. Une sensibilisation à cette question pourrait alors être intéressante, l'interprète pouvant devenir un véritable partenaire du soin, en améliorant la qualité et la justesse de la communication, tout en permettant, en cas de travail dans la durée avec un patient, une co-création de la relation thérapeutique. La deuxième difficulté est liée à l'inscription des patients dans le processus de demande d'asile. Ceci fait co-exister des temporalités antinomiques : celle de la démarche administrative et celle du soin. Les instances administratives demandent aux migrants de fournir, dans un délai relativement court, un récit de vie performatif et détaillé comportant les événements traumatiques les ayant conduit à quitter leurs pays d'origine, tandis que le travail thérapeutique tient compte de leur temporalité psychique, ce qui limite le risque que la sidération s'installe à nouveau. De même, l'incertitude face à l'avenir et la précarité des conditions de vie contribuent à freiner le soin, à la fois en écrasant la temporalité, et en interrompant le soin, du fait d'une priorisation des besoins fondamentaux, mais aussi du fait de changements d'hébergement éloignant des lieux de soins. La

dernière difficulté concerne l'organisation du système de santé, avec une population qui vient exploser les cadres conventionnels, à la fois au niveau des dispositifs de prise en charge et des tableaux cliniques présentés, qui ne correspondent pas toujours aux catégories nosographiques habituelles. Les relais sur le droit commun sont alors très compliqués voire impossibles, ce qui conduit à une saturation des dispositifs existants, notamment des PASS. Certaines font alors le choix de se décaler de leurs missions en proposant des suivis qui perdurent, là où elles devraient se contenter d'orienter.

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'améliorations impliquant des modifications des politiques de gestion de l'immigration et de la santé publique. Ainsi, il s'agirait de considérer ces migrants comme des êtres humains ayant les mêmes droits que les autres et notamment, ceux d'être hébergés et soignés. Ceci impliquerait de replacer la question du soin de ce public dans le champ de la santé publique et de généraliser le recours à l'interprétariat dans le système de soins. La formation des professionnels de santé sur l'ESPT et sur les thèmes de la migration, de l'interculturalité et de la précarité pourrait être améliorée. La création de nouveaux dispositifs pourrait aussi contribuer à l'amélioration de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT. Il s'agirait de dispositifs de coordination mais aussi de dispositifs spécialisés de même type que ceux qui sont membres du réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique (RESEDA).

Les améliorations sont proposées ici pour les « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Or, cette population correspond à un sous-ensemble du public identifié sous le terme « migrants précaires », ce dernier prenant aussi en compte les migrants engagés dans d'autres procédures de régularisation, dont celle pour raison de santé, qui est une des voies utilisée suite au rejet de la demande d'asile. On pourrait alors s'interroger sur le devenir des personnes déboutées qui tentent de rester sur le territoire français : ne risquent-elles pas de se marginaliser davantage, contribuant alors à l'augmentation du nombre de sans-abri et de « grands précaires » ? On pourrait aussi avancer l'idée que faire le choix de modifier le système de santé et d'adapter les pratiques à ce public de « migrants précaires » placé en marge de la société serait probablement bénéfique à l'ensemble des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, mais aussi à l'ensemble de la population française.

**PRISE EN CHARGE DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES
« MIGRANTS AVEC UN PARCOURS DE DEMANDE D'ASILE »
Regards croisés sur les dispositifs existants en Rhône-Alpes**

Thèse soutenue par Vannina TOMASINI

CONCLUSION

Cette étude qualitative, multicentrique, réalisée auprès de professionnels travaillant au sein de PASS psychiatriques, de PASS somatiques et d'associations, a permis d'effectuer un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT, du point de vue des moyens existants, mais aussi de l'ensemble des actions proposées par les professionnels sous forme de soins ou d'orientation.

Il a d'abord été possible de caractériser le public étudié à partir des constatations faites sur les différents lieux de soins. Il s'agit d'hommes et de femmes, essentiellement originaires d'Afrique, du Moyen-Orient et des Balkans, qui sont amenés à quitter leurs pays suite à des événements potentiellement traumatiques, souvent liés aux conflits armés actuels. Leur santé mentale est affectée par des facteurs cumulatifs de vulnérabilité tels que les traumatismes vécus avant ou pendant le parcours migratoire, l'exil, la procédure d'asile et les conditions de vie précaires qui en découlent. L'ESPT fait partie des trois grandes problématiques psychiques observées avec les pathologies psychiatriques anciennes et les troubles de l'adaptation liées à des situations de vie complexes. Sa prévalence semble élevée mais elle n'a pas pu être chiffrée de manière précise. Les tableaux cliniques présentés sont souvent complexes du fait de la multiplicité des présentations cliniques avec, au premier plan, des signes non spécifiques présents dans d'autres catégories nosographiques, comme les somatisations ou les troubles du sommeil. La pathologie post-traumatique peut être masquée par ces symptômes qui doivent alors être recontextualisés et analysés. Son identification peut aussi être facilitée par l'utilisation d'un quadruple référentiel de lecture, celui du trauma, de l'exil, de l'interculturalité et de la clinique psycho-sociale.

Il a ensuite été possible d'évaluer les différents moyens existants en Rhône-Alpes pour prendre en charge cette population. Les structures interrogées correspondent à des dispositifs d'orientation, mais aussi de prise en charge, provisoire pour les PASS, et plus pérenne pour les associations dispensant des soins de santé mentale. Leurs fonctionnements sont variables, en termes de gestion de l'accès aux droits et aux soins, de moyens humains et financiers ainsi que de partenaires, ce qui rend unique leur inscription sur chacun des territoires couverts. On a aussi pu identifier des axes communs liés aux caractéristiques de la population accueillie. Le respect de l'altérité passe alors par un accueil qui se veut le plus humain possible, et par le recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie, notamment dans le cadre des soins psychiatriques. Le travail d'équipe et de réseau permet de créer un maillage autour des patients impliquant des professionnels issus de champs différents (médical, médico-social et social). Des temps interstitiels, par le biais d'échange informels, de réunions cliniques, ou encore d'analyse de la pratique sont nécessaires pour permettre aux soignants de rester vivants psychiquement, en raison du poids des prises en charge individuelles et des responsabilités qu'elles engagent. Quant aux professionnels travaillant au sein de ces structures, ils n'ont pas, pour la plupart, bénéficié de formations spécifiques. Ils ont alors appris les spécificités de cette prise en charge au fil des consultations, au contact des autres membres de l'équipe, voire par un travail personnel. Ils présentent à la fois des qualités d'écoute, de bienveillance et de courtoisie que tout soignant devrait avoir, ainsi que d'autres qualités considérées comme nécessaires : être structuré, être engagé tout en trouvant la juste distance et être créatif.

Il a aussi été possible de mieux connaître les prises en charge proposées à ce public dans le cadre de l'ESPT. Des points importants ont été identifiés par les différents professionnels interrogés : celui du relationnel où il est primordial d'établir une relation humaine de confiance et celui de leur implication dans la procédure d'asile par le biais de la rédaction d'attestations de suivi et/ou de certificats médicaux à destination de l'OFII ou de l'OFPPRA et de la CNDA. L'accès aux soins psychiatriques peut se faire de façon indirecte, après un passage par les structures de soins somatiques où la prise en charge consiste en un travail classique de débrouillage afin d'éliminer une pathologie somatique grave, suivie d'un abord de la souffrance psychique amenant à l'orientation vers des soins psychiatriques. Cet accès peut aussi être direct par les urgences suite à une crise suicidaire, ou par les PASS psychiatriques et les associations dispensant des soins psychiques. Les professionnels de santé mentale interrogés axent leur travail autour de la psychothérapie, ce qui est conforme

aux recommandations de bonnes pratiques. Cela passe par la création d'un lien fort, dans un cadre bienveillant et contenant, ce qui permet, avec le temps, d'aborder les questions traumatiques. Une pharmacothérapie peut aussi être mise en place, parfois à défaut de psychothérapie, ou en parallèle d'un travail de parole. Des prescriptions de molécules, issues de toutes les familles de psychotropes peuvent alors être réalisées sans qu'il soit possible de connaître exactement leurs indications.

Pour finir, on a pu dénombrer trois difficultés principales auxquelles les professionnels sont confrontés. La première correspond à la barrière de langue. La plupart des soignants s'entendent sur un recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie, mais on note une réticence chez certains d'entre eux. Une sensibilisation à cette question pourrait alors être intéressante, l'interprète pouvant devenir un véritable partenaire du soin, en améliorant la qualité et la justesse de la communication, tout en permettant, en cas de travail dans la durée avec un patient, une co-création de la relation thérapeutique. La deuxième difficulté est liée à l'inscription des patients dans le processus de demande d'asile. Ceci fait co-exister des temporalités antinomiques : celle de la démarche administrative et celle du soin. Les instances administratives demandent aux migrants de fournir, dans un délai relativement court, un récit de vie performatif et détaillé comportant les événements traumatiques les ayant conduit à quitter leurs pays d'origine, tandis que le travail thérapeutique tient compte de leur temporalité psychique, ce qui limite le risque que la sidération s'installe à nouveau. De même, l'incertitude face à l'avenir et la précarité des conditions de vie contribuent à freiner le soin, à la fois en écrasant la temporalité et en interrompant le soin, du fait d'une priorisation des besoins fondamentaux, mais aussi du fait de changements d'hébergement éloignés des lieux de soins. La dernière difficulté concerne l'organisation du système de santé, avec une population qui vient exploser les cadres conventionnels, à la fois au niveau des dispositifs de prise en charge et des tableaux cliniques présentés, qui ne correspondent pas toujours aux catégories nosographiques habituelles. Les relais sur le droit commun sont alors très compliqués voire impossibles, ce qui conduit à une saturation des dispositifs existants, notamment des PASS. Certaines font alors le choix de se décaler de leurs missions en proposant des suivis qui perdurent, là où elles devraient se contenter d'orienter.

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'améliorations impliquant des modifications des politiques de gestion de l'immigration et de la santé publique. Ainsi, il s'agirait de considérer ces migrants comme des êtres humains ayant les mêmes droits que les autres et notamment, ceux d'être hébergé et soigné. Ceci impliquerait de replacer la question du soin de ce public dans le champ de la santé publique et de généraliser le recours à l'interprétariat dans le système de soins. La formation des professionnels de santé sur l'ESPT et sur les thèmes de la migration, de l'interculturalité et de la précarité pourrait être améliorée. La création de nouveaux dispositifs pourrait aussi contribuer à l'amélioration de la prise en charge de cette population. Il s'agirait de dispositifs de coordination mais aussi de dispositifs spécialisés de même type que les huit existants en France et membres du réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique (RESEDA).

Les améliorations proposées ici concernent les « migrants avec un parcours de demande d'asile ». Or, cette population correspond à un sous-ensemble du public identifié sous le terme « migrants précaires », ce dernier prenant aussi en compte les migrants engagés dans d'autres procédures de régularisation, dont celle pour raison de santé, qui est une des voies utilisée suite au rejet de la demande d'asile. On pourrait alors s'interroger sur le devenir des personnes déboutées qui tentent de rester sur le territoire français : ne risquent-elles pas de se marginaliser davantage contribuant alors à l'augmentation du nombre de sans-abri et de « grands précaires » ? On pourrait aussi avancer l'idée que faire le choix de modifier le système de santé et d'adapter les pratiques à ce public de « migrants précaires » placé en marge de la société serait probablement bénéfique à l'ensemble des personnes atteintes de pathologies psychiatriques mais aussi à l'ensemble de la population française.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN
J.P. ROMANET

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul Romanet

Grenoble, le 25/11/16

LE PRESIDENT DE LA THESE
Pr BOUGEROL



VI. Synthèse sous forme d'articles

A] Article 1

Introduction

Actuellement, le monde fait face à une crise humanitaire sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale avec plus de 65,3 millions de déracinés fin 2015. Parmi eux, 21,3 millions de réfugiés et 3,2 millions de demandeurs d'asile [1]. Ces mouvements migratoires sont, essentiellement, liés à la multiplication des guerres contemporaines avec l'éclatement ou la reprise d'au moins quatorze conflits entre 2010 et 2015 [2]. Cela se traduit par une hausse du nombre de réfugiés et du nombre de demandes d'asile. Ce dernier a doublé, dans les pays de l'OCDE, entre 2014 et 2015, passant de 800 000 en 2014 à 1,62 million en 2015. [4] En Europe, la France se situait, en 2015, au troisième rang des pays d'accueil, après l'Allemagne et la Suède. Elle enregistrait plus de 80 000 demandes soit une hausse de 23,6% par rapport à 2014 [5] Cet afflux a lieu dans un contexte d'interprétations minimalistes de la Convention de Genève par les États avec, pour justification, la gestion des flux migratoires. Les rejets sont plus fréquents : en France, le taux global d'admission est passé de 95% en 1976 à 31,5 % en 2015. [5] Déposer une demande d'asile signifie s'engager dans un parcours administratif, long et compliqué, reposant sur la rédaction d'un récit détaillé et sur un entretien à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA), voire à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), en cas de recours. Cette augmentation a aussi lieu dans un contexte d'harmonisation des politiques d'intégration des personnes immigrées mises en place dans chaque État membre avec, en France, l'adoption de la loi relative à la réforme du droit d'asile du 29 juillet 2015. En septembre 2015, la Commission européenne a aussi fait une proposition de répartition de ces migrants. La France s'est alors engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile relocalisés sur les deux prochaines années, en plus de ceux demandant l'asile en France chaque année. De fait, ce contexte place la question des « migrants avec un parcours de demande d'asile » (MPDA), c'est-à-dire des demandeurs d'asile, des réfugiés et des déboutés, au centre du débat politique.

Ces populations ont fait l'objet d'une attention croissante au cours des quinze dernières années, avec notamment des travaux autour de leur santé mentale. En effet, ceux qui demandent l'asile pensent correspondre à la définition du réfugié, donnée dans la Convention de Genève : toute personne « qui, par suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». De fait, ces migrants ont dû quitter leur pays d'origine, de manière précipitée, sans pouvoir dire adieu et sans pouvoir y retourner. Ils ont aussi vécu un nombre élevé d'événements potentiellement traumatiques avant ou durant leurs parcours migratoires [10]. Il est alors fréquent d'identifier, chez eux, une souffrance psychique qui peut être rattachée à l'état de stress post-traumatique (ESPT).

La prévalence de cette pathologie au sein de cette population reste difficile à évaluer, les études réalisées étant très hétérogènes en termes de taille, de lieu de recrutement et de méthodes diagnostiques. On retrouve des chiffres allant de 9 % dans une méta-analyse à propos des réfugiés [20], à 86 % dans une étude réalisée auprès de réfugiés suivis en psychiatrie ambulatoire [15], en passant par 34 % dans un échantillon communautaire [19]. En France, une des seules données est celle du COMEDE avec une prévalence de 15,3 % pour le psychotraumatisme, au sein d'une population de migrants/étrangers [22] alors que la prévalence instantanée en population générale est estimée à 0,7 % et à 5,3 % pour les formes incomplètes [23]. Son développement et son maintien sont liés à des facteurs pré-migratoires, mais aussi post-migratoires (culturels, sociaux, politiques et économiques) [25]. Sa prise en charge est relativement bien codifiée dans les recommandations nationales [28] et internationales [26 ; 27]. Cependant, l'accès aux soins de cette population est rendue difficile par le manque d'information, le manque de repérage de leur souffrance psychique, les difficultés à ouvrir les droits sociaux dont ils sont censés bénéficier durant et après la procédure, et la précarité de leurs conditions de vie [29]. De plus, on dénombre seulement huit structures sur le territoire français, accueillant cette population et prenant en compte le psycho-traumatisme. De fait, ces migrants se présentent aux urgences, ou dans des associations, comme Médecins du Monde, qui les réorientent souvent, sur des structures à « bas seuil », comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) généralistes et/ou psychiatriques [30].

Devant l'augmentation du nombre des MPDA et le risque élevé de survenue d'un ESPT avec un risque de chronicisation freinant le processus d'acculturation, il semble important que les pays d'accueil puissent mettre en place des circuits de dépistage et de prise en charge adaptés. On peut alors s'interroger sur les soins proposés actuellement à ce public, non pas en France, mais dans une zone géographique plus restreinte correspondant à l'ancienne région Rhône-Alpes, qui est aussi la deuxième région de résidence des demandeurs d'asile [5]. L'objectif de ce travail est de réaliser, sur ce territoire, un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT, du point de vue des moyens existants, mais aussi, de l'ensemble des actions proposées par les professionnels sous forme de soins ou d'orientation. Dans cet article, il s'agira de caractériser plus précisément cette population et les dispositifs de soins fréquentés ainsi que d'identifier leurs trajectoires de soins.

Méthodes

Pour réaliser cette étude, une approche qualitative paraissait pertinente puisque, par définition, elle permet de donner sens et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [33]. Les principales questions soulevées par ce sujet ont permis l'élaboration d'un guide d'entretien, composé de trois parties : la première concernait le parcours professionnel des interviewés, la deuxième permettait de mettre en lien les données de la littérature avec la réalité du terrain, et la dernière interrogeait les pratiques professionnelles au sein du dispositif. Un entretien pilote a été réalisé pour

affiner ce travail.

L'échantillon a été choisi à partir des lieux de soins fréquentés par les MPDA souffrant d'ESPT. Du fait de la pathologie ciblée, il paraissait évident d'intégrer les PASS psychiatriques/équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Les soins physiques pouvant constituer une porte d'entrée vers les soins psychiques [34], les PASS somatiques ont aussi été ajoutées. Afin d'obtenir un regard extérieur aux structures de soins du service public, cet échantillon a été complété par des associations dispensant des soins à ce public, à la fois sur le plan somatique et psychique. Un nombre de 15 structures a été choisi répartie, de manière égale, en cinq PASS psychiatriques/EMPP, cinq PASS somatiques et cinq associations.

Actuellement, l'ancienne région Rhône-Alpes compte : cinq PASS psychiatriques/EMPP, une PASS généraliste, sept EMPP, 37 PASS somatiques et 5 associations dispensant des soins [35]. Les conseils de la coordinatrice régionale des PASS ont permis de pré-sélectionner 5 PASS psychiatriques/EMPP et 10 PASS somatiques. La sélection a ensuite ciblé les PASS des grandes et moyennes agglomérations plus à même de recevoir ce public que les PASS rurales. Sept villes ont alors été retenues : Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Valence, Chambéry, Bourg-en-Bresse et Vienne.

Les premiers contacts, pris à partir d'août 2016, ciblaient les responsables des dispositifs quelles que soient leurs fonctions, la demande d'entretien pouvant être réorientée vers un autre professionnel de la structure. Une préférence était donnée aux entretiens de visu. Des entretiens téléphoniques, ou en présence de deux personnes, pouvaient aussi avoir lieu, s'ils permettaient de faciliter leur réalisation ou d'enrichir le discours. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, réalisés à partir du guide d'entretien, et commençant par une présentation de l'enquêteur et un rappel de l'objet de l'étude. Un enregistrement avait lieu avec l'accord de l'interlocuteur. L'entretien terminé, le rapport d'activités du dispositif était demandé dans l'idée d'obtenir des données sur la prévalence de l'ESPT et les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée. Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur quasi intégralité, certains propos étant enlevés ou modifiés pour permettre le respect de l'anonymat des interviewés. Un travail de thématisation continu a suivi afin de relever les thèmes pertinents, puis de les regrouper en rubriques jusqu'à l'élaboration d'arbres thématiques. Le nombre de récurrences montre que le niveau de saturation a été atteint.

Résultats

14 entretiens (E) ont été réalisés entre le 19 août et le 12 octobre 2016 au sein des structures choisies : trois à Lyon, cinq à Grenoble, une à Saint-Étienne, deux à Valence, une à Chambéry, une à Bourg-en-Bresse et une à Vienne. Un entretien avec une association n'a pas pu avoir lieu du fait de difficultés organisationnelles. Quatre entretiens ont été réalisés au téléphone et quatre autres étaient à deux voix. Le nombre total de personnes interrogées étaient de 18 (8 femmes et 8 hommes). Leur répartition par fonctions était : 6 médecins somaticiens, 6 psychologues, 6 psychiatres, 2 assistantes sociale et un infirmier de secteur psychiatrique. Leurs autres caractéristiques (Figure 8) étaient : un âge

moyen compris entre 40 et 45 ans, une expérience moyenne dans le champ de la psychiatrie de 10,5 ans, et au sein de leurs structures respectives de 4 ans. La durée moyenne des entretiens était de 69 min. Huit rapports d'activités ont aussi pu être récupérés.

Deux arbres thématiques et un schéma ont été réalisés pour rendre compte des caractéristiques de cette population (Figure 9), de leurs trajectoires de soins (Figure 10) et du fonctionnement des dispositifs existants (Figure 11).

Le public des MPDA correspondait à des hommes et des femmes dont les nationalités fluctuaient en fonction du déclenchement, de la poursuite ou de la résolution de conflits dans le monde, et de leurs temps de trajet. Ils venaient surtout d'Afrique, du Moyen-Orient et des Balkans.

« *On commence à recevoir plus de gens qui viennent dans [...] du conflit encore actuel ». E13*

Leur santé mentale était affectée par trois grands facteurs cumulatifs de vulnérabilité. Tout d'abord, ces personnes avaient vécu des événements traumatiques avant ou pendant le parcours migratoire.

« *C'est [...] des personnes qui sont dans d'authentiques pathologies traumatiques avec des vécus de confrontation sidérante avec la réalité de la mort ». E6*

De plus, elles étaient en situation d'exil, qui renvoie à une perte de l'identité familiale, sociale et professionnelle ainsi que des étayages culturels habituels.

« *C'est des affects de perte, de déclassement social, de deuils [...] réels ou supposés ». E13*

Elles étaient aussi, souvent, isolées pour faire face à ces changements. Enfin, leur inscription dans ce parcours administratif était fragilisante psychologiquement, du fait du déroulement de la procédure et des conditions de vie qu'elle imposait. Ainsi, l'attente d'une réponse incertaine dans un délai inconnu et l'impossibilité de travailler légalement plaçaient ces sujets hors du temps, renforçant alors les effets du traumatisme. De même, l'hébergement en centres d'accueil pour demandeurs d'asile n'était pas possible pour tous. Cette précarité entraînait la mise en place de logiques de survie qui empêchait aussi la projection dans l'avenir.

« *Le problème de [cette] population [...], qui est posée de manière tout à fait précaire, entre son arrivée et son départ supposé, on est dans une espèce de no man's land matériel et [...] psychique, dans cette espèce d'attente qui est toujours dans l'incertain ». E13*

De fait, trois grandes problématiques psychiques pouvaient être observées : des pathologies psychiatriques anciennes, des troubles de l'adaptation liées aux situations de vie complexes et l'ESPT dont la prévalence semblait élevée sans pouvoir être précisée davantage.

« *On en voit beaucoup, que j'estime être des syndromes de stress post-traumatiques ». E2*

Les tableaux cliniques présentés étaient complexes du fait du caractère subjectif du trauma et de la multiplicité des présentations cliniques avec, au premier plan, des signes non spécifiques comme les somatisations, les troubles du sommeil et les affects dépressifs.

« *Il y a des gens pour qui tout va passer à travers le corps, d'autres qui vont effectivement être plus sur un versant dépressif ». E3*

Ces symptômes, parfois colorés par la culture d'origine, pouvaient masquer la pathologie post-traumatique. Son évocation nécessitait alors un travail de recontextualisation.

« C'est presque un diagnostic de probabilité : un Congolais qui vient et qui a mal partout, qui demande l'asile ». E4

La posture et le discours conduisaient ensuite à la recherche de symptômes plus spécifiques permettant d'identifier l'ESPT dans ses formes complètes ou incomplètes.

Les entretiens réalisés ont mis en évidence les principaux acteurs permettant leur accès aux soins. Ainsi, ces migrants pouvaient se présenter d'eux-mêmes par le biais du bouche-à-oreille ou être adressés par la plate-forme d'accueil, les structures d'hébergement, les urgences, et les associations caritatives comme le Secours Catholique, ou celles accompagnant le parcours administratif. Trois trajectoires de soins ont alors été identifiées. L'une permettait un accès direct à des soins psychiatriques, par le biais des PASS/EMPP, ou des associations dispensant des soins psychiques comme Forum Réfugiés. Les motifs d'adresse étaient alors : une souffrance psychique, des affects dépressifs, des idées suicidaires, des troubles du comportement, des événements potentiellement traumatiques verbalisés lors du travail sur le récit et des antécédents psychiatriques dans le pays d'origine. Des relais pouvaient ensuite avoir lieu sur le secteur extra-hospitalier. Les deux autres permettaient un accès indirect par le biais des PASS somatiques, ou des associations d'accueil de soins et d'orientation type Médecins du Monde. Les motifs d'adresse communs étaient des pathologies aiguës ou chroniques, et des plaintes algiques. Lorsqu'un ESPT était identifié, une orientation pouvait avoir lieu sur les structures de soins psychiatriques, publiques ou associatives.

Les fonctionnements des structures interrogées présentait des points communs. Ainsi, le cadre de soins devait rester souple, notamment pour la gestion des rendez-vous. Une attention particulière était aussi portée à l'accueil.

« Notre devoir premier, c'est vraiment d'accueillir les gens [...] de la manière la plus humaine qui soit ». E12

De plus, le travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau était vu comme permettant la création d'un maillage autour des patients en impliquant des professionnels de champs différents : médical, médico-social et social.

« C'est l'idée de la constellation de Tosquelles de la clinique de La Borde, où on peut en partageant les connaissances qu'on a d'une personne, ça permet de prendre soin de la personne ». E3

Enfin, des temps interstitiels, par le biais d'échange informels, de réunions cliniques, ou encore d'analyse de la pratique semblaient nécessaires pour permettre aux soignants de rester vivants psychiquement du fait du poids des prises en charge individuelles et des responsabilités qu'elles engageaient.

« Pour ne pas céder à de la sidération, il faut savoir que l'on n'est pas seul face à ça et qu'il y a

quelque chose que l'on pourra déposer de tout ça ». E14

Par contre, on notait des positionnements différents pour la durée des soins, avec des choix évoluant entre pré-soins, soins provisoires et soins pérennes, mais aussi par rapport au recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie. Certaines structures y faisaient quasi-systématiquement appel, surtout pour les soins psychiques.

« Un des pré-requis, c'était de se dire qu'une des premières violences, c'était de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue ». E6

D'autres en avaient une utilisation plus ponctuelle pour des informations précises et/ou importantes. D'autres encore n'y avaient pas recours, du fait d'une population francophone, ou d'une absence de budget spécifique. Ceci conduisait à l'utilisation d'autres stratégies, comme les compétences linguistiques personnelles, les professionnels hospitaliers parlant une langue étrangère, les logiciels de traduction type Google Trad ou TraducMed, ou la présence d'un proche comme traducteur.

Quant aux professionnels travaillant dans ces structures, ils présentaient à la fois des qualités d'écoute, de bienveillance et de courtoisie que tout soignant devrait avoir et d'autres qualités, qualifiées de nécessaires : être structuré, être engagé tout en trouvant la juste distance et être créatif.

« C'est une clinique qui oblige à déplacer son cadre, à chercher, à susciter la rencontre, à se décaler ». E6

La plupart d'entre eux n'avaient pas bénéficié de formations spécialisées et avaient appris les spécificités de cette prise en charge au fil des consultations, au contact des autres membres de l'équipe, voire par un travail personnel. Les formations spécifiques étaient perçues comme intéressantes tout comme les temps d'échange, à la fois avec des professionnels de structures similaires mais aussi, avec leurs partenaires, afin de partager des expériences et de créer un référentiel commun ce qui, à terme, facilitait le travail en réseau.

« C'est très intéressant parce que ça enrichit notre façon de penser et puis, cela sort de l'isolement ». E14

Discussion

Cette étude a permis de caractériser le public étudié à partir des constatations faites sur les différents lieux de soins, d'identifier leurs trajectoires de soins et d'étudier les différentes structures le prenant en charge en Rhône-Alpes. Elle présente des limites du fait de la réalisation des entretiens par un seul enquêteur, de l'hétérogénéité de l'échantillon en termes de fonctions et de l'absence de triangulation lors de l'analyse.

Les facteurs de vulnérabilité identifiés renvoient aux différents regards portés sur la santé mentale des migrants au fil des années. Le premier se situe dans le champ du psychotraumatisme d'autant que ces MDPA ont souvent vécu des événements traumatiques réalisés avec une intentionnalité humaine. Il existe une association entre ces vécus et l'ESPT [14 ; 18], une relation

dose-effet entre le nombre d'événements traumatiques vécus, notamment en pré-migratoire et le développement d'un ESPT [17 ; 37 ; 24; 38] et une corrélation significative entre ce nombre d'événements et la sévérité de l'ESPT [39]. Le deuxième renvoie à l'exil, et à la lecture de la souffrance psychique engendrée dans sa dimension culturelle, avec notamment les travaux de Devereux et de Tobie Nathan. Le troisième correspond à la clinique psychosociale du fait de la précarité sociale. Ainsi, des études ont montré l'existence d'un lien entre la sévérité des symptômes d'ESPT et l'absence de statut administratif stable [39 ; 43-46]. Les conditions de vie post-migratoires influent aussi sur leur santé mentale en augmentant la morbidité psychiatrique [15 ; 47 ; 24]. L'usage de ces trois référentiels de lecture permet donc de mieux cerner la souffrance psychique des MDPA dans l'ensemble de ses dimensions.

Cette coexistence de cliniques différentes a incité les soignants à remettre en question l'utilisation de la seule catégorie diagnostique de l'ESPT. La définition du DSM-IV-TR leur semblant trop réductrice, d'autres termes ont vu le jour comme « syndromes psychotraumatiques » ou « ESPT complexe ». Sa validité transculturelle a aussi été contestée, puisque sa création, dans les suites de la Guerre du Vietnam, reflétait le contexte socioculturel américain de l'époque. Ces critiques sont moins évidentes depuis la parution du DSM-5 avec la prise en compte du caractère subjectif du trauma par le critère A, des éléments dissociatifs, des expériences de honte et de culpabilité, et des modifications du rapport aux autres par le critère D. Une étude validait aussi l'utilisation de cette définition auprès d'une population de demandeurs d'asile et de réfugiés traumatisés de nationalités différentes [51]. Ces interrogations, retrouvées au cours des entretiens, expliquent en partie, le manque de données épidémiologiques françaises à propos de la prévalence de l'ESPT au sein de cette population.

Les structures interrogées correspondaient à des dispositifs d'orientation, mais aussi de soins, provisoires pour les PASS, et plus pérennes pour les associations dispensant des soins psychiques. Même s'ils présentaient des points communs, ces dispositifs restaient très variés, en termes de gestion de l'accès aux droits et aux soins, de moyens humains et financiers, ainsi que de partenaires. Leur inscription sur chacun des territoires couverts était rendue unique par une volonté commune de s'adapter aux besoins du terrain. On notait aussi une adaptation des fonctionnements au public accueilli. Ainsi, l'accueil et l'hospitalité permettaient de signifier, aux personnes reçues, leur appartenance à la communauté des hommes, d'autant plus pour des sujets traumatisés qui « se retrouvent isolés de cette communauté » [13]. Il en était de même pour les qualités décrites comme nécessaire aux soignants : elles leur permettaient de contenir les histoires marquées par des événements traumatiques, de gérer des questionnements éthiques à propos de leurs conditions d'accueil ainsi que « des manifestations transférentielles et contre-transférentielles complexes » [55]. La création d'espaces pour penser à plusieurs semblait alors pertinente et nécessaire pour limiter le risque de survenue d'un traumatisme vicariant et d'une fatigue compassionnelle.

Cette crise humanitaire conduisant la France à accueillir un nombre grandissant de MPDA, s'intéresser davantage à leur santé mentale semble nécessaire aux vues de leurs parcours.

L'amélioration des connaissances autour des pathologies psychiatriques présentées paraît primordial et requerrait un développement des recherches épidémiologiques. Ces études devront surmonter la difficulté liée à la méconnaissance de ce public, notamment des déboutés rendus invisibles par la politique d'immigration actuelle, et permettre un recueil de données d'état-civil, du temps passé en France ainsi que de leurs expériences subjectives. Des études réalisées auprès d'eux permettraient aussi de mieux connaître leurs besoins et de mieux cartographier les étapes de leurs parcours de soins.

Figures

	Moyenne	Minimum	Premier quartile	Médiane	Dernier quartile	Maximum
Age (en ans)	41,5	28	36	41,5	55	69
Nombre d'années d'expérience dans la précarité	12,8	2	6,5	10,5	16	30
Nombre d'années de travail au sein de la structure	5,8	0,5	3	4	8	16

Figure 8 : Caractéristiques des interviewés en termes d'âge et d'expérience.

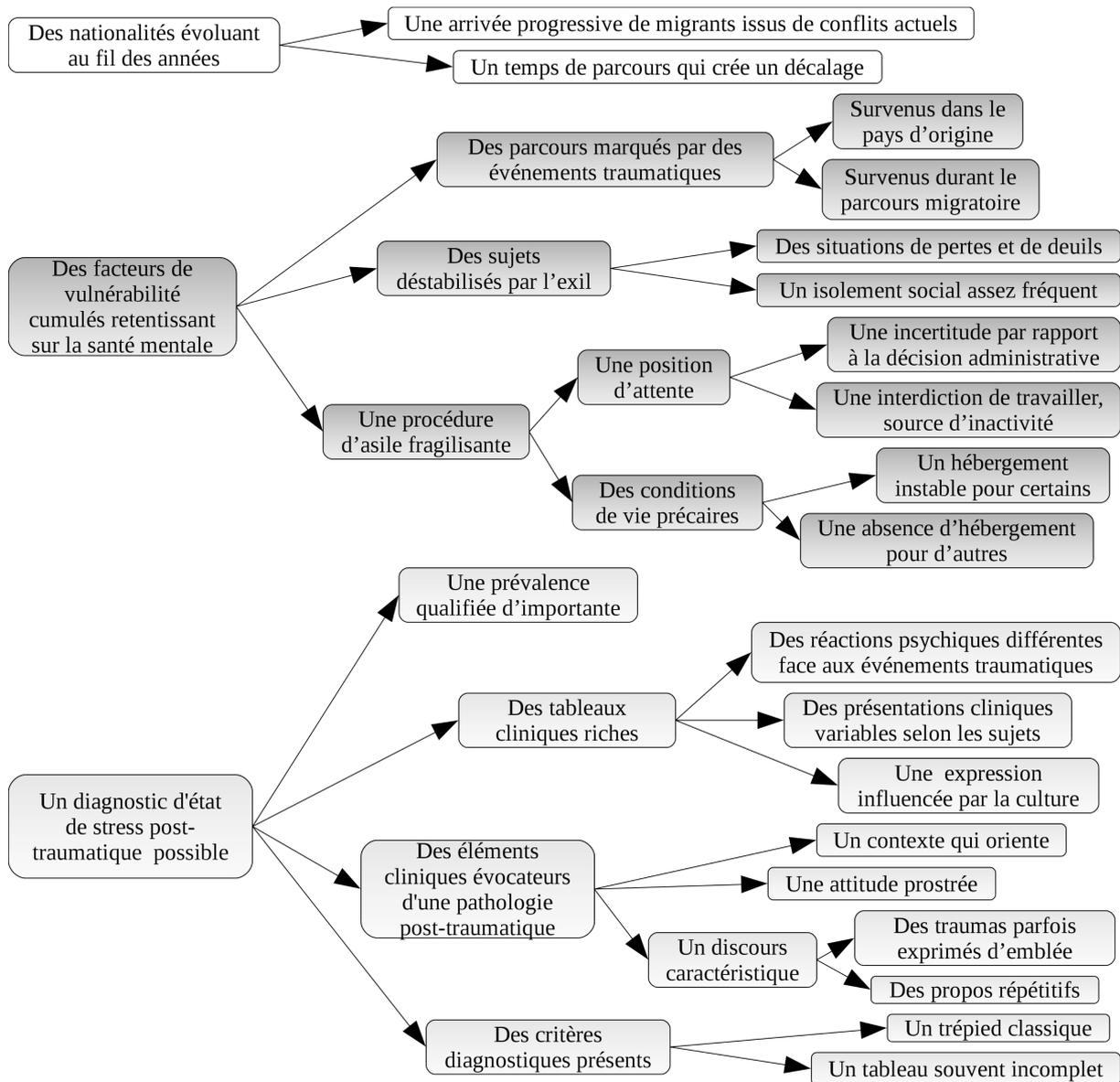


Figure 9 : Profil des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

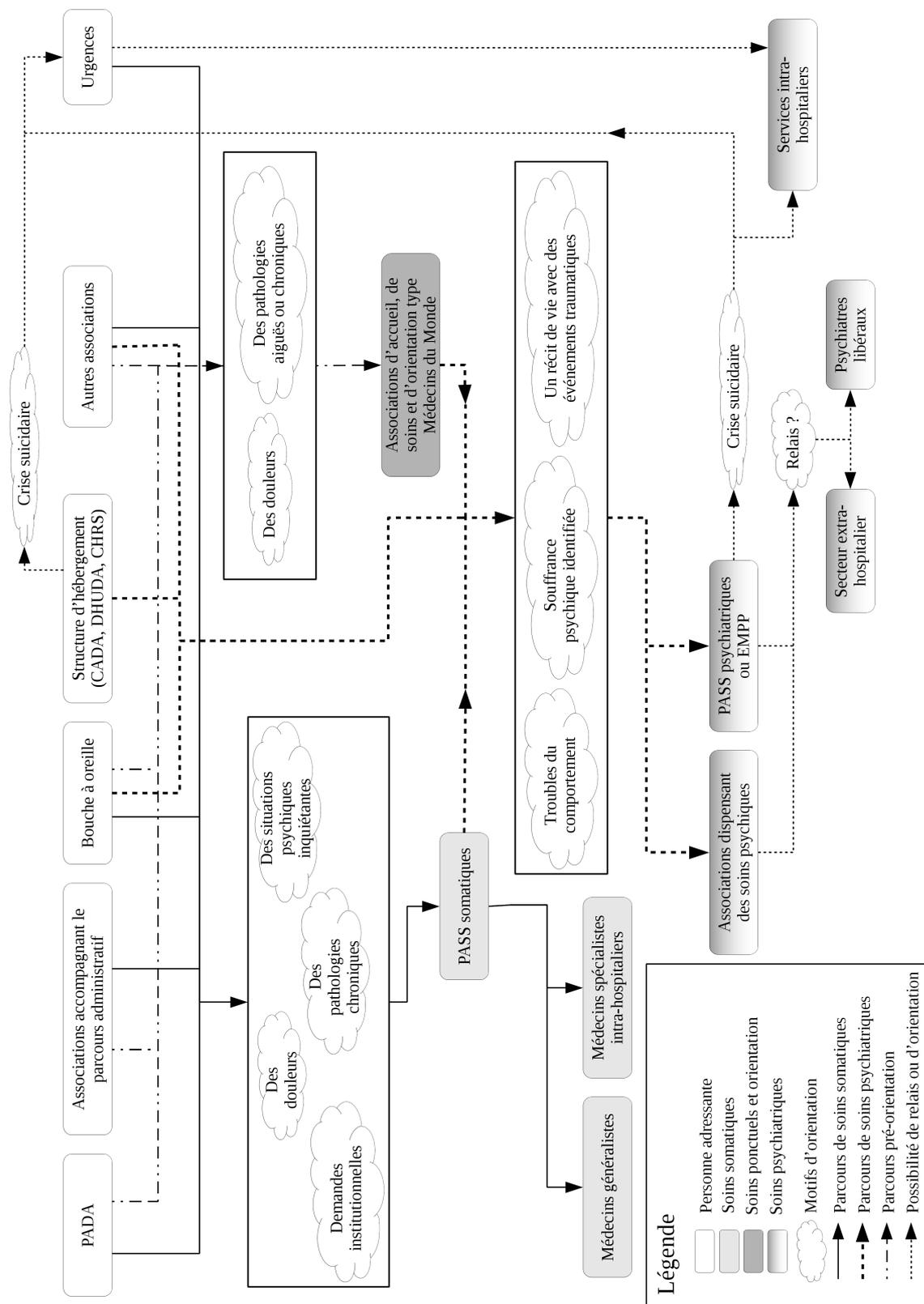


Figure 10 : Parcours de soins des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

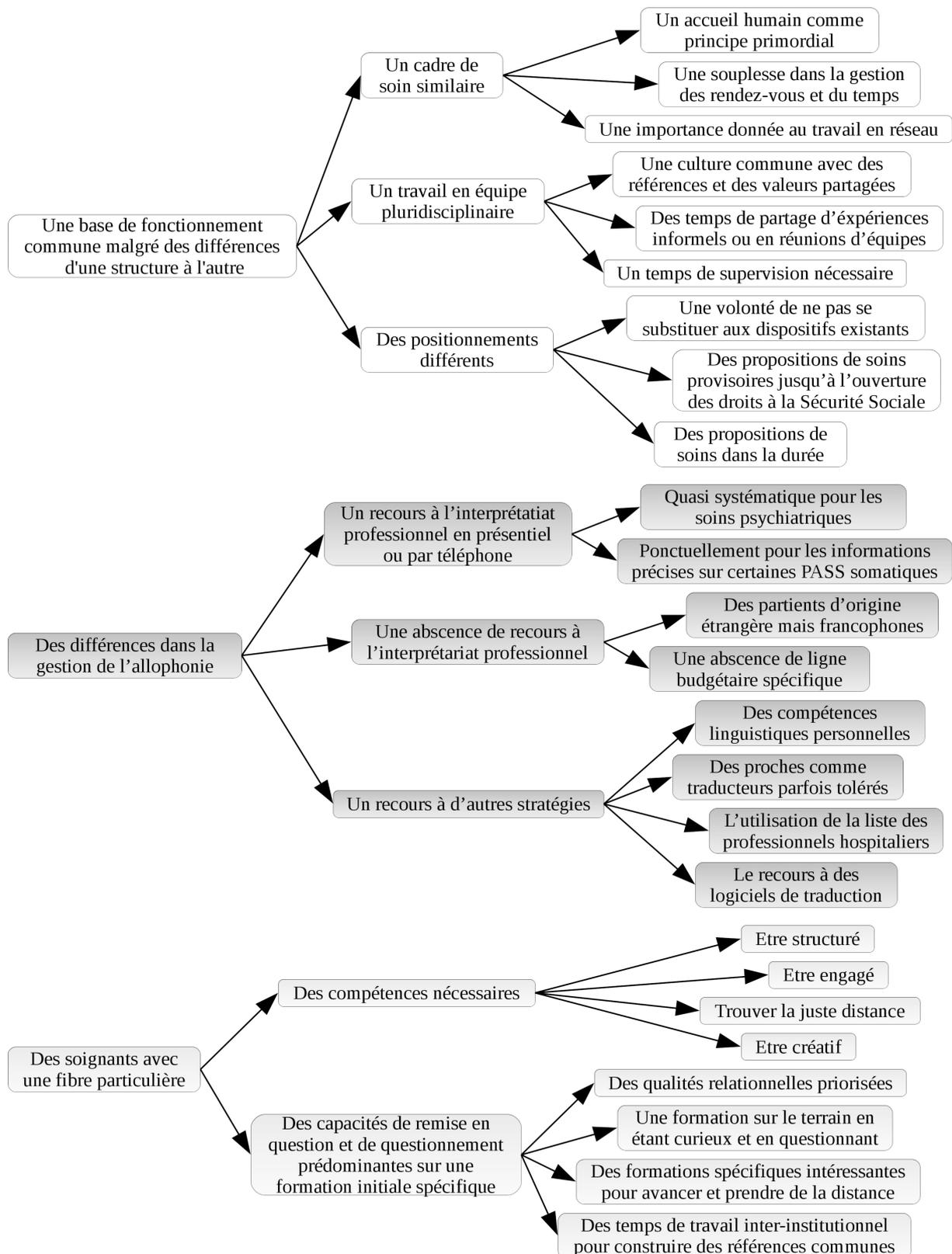


Figure 11 : Dispositifs existants : fonctionnement et ressources humaines

B] Article 2

Introduction

Actuellement, le monde fait face à une crise humanitaire sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale avec plus de 65,3 millions de déracinés fin 2015. Parmi eux, 21,3 millions de réfugiés et 3,2 millions de demandeurs d'asile [1]. Ces mouvements migratoires sont, essentiellement, liés à la multiplication des guerres contemporaines avec l'éclatement ou la reprise d'au moins quatorze conflits entre 2010 et 2015 [2]. Cela se traduit par une hausse du nombre de réfugiés et du nombre de demandes d'asile. Ce dernier a doublé, dans les pays de l'OCDE, entre 2014 et 2015, passant de 800 000 en 2014 à 1,62 million en 2015 [4]. En Europe, la France se situait, en 2015, au troisième rang des pays d'accueil, après l'Allemagne et la Suède. Elle enregistre plus de 80 000 demandes soit une hausse de 23,6% par rapport à 2014 [5]. Cet afflux a lieu dans un contexte d'interprétations minimalistes de la Convention de Genève par les États avec, pour justification, la gestion des flux migratoires. Déposer une demande d'asile signifie s'engager dans un parcours administratif, long et compliqué, reposant sur la rédaction d'un récit détaillé et sur un entretien à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA), voire à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), en cas de recours. Cette augmentation a aussi lieu dans un contexte d'harmonisation des politiques d'intégration des personnes immigrées mises en place dans chaque État membre avec, en France, l'adoption de la loi relative à la réforme du droit d'asile du 29 juillet 2015. En septembre 2015, la Commission européenne a aussi fait une proposition de répartition de ces migrants. La France s'est alors engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile relocalisés d'ici fin 2017, en plus de ceux demandant l'asile en France chaque année. De fait, ce contexte place la question des « migrants avec un parcours de demande d'asile » (MPDA), c'est-à-dire des demandeurs d'asile, des réfugiés et des déboutés, au centre du débat politique.

Ces populations ont fait l'objet d'une attention croissante au cours des quinze dernières années, avec notamment des travaux autour de leur santé mentale. En effet, ceux qui demandent l'asile pensent correspondre à la définition du réfugié, donnée dans la Convention de Genève : toute personne « qui, par suite d'événements survenus avant le 1er janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». De fait, ces migrants ont dû quitter leur pays d'origine, de manière précipitée, sans pouvoir dire adieu et sans pouvoir y retourner. Ils ont aussi vécu un nombre élevé d'événements potentiellement traumatiques avant ou durant leurs parcours migratoires [10]. Il est alors fréquent d'identifier, chez eux, une souffrance psychique qui peut être rattachée à l'état de stress post-traumatique (ESPT).

La prévalence de cette pathologie au sein de cette population reste difficile à évaluer, les études réalisées étant très hétérogènes en termes de taille, de lieu de recrutement et de méthodes diagnostiques. On retrouve des chiffres allant de 9 % dans une méta-analyse à propos des réfugiés

[20], à 86 % dans une étude réalisée auprès de réfugiés suivis en psychiatrie ambulatoire [15], en passant par 34 % dans un échantillon communautaire [19]. En France, une des seules données est celle du COMEDE avec une prévalence de 15,3 % pour le psychotraumatisme, au sein d'une population de migrants/étrangers [22] alors que la prévalence instantanée en population générale est estimée à 0,7 % et à 5,3 % pour les formes incomplètes [23]. Son développement et son maintien sont liés à des facteurs pré-migratoires, mais aussi post-migratoires (culturels, sociaux, politiques et économiques) [25]. Sa prise en charge est relativement bien codifiée dans les recommandations nationales [28] et internationales [26 ; 27]. Cependant, l'accès aux soins de cette population est rendu difficile par le manque d'information, le manque de repérage de leur souffrance psychique, les difficultés à ouvrir les droits sociaux dont ils sont censés bénéficier durant et après la procédure, et la précarité de leurs conditions de vie [29]. De plus, on dénombre seulement huit structures sur le territoire français, accueillant cette population et prenant en compte le psychotraumatisme. De fait, ces migrants se présentent aux urgences, ou dans des associations, comme Médecins du Monde, qui les réorientent souvent, sur des structures à « bas seuil », comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) généralistes et/ou psychiatriques [30].

Devant l'augmentation du nombre des MPDA et le risque élevé de survenue d'un ESPT avec un risque de chronicisation freinant le processus d'acculturation, il semble important que les pays d'accueil puissent mettre en place des circuits de dépistage et de prise en charge adaptés. On peut alors s'interroger sur les soins proposés actuellement à ce public, non pas en France, mais dans une zone géographique plus restreinte correspondant à l'ancienne région Rhône-Alpes, qui est aussi la deuxième région de résidence des demandeurs d'asile [5]. L'objectif de ce travail est de réaliser, sur ce territoire, un état des lieux de la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT, du point de vue des moyens existants, mais aussi, de l'ensemble des actions proposées par les professionnels sous forme de soins ou d'orientation. Dans cet article, il s'agira de mieux connaître les prises en charge proposées dans le cadre de l'ESPT, d'identifier les difficultés auxquelles les professionnels sont confrontés afin de formuler des propositions d'améliorations.

Méthodes

Pour réaliser cette étude, une approche qualitative paraissait pertinente puisque, par définition, elle permet de donner sens et de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [33]. Les principales questions soulevées par ce sujet ont permis l'élaboration d'un guide d'entretien, composé de trois parties : la première concernait le parcours professionnel des interviewés, la deuxième permettait de mettre en lien les données de la littérature avec la réalité du terrain, et la dernière interrogeait les pratiques professionnelles au sein du dispositif. Un entretien pilote a été réalisé pour affiner ce travail.

L'échantillon a été choisi à partir des lieux de soins fréquentés par les MPDA souffrant d'ESPT. Du fait de la pathologie ciblée, il paraissait évident d'intégrer les PASS psychiatriques/équipes

mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Les soins physiques pouvant constituer une porte d'entrée vers les soins psychiques [34], les PASS somatiques ont aussi été ajoutées. Afin d'obtenir un regard extérieur aux structures de soins du service public, cet échantillon a été complété par des associations dispensant des soins à ce public, à la fois sur le plan somatique et psychique. Un nombre de 15 structures a été choisi répartie, de manière égale, en cinq PASS psychiatriques/EMPP, cinq PASS somatiques et cinq associations.

Actuellement, l'ancienne région Rhône-Alpes compte : cinq PASS psychiatriques/EMPP, une PASS généraliste, sept EMPP, 37 PASS somatiques et 5 associations dispensant des soins [35]. Les conseils de la coordinatrice régionale des PASS ont permis de pré-sélectionner 5 PASS psychiatriques/EMPP et 10 PASS somatiques. La sélection a ensuite ciblé les PASS des grandes et moyennes agglomérations plus à même de recevoir ce public que les PASS rurales. Sept villes ont alors été retenues : Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Valence, Chambéry, Bourg-en-Bresse et Vienne.

Les premiers contacts, pris à partir d'août 2016, ciblaient les responsables des dispositifs quelles que soient leurs fonctions, la demande d'entretien pouvant être réorientée vers un autre professionnel de la structure. Une préférence était donnée aux entretiens de visu. Des entretiens téléphoniques, ou en présence de deux personnes, pouvaient aussi avoir lieu, s'ils permettaient de faciliter leur réalisation ou d'enrichir le discours. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, réalisés à partir du guide d'entretien, et commençant par une présentation de l'enquêteur et un rappel de l'objet de l'étude. Un enregistrement avait lieu avec l'accord de l'interlocuteur. Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur quasi intégralité, certains propos étant enlevés ou modifiés pour permettre le respect de l'anonymat des interviewés. Un travail de thématization continu a suivi afin de relever les thèmes pertinents, puis de les regrouper en rubriques jusqu'à l'élaboration d'arbres thématiques. Le nombre de récurrences montre que le niveau de saturation a été atteint.

Résultats

14 entretiens (E) ont été réalisés entre le 19 août et le 12 octobre 2016 au sein des structures choisies : trois à Lyon, cinq à Grenoble, une à Saint-Étienne, deux à Valence, une à Chambéry, une à Bourg-en-Bresse et une à Vienne. Un entretien avec une association n'a pas pu avoir lieu du fait de difficultés organisationnelles. Quatre entretiens ont été réalisés au téléphone et quatre autres étaient à deux voix. Le nombre total de personnes interrogées étaient de 18 (8 femmes et 8 hommes). Leur répartition par fonctions était : 6 médecins somaticiens, 6 psychologues, 6 psychiatres, 2 assistantes sociale et un infirmier de secteur psychiatrique. Leurs autres caractéristiques (Figure 12) étaient : un âge moyen compris entre 40 et 45 ans, une expérience moyenne dans le champ de la psychiatrie de 10,5 ans, et au sein de leurs structures respectives de 4 ans. La durée moyenne des entretiens était de 69 min.

Deux arbres thématiques ont été réalisés pour rendre compte des propositions de soins faites à cette population dans le cadre de l'ESPT (Figure 13) ainsi que des difficultés rencontrées par les

professionnels au cours de cette prise en charge (Figure 14).

Des éléments communs existaient dans la vision des soins proposés par les somaticiens et les psys. Ainsi, le relationnel était au premier plan avec la création d'une relation humaine de confiance.

« *Ce n'est pas à un premier venu [...] qu'ils vont toute de suite dire. Mais, plus on les revoit et plus la parole se délie* ». E9

De plus, une attention était portée aux différences culturelles qui pouvaient, parfois, conduire à des incompréhensions, ou à des lectures différentes de la symptomatologie.

« *J'ai [...] cette préoccupation-là de ne pas plaquer de manière systématique, un raisonnement occidental sur des pathologies qui [...] peuvent effectivement obéir à d'autres logiques* ». E12

Travailler en coopération avec les autres membres de l'équipe voire avec les autres institutions afin de créer un maillage autour du patient semblait aussi primordial.

« *On arrive à faire des prises en charge médecine générale, PASS et infirmière EMPP* ». E4

Enfin, ces migrants étant confrontés à un parcours administratif vulnérabilisant, il paraissait important de pouvoir les accompagner. Ceci se traduisait par une implication des soignants dans la procédure d'asile, par le biais de la rédaction d'attestations de suivi et/ou de certificats médicaux à destination de l'OFII et/ou de l'OFPPA et de la CNDA.

Du côté des somaticiens, la prise en charge consistait en un travail de débrouillage face à des douleurs atypiques, puisque leurs caractéristiques ne permettaient pas d'évoquer un syndrome somatique. Des examens cliniques et paracliniques étaient alors effectués afin d'éliminer une pathologie somatique grave.

« *Elle a passé tous les examens du monde et somatiquement, on ne trouve absolument rien et pourtant, son corps la fait beaucoup souffrir* ». E6

Il s'agissait ensuite de rechercher des signes de souffrance psychique et de travailler une orientation vers des soins psychiatriques.

« *Quand on les repère, rapidement, on demande à l'équipe santé mentale de les recevoir* ». E2

Du côté des psys, les propositions de soins pouvaient être multiples en fonction de la clinique présentée et de son évolution : individuelle ou groupale ; uni ou pluri-professionnelle.

« *On peut avoir un soutien psycho-social fait par une infirmière seule, [...], un suivi psychologique, ou un suivi psychiatrique, ou les trois types de suivi en même temps* ». E3

Le travail de psychothérapie était central. Il s'agissait d'abord de reconnaître l'autre dans son humanité, dans un espace relationnel contenant et bienveillant, tout en tenant compte de l'actualité, notamment du parcours administratif qui influençait considérablement la dynamique psychique. Les traumatismes pouvaient aussi être abordés mais avec prudence.

« *C'est d'arriver à retisser le fil biographique de manière à ce qu'avant le ou les traumatismes qui poussent à l'exil, le voyage et l'accueil désastreux, [...] la personne puisse suivre son chemin à elle* ». E12

Une pharmacothérapie pouvait aussi être mise en place, parfois à défaut de psychothérapie ou en

parallèle d'un travail de parole. Des prescriptions de molécules, issues de l'ensemble des familles de psychotropes, étaient alors être réalisées sans qu'il soit possible de connaître exactement leurs indications.

« *Des médicaments, essentiellement des antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques* ». E12

Selon les choix faits en termes de durée des soins, des relais sur le droit commun (centre médico-psychologiques, psychiatres libéraux) étaient tentés, mais ils s'avéraient souvent compliqués.

« *Il y a des gens que je suis [...] depuis deux ans et pour lesquels je ne vois pas d'issue à court terme ou à moyen terme* ». E12

Les professionnels étaient confrontés à trois grandes difficultés. La première correspondait à la barrière de la langue qui constituait, sur les structures n'ayant pas accès à des interprètes professionnels, un frein à l'identification de l'ESPT mais aussi à la mise en place d'une psychothérapie.

« *La grosse barrière, c'est la langue, c'est l'impossibilité de travailler quelque chose de l'ordre du psychothérapeutique* ». E7

Même si la plupart des soignants s'entendaient sur un recours à l'interprétariat professionnel en cas d'allophonie, certains semblaient réticents à cet usage. Celle-ci était liée à un doute sur la traduction réalisée, à un questionnement sur la formation des interprètes, à une préférence pour un proche comme traducteur, à son coût et à ses limites.

« *Quand il y a un interprète, il y a une barrière, ce n'est pas la même chose* ». E10

La deuxième difficulté était liée à l'inscription des patients dans le processus de demande d'asile au cours duquel ils sont vus comme des suspects ou des menteurs. Deux temporalités antinomiques coexistaient : celle de la procédure où les migrants doivent fournir un récit de vie performatif et détaillé comportant les événements traumatiques les ayant conduit à quitter leurs pays, et celle du soin où le travail thérapeutique tient compte de la temporalité psychique et voit ce récit comme un processus de reconstruction.

« *Ils font [leur récit de vie], non pas pour aller mieux, ils le font pour les papiers* ». E8

De même, l'incertitude face à l'avenir et la précarité des conditions de vie contribuaient à freiner le soin du fait d'une priorisation des besoins fondamentaux et de changements d'hébergement éloignant parfois des lieux de soins. Ceci compliquait alors le travail autour du traumatisme.

« *Aller gratter le traumatisme dans ce contexte-là, c'est dangereux. Ça va encore plus générer de l'anxiété* ». E3

Cette précarité sociale, le déroulement de la procédure et le discours des migrants avaient aussi des effets sur le psychisme des soignants. Ces derniers pouvaient ressentir un fort sentiment d'impuissance liée au manque global de réponses sociales, mais aussi à l'incompréhension des réponses administratives parfois données. Le risque était alors la survenue d'une fatigue compassionnelle, voire d'un épuisement professionnel. Cela pouvait aussi les amener à s'écarter de leurs missions

professionnelles conduisant à des passages à l'acte.

« Il y a des membres de l'équipe [...] des interprètes qui donnent des choses, [...] des objets ou même de l'argent » E3

La dernière difficulté concernait l'organisation du système de santé. Ainsi, le travail autour du traumatisme était freiné du fait de la nature des dispositifs accessibles aux MPDA avec des dispositifs d'orientation ou de prise en charge provisoire.

« Comme j'ai très peu de temps, je ne peux pas m'engager dans des prises en charge très spécifiques de type EMDR, hypnose, relaxation ». E12

De plus, les relais sur le droit commun étaient compliqués voire impossibles, ce qui conduisait à une saturation des dispositifs existants, notamment des PASS. Certaines faisaient alors le choix de se décaler de leurs missions en proposant des suivis qui perduraient.

« On fonctionne un peu comme un CMP pour migrants, ce qui n'est pas notre vocation ». E12

Les explications données étaient alors le faible recours aux interprètes professionnels en extra-hospitalier, une domiciliation ne correspondant pas aux critères de la sectorisation et la crainte d'être submergés par les demandes. Enfin, le travail est réseau pouvait s'avérer difficile avec des tensions liées à une méconnaissance des missions des partenaires et à des différences d'interprétations des comportements présentés par les MDPA. Ceci pouvait entraîner des relations de compétitions entre les structures.

« Les professionnels sont, tous, confrontés à beaucoup d'impuissance. [...] Cela suscite vite des rivalités institutionnelles et parfois, une incapacité à travailler ensemble ». E6

Discussion

Cette étude a permis de mieux connaître les prises en charge proposées à ce public dans le cadre de l'ESPT et d'identifier les principales difficultés auxquelles les professionnels étaient confrontés. Ce travail présente des limites du fait de la réalisation des entretiens semi-directifs par un seul enquêteur, de l'hétérogénéité de l'échantillon en termes de fonctions et de l'absence de triangulation lors de l'analyse.

Les somaticiens étaient fréquemment sollicités par rapport à des plaintes algiques. Or, une étude retrouvait un lien significatif entre les somatisations et les symptômes post-traumatiques [65]. Il s'explique par le fait que les traumatisés n'ont pas les mots pour faire comprendre, aux autres, l'origine de leur souffrance, ce qui facilite « une localisation corporelle de la souffrance » [50] et permet parfois un premier accès aux soins. Les professionnels de santé mentale plaçaient la psychothérapie, comme pierre angulaire du soin de l'ESPT, chez les MPDA, ce qui est en adéquation avec les recommandations internationales [27 ; 28 ; 67]. Pourtant, bien que des études montrent l'efficacité des TCC [68-70], notamment de la thérapie d'exposition narrative chez ce public [68 ; 71], l'usage de thérapies spécialisées était peu fréquent. Par contre, des dispositifs groupaux étaient parfois

mis en place et constituaient une alternative intéressante pour des personnes fragilisées dans le lien social, afin de recréer des relations de confiance et de se reconnaître dans des vécus partagés. Une pharmacothérapie pouvait aussi être mise en place, mais il était difficile de cerner les usages faits des différentes molécules en raison de l'échantillonnage réalisé qui ne visait pas forcément les médecins prescripteurs des structures.

Dans les difficultés retrouvées, la barrière de la langue limitait le repérage des pathologies psychiatriques, leurs prises en charge et l'organisation de relais sur les structures de droit commun, ces dernières ayant peu accès à l'interprétariat professionnel. Les réticences identifiées correspondaient à celles retrouvées dans la littérature [76] et seraient en faveur d'une sensibilisation des professionnels, l'interprète pouvant devenir un véritable partenaire du soin, en améliorant la qualité et la justesse de la communication, voire en co-construisant la relation thérapeutique. La procédure administrative venait aussi rythmer la prise en charge. Son déroulement, avec la nécessaire production d'un récit écrit, personnalisé et circonstancié ainsi que sa formulation lors des audiences, peuvent avoir des effets néfastes sur la santé mentale des MPDA, et être à l'origine d'une aggravation des symptômes post-traumatiques. Cet impact négatif des audiences a été retrouvé pour des demandeurs d'asile en Allemagne où la procédure est similaire [44]. Des changements liés à la réforme du droit d'asile de 2015 sont actuellement en cours pour mieux prendre en compte la vulnérabilité de ces migrants. De plus, cette démarche n'est pas qu'une demande de reconnaissance de la qualité de réfugié, c'est aussi une « une demande de justice et de reconnaissance de sa place dans la société » [82]. Les réponses données par l'OFPRA et la CNDA peuvent alors entraîner des réponses psychiques allant de la reconnaissance symbolique au désaveu. Les effets de cette procédure étaient enfin accentués par le manque d'hébergement, qui correspond plutôt à un « non-accueil » de la part de la France [83]. L'organisation actuelle du système de santé venait aussi limiter les possibilités de relais sur le droit commun, interrogeant alors l'universalité de son accès. Les MPDA viennent « exploser les cadres traditionnels » [30] en remettant en question la politique de secteur qui organise la psychiatrie publique, en interrogeant la place des problématiques psychosociale dans le champ psychiatrique, et en déstabilisant les professionnels par des tableaux cliniques complexes où l'origine de leur souffrance psychique peut être difficile à saisir : pathologie psychiatrique, précarité sociale, exil [32] ?

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'améliorations impliquant des modifications des politiques de gestion de l'immigration, avec un suivi des évolutions liées à l'application de la réforme du droit d'asile, et des politiques de santé publique, avec une généralisation du recours à l'interprétariat et un positionnement de la question du soin des MPDA dans le champ de la santé publique. Des modifications au niveau de la formation des professionnels de santé permettraient une meilleure connaissance autour de l'ESPT et des techniques spécifiques, de la migration, de l'interculturalité et de la précarité. De nouveaux dispositifs pourraient aussi être créés : certains de ressources et de coordination avec des antennes locales rattachées à un pôle ressource régional voire à un dispositif national [57] et d'autres spécialisés avec un fonctionnement proche de ceux existants déjà

en France, membres du réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique.

Figures

	Moyenne	Minimum	Premier quartile	Médiane	Dernier quartile	Maximum
Age (en ans)	41,5	28	36	41,5	55	69
Nombre d'années d'expérience dans la précarité	12,8	2	6,5	10,5	16	30
Nombre d'années de travail au sein de la structure	5,8	0,5	3	4	8	16

Figure 12 : Caractéristiques des interviewés en termes d'âge et d'expérience.

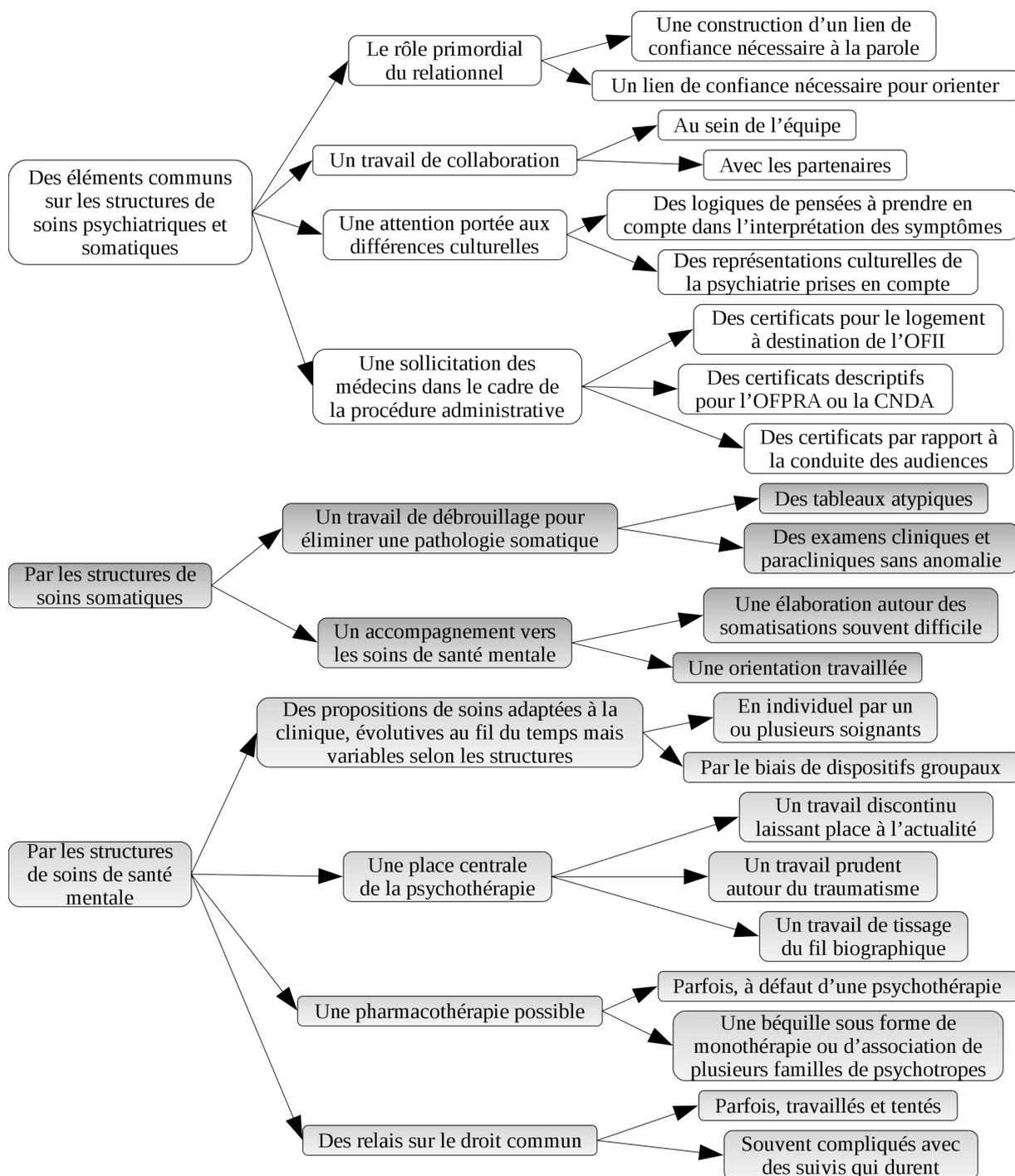


Figure 13 : Prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'ESPT

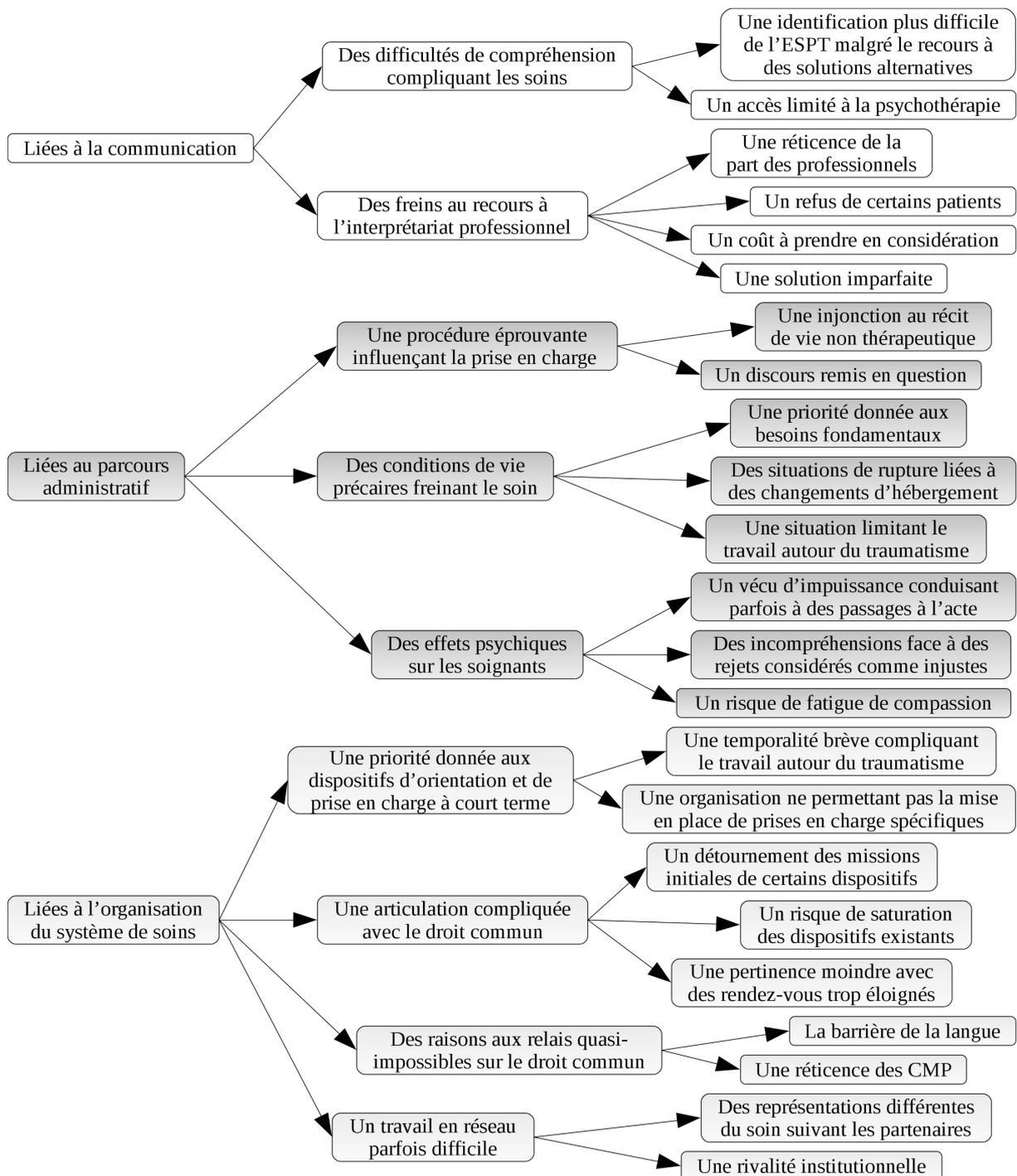


Figure 14 : Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge

VII. Bibliographie

1. United Nations High Commissioner for Refugees, Global Trend Forced Displacement in 2015. New York : United Nations ; 2016.
2. United Nations High Commissioner for Refugees. (page consultée le 23/11/2016). Des déplacements de populations plus importants que jamais, [en ligne]. <http://www.unhcr.org/fr/5581a037c.html>
3. Organisation de coopération et de développement économique. Perspectives des migrations internationales 2015. Paris : OECD Publishing ;2015.
4. Organisation de coopération et de développement économique. Perspectives des migrations internationales 2016. Paris : OECD Publishing ;2016.
5. Valleraud F, Mandret L, Goubert L, Karp J. À l'écoute du monde rapport d'activités OFPRA 2015. Fontenay-sous-bois : OFPRA ;2016. 67p.
6. INSEE. Fiches thématiques, Flux d'immigration, Immigrés et descendants d'immigrés en France. Paris : INSEE ;2012.
7. CNDA. Rapport d'activités. CNDA ;2016. 48p.
8. Goasguen C, Sirugue C, rapporteurs. Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État. Paris : La Documentation française ; 2015. 69p. Commandité par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.
9. Furtos J. Souffrir sans disparaître. In : Furtos J, Laval C. La santé mentale en actes : de la clinique au politique. Paris : Ères ; 2005. p.9-38.
10. Rasmussen A, Cragger M, Baser RE, Chu T, Gany F. Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *J Trauma Stress*. Déc 2012;25(6):705-12.
11. Le Malefan P, Coq JM. L'instant du traumatisme. *Ann Med Psychol*. mars 2015 ;173(2):180-5.
12. Auxemery Y. L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social. *L'encéphale*. 2012 ;38 (5) : 373-80.
13. Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress et trauma*. 2009 ;9(4) :201-4.
14. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. août 2009;302(5):537-49.
15. Buhmann C, Mortensen EL, Lundstrøm S, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. *Torture*. 2014;24(1):25-39.
16. Mazur VM-L, Chahraoui K, Bissler L. Psychopathology of asylum seekers in Europe, trauma and defensive functioning. *Encéphale*. Juin 2015 ;41(3):221-8.
17. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*. mai 2014 ;55(4):818-25.
18. Mazur V, Chahraoui K. Psychopathologie des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. *Ann Med Psychol*. Déc 2011 ;169(10):621-6.
19. Masmas TN, Møller E, Buhmann C, Bunch V, Jensen JH, Hansen TN, et al. Asylum seekers in Denmark--a study of health status and grade of

- traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*. 2008;18(2):77-86.
20. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries : a systematic review. *Lancet*. avr 2005 ;365 (9467):1309-14.
 21. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. Juill 2009 ;69(2):246-57.
 22. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaires, soins et accompagnement, guide pratique pour les professionnels. COMEDE ; 2015.
 23. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)]. *Encéphale*. Déc 2008 ;34(6):577-83.
 24. Teodorescu D-S, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol*. Août 2012 ;53(4):316-32.
 25. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. août 2005 ;294(5):602-12.
 26. National Institute for Health and Care excellence. Post traumatic stress disorder overview. *Nice Pathways* ; 2014.
 27. World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva, Switzerland : World Health Organization ; 2013.
 28. Collège de la Haute autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves, guide affection de longue durée. HAS ; 2007.
 29. Benbassa E. Avis n°170 pour la loi de finances pour 2016, asile. Paris : La documentation française ; 2015. 34p.
 30. Chambon N. Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*. Juil 2013 :48:5-6.
 31. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia : a population-based study. *Lancet*. oct 2002 ;360 (9339):1056-62.
 32. Chambon N, Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *RF aff soc*. 2016 ;2(6) :123-40.
 33. Paille P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2e éd. Paris : Éditions Armand Colin ;2008, 315p. Collection U Sciences Humaines.
 34. De Goer B. Conditions préalables au souci du soin. *Rhizome*. Oct 2009 ;36:7-10.
 35. COMEDE, Réseau Samdarra. Répertoire des professionnels, Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, Région Rhône-Alpes, COMEDE ;2011. 84p.
 36. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice : a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007 :8:9p.
 37. Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*. 2012 ;12(1) :8p.
 38. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry*. févr 2006 ;40(2):179-87.
 39. Knipscheer JW, Sleijpen M, Mooren T, Ter Heide FJJ, van der Aa N. Trauma exposure and

- refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych Bull.* Août 2015 ;39(4):178-82.
40. Veïsse A. Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil. *La santé de l'homme.* Déc 2007 ; 11-12 (392):17-9.
 41. Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. 2e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ;304p.
 42. Benslama F. Les transfuges. In Djardem F. *Quelle identité dans l'exil ? Origine, Exil, Rupture.* Paris : L'Harmattan ; p.21-6.
 43. Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Res.* déc 2015 ;230(2):628-36.
 44. Schock K, Rosner R, Knaevelsrud C. Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *Eur J Psychotraumatol.* 2015 :9p.
 45. Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Soc Sci Med.* avr 2011 ;72(7):1149-56.
 46. Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust.* oct 2006 ;185(7):357-61.
 47. Lamkaddem M, Stronks K, Deville WD, Olf M, Gerritsen AAM, Essink-Bot M-L. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry.* 2014 ;14:7p.
 48. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées, Dossier Souffrance et Société.* LBFSM. Septembre 2007 ;11 : 24-33.
 49. Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. *Maux d'exil.* Décembre 2008 ;25 :2p.
 50. Auxemery Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *Info Psy.* 2013 ;89(8) :641-9.
 51. Schnyder U, Müller J, Morina N, Schick M, Bryant RA, Nickerson A. A Comparison of DSM-5 and DSM-IV Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder in Traumatized Refugees. *J Trauma Stress.* Août 2015 ;28(4):267-274.
 52. Veïsse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *BEH.* Janv 2012 ;(2-3-4):36-40.
 53. ARS. (page consultée le 21/11/2016). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. [en ligne]. <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148180.0.html>
 54. Ravon B. Refaire parler le métier. *Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage.* Nouvelle revue de psychosociologie. 2012 ;2(14):97-111.
 55. N'Guyen A. L'agonie administrative des exilés, une clinique de l'asile. *L'Autre.* 2014 ;15(2) :197-206.
 56. Guarneri F, Zawieja P. *Dictionnaire des risques psychosociaux.* Paris : Éditions Le Seuil ; 2014, 888p.
 57. Geny-Benkorichi M, Vignal M. État des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil. Réseau Samdarra. *Rapport de synthèse ;* avril 2012, 72p.
 58. Furtos J. *Parler en français courant.* Rhizome. Avril 2011 ;(41) :12-13.
 59. Mestre C. La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutiques et social. *Evol Psy.* 2006 ;71(3) :535-544.

60. Lecomte Y, Jama S, Legault G. Présentation : l'ethnopsychiatrie. Santé mentale au Québec. 2006 ;31(2) :7-27.
61. Rechtman R. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. Hommes et migrations. 2000 ;(1225) :46-61.
62. Fassin D., Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Hommes et migrations. 2000 : (1225) :5-12.
63. Sicot F, Touhami S. Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ?. Empan. 2015 ;98(2) :101-108.
64. Moro MR. Soigner en situation transculturelle : l'expérience de l'hôpital d'Avicenne. Pluriels. Mai-juin 2002 ;(31-32).
65. Aragona M, Catino E, Pucci D, Carrer S, Colosimo F, Lafuente M, et al. The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. J Trauma Stress. Oct 2010 ;23(5):615-22.
66. Auxemery Y, Houbre B. Douleur chronique et traumatisme psychique. Données épidémiologiques, discussion clinique et psychopathologique. Stress et trauma. 2010 ;10(2):91-99.
67. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 ;(12):248.
68. Slobodin O, Jong JT de. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy ? Int J Soc Psychiatry. 2015 ;61(1):17-26.
69. Nickerson A, Bryant RA, Silove D, Steel Z. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clin Psychol Rev. Avr 2011 ;31(3):399-417.
70. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. J Affect Disord. Juin 2011 :131 (1-3):8-23.
71. Gwozdziejwycz N, Mehl-Madrona L. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. Perm J. 2013 :17(1):70-6.
72. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. Behav Res Ther. Oct 2013 ;51(10):641-7.
73. Buhmann C, Andersen I, Mortensen EL, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Cognitive behavioral psychotherapeutic treatment at a psychiatric trauma clinic for refugees: description and evaluation. Torture. 2015 ;25(1):17-32.
74. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Kinrys G, Fontenelle LF, Marmar CR, et al. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. mars 2009 ;33(2):169-80.
75. Simon PY, Rousseau PF. Traitement des états de stress post-traumatiques par un antagoniste alpha-1-adrénergique, la prazosine: Une revue des études d'évaluation. Can J Psychiatry. Jul 2016.
76. Fessard C, Wolmark L. Comprendre pour se comprendre : l'interprétariat au crible des idées reçues. Maux d'exil. Février 2016 ;(49):2-3.
77. Beal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. Les cahiers de Rhizome. Février 2015 ;(55) :9-20.
78. Wolmark L, N'Guyen A, Cossart M, Le rire de l'interprète. Les cahiers de Rhizome. Février 2015 ;(55) :61-69.
79. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. Les cahiers de Rhizome. Février 2015 ;(55) :38-47.

80. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers :their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med.* Août 2003 ;57(3):503-12.
81. De Bourgoing S., Jouran M., Sadik G. Voyage au centre de l'asile, enquête sur la procédure de détermination d'asile. CIMADE. Rapport d'observation. Janvier 2010. 68p.
82. Mahlou A. La reconnaissance juridique, une nouvelle naissance ?. In Capogna-Bardet G. *La clinique du trauma*, Centre Primo Levi, Toulouse :Éditions Erès. 2014 ;198p.
- 83 Zeroug-Vial H, Couriol Y, Chambon N. Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale. *Rhizome.* 2014 ;(51) : 57-60.
84. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health.* 2011 ;11:187.
85. Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, et al. Health care for immigrants in Europe : Is there still consensus among country experts about principles of good practice ? A Delphi study. *BMC Public Health.* 2011 :11:699.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

« Bonjour. Je suis Vannina TOMASINI, je suis interne en psychiatrie. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse de médecine pour échanger à propos de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile » c'est-à-dire chez les demandeurs d'asile, les réfugiés et les déboutés. J'ai souhaité vous rencontrer en tant qu'acteurs de terrain dans l'idée de croiser les regards puisque j'interroge à la fois des professionnels travaillant au sein de PASS psychiatriques, de PASS somatiques et dans des associations prenant en charge ce public dans le cadre du soin. L'objectif est d'effectuer un état des lieux, non exhaustif, de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique en dégagant les difficultés rencontrées afin de voir ce qui pourrait être amélioré. Cet entretien comporte trois parties : la première porte sur votre parcours professionnel, la deuxième vise à comparer les données de la littérature à la réalité du terrain et la dernière concerne votre pratique à proprement parler au sein de la structure où vous travaillez. Du fait de la méthode de ce travail, j'aurais besoin d'enregistrer cet entretien sachant que cet entretien sera anonymisé par la suite. Êtes-vous d'accord pour l'enregistrement ? »

Parcours professionnel :

Pouvez-vous me parler de votre formation, de ce qui vous a amené à travailler dans le champ de la précarité et plus précisément au sein de cette structure ?

- *Quelle est votre formation initiale ? En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?*
- *Depuis combien de temps travaillez-vous dans le champ de la précarité ? Dans cette structure ?*
- *Avez-vous suivi une formation spécifique ?*

Contexte actuel :

a) Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en France et en Europe de manière plus large. La France s'est aussi engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

b) Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

c) Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à des troubles dépressifs que l'on peut mettre en lien avec les conditions vie mais aussi à des somatisations importantes avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas de pathologie somatique. Qu'en pensez-vous ?

État des lieux :

1) Pouvez-vous me parler de votre équipe, de son fonctionnement et éventuellement des interprètes qui peuvent intervenir dans votre structure ?

- *Quels sont les professionnels qui travaillent au sein de votre structure ?*
- *Avec les patients non francophones, comment gérez-vous ?*

2) Quel est le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure ?

- *Qui vous les adressent et pour quelles raisons ?*
- *Qu'est-ce qui vous oriente vers une pathologie post-traumatique ?*
- *Vers qui les orientez-vous ? (PASS somatique, PASS psy, centre de santé, associations...)*

3) Quelle prise en charge proposez-vous aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » pour lesquels vous identifiez une pathologie post-traumatique ?

- *Prescrivez-vous des traitements médicamenteux ? Si oui, de quelle(s) classe(s) ?*
- *Mettez-vous en place un travail de psychothérapie ? Comment se passe ce travail ?*
- *Êtes vous confronté à des idéations suicidaires ou à des crises suicidaires ? Et comment les gérez- vous ?*
- *Comment gérez-vous les demandes d'attestations de suivi ou de certificats médicaux pour l'OFPPRA ou la CNDA ?*
- *Parvenez-vous à organiser des relais sur le droit commun ?*

4) Quelles sont les difficultés ou les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

- *Au niveau de la communication ?*
- *Au niveau de l'observance des traitements médicamenteux ?*
- *Au niveau du travail de psychothérapie ?*
- *Au niveau des relais ?*
- *Au niveau des demandes d'hospitalisation ?*
- *Avez-vous modifié votre pratique depuis que vous travaillez avec ce public ?*

5) D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

- *Existe-t-il des compétences particulières ? Si oui, lesquelles ?*
- *Pensez-vous qu'une formation spécifique soit nécessaire ? Si oui, dans quel(s) domaine(s)*

6) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

- *Que pensez-vous de la mise en place d'un dispositif spécialisé dans le psychotraumatisme ?*

7) Est-ce qu'il y aurait un point que nous n'aurions pas abordé et qui vous semblerait important ?

Merci de votre participation

Annexe 2 : Noms des structures interrogées

À Lyon :

- PASS somatique de l'hôpital Saint Luc-Saint Jean
- PASS généraliste de l'hôpital du Vinatier
- Centre de santé Essor de Forum réfugiés -Cosi

À Grenoble :

- PASS somatique du Centre Hospitalier Universitaire
- PASS psychiatrique/EMPP du Centre hospitalier Alpes Isère
- Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde
- Le Caméléon
- Le Refuge inter-associatif en logement temporaire d'orientation- Issue de Secours

À Saint-Étienne :

- PASS somatique du Centre Hospitalier Universitaire

À Valence :

- PASS somatique du Centre Hospitalier
- PASS psychiatrique de l'hôpital du Valmont

À Chambéry :

- PASS somatique du Centre Hospitalier

À Bourg-en-Bresse :

- PASS psychiatrique/EMPP du Centre psychothérapique de l'Ain

À Vienne :

- PASS psychiatrique/EMPP du Centre Hospitalier

Annexe 3 : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 (E1)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

– S'il y a de l'ordre de cinq ans où nous avons deux missions : la mission de nous occuper des psychotiques migrants français qui arrivaient avec un statut de SDF ; après, nous avons une population déstabilisée, je dirais régionale, qui ne tournait pas qu'à l'occasion de la cueillette saisonnière. Petit à petit, le champ des migrants a changé : je dois recevoir à peu près 70 % de Noirs, ce qui m'interroge. Et par ailleurs, de plus en plus, je découvre que les Noirs sont des femmes qui ont été souvent victimes d'un contexte culturel fort loin de celui que j'imaginai, celui où l'excision les conduit à vivre une souffrance qu'elles peuvent commencer à parler alors qu'autrefois, c'était si loin de moi que je ne l'envisageais même pas alors que maintenant, pratiquement systématiquement, elles y sont toutes passées, ce qui est quand même fort interrogeant. Le retentissement sur la consultation, du fait que nous recevons beaucoup de migrants, ne me gêne pas par rapport à la prise en charge de psychotiques « bien de chez nous », mais l'approche culturelle me conduit à accueillir ces personnes un petit peu différemment de ce que j'avais entrevu qu'il apparaissait opportun de faire il y a une quinzaine d'années et même, lorsque je suis amené à participer à des temps de formations au courant de l'année et d'échange entre équipes qui pratiquons le même type d'activité dans le champ de la migration ou dans le champ des psychotiques migrants de nos régions.

– Est-ce que vous voyez plus de « migrants avec un parcours de demande d'asile » depuis quelques années ou vous ne voyez pas d'augmentation ?

– Oh, mais ça a flambé, pour moi, c'est tout à fait

clair, ça a carrément flambé, mais ça a flambé de deux façons. Il y a de l'ordre de cinq ans, j'avais des consultations, je ne veux pas dire comme du copié-collé mais assez proches et, le parcours de violences rencontrées par ces migrants m'interrogeait dans la mesure où je pouvais rencontrer quelqu'un qui avait été violenté avec un retentissement sur l'épaule gauche et que la personne que je suivais après, avait le même retentissement sur l'épaule gauche, et cetera, et cetera. Donc c'était comme un discours qui me semblait avoir été appris. Aujourd'hui, je suis à mille lieux de là, je n'ai plus du tout de copié-collé mais par contre, j'ai des personnes, forts jeunes souvent et, je me demande comment elles ont pu avoir toute cette énergie pour quitter leurs pays, arriver en France, car elles ont énormément de pudeur quant à dire le contexte, ce qui vraiment leur a permis, de venir en France, de s'y retrouver à peu près, avec quel argent, je ne sais, et cetera, et surtout, l'histoire qui traîne dans leur tête de la dette par rapport à celles et ceux qui leur ont permis de venir jusqu'ici. Donc, aujourd'hui, je rencontre des personnes aux parcours de traumatisés qui m'apparaissent comme certains alors que par le passé, j'étais avec des parcours qui m'apparaissaient comme copié-collé.

– Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– Lorsque je travaillais en politique de secteur, des personnes ayant été traumatisées dans leurs familles, traumatisées dans leurs villages, puisque j'intervenais jusque dans le haut Trièves rural et éloigné, j'avais déjà vu des « bien de chez nous » souffrant de stress post-traumatique avec une chape de plomb qui était un silence familial ou de village. Là, je suis confronté à deux problèmes. L'un, c'est le migrant qui raconte une histoire. Dans son histoire, il peut avoir eu des violences politiques, il a pu avoir des violences alimentaires, il a pu avoir des violences liées à un rêve : « c'est dur chez nous, mais en Europe, c'est le paradis » et, le fait d'être confronté à un rêve au quotidien peut, pour un

modeste pourcentage, conduire ces personnes à quitter leurs chez-eux pour aller dans la Californie de ma jeunesse, et cetera. C'est un faible pourcentage. Ensuite, il y a une difficulté qui est de plus en plus verbalisée par les demandeurs de soins : c'est, « nous sommes mal, nous avons de plus en plus de difficultés à espérer en France et en Europe, mais on essaye de vous faire comprendre qu'on est quand même si mal mais que l'on veut rester chez vous, même si c'est dur chez vous ». Quand je dis c'est dur chez vous, je dis, c'est dur, [ici]... de trouver un couchage. On peut se retrouver avec des enfants en bas-âge à la rue qu'il fasse très chaud ou très froid, difficile... Et donc les personnes sont amenées à être souvent parrainées soit par des associations soit par des personnes de leur culture qui les conduisent à proposer une stratégie, grosso modo, c'est demande du statut de réfugié pour raisons politiques et ensuite, d'étranger malade, beaucoup plus que demande d'étranger malade et ensuite, réfugié politique. J'ai été très travaillé, interrogé, par un monsieur que je n'oublierais jamais, qui était une référence dans son pays, c'était un monsieur de niveau de doctorat, par ailleurs, bien dans son corps, professeur international de karaté et qui, lors d'un stage à l'École Nationale d'Administration, a appris brutalement que les carottes étaient cuites et que s'il retournait dans son pays, il serait assassiné. Cet homme resta dans la rue, neuf mois, il s'en est sorti, je m'en réjouis pour lui. Mais, je n'imaginai pas qu'avec un tel bagage, de telles références, on puisse se retrouver comme ça, du jour au lendemain, à la rue, laissant au pays, une femme et deux enfants persécutés. Donc, pour répondre à la question, le stress post-traumatique que je suis amené à rencontrer se retrouve avec trois couleurs différentes. Il peut y avoir un stress qui est lié directement à des violences interpersonnelles du village, des villages ou des politiques des États. Cet aspect-là commence à diminuer un petit peu dans ma consultation depuis un an. Il existe mais représente grosso modo la moitié des personnes que je reçois. Ensuite, il y a un deuxième type de stress, qui est plus culturel c'est-à-dire qu'il y a des gens qui sont un petit peu élevé, éduqués dans le lieu et qui font, qui posent question. Il y a des malversations dont ils disent être victimes soit parce qu'on leur pique leur business via, comme des mafias locales et contre lesquelles ils tentent de se manifester mais, assez vite, ils se retrouvent déboutés, car il y a probablement des équivalents de corruption. Et puis, un aspect qui est peut-être de l'ordre de 15 % de mes consultations, à des gens qui, au pays, étaient

manifestement malades..., mentaux ou, dits malades mentaux parce qu'ils étaient homosexuels. Cette population-là est difficile à appréhender car déjà, ils arrivent avec une maladie qui a évolué durant plusieurs années et qu'est-ce qui a amené ensuite le village, la famille, à les envoyer en Europe pour, on va dire, se débarrasser d'eux, je ne sais pas. Et eux-mêmes sont souvent si peu prolixes en vocabulaire et en mots que reconstituer leurs histoires est difficile. C'est ce que je peux dire à propos des grandes formes, de ce que je suis amené à rencontrer ici.

– Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs mais aussi les somatisations. Qu'en pensez-vous ?

– En amont de cette affaire, je ne peux pas oublier une conférence d'un soir où un grand navigateur raconte, alors qu'il était sur son catamaran, il fut surpris de voir une vache normande sur ce dernier, donc il fut très inquiet, se demandant comment il allait pouvoir se débarrasser de cette bestiole jusqu'au moment où il a réalisé qu'il hallucinait, car il tirait trop sur le sommeil. Il dort et les choses rentrent dans l'ordre. Dans le monde de l'hébergement précaire, les conditions de récupération physiologiques à l'égard du sommeil sont mises à mal. Je trouve une pathologie un peu particulière de réactivation d'une activité un peu cauchemardesque qui, éventuellement, s'améliore à partir du moment où les gens récupèrent un petit peu au niveau du sommeil. Donc, il n'y avait pas forcément une maladie mentale chronique, il y a avait une maladie mentale induite par une hygiène de vie déplorable. L'usage, par ailleurs, des secours de la rue qui se trouvent être, sur recommandations d'un voisinage, des comprimés de paracétamol, de Xanax, de Valium et j'en passe, du Rivotril, et tout un tas de trucs. Le monde de la rue et l'automédication peut conduire à ce qui peut s'apparenter à de la pharmacopsychose. De la maladie mentale chronique, l'état dépressif chronique de ces gens est presque signe de bonne santé mentale. S'ils n'étaient pas déprimés des conditions déplorables dans lesquelles ils sont amenés à vivre alors qu'à côté, passent des jolies internes épanouies, et cetera, cela peut rendre jaloux, cela peut aussi poser questions, « vous m'avez fait imaginer, qu'en quittant le Niger, en arrivant en France, ce serait le paradis ». Il y a un côté déception, perte d'énergie, il y a un côté

dévalorisation de la personne, il y a tout pour faire un mélancolique. Néanmoins, ici, ils nous rencontrent d'une certaine façon, au niveau de l'équipe et ils peuvent ré-exister comme une personne et ça, c'est donc une expression mélancolique améliorée, mais ce n'est pas une mélancolie au sens des troubles de l'humeur tels que les décrivaient Henri Ey en son temps. En ce qui concerne les productions psychotiques, l'expression paranoïaque est rare, alors, on pourra toujours dire qu'ils sont persécutés au pays et qu'ils ont fixés leur symptomatologie sur... Néanmoins, dans leur manière d'être, ici, les gens sont doux, ils sont disciplinés, globalement courtois et par rapport à une consultation de CMP, j'y vois une nette différence. Alors, est-ce-que c'est parce que j'ai de l'ascendant sur les personnes, cela peut jouer, est-ce que la façon dont nous accueillons ces personnes, cela peut jouer. Néanmoins, ça, c'est l'apparence. Au fond, quand on creuse, après des entretiens, on voit qu'il existe une activité psychique qui ronge ces personnes, qui perdure longuement, qu'elles contrôlent mal, cela peut être des reviviscences mais c'est surtout un espoir qui est perdu, avec une symptomatologie qui se fixe et, les personnes n'imaginent pas qu'elles pourraient proposer quelque chose d'un peu différent dans leur discours. Mais il faut dire que leur discours est parfois, mis à mal, parce que plus de la moitié des personnes que je reçois, ne parlent pas le français couramment, donc les mots utilisés, les images utilisées, les cultures qui font référence sont un peu différentes de celles du « dauphinois standard ». Je dirais qu'il y a, dans 90 % des cas, des signes cliniques différents de ceux que l'on peut rencontrer lorsqu'il y a un simple stress et que ces signes, il faut les mettre dans le contexte culturel et également dans le contexte de l'histoire passée en France. En France, ils vivent aussi des choses très très difficiles et ils leur est parfois difficile d'évoquer cela. Et quand tout un chacun vit du traumatisme en France, ça lui ronge, pas simplement les ongles, mais ça peut lui ronger le sens de sa vie. Et on sait que quelqu'un qui a des soucis conjugaux, des soucis avec le Fisc, des soucis avec ses genoux est exposé à de la surinfection et éventuellement à un état dépressif, à une décompensation de son tempérament, de son caractère vers une expression qui peut être mélancoliforme, sensitive, paranoïaque. Voilà, ce que j'avais à dire.

État des lieux

– Pouvez-vous me parler de votre équipe et des personnes extérieures, telles que des interprètes, intervenant éventuellement dans votre structure ?

– J'ai la chance d'avoir un équipe de grande qualité dont j'essaie d'être le serviteur, je veux dire par là que je travaille dans un service, les collègues ne sont pas à mon service, c'est ensemble que nous sommes amenés à recevoir des personnes abîmées, blessées de la vie et ces personnes, elles doivent être d'abord bienvenues. Et il y a une culture d'équipe qui est de l'ordre de dire d'abord aux personnes « prenez le temps, asseyez-vous, voulez-vous boire quelque chose ? » et non pas, « vous venez pourquoi ? ». Lorsque j'évoque ça, je fais allusion au travail de Mehrabian, cet Américain, qui s'intéressa, dans les années 50, au langage. Il y a un langage qui est verbal, « blablabla ». Il y a un langage qui est un petit peu différent, c'est la couleur, c'est ce qui est au niveau de la tonalité. Et quand quelqu'un ne connaît pas le français et que l'on s'adresse à lui avec un langage qui est un peu haché, ça lui provoque quelque chose. Ce vocabulaire nuancé, la personne ne l'intègre pas, mais elle a intégré la douceur avec laquelle on parle. C'est un sorte de langage de type sensoriel. Et puis, il a cette dernière forme de langage qui est la manière dont on est avec les personnes c'est-à-dire avenants, souriants. C'est une sorte de langage visuel et la personne peut se poser avec ça. Donc, dans la pratique, le côté « vous êtes bienvenu », la manière de le dire est importante mais également, doit être dite fermement. On vient ici, non pas parce que vous avez le droit de venir ici, vous venez ici, vous êtes bienvenu mais c'est une équipe de psychiatrie. On n'est pas là pour des problèmes de pieds, de ventre, de jambes ou je ne sais quoi, ce n'est pas notre spécialité. Et, ça passe, d'autant mieux que l'on a cette façon d'accueillir la personne. Ensuite, dans ma pratique, j'ai une pratique qui n'est peut être pas très classique, très traditionnelle. Vu mon âge, vu mon expérience un peu charnelle, je vais volontiers au contact physique des personnes, ce qui n'est pas usuel et que je ne recommande pas forcément aux jeunes générations. Mais, ça fait partie un peu de ma nature. J'ai une relation, je pense, où je peux être perçu et ça se sait, comme un équivalent de grand-père, pas très méchant, sauf que par moments, il peut montrer les dents et être déterminé. Il n'hésitera pas à dire à la personne, assise sur sa chaise et étant mal assise que, si elle est si fatiguée, il faut qu'elle aille voir un médecin mais que sa place n'est pas ici, et éventuellement, de faire un peu les gros yeux. C'est une forme de pratique, que je me reconnais, qui n'est pas forcément partagée par toute l'équipe mais qui, quelque part, conduit à colorer la manière d'approcher les gens et quelque part, le téléphone arabe, le téléphone africain ou le tam-tam ou le

blabla fait que ça se sait. Après, je suis très très surpris de la puissance des médicaments. On ne peut pas imaginer combien un demi-comprimé d'Atarax 25 a des effets, de même qu'un demi-comprimé de Tercian 25. Alors que lorsque je travaillais à l'hôpital, j'aurais prescrit ça, j'aurais été sûr d'avoir fait erreur. Je pense que le médicament, quand il est prescrit, il est prescrit, ici dans ma pratique, avec mon être qui accompagne le médicament, la relation, mon investissement. Il y a quelque chose de l'ordre de « on va essayer avec vous, monsieur, madame, de tenter de vous aider ». Donc, il y a à la fois un champ qui est de l'ordre de la compassion mais également par moments, je dois dire que les médicaments sont sans efficacité sur des productions hallucinatoires avec des doses, qui en ambulatoire, peuvent être fortes, 10 mg de Risperdal, c'est pas banal, surtout si associé à 300 mg de Tercian, et que j'ai toutes les raisons de croire que le traitement est pris. Donc, le traitement, est à la fois, pour moi, de l'ordre de la rencontre, de la bienveillance, le vieux que je suis qui pourrait représenter une sorte d'équivalent de sage non miraculeux parce que je ne trompe pas les gens et le tout, avec une équipe, qui est attentive, qui me donne l'impression d'être en situation de confiance et qui n'hésite pas à me dire si elle a une difficulté ou non. À ce point, il est arrivé, plusieurs fois, qu'une infirmière chevronnée, puisse me dire : « tu vas voir un monsieur, si celui-là n'est pas un grand psychotique alors je rends ma blouse ». Je reçois la personne, il se passe quelque chose et, il peut arriver qu'elle sorte de ma consultation, sans médication et sans l'agitation psychique qu'elle avait au départ. Tout cela parce que le stress qui perdurait depuis si longtemps a pu peut-être se déposer dans un contexte particulier et révéler un autre aspect de la problématique de la personne qui, par moments, est à mille lieux de nos consultations classiques de CMP. Après, je ne sors pas traumatisé de mes consultations, j'arrive à rentrer chez moi, sans avoir à porter cette violence, de ces gens qui avec leurs deux petits enfants, seront amenés à dormir dans la rue. Je peux supporter ça. Je ne me vois pas accueillir ces personnes chez moi. J'ai conscience de ne pas pouvoir accueillir toute la misère du monde, avec l'équipe et, j'ai conscience aussi que si nous venions, à offrir ce genre d'accueil familial, cela entraînerait un appel d'air catastrophique, ingérable. Par ailleurs, avec l'équipe, nous nous parlons, assez franchement. Nous pouvons avoir des approches telles que les certains y voient un CMP pour les pauvres, d'autres comme on ne ferait pas le boulot pour lequel on est missionné, c'est-à-dire aller davantage pour le psychiatre dans

le monde de rue, et cetera. Ça, ce sont des aspects qui se parlent et qui permettent à l'équipe d'exister en tant que telle.

– *Comment faites-vous avec les personnes non francophones ?*

– La place des interprètes et puis, mon système D : je parle un peu anglais, je perçois un peu l'italien, j'entrevois l'allemand. J'ai donc quelques ressources sous cette forme. Après, lorsque la barrière linguistique est trop forte, j'ai la chance de pouvoir travailler avec des interprètes, qu'ils soient rattachés à une association [avec laquelle on travaille souvent] ou que les interprètes soient de la communauté de la personne en question, ce qui est par exemple, le cas pour les Roms. Alors cette barrière linguistique, c'est quand même un peu cet aspect qui est développé par Mehrabian. Il y a, certes, le contenu des mots mais c'est 7 %, d'après Mehrabian. La tonalité des mots, c'est 38% et puis, la manière d'être de la personne, c'est 55%. Donc, le non-verbal, c'est super important et la notion d'accueil fait que les personnes savent qu'elles peuvent revenir si ça ne va pas, ce qui nous permet de créer une rencontre. Alors quand la symptomatologie est trop criante, ce n'est généralement pas suicidaire. Je croise les doigts mais pour l'instant, il n'y en pas eu. Dans les passages à l'acte violents sur les autres, s'il y en a eu deux, cela doit s'arrêter là. Donc, la notion de l'urgence à comprendre le vocabulaire, je le nuance. Je trouve plus important d'établir une relation qui permettra au vocabulaire de prendre sa juste place plutôt que de vouloir comprendre tout de suite le mot pour pouvoir travailler sur les mots. C'est plus un travail de rencontre, de confiance, qui fait que l'expression psychotique, quand les gens ont des reviviscences, il est extrêmement rare qu'il perdure jusqu'à la consultation.

– *Quel est le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure ?*

– Je n'ai pas les données statistiques, mais je peux dire que le parcours du migrant a évolué parce que nous ne recevons pas la même population. Nous avons reçu beaucoup de Roms et ils venaient, grosso modo par le bouche à oreilles, lorsque ce n'était pas la PASS somatique ou par [une association médicale militante de solidarité internationale]. Il y avait énormément de personnes qui étaient accompagnées par d'autres, qui avaient entendus dire que... Globalement, nous avons des grands fournisseurs, [une association d'orientation, d'hébergement et d'insertion], la PASS somatique elle-même, les psychologues d'une [association médicale militante

de solidarité internationale] qui nous sollicitent pour un avis, le fait que nous travaillons avec des associations qui accueillent ce public, que ce soit [une association caritative] ou des [association humanitaire d'entraide et sociale]. Ce sont les grandes voies. Ponctuellement, [le Centre Hospitalier Spécialisé], notamment par ce que j'ai mis en place une convention avec deux pharmacies privées pour des gens qui ont besoin de traitement et qui n'ont pas de couverture sociale. Je suis très surpris des confrères qui prescrivent de somnifères alors que je n'en prescris jamais.

– *Qu'est-ce qui vous oriente vers une pathologie post-traumatique ?*

– Il est rare que je pose le diagnostic le premier jour. À la première consultation, je peux entrevoir qu'il y a une histoire particulière qui peut expliquer, mais les associations, les parrainages, les avocats, les services sociaux envoient ce mot et le larguent. Les personnes s'attendent à ce que je fasse un certificat, je leur explique que je ne suis pas là pour faire un certificat mais pour voir quelle est leur souffrance et pour ajuster une prise en charge pour que ces personnes aillent mieux. Le parcours de ces personnes dans la durée sont parfois à nuancer. Au début, je peux penser qu'il y a un syndrome de stress post-traumatique contenu de ce que je suppose, de ce que j'entrevois mais ensuite, je m'interroge, de quel stress post-traumatique on parle. Parce que l'on est habitué à voir des personnes, en France, suite à un horrible accident de la circulation, suite à un parcours affectif contrasté, un parcours professionnel, occasionne un moment, marqué comme une date anniversaire, qui fait que les gens disent : « depuis le divorce, depuis le changement de profession, ma vie a été fracassée ». Ici, on a des gens qui ont vécu des violences d'un autre ordre. Là, dans qu'est-ce qui a fait traumatisme, il y a un contexte, par exemple villageois où, les relations entre ethnies étaient telles que, depuis la conception jusqu'au grand départ, il y avait en permanence de l'insécurité. Nous, pour un Français moyen, on dirait qu'il y a de quoi devenir fou. Donc, il y a ce contexte-là et en plus, on vous viole, on vous brûle, on vous égorge, on vous fait tout un tas de choses diverses, c'est vraiment à déborder le vase comme contexte. Donc, quand on parle de stress post-traumatique, il y a plusieurs niveaux : la lame de fond, les éléments qui sont plus violents que d'autres et il y a des éléments qui en plus, pour moi, m'insupportent alors que pour les personnes dans leur culture, cela semble moins les insupporter. Il faut que je fasse attention, que je ne mette pas sur la personne, par exemple, la personne qui a été passée

à tabac et emprisonnée, comme l'élément qui fait stress post-traumatique. Et ça, ça se découvre petit à petit au décours des entretiens. Et ce qui peut faire traumatisme, je pense à un monsieur, avec un parcours extrêmement compliqué. En France, il a un statut lui permettant de travailler, mais il perd l'allocation attribuée pendant la procédure, il perd son logement, il perd un certain nombre de relations parce que les services sociaux le laissent tomber, il se retrouve dehors en difficulté, il a aussi son caractère, son tempérament et ses exigences. Mais, ça lui fait presque traumatisme. Pour certains, ça y est, il a le papier, mais c'est le début de l'avalanche des complications. Fort souvent, il n'y a pas un stress post-traumatique mais une situation, qui est répétée de stress et qui occasionne traumatisme. Ce sont des situations qui perdurent, et c'est plutôt un stress permanent qui perdure et ce n'est pas seulement la catastrophe d'une avalanche. Je trouve que ça, c'est très violent, c'est très violent pour les personnes et c'est là où je m'interroge sur les stratégies d'accompagnement thérapeutique et social dans ce contexte. On provoque des reviviscences alors que l'on pense provoquer des améliorations.

– *Au niveau clinique, quels sont les symptômes que vous retrouvez ?*

– Le premier symptôme que l'on reçoit, c'est maux de tête mais en fait, il a pas mal à la tête comme quelqu'un qui a pris un coup sur la courge, c'est un coup psychique, c'est en fait que dans la tête, ça pense, ça parle, dans la tête, ça revient. Classiquement, c'est troubles du sommeil et maux de tête. Derrière les troubles du sommeil, j'ai régulièrement les reviviscences qui sont extrêmement fréquentes, les troubles alimentaires, mais ces pauvres gens n'ont pas la possibilité, comme moi, de prendre trois repas par jour et les collations recommandées. Ils se retrouvent au quotidien donc c'est difficile de faire la part des choses entre ces troubles de la faim et de la soif. C'est un épuisement qui est extrêmement net. Quand je les accompagne à mon bureau, je regarde comment ces personnes marchent, comment leurs épaules sont placées et cetera. Je vois souvent comment ce corps est effondré. Ensuite, les gens n'expriment pas tout de suite leur souffrance en disant ce qui ne va pas, du moins plus maintenant. Ils ont besoin d'abord de se reposer. Et puis, les productions, je dirais, hallucinatoires auditives sont fréquentes, extrêmement fréquentes, très très riches, non accessibles la plupart du temps à nos neuroleptiques. L'important, c'est d'apprendre aux gens que ce qu'ils vivent, ce n'est pas de la folie, au sens rejetable, mais c'est une souffrance avec

laquelle un bout de chemin peut se faire pour lui donner du sens. Mais, en étant prudent, parce que si on a pu proposer, dans la thérapeutique, aux personnes, de reparler de ce genre d'éléments, il y a des personnes, ça les fait flamber. Il faut être très prudent dans la manière dont on les accueille là-dessus. Les troubles de l'humeur, au sens le désir de mourir, je n'en retrouve pas la plupart du temps. C'est plutôt, « je suis épuisé, j'aspire à bien vivre, mais il vaudrait mieux que cette vie s'arrête ». C'est « je n'en peux plus » lorsqu'il y a la barrière sociale, pas de lieu de couchage, pas de lieu pour être accueilli alors que les gens sont glacés, mal habillés, dans l'humidité constante.

– Quelle prise en charge proposez-vous aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– La première chose que je leur propose c'est de se sentir bien accueilli ici. Il est exceptionnel que des malades ne quittent pas mon bureau sans me tomber dans les bras, c'est un fait. Ce n'est pas que je le cherche, c'est un fait c'est-à-dire je suis fort surpris qu'ils se déposent comme ça, ils déposent une partie de leur problématique de migrant mais là, c'est comme s'ils se permettaient de lâcher prise, de demander à leur papa, à leur maman, je ne veux pas dire un gros câlin, mais une présence. J'accepte cette présence. Je ne me montre pas distant. Au niveau de la crédibilité de « ici, vous serez accueilli », c'est pour moi, super important même si je donne un rendez-vous à une certaine distance, je leur dis « si ça ne va pas, s'il vous plaît, appelez » tout en sachant qu'appeler peut être difficile étant donné qu'ils ont des téléphones qui ne peuvent que recevoir les appels, mais ils peuvent s'en débrouiller. Mais surtout, ils sentent qu'ils ne sont pas rejetés, qu'ils existent dans une relation. Et au niveau des médications, la plupart du temps, ce sont des médications symboliques, sauf si la symptomatologie, il y a des éléments qui apparaissent plus forts, et là je me dois de les aider. Mais, comment peut-on donner à une personne qui dort dans la rue, qui n'a pas de chien pour alerter, comment est-ce qu'on peut lui donner des médicaments qui vont la faire dormir alors qu'autour, elle risque d'être volée, violente, et cetera. Il faut aussi le savoir, c'est assez épouvantable. Est-ce-que nous-mêmes, on accepterait ? Les gens qui sont en communauté ont les désavantages de la communauté, mais les filles qui sont vraiment seules, sont vraiment exposées et elles le savent, elles sont dans la peur.

– Vous ne prescrivez pas d'hypnotiques mais est-ce-qu'il vous arrive de prescrire d'autres médicaments ?

– Je vous le disais tout à l'heure, il m'arrive de prescrire de l'Atarax à dose filée entre ½ et 1 comprimé de 25 le soir pour les aider. Au début, il est exceptionnel que j'introduise d'emblée de jeu un neuroleptique, y compris chez ceux qui ont une production hallucinatoire. Je préfère les revoir de façon assez rapprochée. D'abord, parce que l'on va leur filer une boîte, si jamais je ne les sens pas très bien, qu'est-ce-qu'ils vont faire de cette boîte, est-ce-qu'ils vont la prendre d'un coup, est-ce-qu'ils vont la recommercialiser ? Je ne sais pas, je suis très mal à l'aise avec ça. Pour moi, la plupart du temps, ils ont vécu des choses difficiles depuis des mois, ils ne sont plus à une semaine ou 15 jours près. Je suis plutôt prudent. Ensuite, je trouve que les gens qui ont été blessés sont sur une structure mélancoliforme et il peut m'arriver de prescrire de la Paroxétine, ça, c'est certain. C'est le deuxième médicament que je prescris après l'Atarax. Et puis, chez des gens qui sont sur un registre trop sensitif, il peut m'arriver de prescrire effectivement du Tercian. En ce qui concerne l'hygiène de vie, je fais très attention à la consommation de café, du thé. Et au niveau de l'alcool, j'essaye d'apprécier ce que cela représente. Le cannabis de la rue, mais ce sont de gens, souvent, qui n'ont pas les moyens de s'acheter tous ces produits. Ce sont des produits de voisinage, de rencontre. Quand j'ai à faire à des femmes qui, pour dormir, sont obligées de se prostituer pour avoir une paille pour dormir, c'est plutôt moi qui aurais besoin d'un lieu pour déposer la violence rencontrée que pour ces dames, qui sont dans des trucs épouvantables, mais qui semblent, et je tiens à être très respectueux de ces dernières, momentanément s'en accommoder.

– Est-ce-que vous orientez vers une psychothérapie ?

– J'ai la chance d'avoir dans l'équipe deux psychologues avec lesquels je m'entends bien. Il est hors de question pour moi d'avoir des prises en charge d'une certaine durée sans avoir le lien avec un ou une psychologue. Je peux faire aussi du lien avec [un service de psychothérapie de l'hôpital]. Je me retrouve avec une difficulté : j'ai toujours dans l'idée de permettre aux personnes d'être dans le droit commun, de ne pas être un CMP des pauvres. Les consultations ici ne devraient pas perdurer au long cours. Parfois, hélas, elles perdurent, peut-être parce que j'existe mais c'est une autre affaire. Néanmoins, c'est super important qu'il puisse y avoir en plus du soutien, une analyse, une tentative

de donner du sens avec les psychos. Mais les psychos me font aussi part de la souffrance clinique rencontrée ce qui me permet de reconsidérer la médication. Donc, c'est un très bon partenariat car dans le stress post-traumatique, la médication n'est plus le plus recommandée, ça c'est bien connu, mais compte tenu du contexte de vie de ces personnes, où le monde de la rue est un monde qui perdure, où l'espérance est de plus en plus mise à mal par la longueur des procédures... J'ai des gens que je connais qui sont là depuis six ans en France, ils avaient des petits et puis, les petits sont devenus grands et ils sont confrontés aux problèmes administratifs et ça fait violence dans la famille, et cetera. C'est compliqué, parce que, ça, ça fait traumatisme aussi. Il peut m'arriver aussi d'avoir des personnes qui ont de bonnes relations avec leur généraliste et dans ce cas, je fais très très attention à, avec l'accord des patients, à faire circuler l'information auprès des confrères généralistes. J'ai essayé plusieurs fois de faire des relais avec les psychiatres libéraux, mais je fais davantage de relais avec les CMP qu'avec les psychiatres libéraux.

– *Vous arrivez à organiser des relais avec les CMP ?*

– Oui, on arrive à organiser des relais avec les CMP mais cela vient du fait qu'il y a des internes, qui sont à mi-temps à la PASS et à mi-temps au CMP et puis, d'anciens qui se sont installés. Il y a des relations qui peuvent s'installer, car il y a une connaissance de la problématique, de cette pathologie, de cette souffrance. Et donc, au tout début, le SDF était un mal vu de [l'hôpital psychiatrique] et aujourd'hui, entre autre grâce aux internes, le SDF redevient une personne.

– *Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Les grandes difficultés, parfois, elles sont linguistiques mais c'est un aspect. La deuxième grande difficulté que je rencontre est de type humain : laisser les gens à la rue au mois de février alors que j'ai des gens habitués aux pays chauds, c'est pas une mince affaire. Il y a quelques exigences d'un certain nombre de parrainages qui estiment que l'on ne se décarcasse pas suffisamment pour ces personnes. Le quatrième, c'est beaucoup plus, la chronicité de ce qui est en train de se produire. S'il y a cinq ans, je pouvais dire que c'était rare que je suive quelqu'un plus de six mois. Aujourd'hui, je peux dire que je sais que j'en ai pour un temps certain, parce que les relais ne sont pas si faciles que

ça, parce qu'au niveau des CMP par exemple, la disponibilité des consultations n'est pas si aisée. Mais, il m'arrive d'hospitaliser et je remarque que, parce que je demande des hospitalisations courtes, parce que ce sera une hospitalisation avec quelques symptômes ciblés et que j'accepterais de les reprendre. Alors qu'auparavant, on avait dit que lorsqu'une personne est hospitalisée, c'est au pôle de rattachement de l'hospitalisation qui est responsable de la poursuite du suivi. Il y a aussi une difficulté liée à mon âge. Après moi, le confrère qui prendra la suite après moi, aura déjà une histoire qui a été établie par ces patients avec moi et parfois, je m'interroge sur comment je vais faire pour passer le relais.

– *Vous prescrivez peu mais est-ce que cela vous arrive de vous questionner par rapport à l'observance ?*

– Bien entendu, j'ai plusieurs raisons de m'interroger. C'est l'ordonnance perdue ou dite volée ou les médicaments volés. J'explique que, de toute façon, il existe un marché et que je suis pas dupe. Je dis aux gens qu'ils ont à être prudents parce que c'est comme s'ils avaient des pièces d'or, au travers des médicaments, et ils peuvent se faire casser la gueule. Après, au niveau de l'observance, ce n'est pas la peine pour quelqu'un qui a des reviviscences nocturnes et qui dort dans des conditions précaires, de lui dire qu'il va bien dormir avec ce médicament-là car moi, je ne pourrais pas dormir. Et elle, elle a pas tellement envie de dormir non plus. Ce qui fait traitement, c'est d'entendre, c'est de faire pression sur les services sociaux, c'est de trouver un lieu moins catastrophique où elle serait moins exposée. Je fais attention à l'observance. Après, j'utilise des prescriptions avec des petits symboles pour faciliter. Et encore, hier, je me suis fâché avec un patient qui prend de l'Atarax du soir le matin et il se disait fatigué, il se plaignait aussi d'impuissance sexuelle. J'ai été amené à reprendre sa médication pour bien montrer comment s'est fait et je demande au pharmacien d'expliquer aussi et de vérifier que la personne a compris comment se prenait les médicaments. Je prescris déjà pas beaucoup et je n'ai pas vraiment d'inquiétude par rapport à l'observance alors que d'expérience en CMP, il y avait de quoi s'interroger.

– *Comment est-ce que vous gérez les demandes de certificats pour l'OFPPRA et la CNDA ?*

– Je ne fais aucun certificat puisqu'ils sont faits par un médecin habilité dans le cas de la demande étranger malade. Je peux être amené à faire des certificats lorsque les personnes, notamment celles qui sont très fragiles, sont amenées à être expulsées

d'un lieu d'hébergement. Je ne fais aucun certificat dit de complaisance et j'explique fortement pourquoi, parce que je perds toute crédibilité. Expliquer en amont est capital pour que la personne comprenne qu'un certificat est quelque chose de sérieux et qu'il peut se retourner contre les personnes. Je peux être amené à faire des certificats, je ne les dicte pas à la secrétaire, je fais tout comme un grand y compris pour les attestations de suivi. Il m'est arrivé de faire un certificat pour quelqu'un qui était en centre de rétention, mais j'en fais peu. Récemment, j'ai fait un certificat pour un Albanais, manifestement psychotique, qui a confondu la carte illico de sa mère qui avait été confisquée par la Société nationale des chemins de fer français (SNCF), mais je l'ai fait comme je l'aurais fait pour un Français lambda.

– *Et par rapport aux audiences à l'OFPPRA et à la CNDA ?*

– Oui, il y a des personnes, ça c'est valable pour les entretiens avec les psychos. Il faut être prudent avec les psychos, sur la façon dont ils mènent leurs entretiens, car ce n'est pas la peine de faire flamber les gens. Quand ils seront amenés à, c'est comme un abcès, on ne l'incise pas à n'importe quel moment. Il y a des personnes qui peuvent donner l'impression d'être calmes et posées alors qu'elles sont tenues par une sorte de carapace extérieure. Quand je le sens, je prépare mes malades à ce genre d'audience, je leur dis un peu comment les choses se déroulent et si je les sens trop fragiles, je peux être amené à faire un certificat en attirant l'attention sur cet aspect. C'est pour elle comme pour n'importe qui, mais ce n'est pas parce que ce sont des étrangers. À d'autres moments, au niveau du vocabulaire, je demande à avoir les conclusions qui sont données par les organismes et souvent, je suis étonné par le contenu, il est très performant, extrêmement précis et ils expliquent pourquoi les personnes ont été déboutées. Les refus ne sont pas la plupart du temps liés à la clinique mais plutôt au contexte. Depuis deux ans, je n'ai pas vu de rejet justifié parce que la personne n'était pas authentique. Ce qui est par contre sévère, c'est la possibilité d'accès aux soins au pays même si elle est à 700 km. Alors ça, ça pose problème. De même, par le passé, je demandais rapidement à avoir le récit de vie. Maintenant, je le demande plus tard. Je ne suis pas pressé d'avoir le récit de vie qui, souvent, a été conduit avec une stratégie donnée par le parrainage.

– *Votre pratique a-t-elle changé depuis que vous travaillez sur la PASS ?*

– Je suis peut-être devenu moins physique c'est-à-dire qu'il m'arrivait de raccompagner les personnes

jusqu'à la porte avec la main sur l'épaule. Maintenant, j'ai l'impression que je le fais un petit moins. Peut-être parce qu'au début, avec cette pratique où je me retrouvais comme grand-père considéré comme sage, je l'utilisais comme une sorte de technicité et j'y faisais un peu attention, car je n'y étais pas habitué. Les années faisant, ça se fait peut-être un peu automatiquement, mais je m'intéresse peut-être à autres choses. Je m'intéresse au corps de la personne, au corps souffrant. J'attache beaucoup d'importance à la manière dont la personne place ses épaules, place son cou et j'ai besoin d'être à une certaine distance de manière à pouvoir faire des recommandations auprès d'un médecin traitant. J'ai remarqué que je faisais attention à la place de la douleur. De même que je reste assez attention à la notion de taille/poids et donc l'Indice de Masse Corporelle. J'ai eu de la très grande maigritude, j'en ai un peu moins maintenant, cela me permet d'avoir une idée de si la personne parvient à se nourrir, c'est un des moyens de le vérifier. Parfois, je suis surpris : je vois des gens, qui sont à la rue depuis un mois, disent-ils et, ils sont sapés comme des princes. Cela m'interroge sur la manière dont il existe des réseaux d'accompagnement, car il n'est pas nécessaire de venir, à ma consultation, sapé comme un prince. Les gens font très attention à leur hygiène globalement. J'ai aussi pris plus conscience que les gens qui ont besoin de se protéger, ils sont armés, pas au sens d'un pistolet, mais ils sont armés pour se protéger. Ce n'est pas une intentionnalité de l'utiliser. J'ai un petit souci ici, l'équipe infirmière, l'assistante sociale, les internes sont sympas et je ne voudrais pas que les gens ici flashent trop. Il faut aussi trouver un équilibre, trouver une distance par rapport à ça. Cela fait partie de mon travail, car il y a une quête d'exister par un autre et puis, l'idée que faire un enfant à une Française, cela permettrait d'obtenir les papiers plus facilement. C'est un peu piégeant, je le dis aux patients.

– *Vous parliez tout à l'heure de l'accueil et du fait que les gens soient bienvenus, est-ce-que vous pensez qu'il a des compétences ou des qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Je pense que c'est un métier qui n'est pas destiné à tout le monde. Il faut un peu de maturité pour ne pas trop donner de soi. Il faut savoir donner de soi, intensément, dans le temps professionnel, mais il faut savoir rentrer chez soi sans être trop marqué parce que c'est effroyablement violent, ce que l'on

rencontre. J'imagine un ou une professionnel qui vient d'avoir un enfant et qui, dans son travail, est amené à voir un patient avec un ou des enfants en difficulté. Il aurait envie de faire tout un tas de trucs mais c'est oublier que ces gens ont des capacités, malgré tout, alors qu'on va dire qu'ils n'ont pas de capacités. Ils sont en grande difficulté mais c'est important de ne pas être dans le passage à l'acte, à trop vouloir tout faire. Comment prendre l'ascendant ? Parce que quand la grande misère prend l'ascendant sur nous, on se retrouve complètement débordé. C'est une question de tempérament. La nécessité de travailler en équipe, savoir travailler en équipe. Les équipes sont contrastées, cela dépend du climat que l'on crée, de la confiance. Je pense que le médecin, qui est ici, c'est important qu'il soit réactif c'est-à-dire que s'il sent une collègue en difficulté, que la collègue puisse venir déposer vite. Il faut vraiment être proche et chaleureux. Comme autre qualité que je vois, c'est accepter une certaine durée, c'est s'engager dans une certaine durée parce que les personnes qui sont là ne déposent pas les choses n'importe comment. Il ne faut pas le faire trop vite. Et puis, d'autre part, il faut avoir une certaine bouteille car si on ne l'a pas, on risque d'arriver au conflit. Il faut que quelque chose nous conduise à faire qu'on se sente bienvenu. On est dans une situation assez posée, assez calme et on a à faire à une personne qui est quelqu'un. Si non, je ne suis pas du tout sûr que ça va bien se passer. Au niveau de l'équipe infirmière, c'est aussi savoir faire équipe. Ne pas avoir d'a priori sur le monde de la précarité : la précarité, c'est un monde qui sent mauvais. Parce que dans le monde de la ville, le syndrome de Diogène, ça existe. Ici, les gens ne sont pas comme ça. C'est très particulier. Alors, c'est un cadeau de travailler ici : voir comment les gens, presque malgré tout, arrivent à avoir de l'énergie pour survivre alors que nous, avec nos petites misères, il nous arrive d'en faire des plats. C'est quand même interrogeant. Je n'oublierai jamais que le jour de mon anniversaire, une dame est venue et m'a laissé un gros gâteau, ça m'a touché. Il y a une puissance de vie, c'est incroyable, quand tu vois ces petits gosses qui jouent dans la salle d'attente, à quelle vitesse ils apprennent le français. Après, ça fait violence de voir que, par moments, les parents utilisent des enfants de sept ans pour dire les conflits conjugaux, des misères sociales et cetera qui ne peut que déstabiliser les enfants qui devraient penser que le couple parental, même s'il est sous la tente, ça tient. J'ai essayé de sensibiliser mes collègues de l'infanto-juvénile mais...

– *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population (c'est-à-dire des migrants avec un parcours d'asile et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– D'abord, je trouve qu'au niveau des procédures, elles sont interminables, elles ne devraient pas durer aussi longtemps. C'est violent ce que je vais dire mais le système fait du sadisme. Deuxièmement, il serait nécessaire d'avoir, au niveau des interprètes, une sorte d'aide parce que c'est violent, pour moi, de travailler avec les interprètes. Ils entendent des choses qui sont éprouvantes et ensuite, ils rentrent chez eux. Il n'y a pas de débriefing avec les interprètes et ça, je ne trouve pas ça normal. Quelle formation ils ont ? Ils maîtrisent une langue et ils sont payés au lance-pierres. Parce qu'un certain nombre sont des jeunes mamans ou tout simplement des êtres humains et entendre les violences, c'est pas agréable et comment on fait pour mieux dormir et pour ne pas les emmener chez soi. Cela peut jouer au niveau de l'interprétariat, l'interprète qui entend des choses trop dures, comment elle fait, comment elle va les traduire. Si on a pas le temps de discuter de ça, on va droit dans le mur. Après ça, au niveau des organismes comme [ces associations d'orientation, d'hébergement et d'insertion], par moments, on n'a pas de référent. On essaye d'organiser des réunions pour savoir comment on pourrait fonctionner mieux, mais ce sont des organismes qui sont écrasés de demandes et qui par moment se protègent. On leur dit : « maintenant, vous les faites dégager et si vous ne le faites pas, vous ne faites pas votre boulot ». On a à faire à des êtres humains. Je parle du travail avec les partenaires. Au niveau de la loi, ce n'est pas parce que l'on est dans la rue, que la loi ne s'applique pas, elle est valable pour tout un chacun. Alors quand les organismes, les partenaires qui font de l'accueil de jour, ont un étranger qui fait le scandale et qu'il y a un seuil de tolérance par rapport à lui et qu'on laisse faire, ça s'est pas normal. Mais, ils ont des moyens relativement limités et après ça, ça nous revient et on constate qu'il y a des dispositions qui sont prises alors que la personne pourrait bénéficier d'une douche ou autre et ça s'est ennuyeux.

– *Qu'est-ce que vous pensez de l'idée d'ouvrir un lieu spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Au niveau des profils recherchés, aujourd'hui, si j'avais un lieu spécialisé pour ça, qui enverrais-je ? Je les envoie tous... Ce qu'il faut savoir, ici, c'est que nous sommes des privilégiés. Ce qui se fait [ici] est peu conforme à ce qu'il se fait ailleurs. Il y a un état de fait, c'est que nous avons des moyens que les

autres n'ont pas. Il y a des PASS où il y a un mi-temps d'assistante sociale, point, à la ligne. Alors que l'on pense qu'il y ait une disposition pour prendre en charge ces gens-là, je peux imaginer, c'est absolument nécessaire qu'il y ait une sorte de culture d'équipe pour pouvoir faire ce travail. Ici, je trouve que l'on a quand même des moyens. Et puis, on a une oreille attentive de notre administration.

– Souhaitez-vous aborder un point que nous n'aurions pas traité et qui vous semble important ?

– Le somatique, c'est quand même quelque chose de compliqué. J'essaye d'orienter vers mes collègues de la PASS. Certains soins nécessitent un certain niveau de prise en charge. Il y a une disparité : nous, ici, c'est gratuit et ils en bénéficient ; là-bas, certains soins sont gratuits mais pour d'autres, il faut avoir un certain niveau de prise en charge. Or, on peut laisser traîner des histoires somatiques de manière inopportune et ça, ça me gêne beaucoup. Parce que quand la personne me dit que ça la tord au niveau du ventre, on se dit que ce serait bien qu'elle ait une IRM. Que des gens aient des traumatismes cérébraux parce qu'ils ont été cognés, il faudrait conduire à bien un bilan. Mais ce n'est pas possible, car il n'y a pas de prise en charge et ça, ça me pose problème, par respect pour ces personnes. On n'a quand même aussi, au niveau des cours de français, il y a aussi à mettre un peu le forcing. Parce que je trouve un peu étonnant qu'il y en ait qui sont là depuis plus de trois ans et qui ne connaissent pas ou très peu le français. Il faut leur mettre un peu la pression. Ce n'est pas normal que ce soit leurs mouflets qui fassent la traduction.

– Merci d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien.

Entretien n°2 (E2)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

– Pas ces 30 000 mais d'autres, oui mais, pas ces 30 000. Par contre, ce que l'on perçoit dans l'activité, je ne sais pas s'il y a une forte augmentation des Congolais, des pays de l'Est par rapport à il y a quelques années. Par rapport à il y a 15 ans, oui mais, par rapport à il y a six-sept ans, je ne crois pas. La forte augmentation que l'on perçoit, c'est les, tous les, relocalisés de Calais ou d'autres lieux. Donc, on a des gens du Soudan, des gens que l'on avait pas du tout avant. Ça, oui, ça, on le perçoit fortement. On a une augmentation de l'activité, oui, mais il y a surtout un changement de public. On avait beaucoup de géorgiens, vraiment beaucoup. C'était assez compliqué à gérer avec des tuberculoses multi-résistantes, avec des hépatites, avec des addictions importantes, des jeunes. Depuis 4-5 ans, enfin, 3-4 ans, on avait même fait des thèses là-dessus car ça posait des difficultés de prise en charge sur certaines situations et là, on n'en a plus par exemple. Les publics changent.

– Et donc, depuis 3-4 ans ?

– On a toujours du côté Congo, Angola, ça clairement. On a plus, on a une augmentation du côté du Nigeria, je trouve, ça c'est subjectif. Enfin, après, j'ai des chiffres très précis que l'on peut aller rechercher dans le bilan d'activités. Moi, je trouve que la question Rom est stable, on a pas d'augmentation des Roms roumains, mais on a plus de Roms du côté de l'Albanie. Par contre, la plus grande évolution pour nous, c'est les Albanais, c'est ce côté-là que l'on avait très, très peu il y a six-sept-huit ans. Mais depuis deux-trois ans, on a beaucoup d'albanais. Arménie, c'est à peu près stable, on a quelques familles qui arrivent régulièrement, mais il y a quelques années aussi. Géorgie, ça s'est tassé, Ukraine aussi. C'est plus, le côté Balkans et le côté Afrique, cela me semble subjectivement assez

stable. Je n'ai pas le sentiment d'une explosion même si, globalement, je pense qu'il y en a quand même plus au total. Mais, c'est aussi subjectif.

– Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– Nous, on en voit beaucoup. Moi, j'en vois, que j'estime être des syndromes de stress post-traumatiques qui, en général, sont confirmés par le psychiatre avec qui je travaille. Mais, je, j'ai le sentiment, moi, d'en voir, alors beaucoup. C'est pareil, tout est relatif, c'est qu'ils prennent beaucoup, enfin, psychiquement, ils nous prennent beaucoup, alors, on a l'impression d'en voir beaucoup. Est-ce-qu'en termes de nombre, c'est énorme, je ne sais pas. En tout cas, clairement, des gens qui ont subis des traumatismes graves, clairement, qui, souvent, n'ont pas l'asile. Moi, je n'ai jamais vu de relation entre les traumatismes que je vois et perçois, en termes psychiques et en termes physiques, et l'asile. Je vois des gens, que je trouve, qui ne vont pas mal, qui ont leur asile. Voilà, alors, après, ils ont des histoires que je ne connais pas, bien sûr. Et puis, d'autres, qui ont des gros, gros syndromes de stress post-traumatique qui n'ont pas l'asile, comme s'il y a des troubles de la mémoire et cetera qui fait qu'ils ne peuvent pas, finalement, obtenir l'asile. Donc, là encore, j'ai quelqu'un qui essaye de... La grosse différence, la grosse évolution pour nous, c'est les déboutés, il y en a quand même beaucoup, et surtout les refus de la préfecture des titres de séjours pour raisons de santé, où, là, il y a deux-trois ans, étaient obtenus pour les gens, qui ont des pathologies évidemment, à 80-90 %, j'en sais rien. Et aujourd'hui, on arrive à des chiffres, qui sont proches de zéro si ça continue. Comme, s'il y avait, c'est le sentiment que l'on a, je reste prudent, comme si de toute façon, s'il vient du Congo, il a accès à tout, s'il vient de Géorgie, il a accès à tout. À partir de là, de toute façon, quel que soit l'avis du médecin de l'ARS, c'est non. Voilà, et tout coup, les gens font des recours aux tribunaux, il y a des levées du secret médical et ça permet plus facilement de dire non, c'est le tribunal qui dit non. C'est le sentiment que l'on a. Et ça, c'est une grosse différence qui nous pose problème parce qu'il y a

des gens qui ont des gros syndromes de stress post-traumatique, qui sont dans la rue, qui ont la peur de retourner au pays, en se disant que si on les cueille à Brazzaville, à la sortie de l'avion quand ils arrivent et qui sont vraiment dans de la terreur. Eh bien, on est bien démunis. Là, cet après-midi, on m'interpelle pour un certificat, pour un gars, voilà, qui réclame son certificat. Je lui ai dit que ça ne changeait pas grand-chose, car il y en a déjà eu du psychiatre, et qui panique. On est pas à une semaine près de toute façon, et il panique, c'est la panique. Donc, ça c'est vraiment des choses que l'on voit. Et là, on travaille très très bien avec l'équipe psychiatrie précarité.

– Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs mais aussi les somatisations. Qu'en pensez-vous ?

– Voilà, nous, c'est un gros, gros souci, on a beaucoup, voilà, typiquement, ce type de tableau clinique, de douleurs articulaires, de douleurs musculaires, de céphalées bien évidemment. Avec des tableaux cliniques où les gens ont des multiples examens pour être sûrs qu'ils n'aient rien. Et en fait, moi, j'en conclus que c'est du post-traumatique mais sans qu'on arrive à faire élaborer aux gens que c'est ça. Ça c'est très dur. Il y en a qui arrivent à élaborer un peu mais d'autres, je leur explique que leur corps parle, parce que c'est trop dur psychiquement, et que donc le corps, il réagit mais qu'ils sont en tension musculaire. Mais c'est une explication qui ne leur suffit pas forcément parce qu'ils demandent à être soulagés alors qu'on n'est pas dans la capacité de soulager. Tant que le problème de syndrome de stress post-traumatique, ou en tout cas la sécurisation de l'hébergement, du titre de séjour, n'est pas là. Une fois qu'il y a cette sécurisation, ça ne veut pas dire que les choses se règlent, il y a toujours ce syndrome de stress post-traumatique, mais déjà ça pose les choses et les gens ont moins mal. On a beaucoup de consultations qui sont liées au fait qu'il y ait une absence d'hébergement ou une absence de papiers, qu'on n'aurait pas s'il n'y avait pas ces deux problèmes.

État des lieux

– Pouvez-vous me parler de votre équipe et des personnes extérieures, telles que des interprètes, intervenant éventuellement dans votre structure ?

– Dans notre équipe, on a deux praticiens hospitaliers. Alors ce que je ne vous ai pas précisé tout à l'heure, c'est qu'on est donc deux praticiens hospitaliers sur ces problématiques, il y a bien sûr,

d'autres personnes. Mais que, du coup, et c'est important dans l'organisation de la PASS, on n'a pas de créneaux PASS. Ce n'est pas le lundi matin ou le mercredi après midi. J'ai mes jours de consultations sur rendez-vous, j'ai VIH, hépatites, PASS, addictions, voilà... Et ça, c'est quelque chose auquel je tenais, que dans la salle d'attente, il y ait tout le monde, que les gens ne soient pas fléchés : je viens pas parce que je suis pauvre ou parce que je ne viens pas parce que j'ai un problème de toxicomanie, voilà, je viens dans ce service de médecine interne-maladie infectieuse dans lequel il y a tout ça. Ça a des avantages, des inconvénients. Parce que, du coup, c'est moins visible, pour faire des statistiques c'est beaucoup plus dur. Quand je vois quelqu'un pour le VIH, en grande précarité, toxicomane et autre, je le mets dans quelle file active ? Ça pose des problèmes de visibilité, mais je pense que pour les gens c'est bien plus fonctionnel. Là, je ne consulte pas cet après-midi mais si j'ai une urgence après vous avoir vue, je verrai quelqu'un. S'il y a quelqu'un que je dois voir pour éviter qu'il passe aux urgences, donc on essaie d'avoir cette souplesse-là en termes d'organisation. Les gens qui viennent sans rendez-vous, au Point Santé, c'est deux fois par semaine, des petits créneaux horaires, sans rendez-vous. Ici, c'est sur rendez-vous. Mais si quelqu'un débarque et que j'ai quelqu'un qui n'est pas venu, que j'ai de la place ou autre, je le vois. Si je ne peux pas le voir, c'est sur rendez-vous. Si c'est une urgence, c'est une urgence ; si le Point Santé est ouvert demain sans rendez-vous, on s'arrange comme ça. Un gros tri est fait par l'infirmière. Donc ça, c'est deux médecins, ici. Au Point santé, vous verrez, il y a une dizaine de médecins, ou quatorze, je ne sais plus, un certain nombre de libéraux, de médecins praticiens hospitaliers qui assurent des permanences. Donc normalement, il n'y a pas de suivi. Si, au Point Santé, les gens viennent deux, trois ou quatre fois, on les renvoie ici sur rendez-vous pour avoir un suivi. Au Point Santé, à une époque il y avait beaucoup trop de monde, on recevait les familles de demandeurs d'asile, mais on a arrêté ça en disant aux familles de demandeurs d'asile que, pour mettre à jour leur carnet vaccinal, il n'y a pas besoin de venir sans rendez-vous au Point Santé, on vient ici sur rendez-vous et on fait le point complet. Particularité : on fait tous les dépistages ici. C'est-à-dire que dès qu'on les voit, on dépiste la tuberculose, le VIH et hépatites..., on traite les MST s'il y a besoin. Si on découvre une séropositivité VIH, on va la traiter complètement, on ne renvoie pas à un spécialiste parce qu'on est spécialiste là-dedans. Hépatites c'est pareil, donc l'hépatite C,

dans la rue, toxicomane, on les traite sans qu'il n'y ait besoin de voir quelqu'un d'autre que l'un de nous. C'est quelque chose qu'on trouve très important. Tuberculose c'est pareil, on travaille avec le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) qui est rattaché au service. On a un dermatologue qui est rattaché au service aussi donc on a un panel qui est quand même très pratique. Après on a les infirmières. On a depuis maintenant trois ans, avant c'était insuffisant, maintenant, on a 1,25 ETP d'infirmière qui fait un temps plein fonctionnel. On a tous les jours une infirmière, sauf exception, même en période de vacances. Les infirmières reçoivent beaucoup de gens qui débarquent sans rendez-vous et qui veulent voir le médecin. Donc, elles peuvent évaluer qu'est-ce qui se passe : ah, l'ordonnance ne va plus, elles nous passent un coup de fil s'il y a besoin, entre deux rendez-vous. Elles font un très gros travail de tri et puis, plus tous les vaccins, et cetera. On a deux infirmières du coup et on a deux assistantes sociales. C'est pareil 1,25 ETP ce qui nous mène à toujours une assistante sociale, qui n'est pas ici, qui est juste à l'entrée de l'hôpital mais c'est pareil, il suffit qu'on se passe un coup de fil, ils prennent l'ascenseur et on y est. Et puis une secrétaire à mi-temps ce qui est nettement insuffisant au vu de l'augmentation de l'activité. Voilà l'équipe, plus les infirmières qui donnent un coup de main sur le Point Santé, plus les médecins libéraux qui nous donnent un coup de main sur le Point Santé. Après, on a aussi des partenaires purement santé : l'EMPP, [une association spécialisée en addictologie], ce que je ne vous ai pas dit c'est que sur l'addiction, on va travailler [dans les locaux de l'association] : on fait des consultations avec une convention, ce qui permet aussi de traiter les hépatites à partir [de là-bas], donc, [cette association] avec un CAARUD là-bas sur place, mais qui s'est un peu délocalisé car un public en chasse un autre : ils ont plus de demandeurs d'asile donc les toxicomanes s'y retrouvaient plus, donc ils ont dû se délocaliser aussi ont été délocalisés. Donc, ça amène des gens qui accompagnent. Sur la santé, on travaille avec [une association de prévention des addictions] Et puis, depuis un an, avec une association de podologues, de pédicure podologue. On fait des soins et on va le développer, théoriquement dans le projet cette année, le développer ici aussi. Voilà sur la santé. Après, on a plein de partenariats. Bien sûr pour la question de l'hébergement. On a, à la PASS, deux fois par an, on a des comités techniques, depuis plusieurs années, qui se réunit, avec des gens d'un peu tous les services et puis, de l'extérieur et sur un thème. Voilà pour les évolutions d'organisation. On

a travaillé sur la réforme du droit d'asile avec [un intervenant extérieur] et l'assistante sociale. On travaille avec plein de partenaires. L'avantage [d'ici], c'est que c'est petit par rapport à [d'autres villes] Donc, on se connaît tous, on passe un coup de fil, on organise des choses avec les gens qu'il y a. C'est plus petit, c'est un peu la clef. Et puis on se connaît depuis des années, pour certains, ça fait déjà plus de 20 ans. Donc, on a appris, au fur et à mesure, un certain nombre de choses et puis, on a eu des événementiels. Mais on fait des choses, on a tissé au fur et à mesure. Et la PASS est bien plus connue à l'extérieur de l'hôpital qu'à l'intérieur, malgré tout le travail de formation qu'on fait à l'intérieur. Malgré tout ça, la PASS reste plus connue par les partenaires extérieurs que par l'intérieur.

– *Comment est-ce que vous faites avec les patients non francophones ou parlant peu français ?*

– Comme on peut. On fait très rarement appel, si c'est votre question, à des interprètes professionnels. C'est très exceptionnel, car il faut organiser, il faut que les gens soient là... Donc, on fait un peu comme on peut. En psychiatrie, ils font appel. Nous, on a beaucoup utilisé ISM à une période, quand c'était pris en charge pour le VIH, hépatique y compris le dépistage et la prise en charge, avec la tuberculose à l'époque. Mais, maintenant, c'est que le dépistage théoriquement qui est pris en charge. Donc, on l'utilise moins, enfin, ça arrive de l'utiliser, après, il faut payer. Le problème, c'est la prise en charge financière, c'est l'hôpital qui paye, donc il ne faut pas ça déborde. On a des petits moyens, le livret INPS même si on l'utilise moins maintenant. Et on a deux choses, c'est Google Traduction et surtout, on a un outil, qui est Traducmed. Les réponses, c'est binaire, c'est oui/non mais cela permet de commencer quelque chose, d'élaguer les choses même si ça ne fait pas un entretien psychiatrique bien évidemment. Mais, ça aide beaucoup, maintenant, il y a des applications iphone et cetera. Maintenant, c'est reconnu par l'ARS, donc c'est un outil que l'on utilise, nous, parce qu'on a une histoire et parce qu'il nous est utile. Mais c'est pas suffisant, bien évidemment. On fait un peu comme on peut. La traduction avec des amis qui viennent traduire, on n'aime pas du tout quand c'est les enfants. Quand il y a pas d'autres solutions, on fait le minimum avec eux. Et puis, bien sûr, on a une liste de gens qui parlent une langue étrangère à l'hôpital, les professionnels que l'on interpelle. Mais, ça pose parfois des difficultés aussi. Ce n'est pas parce que l'on a un tchétchène qui parle russe et que l'on a un russe qui vient traduire, cela peut poser problème ; ou un Roumain avec des Roms, ça peut

poser des problèmes aussi. On essaye de prendre en compte ces difficultés-là mais parfois, on fait des erreurs, forcément. Donc, on essaye d'en parler quand il y a des erreurs, on en parle avec les gens, bien sûr.

– *Quel est le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure ?*

– C'est la majorité les migrants avec un parcours de demande d'asile. On en a très peu qui viennent pour se soigner en France. On en a, ça existe, mais, c'est négligeable. Des visas touristiques, des gens qu'on voit avec un visa touristique en première consultation, c'est 2% de nos consultations. Ça existe mais en général, ils ont des grosses pathologies. C'est majoritairement les associations, le réseau social et médico-social, peu l'hôpital, très peu les libéraux. Et puis le deuxième grand axe, principalement, les associations. Ici, c'est [une association caritative] qui a l'agrément, l'Espace Solidarité, les centres d'hébergement, etc, eux, ils nous connaissent par cœur, ils nous en adressent beaucoup. Et puis, après, c'est de bouche-à-oreille. Et puis, les CADA, bien sûr, les gens relocalisés, ils passent par les CADA, ils nous les envoient et là, on travaille pour que les gens, quand ils ont déjà leur CMU et autre, ce soit vraiment en médecine de ville et pas ici. Et puis, il y a les mineurs isolés avec le conseil départemental qui est une partie, ils ne sont pas très nombreux et puis ce ne sont pas tous des demandeurs d'asile.

– *Qu'est-ce qui vous oriente vers une pathologie post-traumatique ?*

– On les repère surtout au fait qu'ils ne vont pas bien, qu'ils se plaignent de plein de choses, physiques, de mal de tête, de pas dormir, et cetera. Donc on les interroge sur les questions un peu de base, sur les cauchemars, sur les réminiscences..., sur la peur du policier, sur l'impression de devenir fou. On interroge un peu là-dessus et puis, on les oriente très rapidement. Alors, je dis, on les repère facilement, ceux qu'on repère, mais il y en a peut-être plein que l'on ne repère pas, qui ont des syndromes de stress post-traumatique et que l'on ne repère pas, qui sont plus inhibés, c'est tout à fait possible. Donc, quand on les repère, rapidement, on demande à l'équipe santé mentale de les recevoir, mais ils sont débordés. Le problème, enfin, les infirmiers les voient assez vite, le médecin, il a beaucoup de travail, il a un temps de travail sûrement insuffisant par rapport aux besoins. L'autre difficulté que l'on a, c'est toutes les demandes de déboutés qui viennent pour, parce qu'ils sont

déboutés et qu'ils vont mal. Quand ils vont mal, ils demandent le titre de séjour pour raisons de santé comme je disais tout à l'heure. Du coup, on fait beaucoup de demandes parce que par définition, les gens sont concentrés ici. C'est pas parce que l'on fait plus de certificats que d'autres, mais parce que les gens sont concentrés ici forcément. Ils savent que l'on va prendre le temps de le faire, d'aller voir le dossier comme il faut, de faire des choses complètes. Donc, ça effectivement, on a beaucoup de consultations liées à ça. Et puis, il faut le renouveler tous les six mois ou tous les ans. On a la consultation qui est parfois un peu embolisée par ces questions-là et qui pourraient être faites différemment. Et on a la grosse difficulté qui est la question du médecin traitant, la PASS médecin traitant, c'est une grosse question, que l'on débat. La question étant, est-ce-que la PASS peut être médecin traitant, justement avec ces publics-là. C'est vrai que l'on signe un certain nombre de papiers de médecins traitants, ce qui est discutable, car ce n'est pas le rôle de la PASS. Alors, ça embolise d'un côté mais, en même temps, redemander aux gens de raconter leurs vies, etc, quand ils vont mal, de recommencer avec un autre où ils ne vont pas être mis en confiance, c'est très traumatique aussi. C'est en rajouter. Donc, on a vraiment, ces questions, vraiment éthiques, sur ces questions médecin traitant et PASS, qui embolise le dispositif et en même temps... [Il y a] une thèse si ça vous intéresse là-dessus qui date d'il y a quelques années maintenant, avec des chiffres qui montraient qu'au bout de 2 ans, il restait 10% de la file active de deux ans avant qui était encore à la PASS. Ce qui veut dire que 90% n'y étaient plus. On trouvait que c'était quand même pas mal sauf que 10% par an, au bout de 10 ans, ça fait beaucoup de monde. Il y en a, on bascule au bout de 3-4-5 ans, parfois, il faut du temps. Mais, ce qui était très intéressant, c'est qu'il montrait, dans sa thèse, il a fait une partie quanti et puis, il s'est dit, je vais aller plus loin, il a fait une partie quali avec une méthode qui est plus sociologique que médicale mais qui est, du coup, intéressante, et finalement qui montrait qu'il y a des patients que l'on renvoie dans le droit commun, qui retournent dans le droit commun mais qui ne sont pas acteurs de leurs soins, c'est pour nous faire plaisir, parce qu'on les a accompagnés, on les a poussés ; d'autres, qui restent à la PASS, qui réclament de rester à la PASS et qui sont acteurs de leurs soins. Et puis, l'inverse aussi, il y a des gens actifs et qui ne veulent pas rester à la PASS parce que c'est stigmatisant et ils sont actifs pour en sortir. Mais, il y a des gens, qui restent à la PASS et c'est vraiment une démarche active de soins. Qu'est-ce-

que ça signifie de les obliger à passer dans le droit commun puisque le but, c'est qu'ils aillent mieux. Voilà, ce sont les questions éthiques que l'on se pose et qu'on débat.

– Quelle prise en charge proposez-vous aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Nous, ce que l'on peut faire, c'est avoir une approche la plus humaine possible, de recevoir les gens, de leur dire qu'on comprend leurs souffrances, enfin ne pas leur faire du mal, la relation humaine. Les examens, on est vite coincés, enfin si les examens paracliniques reviennent tous normaux, au bout d'un moment, quand est-ce-que l'on s'arrête, quand est-ce-que l'on dit stop ? Ils réclament telle chose, mais j'ai mal au ventre. J'ai encore quelqu'un, hier, qui voulait un scanner du ventre et enfin, on a tout fait, ça ne sert à rien. Je lui dis non, ce n'est pas lui rendre service, il faut que l'on arrive à travailler sur autre chose. Donc, on essaye d'avancer avec les gens. Et puis, en parallèle, enfin en complément, de travailler avec l'EMPP ou la psychiatrie de liaison ici, lorsque les gens sont hospitalisés, mais, avec des moyens qui sont vraiment insuffisants pour les équipes, comme je le disais tout à l'heure. Et puis, avec ce sentiment aussi, que l'on est là et que l'on essaye de pallier, comme on peut, à des réalités sociales. Il y a des droits, il y a une réglementation à la fois pour l'asile et à la fois pour l'hébergement et on essaye de pallier à des carences législatives ou de moyens. On ne pare pas du tout d'ailleurs parce que l'on n'a aucun moyen d'action et puis, ce n'est pas notre rôle sur la question titre de séjour et d'hébergement. Mais, voilà, on essaye de faire du lien, de débloquer des situations qui sont bloquées à la Préfecture avec l'assistante sociale, de...que les gens se sentent pris en compte, en essayant de les mettre dans l'illusion que l'on va régler leurs problèmes. C'est toute la difficulté de l'équilibre là-dedans, en leur disant bien, enfin on essaye de travailler sur une préparation au retour, d'essayer mais pour une immense majorité, c'est impensable, enfin, pour l'immense majorité que l'on voit, ceux qui viennent régulièrement, les autres, on ne les voit pas.

– Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Les difficultés, c'est que le syndrome de stress post-traumatique, je ne suis pas sûr qu'il se guérisse. On est dans la prise en charge à long terme des gens,

donc la question, c'est de soulager les gens. Il y a plusieurs choses. Il y a la périphérique qui aggrave leur syndrome de stress post-traumatique parce qu'il n'y a pas de titre de séjour, il n'y a pas d'hébergement, enfin les deux grands axes. Même s'il y a d'autres problèmes, on trouve ces deux grands axes-là. Le manque de moyens par rapport à ça et puis, une volonté politique de dire : les gens déboutés, ils doivent repartir et puis, il ne faut pas les héberger. Et il ne faut pas trop les aider, sinon, ils vont venir et voilà ...toute cette ambiance-là qu'il faut vivre, qui nous prend psychologiquement aussi tout en prenant du recul par rapport à ça bien-sûr. Il ne faut pas être non plus dans l'émotion en permanence, mais il ne faut pas non plus être froid. C'est ce que demandent les gens d'ailleurs, dans les co-formations, c'est très clair. Et puis, après, il y a la question des moyens de prise en charge et là, c'est plus la psychiatrie, je ne sais pas, des approches de type EMDR, on n'a pas ou il faut payer et il faut bien parler français. Donc, on oriente très peu voire pas. Moi, j'ai quelques patients orientés en EMDR sur la question de la toxicomanie, de stress post-traumatique, qui sont toxicomanes, qui sont français, qui ont les moyens, mais voilà...Ce public-là, je n'oriente pas, je n'y pense même pas du coup. Je ne vois pas comment ils vont payer, comment ils et puis, leurs pensées, leur priorité, elle n'est pas encore là. Leur priorité, elle est déjà de stabiliser leurs situations et après, on peut travailler le reste.

– Vous parlez de rédactions de rapports médicaux dans le cadre de la demande étranger malade, est-ce-que cela vous arrive de rédiger des certificats par rapport aux audiences à l'OFPPRA et à la CNDA ?

– Oui, mais alors sur le plan psychique, pas beaucoup, sur le plan physique, quand il y a des cicatrices et autres. Alors, moi, je les envoyais beaucoup à « Droit Éthique », parce que moi, je ne suis pas médecin légiste. Donc, « Droit Éthique » avait arrêté de prendre les non-lyonnais. Depuis un ou deux ans, ils ne prenaient plus. Je viens d'apprendre que l'on va pouvoir retravailler avec eux, en dehors de l'hôpital. On va pouvoir reprendre, parce que eux, ils prennent le temps, mais ils les voient entre le rejet de l'OFPPRA et la CNDA. Moi, quelqu'un qui a des cicatrices, quelque chose de vraiment important, eh bien, je décris les cicatrices, mais je ne fais pas la relation entre leur histoire et ça. Je fais un certificat très descriptif, parce que je n'ai pas les moyens de le faire, je ne peux pas vérifier, je mets « compatible avec un objet contondant ou un coup de couteau ou ... » mais je ne connais pas leurs histoires. D'ailleurs, je ne vais pas

chercher leurs histoires, parce que je pense que c'est encore traumatisant pour les gens et que ça ne change pas ma prise en charge médicale.

– Avez-vous modifié votre façon de travailler depuis que vous travaillez avec ce type de public ?

– Comme j'ai monté le service, j'ai eu cette chance de pouvoir monter le service comme il est aujourd'hui, donc, j'ai une vision qui est un peu biaisée, j'ai toute l'histoire. Quelqu'un qui débarque comme ça, il aurait peut-être d'autres idées... Moi, je ne sais pas si j'ai évolué ou si le public a évolué, peut-être. Mon évolution est peut-être plus au niveau de la co-formation, le travail avec le public, à partir de ce que pensent ces publics pour adapter nos systèmes de prise en charge. Pour moi, c'est fondamental. Je suis convaincu que tant que l'on fera des dispositifs, des prises en charge, pensés par les professionnels, des universitaires sans que ce soit penser avec, je ne dis pas qu'il ne faut pas qu'ils pensent, enfin que leurs idées ne sont pas bonnes, mais tant que ce n'est pas travailler avec les gens, on passe toujours à côté et parfois, on fait même des choses très délétères. Quand, c'est pensé ensemble, c'est beaucoup plus intéressant. Et moi, j'évolue avec la pensée des gens. On a fait un petit livret récemment, il faut que je vous le passe [...] On s'était dit : il faut absolument que tous les professionnels, pas forcément ceux qui sont intéressés par cette question, puissent se questionner. Le but, c'est que ce livret, il traîne, dans les salles de café...et que les gens se questionnent, ils sont d'accord ou pas d'accord, mais il faut qu'ils en parlent. Mon évolution, elle est à partir de ce que pensent les gens. Pour moi, j'essaye d'évoluer en fonction de ce qui ressort de ça, c'est-à-dire de la pensée des gens qui subissent nos systèmes ou qui en profitent, quand c'est bien fait. Ils nous éclairent, ils ont une vue qui n'est pas le même angle de vue que nous. Je suis persuadé qu'il faut croiser leurs angles de vues, notre angle de vue à nous, la recherche universitaire. Et c'est ce croisement-là et ce travail ensemble qui va nous permettre d'avancer. Mais, ce n'est pas uniquement je les interroge pour savoir ce qu'ils pensent, parce que c'est les exploiter, c'est-à-dire je les interroge pour savoir ce qu'ils pensent et après, j'interprète ce qu'ils pensent et c'est finalement, moi qui interprète. Donc, l'interprétation de ce qu'ils pensent, et si on écrit dessus et bien, on le retravaille avec eux et pas nous, dans notre coin, dans notre laboratoire de recherche. Ils sont là du début à la fin et ils valident ou pas. Et ça, ils ont fait changer des dessins, on s'est mis d'accord avec ce qui est publié. Donc, c'est ça qui me fait évoluer et qui me stimule pour continuer.

– ***D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?***

– Parler des langues...Je crois que c'est de trouver la juste distance. Le problème, c'est que l'on risque de se blinder. Il y a deux choses, soit effectivement, on prend sur l'émotion : il dort dans la rue, moi, je vais dormir bien tranquille chez moi ce soir avec mes enfants, il faut que je lui trouve une solution d'hébergement, alors que l'on est médecin, on va sortir de notre rôle et on va péter les plombs rapidement ; soit, on est, au contraire, la réglementation, c'est ça et je vous donne tel médicament et c'est comme ça, on est froid et administratif et c'est comme ça, et c'est extrêmement mauvais. C'est trouver l'équilibre avec à la fois l'émotion, faire ressentir que l'on a de l'émotion mais pas trop et, à la fois, être dans la réglementation, dans la loi, dans le qu'est-ce-qui est possible pas possible et de la distance. Donc, c'est trouver cet équilibre -là. Parce que moi, dans mon parcours, j'ai vu des professionnels qui étaient très très impliqués et qui ont explosés, enfin excusez-moi du terme, ce n'est pas bon, mais qui ont été mal, très mal. Il faut être vigilant là-dessus. Et inversement, il ne faut pas se blinder, si on se blinde, cela devient inhumain. Moi, je pense que c'est les mêmes critères pour les soins palliatifs. Je travaille beaucoup avec les soins palliatifs, y compris sur le plan éthique. Donc, ça veut dire souffrir. Je pense que l'on ne peut travailler ici sans souffrir, mais il ne faut pas s'épuiser, si on ne souffre pas, ça veut dire que l'on est froid, ce n'est pas possible d'accepter que des gens soient déshumanisés. Et puis, dans le syndrome de stress post-traumatique, ce qui me traumatise personnellement, ce que je trouve terrifiant, je sors d'un truc horrible, j'arrive ici, dans des conditions très difficiles et qu'est-ce-qu'on me dit : « vous êtes indésirables et vous êtes un menteur ». Je pense qu'il n'y a rien de pire de dire à quelqu'un qui a été torturé que c'est un menteur. C'est complètement déshumanisant. Donc, on ne peut pas rester froid par rapport à ça, sinon, on devient des machines, c'est affreux. Je pense que la qualité, c'est ça : accepter que l'on puisse et que l'on va souffrir, enfin il ne faut pas que ce soit de la torture non plus et qu'il faut pouvoir encaisser ces difficultés-là, pouvoir en parler, pouvoir avancer sans s'épuiser. La question, pour moi, ce n'est pas la souffrance du professionnel mais c'est le trop de souffrance et l'épuisement. C'est mon point de vue personnel et il est tout à fait débattable et j'évoluerai peut-être sur ce point de

vue-là. Après, il faut d'autres qualités, il faut pouvoir être efficace aussi : on a une infirmière ici, à peine, on lui demande quelque chose, que c'est réglé, c'est extraordinaire. Il y a la question de l'efficacité, la question de l'humanité, la question d'être capable de dire aux gens « non » tout en respectant, de dire « oui » tout en respectant, ce n'est pas parce qu'on dit oui qu'on les respecte et qu'on dit non qu'on ne les respecte pas. Donc, être capable de respecter les gens, de pouvoir cadrer tout en respectant. Enfin, je dis ça, ça ne veut pas dire que je sais faire, c'est l'idéal. Des fois aussi, j'en ai ras-le-bol, des fois, je vais jeter les gens, peut-être. Donc, la question du respect, d'avoir cette capacité-là. Comme nous, on est dans des projets aussi, de travailler avec des gens, que l'on n'est pas que dans la consultation, ce qui permet de prendre du recul et d'avancer sur des projets, d'avoir une vie d'équipe qui permet de faire des choses et d'avancer, il faut aussi être capable d'être dans des projets, d'être d'accord pour faire des choses qui sortent des missions. Pour les co-formations, quand j'ai l'assistante sociale qui vient pour les questions de repas pour que la co-formation puisse se faire parce que l'on a zéro budget et qu'on y arrive pas, c'est un peu militant quoi. On a une vie d'équipe qui fait qu'on le fait : moi, je vais faire le ménage après la co-formation et comme ça, ça se fait, sinon, on ne le fait pas. Alors, je cherche des budgets, de trouver d'autres solutions mais quand je bute, je dis : « il faut la faire ». Cette qualité un peu militante, enfin militante mais en restant dans son rôle. Quand je dis militante, attention, ça ne veut pas dire militante en allant militer dans des associations pour le droit d'asile et aller devant la Préfecture pour dire « on est pas d'accord ». Ce n'est pas de ça dont je parle, parce que l'on risque de confondre rapidement les choses. Mais, militant, au sens où on est dans notre travail, motivé. Ça, c'est très important.

– *Est-ce-qu'il y aurait un intérêt à avoir une formation un peu spécifique ?*

– Au niveau de la relation, de la violence, de ces choses-là. Après, les pathologies, c'est les mêmes que tout le monde, que la médecine générale, il y a un peu plus de psychiatrie. En fait, il y a toute la patho de la médecine générale. On voit aussi des pathologies que l'on ne voyait plus en France, historiques. Donc, ça c'est notre boulot. Être capable dans des histoires de relation, d'ajustement de la distance..., la gestion de la violence, les addictions pour la problématique addictive, on a des demandeurs d'asile, c'est l'alcool qui va leur permettre de survivre, et après, on va dire : « vous voyez, les gens, il ne fallait pas les accepter parce

qu'ils font n'importe quoi » mais on les a mis dans ces dispositions-là pour ça évolue mal. Dans les formations, nous, on a les formations de dépistage des maladies infectieuses, la tuberculose avec le CLAT. Après, il y a les formations un peu poussées comme les DU « Santé, société, précarité » qui sont intéressantes, je pense. Je ne suis pas sûr qu'il y ait besoin de ce DU pour travailler là. Je ne sais pas. Nous, personne ne l'a, ce DU même si ce serait intéressant qu'on l'ait. Après, ça ouvre et le DU est très intéressant pour des personnes qui vont travailler dans d'autres domaines que la santé-précarité. Oui, une formation santé publique. Moi, je n'en fais pas le critère de sélection pour embaucher quelqu'un. J'ai plus le critère des relations, de la motivation. Après, on se forme derrière, si besoin, s'il y a des carences. On est dans un public où la relation est primordiale. D'ailleurs, on voit très bien, dans la co-formation, que la question technique n'émerge pas, ce que les gens reprochent, c'est la question relationnelle, [...], la prise en charge, la rapidité, la peur, l'anxiété, le fait de ne pas être vite pris en charge. C'est toujours la question de comment on explique aux gens, donc si les gens ne sont pas pris rapidement en charge, comment on leur explique pourquoi et que l'on s'en occupe et que l'on tient parole. C'est ça qui émerge. Après, bien sûr, il faut savoir faire une prise de sang pour l'infirmière et pour l'assistante sociale, savoir ouvrir la CMU, c'est évident. Et être en capacité aussi de ne pas avoir le sentiment de ne pas être écrasé par les institutions c'est-à-dire que les gens très motivés pour le public, ça c'est mon recul à moi aussi, le professionnel, parfois, ne supporte plus les contraintes institutionnelles et il y a des contraintes institutionnelles incontournables, et qui, parfois, vont mal, à cause des contraintes institutionnelles, par rapport à ce qu'ils voulaient faire pour le public. Il faut aussi avoir cette possibilité d'accepter certaines contraintes qui sont obligatoires et de pouvoir modifier ce que l'on peut et ce que l'on ne peut pas, on vit avec et on fait au mieux. Je ne suis peut-être pas très clair. Moi, je ne dirais pas il faut tel diplôme, il faut tel...

– *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population (c'est-à-dire des migrants avec un parcours d'asile et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Que tous les professionnels de santé soient formés à ça, je ne dis pas que les professionnels de santé de la PASS..., mais les libéraux..., pour qu'ils soient pris en charge comme toute pathologie. Moi, l'objectif, c'est que les gens soient Mr tout le

monde, ils ont leur médecin traitant, ils ont leur prise en charge, leur suivi psychiatrique en libéral si c'est en libéral. Donc, un qu'il y ait des gens formés à vraiment les syndromes graves, je ne sais pas, je parle d'EMDR, mais il y a peut-être d'autres choses qui peuvent être et puis, des psychiatres, des approches où on ait des psychiatres qui soient pointus là-dessus, voilà, comme des spécialistes de cardiologie où j'aurais besoin d'un cardiologue parce que là, c'est extrêmement grave. Et puis, il y a tous les intermédiaires qui peuvent être pris en charge par tout le monde, de telle façon à ce qu'il n'y ait pas des erreurs qui soient faites, des phrases qui soient dites qu'il n'aurait pas fallu dire, des intrusions, des choses comme ça, parce que la personne est hospitalisée dans tel service ou parce que..., voilà, on va parler du, je dis n'importe quoi, ce qui me vient en tête, du viol de telle dame avant qu'elle soit là dans une réunion d'équipe parce qu'elle est hospitalisée pour mal de dos, je dis n'importe quoi, et que tout le monde soit au courant de ça et qu'il n'y a pas à être au courant, des choses, ce travail-là. C'est ce qui me semble très important pour que les gens se sentent respectés et accueillis là où il faut, quand ils sont hospitalisés, je parle pour la question de l'hospitalisation, mais on peut dire pareil dans le social. Donc, c'est comme la douleur, je parlais des soins palliatifs, c'est-à-dire que tout le monde soit formé à la douleur en soins palliatifs, c'est très important pour que les gens soient à l'aise, pour que les professionnels soient à l'aise et qu'il y ait des spécialistes lorsque vraiment ce sont des situations très compliquées, et cetera. Je vois comme ça. Donc la première chose, c'est former très largement au syndrome de stress post-traumatique, plein de gens, parce qu'il y a encore plein de professionnels qui pensent que c'est des mensonges, que c'est ... Ce qui est très intéressant, pour les attentats en France, on dit bien qu'il faut traiter les gens, qu'il faut qu'ils soient accompagnés. Et nous, maintenant, on nous dit que les syndromes de stress post-traumatique, ils peuvent aller se faire soigner dans leurs pays, c'est ce qui est dit. Je n'imagine pas une personne qui dirait qu'en France, ceux qui ont vécu les attentats du Bataclan, ils puissent aller se faire soigner au Congo du syndrome de stress post-traumatique, je ne peux pas imaginer ça. Pourtant, c'est ça la réalité. Donc, ça permet que les professionnels soient sensibles à ça et sachent ce que c'est, pour ne pas être dans le jugement, pour pas être, voilà, quelqu'un qui perd la mémoire, qui oublie ses rendez-vous, et cetera, qu'ils comprennent à quoi ça correspond et que ce n'est pas parce qu'il abuse de tout.

– *Que penseriez-vous de la mise en place d'un dispositif spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Je ne sais pas, qu'il y ait des spécialistes de ça, à mon avis, c'est nécessaire et utile, et dans différentes langues, j'imagine et différentes cultures. Et que le service soit abordable, c'est-à-dire qu'on puisse envoyer les gens et que ce soit accessible, et cetera, que l'on puisse se connaître et qu'il n'y ait pas un an de délai de rendez-vous. C'est l'un des critères pour moi. Que l'on envoie tout le monde, à ce moment-là, ce serait à visée diagnostique, peut-être, dans ce cas-là, mais je ne suis pas sûr que ce soit un service très spécialisé qui prenne en charge tout le monde, comme je le disais juste avant. Je ne sais pas, je raisonne aussi en direct. Mais, par contre, que j'ai quelqu'un, je ne sais pas s'il a un syndrome de stress post-traumatique, j'ai besoin d'un éclairage, moi, je l'envoie à l'EMPP mais si le service EMPP ne peut pas, je ne sais pas, il ne parle pas français ou ils ont trop de travail, le psychiatre n'est pas là, qu'il y ait un service, qu'on est des recours, oui. Moi, j'ai besoin de recours pour ça. Après, est-ce que j'ai besoin, aujourd'hui, d'un service spécialisé qui est basé à Lyon ou à Grenoble ou je ne sais pas où, peut-être pour certaines personnes, à visée diagnostique, mais je passerai d'abord par l'EMPP qui dira : « j'ai besoin de ça », peut-être. Et après, pour la prise en charge pour des situations graves, oui, peut-être, peut-être. Je ne trouve pas satisfaisant d'avoir des médicaments prescrits hors AMM pour le syndrome de stress post-traumatique parce qu'il n'y a pas d'autres chose, alors peut-être qu'un service spécialisé permettrait, avec un psychologue, avec d'autres gens. Ce serait un outil supplémentaire, mais il faudrait trouver la place de cet outil. Alors, après, je repense aux certificats pour raisons de santé, en médicaux, s'il y avait un service très spécialisé là-dedans, cela permettrait qu'on ne nous dise pas que c'est subjectif, que c'est de la complaisance, que c'est, je ne sais pas quoi. Parce que je pense sincèrement, qu'il y a des gens qui pensent ça, qu'ils pensent que l'on fait des certificats qui sont pas de la réalité, bien évidemment que c'est que de la réalité. Mais, du coup, l'avantage de ce type de service, c'est que ce n'est plus discutable. Moi, ce que je pense, c'est que c'est vraiment intéressant et que la loi de l'asile commence à le permettre un tout petit peu, qu'il y ait ce type de diagnostic, avant l'OFPPRA, avant la CNDA. C'est ce que je vous disais tout à l'heure, moi, ça me révolte que des gens avec un gros syndrome de stress post-traumatique soient déboutés parce qu'ils ne peuvent pas amener la preuve, parce qu'ils ne peuvent pas amener la date, ils ne s'en rappellent

même plus, et puis, quand on a été bien torturés, on ne se rappelle plus, c'est fait pour ça la torture, et qui sont déboutés, et si là, il y a avait quelque chose, et ça ce n'est pas du tout pris en compte, parce qu'il n'y pas de formation par rapport à ça. Et que là soit pris en compte cette question médicale, ce gars-là, il a un véritable syndrome de stress post-traumatique, et cetera, la clinique et que ce soit pris en compte à ce niveau-là, cela éviterait un certain nombre de déboutés qui ne sont pas justifiés et qui amplifie le syndrome de stress post-traumatique et qui sont absolument dramatiques. Là, il y a peut-être quelque chose, un service spécialisé qui puisse, effectivement faire des certificats par rapport à ça. Aujourd'hui, cela peut être pris en compte, si j'ai bien compris, dans la nouvelle loi, mais je crois que c'est à la demande de l'OFPPRA ou de la CNDA, il y a possibilité de demander un éclairage médical. Au niveau de l'OFIL, la question médicale fait partie des questions de vulnérabilités pour éviter de mettre des gens à la rue avec des pathologies, et cetera, ou quelqu'un de dialysé qui va être envoyé en CADA à un endroit où il n'y a pas dialyse. Oui, il y a des choses qui évoluent, qui ont évolué avec d'autres questions qui se posent, les médecins de la PASS ne sont pas tous d'accord là-dessus. En fait, la question, globalement, sur cet hébergement, normalement, il y a le droit à l'hébergement donc il n'y a pas de raison que nous, on soit intermédiaire. Où derrière, on va avoir des gens qui vont venir pour leurs certificats pour pourvoir ... alors on va dire non, on entre en conflit et puis, après, on ne peut plus les soigner. Est-ce-qu'il faut que ce soit le médical qui va permettre l'hébergement et du coup, on est très vite instrumentalisés, mais pas que par les gens, par les institutions, très vite aussi. Et on ne veut pas être instrumentalisés. Et on dit oui, parce que la réalité, nous ... soit on dit non pour ne pas être instrumentalisés, et cetera, mais la réalité, c'est qu'il y en a un sur deux qui n'est pas hébergé. Donc quelqu'un de malade, et cetera, de fait s'il n'y a pas assez de moyens, bah, il faut bien trouver le moyen le moins injuste possible, dans ce cas-là, on dit oui. Je connais des médecins de PASS qui disent : « moi je refuse », pas ici mais dans la région, qui disent « je refuse pour ne pas être instrumentalisés » mais parce que, aussi, c'est le droit pour tout le monde d'être hébergés. Donc il n'y a pas de raison que l'on passe par le certificat médical pour être hébergés. C'est deux visions de la chose. Donc, ce n'est pas tout à fait la même chose que la question de l'OFPPRA de prendre en compte le syndrome de stress post-traumatique c'est-à-dire que l'on arrive pas à se rappeler, et cetera, parce qu'il y a des vrais

troubles de mémoire qui sont liés au vécu. Ça, c'est quelque chose, je pense, qui devrait être pris en compte. Parce que c'est vraiment injuste, si on prend les deux extrêmes, un mafieux d'un pays qui sait très bien comme faire, il va pouvoir avoir plus facilement l'asile que le gars qui a été torturé au fin fond de sa prison dans des conditions horribles, parce qu'il aurait aucun moyen de le prouver. Ça m'a toujours posé questions alors après, je pense que c'est très compliqué pour les gens de l'OFPPRA, de la CNDA, pour la sécurité publique, c'est une question très compliquée. Ça, c'est pas mon métier bien sûr. Mais en tout cas, il y a de vraies injustices et que les professionnels prennent dans la figure.

– Souhaitez-vous aborder un point que nous n'aurions pas traité et qui vous semble important ?

– Sur le syndrome de stress post-traumatique ? Il y a un point sur la PASS, sur les mineurs, mais ce n'est pas le syndrome de stress post-traumatique, sur les mineurs isolés dont la question de la minorité est contestée. Là aussi, il y a des histoires d'instrumentalisation de la médecin là-dessus. Sur le syndrome de stress post-traumatique, c'est un vrai problème et plus il y aura d'outils, mieux ce sera. Dans le problème du syndrome de stress post-traumatique, il y a aussi une question de couple. On n'a pas parlé des familles, des gens qui arrivent en famille où il y en a un qui a un syndrome de stress post-traumatique mais qui pète les plombs, qui fait que le couple, c'est très dur, que l'unité familiale... Après, il faut aussi travailler avec l'ensemble de la famille.

– Merci pour cet entretien, merci d'avoir pris le temps...

Entretien n°3 (E3)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– En ce moment, on observe une augmentation du nombre de demandes d'asile en Europe, qu'on perçoit aussi en France. En plus de ça, la France s'est engagée, même si la réalité est un peu différente, à accueillir 30 000 demandeurs d'asile sur 2 ans par rapport au conflit syrien. Est-ce que vous percevez des effets au niveau du nombre de demandes de soin ou au niveau de la file active de votre structure ?

– Alors de manière très récente, oui, cette semaine. En fait, on intervient avec l'équipe mobile dans l'ensemble des CADA et du Dispositif d'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (DHUDA). Nous avons une file active de 400 personnes au niveau de l'équipe mobile. C'est une petite équipe : il y a deux infirmières à temps plein, un médecin psychiatre à 40 % et moi à 40 % en tant que psychologue. La PASS est constituée d'une assistante sociale à 50 %. L'équipe mobile et la PASS travaillent ensemble tout le temps. On pourrait presque considérer que c'est une même équipe. Il arrive qu'on demande à l'assistante sociale des éclairages sur des situations de droit d'asile mais, elle fait très très peu d'accompagnement auprès des migrants. Parfois, elle en fait, mais c'est assez rare. Sur nos 400 personnes dans la file active, on a 200 migrants environ par an. Et sur ces 200 migrants, on a à la fois des demandeurs d'asile, des « sans papiers » et des réfugiés. Nous ne fonctionnons pas sur le statut donc on prend en charge tous les migrants, quel que soit leur statut, même s'ils sont « sans papiers ». Et parmi ces migrants, la majorité des personnes qu'on reçoit sont des personnes d'origine albanaise et kosovare. Ensuite on a des Arméniens et des Russes. Et effectivement depuis mars, il y a une première vague de personnes d'origine syrienne, iranienne ou afghane qui est arrivée dans un CADA. Et hier, seize autres sont arrivés de Saint-Exupéry. Un avion est arrivé en Rhône-Alpes hier et il a redistribué les migrants sur tous les départements de la région Rhône-Alpes. Donc, comme tout le monde, il y a des personnes accueillies dans les CADA. Après, nous ne faisons pas de prévention dans les CADA. Dans ce CADA-là, il y a une psychologue qui travaille. La

psychologue et les travailleurs sociaux repèrent les situations qui sont un peu tendues au niveau santé mentale et nous les signalent. À ce moment-là, une infirmière de notre équipe va rencontrer la personne qui a fait le signalement avec le bénéficiaire et un interprète et, elle fait un diagnostic. Elle revient suite à ce premier entretien et on en reparle en réunion d'équipe clinique. Nous décidons alors d'une orientation collectivement. L'orientation se fait soit vers un membre de notre équipe, ça peut être l'infirmière qui poursuit le suivi en faisant du suivi psycho-social, soit la personne a un gros stress post-traumatique et à ce moment-là elle est orientée vers moi, soit la personne a des troubles psychotiques ou des troubles anxio-dépressifs modérés et elle est orientée vers un médecin généraliste ou vers le psychiatre de notre service. Si la personne a des troubles psychotiques trop importants, on l'envoie à l'hôpital. Ensuite, on essaie de travailler avec les CMP, mais on a vraiment de grosses difficultés par rapport aux CMP. Voilà comment on travaille avec les migrants, mais les Syriens, on en a pratiquement pas actuellement. C'est nouveau.

– Sans cibler sur les Syriens, est-ce que vous aviez quand même observé une augmentation sur les dernières années ?

– Je ne parle pas au niveau du département parce que je n'ai pas les chiffres exacts. En tout cas, au niveau de notre file active, ça augmente légèrement. En 2013, on devait être à 48 % ou quelque chose comme ça, et là je suis en train de faire les statistiques de l'année dernière, on est pratiquement à 60 %. En trois ans, ça a augmenté de 10 % dans notre file active soit 15 à 20 personnes. Mais en tout cas, ce qu'on observe, dans les CADA comme dans les DHUDA, mais surtout dans les CADA du fait de la réforme (maintenant il y a des critères de vulnérabilité qui fait qu'on oriente les gens dans les CADA), c'est que les plus vulnérables sont envoyés dans les CADA. Et donc ça génère de nouvelles pratiques pour les travailleurs sociaux des CADA, c'est-à-dire que les personnes qui sont dans les CADA, c'est les personnes qui ont des problèmes de santé avec, parfois, en plus des problèmes de santé mentale et, les travailleurs sociaux doivent, énormément et tout le temps, emmener les gens à des rendez-vous pour le diabète, à des rendez-vous gynécologiques, psychiatriques et cetera. Ça atteint fortement leur disponibilité dans les structures. Et le fait qu'ils soient moins présents pour animer des activités, et cetera. Il y a énormément de tensions et de la violence. Actuellement on observe beaucoup de violence dans les structures, violences inter-communautaires, par exemple entre Albanais et

Kosovares, mais aussi entre différentes ethnies qu'on commence à avoir dans le département. Il y avait pratiquement que des Albanais et des Kosovares jusqu'à ces six derniers mois, et maintenant il y a des Africains. Il y a un sorte de mixage, de mixité qui se fait, du fait du dispositif national et ça vient transformer les choses dans les structures. Nous travaillons à parler de ça avec les travailleurs sociaux. Je ne fais d'analyse de la pratique avec eux mais, on en parle. On se demande si on ne va pas mettre en place d'autres types d'activités, comme des groupes de parole, qu'on ne faisait pas du tout jusque-là parce que ça fonctionnait pas avec les Albanais. Voilà.

– Au sein de cette population, les études sont très très hétérogènes et pas forcément avec les mêmes méthodologies ou avec des échantillonnages très différents mais les taux de prévalence du stress post-traumatique est supérieur à celui de la population générale. Il varie beaucoup. J'ai un taux de 9 % dans une étude de 2005 de Fazel et qui peut aller parfois jusqu'à 86 % dans une étude de 2014 sur un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Que pensez-vous de tout ça ?

– Nous l'avons mis dans notre rapport. Nous, on a chez les migrants, trois types de problématiques. La première, c'est les troubles psychiatriques sévères donc tout ce qui est schizophrénie, troubles bipolaires et troubles organiques. Dans l'évaluation de 2013, 8 à 10 % de notre file active était concernée. Après il y a les migrants qui ont des troubles psychiatriques modérés, il s'agit là de patients qui présentent des troubles d'adaptation liés à des situations de vie complexes : immigration, exil, pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux, et cetera. Cela concernait 60 % de notre file active. Ensuite, on a les migrants qui présentent des troubles traumatiques et d'adaptation complexes qui représentent le reste donc 30 %. Je pense que c'est encore vrai, ce doit être à peu près cette répartition-là. En fait, on a pas beaucoup de troubles sévères comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires. On a vraiment 30 % d'état de stress post-traumatique et je pense que c'est encore représentatif de ce qu'on rencontre encore aujourd'hui, avec une majorité de personnes qui ont des troubles modérés qui sont liées à la situation d'attente. Voilà.

– Dans la littérature, on retrouve fréquemment une association entre l'état de stress post-traumatique et d'autres troubles psychiatriques, notamment les troubles dépressifs, mais on retrouve aussi des

somatisations très importantes, en tout cas des douleurs qui ne sont pas forcément rattachées à une pathologie somatique. Qu'est-ce que vous en pensez ?

– C'est compliqué parce que les personnes qui arrivent, souvent, leurs traumatismes, elles ne veulent pas en parler, parce qu'elles ont honte : elles ont été victimes de viols, de différents types d'agressions, de tortures, et cetera, elles ne veulent pas en parler. Du coup, ce qu'on voit c'est les symptômes, qui dépendent des degrés de confiance des traumatismes. Il y a des gens pour qui tout va passer à travers le corps, d'autres qui vont effectivement être plus sur un versant dépressif ou anxio-dépressif. Ça, c'est sûr. La grosse problématique qu'on a, c'est que, quand on commence à identifier qu'il y a un syndrome de stress post-traumatique, quels sont les outils qu'on a pour aller travailler le stress post-traumatique dans un contexte d'insécurité ? C'est-à-dire que les gens ne savent pas de quoi va être fait leur lendemain, leur statut n'est pas clair, ils attendent... Donc, du coup, aller gratter le traumatisme dans ce contexte-là, c'est dangereux. Ça va encore plus générer de l'anxiété, de l'angoisse, et cetera. Donc, on y va pas trop. Moi, quand même, ça me posait question sur un certain nombre de personnes que j'accompagnais au niveau psychothérapique, que je vois une fois par mois. Donc je me suis dit : « on va essayer l'EMDR ». J'ai commencé cette formation au début de l'année donc, je commence à avoir quelques suivis avec des gens et, c'est vrai que ce n'est vraiment pas simple. Parce qu'ils sont tellement instables, ça vient réveiller des choses et ils revivent des choses qui sont compliquées... Après, je suis en formation donc, je ne suis pas non plus un expert de l'EMDR, donc peut-être que je le fais mal mais en tout cas... De toute façon, quand on apprend l'EMDR, on dit qu'il faut qu'il y ait une forme de stabilisation de la vie de la personne, qu'elle puisse s'appuyer sur ses ressources, parce qu'effectivement quand on sort d'une séance d'EMDR, on est un petit peu brassé. Mais, l'EMDR est, aujourd'hui, une des psychothérapies qui est préconisée pour traiter l'état de stress post-traumatique, comme l'hypnose et il y en a d'autres, donc quand il y a 30 % de la file active pour qui on identifie qu'il y a un état de stress post-traumatique et qu'on n'y va pas parce que les personnes ne sont pas en situation suffisamment stable, c'est compliqué. Il faut trouver un équilibre entre « est-ce qu'on y va ? », « est-ce qu'on y va à tâtonnements ? ». Parfois, on sent que la personne est un peu mieux donc on fait une séance et on

essaie de gratter un petit peu et puis, ça ne marche pas. C'est un petit peu du bricolage. Après, c'est aussi des personnes qui, dans le département, peuvent bouger, c'est-à-dire qu'elles changent de structure d'hébergement et donc, les relais avec les médecins généralistes ou les CMP, c'est parfois compliqué pour cette raison-là. Nous, on est une équipe mobile départementale. Donc on peut assurer la continuité des soins quel que soit l'endroit où elles sont dans le département. Mais, avec les relais, ce n'est pas forcément simple non plus. Et puis, il y a une rupture, par exemple, il y a une personne, pour que je puisse la prendre en charge, si au niveau émotionnel, c'est compliqué, elle va avoir un traitement. Si elle est en rupture de soins par rapport à ce traitement-là, ça ne fonctionne plus pour moi : elle n'arrive plus à dormir, les cauchemars reviennent, elle pleure beaucoup, et cetera. À ce moment-là je ne peux pas travailler. On travaille vraiment dans l'indétermination, le non-stable. L'autre méthode que nous, on a dans l'équipe depuis longtemps, sans parler de thérapie très spécialisée, c'est la question du traumatisme, on la travaille aussi à travers les aidants. On peut détecter les effets du traumatisme dans le quotidien, donc, en essayant de soutenir les personnes. Par exemple, il y a des personnes, dans les CADA, qui aiment bien s'occuper des plantes, on va aller en parler au travailleur social, qui souvent en a conscience, mais on insiste un petit peu en disant mais voilà, le sens que ça a, pour elle, de se remettre au travail, de retrouver un quotidien, en allant arroser toutes les plantes du CADA ou j'en sais rien... Cette personne, elle a besoin de faire ça pour retrouver du sens, un petit peu, à son existence, se retrouver parmi les autres, et cetera. Quand je dis ça, je pense vraiment à une patiente qui était dans cette situation-là. Deux ou trois mois après, c'est devenu vraiment énorme. Il y a les enfants du CADA qui ont commencé à l'aider quand elle faisait ça, ils ont pu replanter, bouturer des plantes, c'est devenu tout un truc. C'est essayer de faire une forme d'« empowerment » aux personnes. Et ça passe aussi par un dialogue avec les gens qui sont le quotidien de ces personnes, donc les travailleurs sociaux. Ça ne fonctionne pas avec tous les travailleurs sociaux, parce qu'aujourd'hui, malheureusement, les associations qui gèrent les structures d'hébergement, certaines sont très gestionnaires et les travailleurs sociaux aussi. Parfois ça ne passe pas du tout. Sur certaines structures on a vraiment du mal à travailler avec eux. Et puis, il y a d'autres structures où ça fonctionne très très bien. C'est un peu compliqué. Là encore, on improvise. Voilà.

État des lieux

– Vous avez déjà en partie répondu à la question mais est-ce que vous pouvez me parler de votre équipe et des personnes extérieures interviennent ? Vous disiez tout à l'heure que vous aviez recours à des interprètes. Comment ça se passe à ce niveau-là ?

– On travaille avec ISM. Dans l'équipe, on a des pratiques un peu différentes les uns les autres. Le médecin psychiatre, lui, il travaille avec un interprète, soit par téléphone, soit qui est là, qui est présent physiquement. Les infirmières, alors là, on a changé d'infirmière donc ça a changé. Moi, j'ai dit que la pratique que je voulais qui soit mise en place, c'est que l'interprète soit présent physiquement. Maintenant, c'est parfois compliqué puisque, comme ils viennent de Lyon et que les CADA sont perdus [dans le département]... Parfois, on doit faire venir un interprète en arabe du Moyen-Orient, il n'est pas disponible pour se déplacer, alors on fait par téléphone. Notre principe, c'est qu'on essaie, dans la mesure du possible, que l'interprète soit là physiquement, même pour une personne, quel que soit l'endroit où on intervient. Mais si ça ne fonctionne pas, on le fait par téléphone. Par contre, on refuse vraiment d'avoir des interprètes qui sont des copains, de la famille ou des connaissances. On refuse. On fait comme ça avec les interprètes.

– Et par rapport à votre équipe ? Est-ce que vous voyez des choses à rajouter ? Sur l'accueil ? Sur les valeurs partagées... ?

– Dans les deux infirmières de l'équipe, elles sont arrivées récemment. Donc, au niveau des valeurs, c'est un peu en construction. Il y a des moments où on est pas d'accord. Par exemple, on a de gros débats à l'intérieur de l'équipe entre : est-ce qu'on fait du sanitaire ou de l'humanitaire ? Ça, c'est vraiment important, c'est quelque chose qui nous met en tension assez régulièrement, notamment par rapport aux personnes qui sont dans des squats ou qui sont déboutées, sans papiers et du coup, qui n'ont plus de besoins de base. On a des personnes qui ont des enfants autistes ou certains types de handicaps et qui sont dans des squats. Du coup, ils n'ont pas de quoi se nourrir, ils n'ont plus d'argent du tout. Donc est-ce qu'on fait un accompagnement en essayant de mettre en lien le réseau social autour d'eux. En général, ils sont assez moteurs là-dedans. Il y a un collectif [ici] de solidarité auprès des migrants [qui] est assez actif. Donc, nous on essaie de vérifier avec les gens que ça fonctionne bien, qu'ils sont connectés à ces gens-là. Mais après, on ne peut pas faire de psychothérapie quand les gens

ont faim, ça ne marche pas. Donc, est-ce qu'on est dans l'humanitaire ou, est-ce qu'on est dans le sanitaire ? Est-ce que le fait de prendre soin du réseau et de l'entourage des personnes, est-ce que c'est du soin ou de l'humanitaire ? Et parfois, nous-mêmes, on est traversé, dans l'équipe, il y a des membres de l'équipe qui donnent des choses. On en a beaucoup parlé. Il y a des interprètes qui donnent des choses, que ça soit des objets ou même de l'argent. Il y a des passages à l'acte comme ça qui sont faits dans l'équipe. On a repris un petit peu les choses. Mais, on est confrontés à des situations qui sont tellement misérables que ça vient questionner, au plus profond, sur qu'est-ce qu'on fait. Vous avez des gens qui ont trois gamins, c'est le soir, le vendredi soir, ils sont dans la neige, ils ne savent pas trop où ils vont parce que le 115 est saturé. Est-ce que vous leur donnez un peu de sous ou pas ? Des choses comme ça, quoi... C'est vraiment à la marge mais ça s'est quand même passé et ça vient révéler des choses de nos positionnements et de là où on est interpellé dans nos pratiques. Après, l'autre grosse problématique qui nous traverse, c'est la question de la demande. Les demandeurs d'asile sont demandeurs et les personnes en situation de précarité non migrantes, elles ne sont pas en demande. Les CMP nous disent : « Nous, on ne veut pas être phagocyté par les migrants » et en même temps, « nous, on ne travaille qu'avec les personnes qui sont en demande. ». Donc ils prennent personne de notre public. C'est la grosse problématique, on est un petit peu en conflit, on va dire, en intra au niveau de notre institution. Mais je pense que c'est propre à toutes les équipes mobiles, précarité en tout cas. Une des infirmières vient d'un des CMP. Donc, parfois, il peut y avoir aussi des réflexes de CMP : « Oh la la. C'est bon, quoi. On a essayé de lui donner un rendez-vous trois, quatre ou cinq fois. Il n'est jamais venu alors on arrête. ». Alors que j'aurais tendance à dire : « on ne lâche jamais ! ». On ne lâche jamais, ça veut dire qu'on met en place une sorte de vigilance, de bienveillance sur la personne même si on sait qu'elle est en difficulté. Elle ne veut pas venir, c'est pas grave, on continue à être en lien avec le travailleur social qui est proche d'elle, ou avec sa famille, ou les voisins. Parfois je dis : « On connaît les voisins, donc, de temps en temps, on va donner un coup de fil aux voisins ». Ça fait des choses qui ne sont pas forcément évidentes à maintenir. Mais je glisse un peu sur les autres publics, ce n'est pas que pour les migrants. C'est des valeurs et des choses dans lesquelles j'ai été formé. Mais maintenant, au sein de notre équipe qui est nouvelle, c'est des valeurs qu'il faut réexpliquer, transmettre et surtout

faire comprendre. C'est pas évident parce que ça demande beaucoup d'adaptation au cadre. Ça demande aux professionnels de santé de toujours être en déplacement, en mouvement, parce qu'ils interviennent à domicile. On avait aussi un autre questionnement pour les migrants. Nous avons des bureaux [ici] donc, parfois, on peut les accueillir. Mais la majorité du temps, on intervient dans leurs structures d'hébergement ou là où elles sont : jusqu'où on va ? Est-ce qu'on intervient dans la cuisine ? Dans la chambre ? Normalement, on a une convention avec la structure qui porte les CADA sur le département et on avait demandé à ce qu'on ait des bureaux. Mais aujourd'hui, ils ont pris, c'est con ce que je dis, mais ça vient révéler plein de choses, on avait plus de bureaux à un moment donné. Donc, une des infirmières a fait des entretiens dans sa voiture, avec le portable pour l'interprète et la personne à côté d'elle. Donc, là, on a dit : « non, stop, c'est notre limite ». Ça nous a vachement questionné. Pendant plusieurs mois on s'est dit : « C'est notre limite, OK, mais pourquoi ? ». Et il y a une autre infirmière qui disait : « Voilà, ma limite c'est que je ne veux pas être assise sur le lit de la personne. Je ne veux pas faire d'entretien dans la chambre. ». Et l'autre infirmière, elle disait : « Et si, moi je veux bien. ». Et moi, personnellement, j'ai déjà fait des entretiens dans les CADA où c'est tout petit, les gens ont tout au même endroit, donc ça m'est arrivé de faire des entretiens dans les chambres. Donc, ça c'est des choses qui traversent l'équipe. On essaie de jalonner, mais, en même temps, je ne suis pas dans une posture de tout rigidifier et de dire : « les chambres oui » ou « les chambres, non ». Je dirais que le cadre est d'abord dans la tête du soignant et qu'il faut être à l'aise avec son cadre. C'est plutôt ça, ma posture, de dire : « notre cadre, il est dans la tête, il faut être clair avec notre cadre mais à partir du moment où on est clair dans le cadre, on peut intervenir n'importe où, même dans la rue ». Dans la rue, on peut faire de la psychothérapie, je pense. Mais il faut être clair avec ça, sinon tu le fais pas, voilà. Si ça te pose problème de faire un entretien dans une voiture, tu ne le fais pas. Si ça ne te pose pas problème, « why not ? », je dirais. Mais il ne faut pas que ça soit tous les jours ou toutes les séances non plus mais, exceptionnellement, pourquoi pas. C'est un peu les valeurs qu'on essaie d'avoir dans notre équipe, c'est vraiment d'avoir un cadre mobile dans notre tête, un cadre d'accompagnement mobile, d'osciller, d'essayer de se questionner entre l'humanitaire et le sanitaire, la question de la demande et de la non-demande. Actuellement, on est quand même bien

pris par ça. On a une analyse de la pratique où on en parle un petit peu aussi et, ça nous aide pas mal. Et sinon, on a un problème parce qu'on a plus de psychiatre à la fin du mois de septembre, donc on cherche quelqu'un.

– *Ma question suivante, vous y avez déjà en partie répondu, est à propos du parcours des « migrants avec un parcours de demandeur d'asile » au sein de votre structure. Vous disiez que c'était surtout les CADA ou les DHUDA qui vous les adressaient. Est-ce qu'il y d'autres personnes ou structures qui vous les adressent ?*

– Oui. Il y a des personnes du collectif dont je parlais tout à l'heure. C'est des associations par exemple des [associations caritatives ou de solidarité. Il y en a une] qui est portée par un prêtre. Donc eux, ils font partie d'un collectif et, les personnes de ce collectif, parfois, nous interpellent, parce qu'ils hébergent des gens chez eux. Ils disent : « la personne qu'on héberge, elle a un problème de santé mentale, est-ce que vous pouvez pas venir la voir ? ».

– *Qu'est-ce qui va vous orienter sur une pathologie post-traumatique ?*

– Les symptômes de stress post-traumatique : les cauchemars, les réminiscences de souvenirs qui font irruption toute la journée, tout ce qui est évitement. Par exemple, les femmes qui évitent certains hommes, ou le fait de se recluser dans sa chambre, de s'isoler. Après, ça va dépendre du stress post-traumatique. On a pas mal de deuils. C'est malheureux, mais il y a beaucoup de jeunes qui arrivent et qui perdent leurs parents pendant qu'ils sont en France. Donc, c'est des deuils qui sont compliqués, pour certaines cultures c'est très compliqué. Donc ça se transforme en deuils impossibles, quasi traumatiques. On a pas mal de femmes qui ont été victimes de violences morales ou sexuelles. Il y a les troubles de l'appétit, il y a pas mal de choses. Et les Albanais et Kosovars, souvent, ça se traduit par : « j'ai mal à la tête » en se tapant derrière la tête au niveau du lobe occipital. C'est bobo tête. Souvent, le symptôme, il arrive par là. Quand ils commencent à dire ça, c'est une façon de dire que ça ne va pas. C'est vrai qu'au niveau de la médecine générale, ça, ils ne le voient pas forcément. Mais nous, on sait que derrière, il faut gratter, qu'il y a toujours quelque chose derrière.

– *Tout à l'heure vous disiez qu'après en avoir discuté, en fonction de ce que vous avez identifié, vous les orientez au sein surtout de votre équipe. Mais qu'est-ce que vous mettez en place pour ceux*

qui ont un état de stress post-traumatique au niveau de la prise en charge ?

– Ça va dépendre. On peut tout avoir c'est-à-dire qu'on peut avoir un soutien psycho-social qui est fait par une infirmière seule et en parallèle, il y a un suivi psychologique, ou un suivi psychiatrique, ou les trois types de suivi en même temps. Par contre, on fonctionne tous, les trois corps de métiers, à un mois. On voit les gens tous les mois. Donc, ce n'est vraiment pas beaucoup pour accompagner un stress post-traumatique. Mais c'est notre problématique, comme on est une équipe sur tout le département, avec des temps qui sont extrêmement faibles, quand même pour tout un département, avec les temps de trajets, je ne vous explique même pas... J'avais calculé, sur le rapport d'activité, on était à 80 jours de trajet par an, jours de travail, sur l'ensemble de l'équipe mobile. Et en tout, on a 2,8 ETP donc c'est pour dire, c'est énorme.

– *En étant suivi une fois par mois, ça accompagne et c'est important, mais des fois vous auriez peut-être aimé que ça puisse être plus souvent.*

– Oui, et surtout si on s'oriente vers des prises en charge spécialisées comme l'EMDR, l'hypnose... Si on commence, il faut s'engager sur une fréquence de une fois par semaine ou une fois tous les 15 jours. Mais après ça n'a plus de sens, ça ne marche pas. Donc, c'est le problème.

– *Au niveau psycho-thérapeutique, quand vous les rencontrez, vous disiez tout-à-l'heure que c'était difficile d'aller gratter, donc vous faites au feeling, en fonction de comment vous sentez les gens ?*

– En fait, les gens ont plusieurs problèmes, c'est-à-dire qu'il y a à la fois le problème de fond, la raison pour laquelle ils sont venus en France, en général qui renvoie à quelque chose qui peut être traumatique, mais il y a les problèmes de parentalité, les problèmes liés à l'attente, les problèmes liés au fait qu'ils viennent d'être déboutés donc c'est la catastrophe. Après, il y a le recours, ils reçoivent un recours négatif, c'est encore compliqué. Et du coup, la séance va être rythmée par l'actualité. Après, ils sont souvent en lien avec des personnes qui sont soit également migrantes dans d'autres pays, dans le monde, soit qui sont restées au pays. Et c'est donc également en lien avec cette actualité-là. Par exemple, ma fille, qui est restée au pays, s'est fait agresser par mon ex-mari ou par le père de l'autre, et cetera. Donc, ça vient aussi percuter dans la consultation. Donc, ce que j'essaie de faire c'est tout le temps de repartir, c'est toujours pareil, de : « comment ça va aujourd'hui ? vous en êtes où ? ». Donc, on repart du quotidien, de l'actualité, ce sur quoi ils ont pris aujourd'hui. Je leur demande tout

le temps s'il y a des choses dont ils veulent qu'on parle de manière spécifique, comme ça fait longtemps qu'on ne s'est pas vus. Ensuite, en fonction de leur état, déjà par rapport à ces deux trucs-là, je vais essayer de gratter un petit peu sur le traumatisme ou pas. Mais j'y vais vraiment avec prudence. Il y a beaucoup de personnes, ça fait bientôt trois ans que je les suis. Et parfois, comme je suis aussi un petit peu formé en hypnose, je fais un petit peu de relaxation à base d'hypnose, parfois un peu d'EMDR. Quand on a eu une séance compliquée, quand ils repartent, j'essaie de les apaiser pour qu'ils ne s'en aillent pas complètement dissociés. C'est déjà arrivé avec une patiente qui est partie complètement dissociée, elle n'est pas revenue pendant trois mois. Des fois, on va brasser des choses qui sont vraiment compliquées dans la situation dans laquelle ils sont aujourd'hui, c'est pas possible qu'on travaille ça. Des fois, on a envie, moi-même je suis dans le passage à l'acte, je pense. J'ai une patiente, actuellement, qui a été victime de violence, par son mari qui est resté au pays. Là, elle recommence une nouvelle histoire avec un homme qui est aussi sans papiers mais qui s'occupe énormément d'elle et de sa fille. Comme par hasard, au fur et à mesure qu'elle avance dans cette relation, elle fait des cauchemars de plus en plus forts avec son ex-mari. Ce qui se rejoue très clairement, c'est : « est-ce que je peux avoir à nouveau confiance en un homme ? » et mes cauchemars me disent que « non » parce que les traumatismes qu'elle a vécus sont toujours actifs. Elle ne le fait pas le lien. Elle dit : « je ne comprends pas pourquoi je fais ces cauchemars. Ça réapparaît tout le temps. Maintenant, quand je vois mon ami, je vois mon ex-mari, son visage se transforme ». Et c'est de plus en plus fort. Est-ce qu'on traite la violence qui a été subie par l'autre mari ? Par exemple, avec des techniques d'hypnose ou d'EMDR, on peut traiter les violences directes c'est-à-dire le moment où elle s'est fait agresser, on traite ce moment-là. Ou est-ce qu'on traite, sans passer par l'hypnose et l'EMDR, plus les relations qu'elle a aux hommes et maintenant, qu'elle encode directement à travers les violences qu'elle a vécues avec son mari. Ou est-ce que c'est encore tout autre chose qui se joue : c'est la première fois, depuis qu'elle est partie, qu'un homme s'occupe d'elle et de son enfant, peut-être qu'elle ne l'aime pas et que parce qu'il s'occupe d'elle, elle lui est reconnaissante et comme elle n'a que ce support-là, elle fait des faveurs à cet homme et ça se transforme en relation qui est un simili d'amour et dans ses cauchemars, c'est cette sorte de violence parce qu'elle n'arrive pas à se dire que non,

il ne faut pas qu'elle aille aussi loin avec cet homme. Ce dernier point-là, c'est quelque chose qu'on avait réussi à aborder avec elle pendant une séance mais qui est très compliqué. Et hier, c'était les violences liées à l'événement traumatique avec son mari donc on a pu travailler ça. Donc, d'une séance sur l'autre, on va amener des choses, il y a une continuité mais qui est plus sur l'année, d'une séance à l'autre, ça peut être des choses très différentes. Il y a une autre fois, avec la même personne, elle s'était fait agresser par un homme au niveau du CADA, parce qu'elle est seule avec une enfant. Pour les Albanais, ils les considèrent comme des putes donc un homme lui a dit : « t'es une pute, qu'est-ce que tu fais là ? tu n'as pas ton mari ? ». Et donc ça l'a renvoyé à : « au contraire, je peux être une femme indépendante par rapport aux hommes, et donc émancipée ». La question de l'émancipation des femmes dans la culture albanaise, on en a parlé pendant une heure. Et elle me disait : « en France, je veux être une femme comme en France, les femmes françaises sont émancipées. ». Alors je lui ai dit que « non, qu'une femme sur six est victime de violence par son mari ». Et là, paf, ça l'a complètement scotchée. Elle en a parlé à tout le monde. Et ça l'a rassurée parce qu'elle idéalisait complètement les femmes françaises. C'est un exemple des différents trucs dont on peut parler en psychothérapie pour une personne qui a été traumatisée.

– *Au niveau du psychiatre de votre équipe, est-ce qu'il prescrit des médicaments ou pas trop ?*

– Oui, il prescrit.

– *Et est-ce que vous avez une idée du type de molécule ou du type de traitement ?*

– Non. C'est des anxiolytiques et des antidépresseurs pour la majorité, et puis, des somnifères aussi. Mais lui, dans sa file active, il a des personnes qui ont des pathologies soit des déficiences intellectuelles sur fond de psychose (on en a quelques-uns comme ça), soit des personnes psychotiques. Donc, il peut prescrire du Risperdal ou des choses comme ça. Mais autrement, il fait aussi un accompagnement qui a des effets psychothérapeutiques. Il est là-dedans, il n'est pas juste dans la prescription. Les gens, il les voit une heure, pas dix minutes. On n'a pas une pratique de CMP, c'est clair.

– *Tout-à-l'heure, vous disiez que vous aviez des patients que vous suiviez depuis 3 ans et vous parliez aussi des difficultés à faire des relais. Est-ce que cela vous arrive de relayer ailleurs ?*

Non, en fait, au niveau psychothérapeutique, je ne fais jamais de relais. Ça ne marche jamais. Parce que mes collègues, dans les CMP, disent qu'ils ne savent

pas faire. La majorité dit ça et les autres, en gros, ils sont trop occupés. Donc, les relais, ça ne marche pas au niveau psy. Après les gens, au bout d'un moment, ils arrêtent, soit parce qu'ils vont mieux soit parce qu'ils en ont marre soit parce qu'ils bougent, ils changent d'endroit donc, je ne peux plus les voir. Au niveau psychiatrique, on arrive et, c'est ce qui est en train de se passer, parce qu'on ne va plus avoir de psychiatre, on met en place des relais avec les CMP. Donc, en général, quand le médecin envoie un courrier au psychiatre du CMP en disant qu'il y a un relais, par rapport au migrant, on le fait très très très au compte-gouttes. Si on l'appelle, qu'on le harcèle un petit peu, au bout d'un moment, il va le prendre. Mais c'est vraiment compliqué à mettre en œuvre. Et au niveau infirmier, ça ne marche pas très bien. Donc, les infirmières gardent aussi leurs patients.

– *Et pour elles, pourquoi ça ne marche pas ?*

– En fait, au niveau de l'équipe mobile, on considère que le suivi infirmier c'est un soutien psycho-social. Alors que, dans les CMP, les infirmières, alors ça dépend des CMP, pour le coup c'est pas tout le monde pareil. Dans certains CMP, les infirmières font un travail psychothérapeutique, enfin du soutien psycho-social, mais il y a des CMP où les infirmières font juste un travail de diagnostic et d'orientation vers les médecins ou les psychologues. Donc, ça va dépendre de ça, de si on a un CMP avec lequel on travaille très très bien et où les infirmiers prennent en charge les gens. Il y en a d'autres où ils sont là pour faire du tri et de l'orientation donc les migrants ne peuvent pas y rentrer. Ça va vraiment dépendre des orientations, des politiques de soin de chaque CMP, parce qu'elles sont vraiment différentes. Il faut donc qu'on s'ajuste en fonction de ces politiques de soin, des choix des médecins-chefs, et cetera. C'est pas évident.

– *Vous avez déjà en partie parlé des difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique. Comment est-ce que vous gérez les demandes de certificats médicaux pour l'OFPPRA et pour la CNDA ?*

– Nous, on avait un psychiatre, qui était habilité à faire des certificats pour les étrangers malades donc, pour faire des certificats pour cette procédure-là. Donc, pendant plusieurs années, ça a fonctionné comme ça, mais ça a un peu fait appel d'air et les gens venaient pour ça. Ce qui fait qu'à un moment, on a décidé d'arrêter. Donc, c'est un médecin généraliste qui fait ça mais, qui demande au psychiatre de nourrir son rapport à lui. À côté de ça,

on fait des certificats médicaux, à la demande des médecins, au niveau psychiatrique. Et puis, on fait des attestations de suivi. On en fait beaucoup.

– *Vous disiez que vous faisiez des certificats médicaux quand c'est des médecins qui les demandent ?*

Oui. Par exemple, quand c'est des médecins qui doivent rédiger le certificat médical pour la procédure étranger malade, ces médecins, qui sont parfois des médecins généralistes, demandent à notre psychiatre de faire un compte-rendu médical qui va permettre de nourrir son certificat médical.

– *Et en prévision des audiences à l'OFPPRA ou à la CNDA, pour expliquer les difficultés de certains patients, est-ce que ça vous arrive de faire des certificats de ce type ?*

– On l'a eu fait. Et ça se pose encore une fois cette semaine. Mais on le fait pas beaucoup parce qu'il y a là, la question du secret. C'est difficile de le faire pour l'OFPPRA. Dans le cas d'une procédure étranger malade, oui, mais pour une procédure normale, normalement, on n'a pas trop à révéler les problématiques de santé des gens.

– *D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– J'en mets trois : être engagé dans sa pratique, être créatif et être structuré. C'est mes trois compétences, quand je recrute, c'est ça que je cherche. On a vraiment besoin que les gens soient engagés, autrement c'est compliqué, sinon ils ne tiennent pas au niveau émotionnel. Et la question de la créativité et de la structuration, je parlais tout-à-l'heure du cadre. Le cadre doit être clair dans sa tête et avoir un peu confiance en soi sinon, on se fait bourlinguer dans tous les sens, et en même temps il faut être créatif parce que ça demande une adaptation tout le temps. C'est toujours dans l'indétermination, il y a toujours des galères qui arrivent, il y a des rendez-vous qui ne sont jamais d'aplomb, 150 rendez-vous manqués, faut rappeler, faut aller chercher les gens. Il faut vraiment bricoler. Voilà

– *Et au niveau de la formation, est-ce que vous pensez qu'une formation spécifique est nécessaire ?*

– Pas forcément. Je pense que c'est plus une question de parcours. Parce que les formations, ça n'apprend pas ça, c'est des compétences personnelles. Une formation peut alerter quelqu'un sur le fait qu'il faut qu'elle développe des compétences qui vont dans ce sens-là, mais une formation n'apprend pas à être comme ça. Donc je dirais, oui et non. Par exemple, le réseau, on dit tout

le temps qu'il faut travailler en réseau, eh bien on peut travailler en réseau, juste pour faire de l'orientation, donc en gros, la patate chaude. Ce n'est pas ce qu'on fait, quand on travaille en précarité, on travaille en réseau parce que la question du secret partagé, ce que Furtos dit sur la transgression validée, c'est tous ces trucs-là. Pour arriver à tenir ce cadre-là, tout en étant dans une institution, il faut être assez souple. Et ça créé beaucoup de conflit avec l'institution, parce qu'il faut à la fois être dans le cadre de l'institution avec beaucoup d'injonctions aujourd'hui à l'évaluation, au projet, et cetera, mais, avec les personnes qu'on suit, surtout les personnes en situation de précarité, ça ne marche pas. C'est là qu'il faut être à la fois structuré pour rendre compte de ce qu'on fait et que les gens qui nous financent soient contents, et en même temps créatif parce qu'en même temps, on joue sur les deux tableaux. Donc c'est assez exigeant, quand même, ça ne se fait pas tout de suite. Et je le vois notamment avec celles qui viennent de l'intra, en général, si quelqu'un a fait 10 ans d'intra et qu'il arrive dans un service comme ça... c'est chaud... D'ailleurs, il y avait un témoignage, à la dernière journée des équipes mobiles en Ardèche, il y avait un infirmier qui travaillait en CMP et dans l'équipe mobile de l'Ardèche et, il témoignait de ça, il disait que c'était complètement différent et j'ai trouvé ça vachement intéressant.

– Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des migrants avec un parcours d'asile et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Il faut qu'on ait plus de sous. Il n'y a vraiment pas assez de professionnels dans ce domaine-là, au niveau de la santé mentale, ça, c'est clair. Au niveau de la formation, c'est ce qu'on disait tout-à-l'heure. Je pense que tout ce qui est travail de prévention dans les structures d'accueil pourrait être amélioré. Il n'y en a pas beaucoup quand même mais aussi par faute de financement. Et puis la prévention, ça prend du temps. On pourrait faire des groupes de parole, des sensibilisations, travailler sur des activités un peu plus psycho-sociales, on va dire. Ça mériterait d'être développé. Après, sur le niveau politique, je pense que l'Orspere devrait travailler un plaidoyer de manière un petit peu plus politique, sur les témoignages, le récit des personnes qui sont suivies. À un moment, il y avait eu un bouquin qui s'appelait *Paroles de femmes en exil*, je crois, qui avait été fait par Samdarra, c'est ce type d'outils qui est intéressant. Faire des recueils de témoignages, je

trouve que ça serait intéressant. Voilà, quelques idées, je n'y ai pas trop réfléchi.

– Qu'est-ce que vous penseriez d'un dispositif spécialisé dans le psychotrauma ?

– C'est une bonne idée. Il y a quand même Forum réfugiés qui fait ça, mais c'est vrai qu'ils ne le font pas pour tous les migrants. Donc voilà le problème. C'est une très bonne idée. [Sur le département], il y a un médecin qui pensait à faire ça. Ça part de la Cellule Urgences Médico-psychologiques, c'est-à-dire que ça ne concerne pas que les migrants, C'est vrai qu'[ici], il n'y a pas de consultations spécialisées sur les états de stress post-traumatiques pour le tout-venant. Je pense qu'on est une structure qui est le plus centré là-dessus, plus de 30 % de notre file active, mais c'est pour les migrants. Pour les autres, je ne sais pas vraiment comment ça se passe. Au niveau des CMP, je ne suis pas sûr que ça soit énormément pris en charge. En fait, c'est surtout au niveau général que ça se passe, et pour ça, il faut avoir un peu d'argent.

– Est-ce qu'il aurait un point que nous n'aurions pas traité et qui vous paraîtrait important ?

– Non, je pense que c'est tout. Une des valeurs, encore, aussi au niveau de notre façon de travailler, c'est vraiment la question du collectif, même si on a eu un peu du mal ces derniers temps à le porter. On essaie vraiment de travailler en réseau, en réseau pluri-institutionnel. C'est l'idée de la constellation de Tosquelles de la clinique de La Borde, où on peut en partageant les connaissances qu'on a d'une personne, ça permet de prendre soin de la personne. Parce qu'on partage les contre-transferts de la personne, et ça c'est vraiment important. Après on s'est aussi fait prendre par l'augmentation de notre file active donc on organise beaucoup moins de réunions de synthèse, de travail en collectif comme ça. C'est bien dommage. Ça, c'est quelque chose de vraiment important, surtout pour les personnes en situation de précarité. Les migrants, c'est important aussi de travailler avec les travailleurs sociaux dans les CADA ou les bénévoles, les gens qui les hébergent mais c'est surtout pour les personnes en situation de précarité.

– Merci d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien.

Entretien n°4 (E4)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– *Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?*

– Alors, [ici] non. Il y avait un collègue qui devait accueillir des Syriens avec logement, et cetera. Les Syriens ne sont pas venus, ça date de l'été dernier. Donc, peu. Pour nous, [ici, dans cette structure], on a toujours la même proportion d'étrangers. Et, on a à peu près une stabilité de nos consultations depuis deux ou trois ans. Donc, je dirais peu, [ici], tout est relatif.

– *Donc, c'est plutôt par rapport aux Syriens, mais de manière globale, il y a une stabilité de vos consultations depuis deux ou trois ans ?*

– Oui. Par contre, ce ne sont plus les mêmes parcours. Les parcours ont changé. Donc, d'abord, les migrants qui viennent de l'Afrique de l'Ouest, on en a de plus en plus, Mali, Guinée-Conakry, Nigeria, alors qu'avant, on en avait très peu. Le parcours, c'est : traversée du Sarah, Libye et ils traversent la Méditerranée jusqu'en Italie. On en reçoit vraiment avec des traumatismes au cours de l'exil c'est-à-dire ils nous parlent de leurs traumatismes durant l'exil, on ne sait plus vraiment pourquoi ils sont partis de chez eux. Donc, ils ont eu des violences en Libye, des incarcérations. S'ils sont là, c'est qu'ils ne sont pas morts mais, ils ont vu certains de leurs compagnons sur lesquels on a tirés en Libye. Les services de sécurité libyens, on ne sait pas trop qui est-ce, ont tiré. Ils sont donc témoins de massacres, d'assassinats, ou je ne sais pas comment on peut dire, de naufrages en Méditerranée. Donc, il y a toute une population qui vraiment, avant, on les voyait, ils nous parlaient de ce qui s'est passé dans leur pays, de leurs difficultés ici, à trouver une maison. Mais là, ils nous parlent de ce long voyage d'exil traumatisant. Et ça, c'est nouveau. Et puis aussi, dans les phénomènes de migration, je ne sais pas si ça rentre dans votre sujet mais, on a les migrations économiques : l'étranger qui est en

situation régulière en Italie ou en Espagne et qui, du fait du chômage, vient chez nous. Donc, ceux-là, ils n'ont pas spécialement de stress post-traumatique, enfin je ne pense pas plus que la population générale. Ça, c'est aussi un profil nouveau qu'on n'avait pas.

– *J'ai des données chiffrées, mais ce n'est pas forcément pour les chiffres mais un peu pour vous, ce que vous pouvez en dire subjectivement. Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

– Moi, je pense que l'on est plus proche de 80 que de 10. Sur les demandeurs d'asile, ou tout au moins réfugiés, qui sont dans une démarche de s'installer en France, je pense que c'est les trois quarts. Alors, [ici], soit ce stress, il va tout de suite se manifester beaucoup, soit c'est des choses beaucoup plus larvées et d'autres qui prennent des aspects somatiques. Comme moi je suis somaticienne, de toute façon, je m'occupe des aspects somatiques. Et donc, il y a eu des prises de risque, des bilans à faire strictement somatiques. Voilà. Non, mais c'est énorme.

– *Vous en voyez beaucoup, du coup.*

– Oui. Si les femmes, vous le savez sûrement, le viol étant une arme de guerre, de répression, au Congo, c'est plus de quatre femmes sur cinq qui arrivent du Congo et qui ont été violées. Donc, déjà Congo, voilà... À une époque, on avait des Tchétchènes, les Tchétchènes c'est un peu pareil, mais elles, elles n'en parlaient pas. Culturellement, ce n'est pas possible. C'est énorme. Et les hommes ont été battus.

– *Vous avez en partie répondu à la question d'après, par rapport aux comorbidités. On retrouve fréquemment, dans la littérature, que l'état de stress post-traumatique est associé à des comorbidités, des troubles dépressifs sur le plan psychiatrique mais aussi beaucoup de somatisations, comme ce que vous disiez tout à l'heure. Qu'en pensez-vous ?*

– Après, c'est variable selon les gens. Il y a des personnes qui ont tout focalisé sur le corps et donc,

on va avoir beaucoup, beaucoup de mal à les rassurer. Donc, on va leur faire faire des échographies, des machins et des trucs pour leur dire : « on ne voit rien. ». Donc, après, pour orienter un entretien sur le vécu, les événements, c'est parfois très difficile, il y a des gens qui ne veulent pas y toucher. Et, je pense que ça serait raviver un traumatisme. Donc, des fois, on n'arrive pas à passer sur le versant psychologique. La prise en charge à la PASS, elle est transitoire, après, une fois qu'ils ont l'assurance maladie, on va faire le relais en ville. On bosse beaucoup avec l'EMPP et on adresse des patients. Des fois, on est un peu schizophrène, on dit : « bah, oui, vous êtes tendus » et on ne dit pas trop pourquoi et, puis après, on s'occupe des affaires somatiques. Et au départ, l'évaluation est parfois difficile : on ne sait pas quelle est la part de la psychologie psychiatrique initiale. Après, on arrive, des fois à y voir clair mais, au début, on se dit : est-ce que c'est des gens qui, au départ, avaient une fragilité et qui vont répondre à ce stress, enfin à ces traumatismes, ça va complètement effondrer leurs défenses et ils vont verser dans la psychose ; ou alors est-ce qu'ils étaient psychotiques avant ? Il y a toutes les formules de passage, de toute façon, les formules de passage d'une maladie psychiatrique qui est presque intrinsèque, à une maladie psychiatrique complètement consécutive à un traumatisme. Il y a de tout. On peut avoir toutes les formes, je pense. Et c'est parfois difficile à soigner en psychiatrie. Moi, je ne suis pas psychiatre.

État des lieux

– Est-ce que vous pouvez déjà me parler de votre équipe, et puis peut-être, des personnes extérieures qui interviennent chez vous, des interprètes ou autres... ?

– Alors l'équipe. Ici, le premier accueil, il est toujours social, pour voir que la personne répond aux critères, enfin que la personne est bien en difficulté d'assurance maladie et si besoin, une consultation de médecine générale est proposée. Les demandeurs, les réfugiés, tout ça, on sait automatiquement, très facilement, ils nous disent très vite qu'ils sont demandeurs d'asile, leur adresse est à la plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile, donc, ils sont très très vite repérés. Souvent, la demande d'attestation maladie est faite par la PADA et dès qu'ils ont leur récépissé de la préfecture, on intervient. Le travail social va intervenir très peu sur l'assurance maladie. Par contre, il y a un temps en début de consultation médicale où l'assistant social explique bien les règles du jeu de la prise en charge, en disant : « Ici

c'est provisoire, quand vous aurez votre assurance maladie, on vous orientera vers un médecin de ville, si vous n'en connaissez pas, on pourra vous en proposer ». Parce qu'on s'était rendu compte, au début du travail en binôme avec l'assistant social, que les gens s'attachaient beaucoup ici, parce que l'accueil est bon, par rapport à d'autres services de l'hôpital qui sont plus dans la technique, ici, il y a un bon accueil. Et puis, ils étaient rassurés parce qu'on a le plateau technique sous la main, on fait des bilans, et cetera. Et puis, c'étaient les premiers endroits où ils étaient accueillis donc ils étaient attachés. Et comme c'est des gens qui ont été obligés d'avoir des ruptures, de se réimplanter à un endroit, pour eux c'était important. Donc dès le début, on dit : « attention, on coupera le cordon quand vous aurez votre assurance maladie ». Donc ça, c'est très important. Et ça, c'est un travail d'équipe. Le médecin lui-même ne pourrait pas assurer ça : « oui je vais m'occuper de vous, mais vous savez, après c'est fini... ». C'est bien que ça soit quelqu'un d'un peu extérieur à la relation thérapeutique, l'assistant social en l'occurrence, qui dise cette règle du jeu. Donc, pour tous les demandeurs d'asile, le travail d'équipe avec l'assistant social, il se fait comme ça. L'assistant social va aider les gens qui sont en très grandes difficultés, ceux qui sont déboutés de l'asile et qui reviennent complètement paumés par rapport à leur assurance maladie. Donc là, c'est plutôt quand ça se passe mal pour ces demandeurs d'asile que l'assistant social va faire un accompagnement, des petites consultations... à ce moment-là, je peux les revoir aussi.

Après, le travail d'équipe, il y a l'infirmière qui fait plutôt des actes techniques : dépistages, prises de sang, et cetera, et qui participe aussi aux relais c'est-à-dire que c'est elle qui va recevoir le patient et qui va expliquer comment ça va se passer avec le médecin, éventuellement appeler un médecin pour avoir un rendez-vous, expliquer comment la CMU fonctionne. Donc ça, c'est aussi un travail d'équipe. Les traducteurs, généralement, c'est le demandeur qui amène son traducteur. Nous, on a la possibilité à l'hôpital de faire des demandes de traducteurs. Donc, je le fais quand il y a des informations très très précises à fournir sur les pathologies, c'est l'hôpital qui finance et généralement ça fonctionne par téléphone. On ne les fait plus venir : d'une part c'est plus anonyme, comme ça c'est mieux, les gens se sentent plus libres, parce que des fois ça posait des problèmes dans les communautés, des interprètes plus ou moins connus de la communauté, et cetera, sur le plan de la confidentialité, ce n'était pas très bien. Après, on utilise un peu Google

Traduction, on utilise les mains, on utilise tout, quoi. Mais, on arrive quand même à s'en dépatouiller. On a quelques généralistes qui maîtrisent des langues donc on arrive comme ça à adresser plus spécifiquement telle personne qui s'exprime dans telle langue à tel généraliste qui connaît la langue. On bosse, depuis peu, avec le médecin coordinateur [de notre zone] puisque l'OFII a décidé de demander à un médecin qu'elle salariée, de définir des priorités en fonction des pathologies. Il fait presque partie de l'équipe vu qu'il y a souvent une souffrance des demandeurs d'asile parce qu'ils sont sans abri ou, avec un abri vraiment précaire. Là, [dans notre ville], il y a une paroisse, enfin une église, qui a mis à disposition, depuis des années et des années, une grande salle paroissiale où la nuit, ils étalent des matelas. Ils se retrouvent à soixante-dix là, dans de mauvaises conditions. Moi, j'ai fait des courriers au médecin de l'OFII. On a rencontré ce médecin parce qu'on a une association qui fédère les PASS sur la région Rhône-Alpes, et on fait venir ce médecin, et il nous a dit : « si vous voyez des situations avec des personnes vraiment très en difficulté, faites-moi un signalement. Et à partir du moment que la personne est reçue en préfecture, je retrouverai son dossier ». Donc, on n'attend pas que le patient nous sorte le certificat préconçu de l'OFII, on peut faire des signalements au médecin. Ça fonctionne bien avec le médecin de l'OFII. Après, il nous répond par mail pour nous dire : « j'ai mis en priorité haute ou je n'ai pas mis en priorité ». Si au cours de la prise en charge, il y avait des motifs, effectivement un peu péjoratifs, on se remet en relation avec le médecin OFII. Donc, c'est presque un membre de l'équipe pour les demandeurs d'asile.

On bosse beaucoup avec l'EMPP. Ils sont reçus, souvent en première intention, par des infirmiers. Après, soit ils voient un psychologue sur l'EMPP et pour certains, ils verront le psychiatre, qui intervient une fois toutes les trois semaines, elle n'a pas beaucoup de vacances. Donc, on fait ça en coopération, c'est-à-dire on arrive à faire des prises en charge médecine générale, PASS et infirmière EMPP. On s'envoie les patients. Du coup, si je sais qu'ils sont suivis sur l'EMPP, je vais les voir moins souvent. Au début, je les vois très souvent, les gens très très stressés, qui peuvent être parfois dans des perplexités anxieuses, je vais les voir souvent, et puis, surtout s'il y a une grosse inquiétude par rapport à un bilan somatique, je vais les voir très souvent et donc après quand on a un peu débrouillé, je passe sur l'EMPP. Et après, ils continuent cette prise en charge, même une fois qu'ils ont leur assurance maladie et qu'ils vont chez un généraliste.

Donc, on bosse bien avec l'EMPP. Sinon, on travaille en équipe, beaucoup avec la maternité, après c'est tout le réseau hospitalier, des correspondants et des collaborations.

– Vous avez déjà commencé à répondre à la question suivante qui porte sur le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure, donc, par exemple : qui vous les adresse, pour quelles raisons ?

– Alors les primo-arrivants, c'est la PADA, le plus souvent qui nous les adresse. Il suffit qu'ils disent : « ça ne va pas bien ». La PADA appelle, elle doit appeler trois ou quatre fois par jour. Ce n'est pas moi qui prends l'appel, c'est l'accueil, donc, je dirai qu'on est presque en ligne directe avec la PADA, pour les primo-arrivants. Après, les gens qui seraient déboutés de l'asile, ils nous connaissent donc ils reviennent. Ils peuvent nous être adressés par des associations mais, c'est beaucoup plus rare. Bon, les mineurs qui sont adressés par le conseil départemental. Ils peuvent nous être adressés par l'EMPP aussi. Le bouche à oreille, qui fonctionne quand même, et je dirais surtout sur les déboutés, les gens qui vont se retrouver en situation clandestine, on ne sait pas forcément, ils n'étaient pas forcément sur Saint-Étienne avant... Voilà tout le réseau qui nous les adresse. Donc, on va les voir à tous les stades : pendant que la demande d'asile est en instruction, quand ils sont déboutés, quand ils sont en recours devant le Conseil National, au stade d'étranger malade pour ceux qui sont malades. Donc j'en reçois, des gens déboutés et là ; c'est les généralistes du réseau qui me les renvoient, comme je suis praticien hospitalier, je peux remplir la demande d'étranger malade. Il se trouve assez souvent, très très souvent, moi je les connaissais déjà de la PASS, j'avais passé la main à un généraliste qui me les renvoie juste à l'occasion de ce rapport à envoyer, malheureusement. Et puis des fois, des généralistes vont juste me les envoyer pour que ça fasse le joint pour un traitement de diabète ou de tension. On les a à tous les stades.

– Au niveau des symptômes qu'ils peuvent présenter, qu'est-ce qui peut vous orienter une pathologie post-traumatique ?

– Ils ont mal partout, c'est des signes somatiques qu'on ne peut pas d'emblée rattacher à un syndrome somatique. Je dirais que ça ressemble à tout et ça ressemble à rien, des douleurs diffuses, des troubles du sommeil. Quand ils quittent leurs symptômes, souvent ils vont dire : « j'ai été battu », enfin, ils ne le disent pas forcément. Et puis, je dirais qu'on les voit venir parce que d'abord on fait le point sur leur

situation sur pourquoi ils viennent à la PASS, donc on sait qu'ils sont demandeurs d'asile, on sait qu'ils viennent de tel pays, on connaît, on sait qu'au Congo, ça fait plus de 20 ans qu'il y a une guerre civile, avec factions qui se tapent dessus et s'entre-tuent. Donc, on voit de quel environnement ils proviennent, s'ils viennent en France, c'est pas en touristes, on le voit tout de suite. C'est presque un diagnostic de probabilité : un Congolais qui vient et qui a mal partout, qui demande l'asile, c'est qu'il a eu des sévices chez lui. En médecine générale, on parle beaucoup de diagnostics de probabilité mais, là c'est presque un diagnostic de probabilité. Et puis on les examine, l'examen clinique est très pauvre par rapport aux douleurs, les examens de débrouillage, je dirais, l'examen clinique en lui-même, deux-trois prises de sang pour vérifier la NFS et bien, on ne trouve rien. On ne va pas trouver de support somatique. Si on en trouve un, c'est disproportionné par rapport au tableau. C'est des signes cliniques, des douleurs, qui affectent beaucoup le mental, qui sont très envahissantes. Et puis, c'est des gens très tendus. Quand on les examine, ils sont tout crispés.

– Une fois que vous les avez identifiés, la prise en charge que vous proposez, un peu spécifique sur l'état de stress post-traumatique, je suppose que c'est surtout l'orientation vers l'EMPP ?

– Oui, si eux ils arrivent à faire le lien. Mais, de toute façon, je les envoie quand même parce qu'ils ont toujours une souffrance d'ordre psychologique, même s'ils ne racontent pas tous leurs traumatismes. C'était quoi la question ?

– C'était de voir quelle prise en charge vous proposez aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– De toute façon, je dédouane tout ce qui est somatique. Parce qu'on fait beaucoup de diagnostics ici, entre l'hypertension, le diabète, les infections à hépatite B, le VIH, et cetera. Je dédouane le somatique, ça paraît indispensable. On fait des radios, c'est des examens complémentaires qui restent quand même simples mais sont indispensables. Comme la prise en charge est transitoire, je ne suis pas sûre, pour nous, qu'on ait l'occasion avec le patient d'élaborer suffisamment tout ce qui traumatisme pour dire : « je vais vous envoyer de façon spécifique ». Je ne suis pas sûre non plus qu'au niveau de l'EMPP, ils bossent beaucoup sur le traumatisme, la torture qui a eu lieu. C'est tellement du long terme, parce que l'EMPP aussi, c'est du transitoire. Après, je ne connais pas non plus, [ici], des psychiatres qui soient spécialisés

ni dans les victimes de la torture ni sur le long terme. Mais, je pense que certains le font, ils n'ont pas l'étiquette, mais ils sont capables, je pense, de le faire. On retrouve des gens en demande d'étranger malade qui ont des suivis psychiatriques très lourds. S'il n'y a que du psychiatrique, ce n'est pas moi qui vais les voir, ce sera le psychiatre qui va faire la demande étranger malade, le rapport au médecin inspecteur de santé publique. Mais souvent, je vais voir des patients où c'est mélangé : ils ont une grosse bonne hypertension et puis, ils ont un suivi psychiatrique avec des neuroleptiques, des antidépresseurs... Donc si vous voulez, il faut que le patient soit d'accord avec le diagnostic de trauma ou de retentissement du trauma sur son psychique. En psychiatrie, si vous voulez les soigner, il faut qu'ils soient d'accord, alors vous êtes d'accord sur un minimum, sur quelque chose en commun. Sinon, si moi je dis : « vous avez une psychose » et que l'autre n'est pas du tout d'accord, je dis « psychose » pour qu'il dise autre chose et que lui sera d'accord, pour qu'on ait un diagnostic partagé. Donc, on se met d'accord sur des mots. Avec les demandeurs d'asile, enfin avec les gens qui ont eu des gros stress post-traumatiques, ce n'est pas toujours facile. Et en plus, il peut y en avoir plusieurs stress qui se répondent les uns les autres. Je ne sais pas, quelqu'un qui a été battu dans l'enfance, qui a été rejeté par son beau-père, par exemple, après, il a eu des ennuis politiques, on l'a battu. Donc ça peut être redondant dans l'histoire, dans sa structure, toute la personne. C'est difficile quand on est somaticien, de voir, de prendre en charge ça. Donc, je ne peux pas vous dire : « moi, tous les diabètes, je leur fais leur glycémie ». Je ne peux pas, toutes mes suspicions de diabète, je vais le dire au patient, il va être d'accord la plupart du temps. Mais pour les stress post-traumatiques, c'est pas comme ça que ça marche. Je ne peux pas vous dire que tous les stress post-traumatiques, je les envoie tous à l'EMPP ou je leur mets tous des hypnotiques. C'est pas comme ça, c'est plus compliqué. Ici, ce qu'on s'emploie aussi à faire, c'est de ne pas rajouter du stress dans notre prise en charge et surtout, de ne pas rajouter d'autres traumatismes. Il peut y avoir des actes somatiques invasifs et cetera, donc je dirais : « faire attention » à la manière dont on va présenter certains examens somatiques, chez la femme, par exemple l'examen gynécologique, pour ne pas rajouter du traumatisme. Déjà si on fait ça, c'est déjà pas trop mal.

– Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des

**« migrants avec un parcours de demande d'asile »
et souffrant d'état de stress post-traumatique ?**

– C'est le temps. L'obstacle, c'est le temps, parce que la prise en charge sur la PASS est transitoire. Donc de toute façon, on ne peut pas avoir le temps sur trois mois, quatre mois, ou plus. Au fond, même si j'avais assez de disponibilités dans mes agendas pour les recevoir tous les tous jours, non, ce n'est pas le rythme de stress post-traumatique. Depuis quelque temps, justement, quand j'ai quelqu'un que je sens vraiment trop mal, avec une mise en place des repères difficile due souvent à un traumatisme, je passe moins vite la main au généraliste c'est-à-dire que si toutes les questions somatiques ne sont pas résolues, je ne passe pas la main, je garde la main. Alors qu'avant, je passais mon dossier, je disais : « il gèrera la suite ». Là, tant que je n'ai pas abouti à un diagnostic ou à une stabilité de la vision de l'état du patient, je ne passe pas la main, je les garde plus. Parce que je trouve que ça peut justement être traumatisant ou vécu comme un abandon le fait que je passe la main : « alors oui, elle a peut-être beaucoup de boulot, mais elle m'abandonne ». Donc, j'essaie, pour les gens qui sont très fragilisés, de préparer un peu mieux le passage, d'en parler peut-être deux ou trois consultations avant de le faire, de faire le relais effectif, voilà, de prendre plus de temps. Et je pense que c'est nécessaire. Donc du coup, on essaie, pour cet obstacle qui est le temps, pour ceux qui en ont le plus besoin, eh bien tant pis, de prendre le temps.

– *Et au niveau de la communication ? Est-ce que des fois vous êtes vraiment en difficulté ?*

– Pour la langue, oui, ça peut arriver. Mais à ce moment-là, s'il y a beaucoup de choses somatiques, je vais faire appel à un traducteur téléphonique. Mais c'est pas fréquent. Nous, [dans notre ville], on a beaucoup de Congolais qui sont francophones. Donc, c'est un peu biaisé ce que je vous dis, que je n'ai pas trop besoin de traducteurs. Sur d'autres villes où ils reçoivent, je ne sais pas, des Afghans, c'est pas pareil. Nous, on a très peu d'anglophones qui se tournent vers l'Angleterre. On arrive à s'en sortir. On a des Angolais mais qui tous quand ils viennent, ils appartiennent plutôt à une certaine classe sociale donc ils apprennent vite le français, et puis, ils sont accompagnés par des Angolais qui sont intégrés ici. Après, on se débrouille un peu avec l'anglais pour les pays africains anglophones. Et des pays de l'Est, on en reçoit très peu, actuellement, c'est vraiment en baisse. On a plus de Tchétchènes, pratiquement plus de Tchétchènes, des Arméniens vraiment très peu, des Géorgiens très très peu, ça a beaucoup, beaucoup baissé. Et on a très peu

d'asiatiques : on a quelques Mongols mais c'est tout, Chinois de Mongolie intérieure. Mais on a peu d'asiatiques.

– *Vous disiez que sur les relais sur les médecins généralistes ça a l'air de se faire assez facilement ? Est-ce que vous pouvez rencontrer des difficultés ?*

– Alors, ça se faisait assez facilement. On a un bon réseau. Ce qui s'est passé depuis l'été dernier, le réseau de généralistes est moins dense, il y a eu des départs à la retraite en cabinets non remplacés. Du coup, les généralistes sont devenus beaucoup plus réticents à prendre de nouveaux patients. Les secrétariats ont des consignes très fermes de ne pas prendre de nouveaux patients. Donc, on est obligé de passer par les généralistes eux-mêmes, pour leur dire : « est-ce que tu veux bien ? ». Alors, ils disent toujours « oui ». Il doit y avoir deux cabinets médicaux : un cabinet de groupe et puis, une maison médicale qui, eux, acceptent les patients sans tergiverser. Ça veut dire que nous, il faut qu'on y passe plus de temps pour passer le relais. Mais ça reste relativement facile parce qu'on connaît et on a bossé avec ces généralistes depuis des années, ils nous connaissent, ils savent nos manières de transférer les informations médicales. Donc, [dans notre ville] qui a une dimension humaine raisonnable, c'est possible. Il y a d'autres grandes villes, sur Lyon, je sais que c'est très dur. C'est pour ça aussi que j'attends d'avoir un peu avancé le diagnostic avant de leur envoyer le patient, comme je sais qu'ils sont moins disponibles pour reprendre un dossier en cours. Mais, ils restent motivés et intéressés. Généralement, ces patients qui ont des pathologies « intéressantes » pour des somaticiens, ils ne rechignent pas de manière générale, enfin ils ne vont pas se plaindre du patient.

– *Et tout-à-l'heure, vous parliez que vous interveniez dans la rédaction de rapports médicaux par rapport à la demande étranger malade. Est-ce que ça vous arrive de rédiger des certificats médicaux mais plus par rapport à l'OFPPRA ou à la CNDA ?*

– Par rapport à l'OFPPRA j'en fais très peu, sauf pour les cicatrices qui ne peuvent pas s'exposer. Si les gens ont des cicatrices sur le visage ou les mains, je leur dis : « vous montrez » et je leur explique de bien expliquer comment ça s'est passé, de bien donner toutes les précisions pour qu'ils voient que c'est une histoire vraie, parce que le jury de l'OFPPRA part du principe que c'est des récits construits ou inventés, construits... Alors moi je dis : « la guerre, c'est toujours la même, c'est assez stéréotypé, la guerre. ». Je fais des certificats comme ça. Pour ce qui est du stress post-traumatique, c'est

toujours un peu délicat, je peux dire que je les prends en charge, qu'ils nécessitent des traitements médicamenteux et une prise en charge spécialisée par l'EMPP. Mais je préfère que ça soit l'EMPP qui fasse le certificat qui dit : « voilà nous avons reçu... ». Ce ne sont pas de vrais certificats parce que c'est des attestations où ils disent : « Nous avons reçu cette personne, tatatata, tatatata... ». Mais ça ne prouve rien, moi je leur dis bien que ça ne prouve rien. Parce qu'une femme battue mais qui n'a aucun problème dans son pays, enfin les femmes battues, elles ont un régime un peu spécial d'accueil. Mais l'enfant battu, ce n'est peut-être pas politique, c'est aspécifique, donc je pense que ça ne leur apporte pas grand-chose. Moi, je leur dis de s'armer de courage, de prendre des tranquillisants un peu avant, après, parce que c'est une vraie épreuve. Mais, ils ne vont pas forcément nous questionner là-dessus. Après, il y en a beaucoup qui confondent le fait de faire valoir des séquelles ou des blessures au niveau de l'OFPRA et la démarche étranger malade. Il y en a qui veulent que je dise à l'OFPRA qu'ils ont le diabète, alors je dis : « non, non ». Et puis, je prends un exemple : « Vous demandez l'asile politique, je vais mettre diabète. Si ça se trouve, je ne vais pas dire qu'il faut davantage prendre en compte votre demande parce que vous êtes diabétique, ce n'est pas un argument. Si ça se trouve, dans le jury, il y a des diabétiques. ». Et ils répondent : « ah oui, ah oui, c'est vrai ». Donc je leur dis : « il ne faut pas énerver le jury ». Donc, j'en fais très peu pour l'OFPRA. Pour la CNDA, j'étais arrivée à faire une expertise, parce qu'il y a un centre équité santé à Lyon qui fonctionne avec des médecins. Mais un jour, le médecin était malade, il ne pouvait pas recevoir la personne et il fallait absolument faire un rapport pour l'avocat qui aidait. Donc c'est moi qui l'ai fait. Donc, j'ai été obligée de la recevoir en dehors de mes consultations dans un temps pris sur une autre activité. Parce que ça me semblait une urgence, humanitaire ou humaniste si vous voulez. Donc, ça peut m'arriver dans les cas exceptionnels, mais je ne suis pas directement sollicitée. Et, [ici], le service de médecine légale ne fait pas ce genre de rapport. Mais là, je pense qu'il y a un manque. Après, sur Lyon, je n'ai pas eu de nouvelles récemment, je ne sais pas si cela fonctionne encore.

– *Tout-à-l'heure vous disiez qu'en ce moment, vous preniez davantage de temps jusqu'à avoir un diagnostic avant de passer le relais. Est-ce que travailler sur la PASS, ça a modifié d'autres choses dans votre façon de travailler ?*

– C'est sûr que dans l'approche du patient, l'abord du patient, c'est complètement différent. Bon, je

reçois des internes. Il faut toujours contextualiser le symptôme. Il faut toujours... quelqu'un qui a un nom étranger, si ça se trouve, il est Français. Donc, je demande toujours où ils sont nés, depuis quand ils sont [dans cette ville] ou éventuellement en France, pour essayer d'avoir, avant d'entrer dans les antécédents médicaux, je fais le parcours de lignée, rapidement, « où vous êtes né ? », donc je vois bien s'ils sont nés [ici], s'ils ont toujours vécu [dans cette ville] ou, alors s'ils sont nés loin et qu'ils sont en France depuis trois ans. Mais dans quelle situation ? Clandestin, et cetera. Donc ça, c'est quand on ne connaît pas un patient, c'est avoir un trajet de vie, pas une biographie complète, mais ce que j'appelle, j'ai mis une case dans mon observation, qui s'appelle « éléments biographiques », pour relativiser toutes les autres choses qu'ils vont m'amener. Parce que s'ils me disent : « j'ai été hospitalisé au Congo », ce n'est pas la même chose que d'être hospitalisé ici. Être hospitalisé en psychiatrie, en Bulgarie pendant deux mois, ce n'est pas la même chose que d'avoir fait plusieurs cures alcooliques en France. Donc, pour relativiser, en fonction des antécédents, dans quelle situation de soins, ils ont vécues, s'il y a eu des événements médicaux, dans quelle situation de soins, ils sont survenus. J'ai vraiment appris ça à la PASS. Donc je l'apprends à mes internes. J'ai appris qu'il se passait quelque chose de l'ordre thérapeutique lors de l'examen clinique c'est-à-dire la façon dont on va approcher le patient physiquement pouvait être catastrophique mais, pouvait signifier un respect du corps qui renvoie quelque chose de réédifiant pour le patient cassé. J'ai appris à partager des mots avec des patients c'est-à-dire quand ils vous disent un mot, ce n'est pas forcément le mot médical ou le mot en bon français, qu'il fallait le réemployer, quitte après à dire : « et sinon... », enfin donner le synonyme. Donc, travailler sur le langage, en utilisant le langage du patient, c'est sûr que j'ai appris ça sur la PASS. Et puis, essayer de modeler quelque chose autour pour qu'il ait une représentation de sa maladie la plus juste possible. Travailler sur les représentations des symptômes somatiques, qui sont souvent très envahissants, fantasmés, affreux, comme dans les films d'horreur. Travailler ça, rassurer. Quand je fais une annonce diagnostique sur le VIH, la première chose que je fais après, c'est ré-examiner le patient, le toucher, me comporter normalement avec lui. Voilà, quand même, j'ai appris beaucoup de choses à la PASS. C'est ce que j'essaie de faire comprendre aux internes, en fait, les choses importantes qu'ils ne voient pas forcément en stage de ville parce qu'il y a

une uniformité culturelle, dans les cabinets qu'ils fréquentent. Tout le monde a les mêmes codes et les mêmes comportements alors qu'ici, il n'y a pas les mêmes codes. Il n'y a pas un africain qui dit merci, mais ce n'est pas grave, ils vont manifester leur reconnaissance autrement. On ne va s'arrêter sur les codes de comportements, c'est ce que j'essaie de faire passer à mes internes. C'est déjà pas mal.

– D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Une qualité d'écoute, quand même. C'est des qualités que l'on doit trouver chez tous les soignants. La capacité d'écoute, de relativiser, de savoir, d'avoir bien conscience qu'il peut y avoir des décalages culturels entre les deux, comme un soignant doit pouvoir le prendre en charge. Après, le stress post-traumatique, si on veut travailler dessus, quand les gens ont été victimes de torture, c'est vraiment un travail de longue haleine, donc je pense qu'il faut beaucoup d'humilité et beaucoup de patience. Beaucoup d'humilité parce que je pense que l'on n'a pas beaucoup de résultats, ils sont peu perceptibles. Beaucoup de patience parce que le patient peut aller mal, peut rechuter, ça va aller mieux et peut ça re-va mal, il y a des complications au niveau socio-affectif, dans tous les domaines de son existence. Je pense qu'il faut particulièrement être patient. C'est une histoire, moi, actuellement, je ne pourrais pas, il faut être dans une atmosphère qui favorise la patience. Je ne peux pas être dans une consultation très speed où il y a plein d'urgences, de semi-urgences, et cetera, et peut dire : « à 17h, la consultation finie, je reçois les syndromes de stress post-traumatiques », ça ne va pas être possible. Il faut que le soignant soit dans une posture de sérénité. Je pense que cela demande aussi de travailler avec d'autres soignants, avec d'autres qui font la même chose, parce qu'il ne faut pas que l'on prenne sur nous le mal de l'autre, sinon on ne tiendra pas le coup. Je ne sais pas si vous vous êtes rendu compte, mais, parfois, les soignants, ils parlent comme si c'était eux : « oh, bah, cette semaine, j'ai eu un SIDA », « oh, cette semaine, j'ai eu une hépatite »... Moi, j'ai eu une hépatite, non, non, j'ai reçu quelqu'un qui avait eu une hépatite. Donc, ce raccourci de langage, il correspond quand même quelque part à un raccourci au niveau des émotions. Quelque part, sur le plan émotionnel, c'est une grosse charge, donc, je pense qu'il faut être dans un état de préparation pour dire : « je vais prendre sur le long terme, ces patients souffrant de torture et tout

ça ». Ce n'est pas une sorte de qualité, on peut toujours développer ses propres qualités, on vit chacun, on sait être patient dans certaines circonstances. C'est plutôt, on va développer une capacité personnelle, voilà. Après, il y a des gens qui ne sont pas motivés par ça, qui ne supporteront pas, après, c'est plus une histoire de personnalité.

– Est-ce que vous pensez qu'une formation spécifique serait nécessaire ?

– Je pense, mais je pense que ce doit être une formation, je dirais, presque légère. Moi, je vois plutôt ça... que ceux qui font ça, ils aient des bases. Mais, je pense que beaucoup de psychiatres ont déjà les bases. Mais, après, j'imagine, plutôt ça, comme des groupes de pairs, sur le long terme. Moi, je le vois comme ça. De toute façon, les facs, elles veulent développer leurs diplômes universitaires dans tous les sens. Donc, on va bientôt nous faire un diplôme sur le cinquième orteil traumatisé, enfin j'exagère un peu, mais... Alors, il y a des gens, c'est toujours très intéressant, ces formations pour la culture générale, pour avoir de meilleurs repères si on est en présence de ces populations-là. Mais, c'est sur le long terme, cela évolue tellement, par exemple, les différentes approches, les différents outils, qu'il faut rester en lien avec une formation continue. Je vois plutôt ça, comme les généralistes, eux, se sont organisés, ils ont des groupes de pairs où ils planchent sur, je ne sais pas, comment on prend mieux en charge le diabète maintenant. Moi, je le verrais comme un échange de pratique avec des praticiens qui font la même chose, pas seulement, des bases qui sont données. Après, les gens qui s'occupent, qui prennent en charge ces populations, ils font partie d'associations, qui font beaucoup de choses, ils sont rattachés à une institution, mais ils ont ça comme appui ou, ils bossent avec des psychologues qui sont spécialisés, donc il y a des échanges et cetera. Mais après, il faut qu'il y ait un minimum de structure pour que ces professionnels, ils aient cet appui sur le long terme, dans une pratique. Voilà, comment je vois les choses.

– Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– C'est des repères pour les orienter. J'avais récupéré un petit fascicule qui s'appelle « le praticien face aux victimes de la torture ». Vous le connaissez peut-être ? Il est de 2004, il a été écrit par le AVRE ou la AVRE, une association pour les victimes de la torture. Mais, c'est vieux, c'est très vieux. Moi, la question, c'est toujours est-ce-qu'il

faut quelque chose de très spécifique, mais on ne peut pas d'emblée les envoyer vers quelque chose de très spécifique. C'est comme je vous disais, l'étiquette « torture », le patient, il ne l'a pas tout de suite et on va la lui coller mais lui, il ne se définit pas comme ça. Donc, que l'on ait des endroits pour adresser, mais je ne sais pas comment, franchement, je ne sais si quand j'adresse à l'EMPP, c'est adapté ou pas, je n'en sais rien. Nous, on manque quand même de lieux associatifs spécifiques. Sur Paris, ils ont le COMEDE. Sur Lyon, je ne sais pas trop ce qu'ils ont, je ne sais pas trop. Pour améliorer la prise en charge, je pense qu'il faut aussi que ce soit quelque chose qui soit mieux connu des généralistes, des effets sur le long terme. Voilà, une meilleure connaissance sur le long terme de ce stress. Maintenant, nous avez un car qui tombe dans un ravin, une heure après, il y a un psychologue qui vient pour débriefer. Mais ce qu'il va faire c'est dans l'urgence alors que le traumatisme, le deuil, cela va se passer sur des mois et des années. Ça, ce n'est jamais mis en perspective. C'est sortir de l'urgence et savoir repérer sur le long terme et puis, en termes de technique d'entretien, comment on peut arriver à faire faire les liens à la personne entre son traumatisme ou un traumatisme que l'on ne connaît pas et ses symptômes qui sont aspécifiques. Après, on va les ranger dans les hystériques, on va les ranger dans les syndromes psychosomatiques... Voilà. C'est aussi au niveau de la formation initiale, initiale en psychiatrie. Je ne connais pas les programmes de psy, il y a bien longtemps que j'ai fini mes études. Nous, on regardait des cassettes d'entretiens, c'était super intéressant. Mais, jamais, on ne m'a montré quelque chose qui était du stress post-traumatique, mais ce n'était pas du tout la mode à l'époque.

– *Est-ce-que vous voyez autre chose comme suggestion ?*

– Dans les formations initiales, soignantes, tout-venant, c'est aussi qu'il y ait moins de jugement sur les personnes, que les soignants prennent systématiquement conscience qu'ils ont à faire avec une personne qui a sa propre histoire et de respecter la personne, ne pas porter de jugement sur son comportement, parce qu'on ne sait pas ce que les gens, ils ont vécu, avec tous les événements traumatisants qu'ils peuvent avoir vécu dans une vie, comment ils s'en sont arrangés, pourquoi... Donc, il ne faut pas juger, mais je pense, on l'utilise peut-être moins parce qu'il y a plus d'humanisme en médecine mais dans les professions infirmières, qu'il y ait plus de libertés de s'exprimer sur le vécu, pour qu'il y ait un débriefing. Je ne sais pas, peut-être

qu'en psychiatrie, les infirmiers sont plus ouverts, ils font partie de l'équipe, ils réfléchissent avec les psychiatres, les psychologues. Je trouve que les infirmiers psychiatriques sont ouverts mais en somatique, je peux vous dire, que pas beaucoup. Il y a un manque dans la formation continue de professionnels, un gros manque, sur le plan de la communication avec le patient. C'est plus large mais cela intéresse particulièrement la qualité de la communication, elle est particulièrement importante quand les gens ont un psychisme traumatisé avec des rangements un peu bizarres.

– *Est-ce-qu'éventuellement, il y aurait un autre point que l'on aurait pas traité et qui vous semblerait important ?*

– Non. Le problème aussi, où les gens, si vous voulez dans mes suggestions, ces gens qui ont vécu des persécutions sont accueillis, aidés, mais on ne les connaît pas. La grande difficulté de ces personnes, c'est qu'elles sont isolées : dans leur propre communauté, elles ne vont pas parler parce que c'est stigmatisant, donc elles peuvent être toutes seules au sein d'une communauté, assez isolées, mal-à-l'aise. Peut-être que l'on peut leur proposer, je ne sais pas ce qui existe, et puis, ce n'est pas du tout à la mode l'accueil de l'étranger, je ne sais pas si on va aller vers une amélioration, à part le cas des Syriens.

– *Merci d'avoir pris le temps, merci d'avoir participé à cet entretien.*

Entretien n°5 (E5)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

– Participant A : J'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de changement. Alors, j'ai un peu écouté ce qu'il se passait et les changements importants dans la population recueillie concernent plutôt une diminution récente des Roms, qui étaient plus présents avant et pour lesquels il y a peut-être des explications. Et sinon, par rapport aux syriens, [ici], on est manifestement un endroit où il y en a peu. Et j'étais à une réunion inter-associations dans laquelle les personnes se demandaient s'il fallait faire un décompte, parce que la plupart des associations n'avaient aucune notion ou pensait qu'il y en avait peu.

– *Sans forcément parler des syriens, est-ce que vous avez vu d'autres diminutions ou d'autres changements ?*

– Participant A : Pour le moment, on reçoit autant de personnes.

– Participant B : On a vu une petite diminution quand même sur le deuxième trimestre, une diminution significative quand même. On n'a pas très bien compris.

– Participant A : Cela correspondait quelques fois à des consultations très faibles, mais extrêmement lié, moi, je ferai le lien, aux grèves qui supprimaient les trams.

– Participant B : Et l'état d'urgence, et la présence policière. Mais ça, c'est conjoncturel, juste les derniers mois avant l'été et là, manifestement, les personnes, elles sont venues avant que le réseau de tram soit perturbé aujourd'hui. Elles étaient là avant 13h30, elles sont toutes arrivées en début d'après-midi.

– Participant A : C'était très fréquent lors des jours de grève.

– Participant B : Il n'y avait personne. C'est lié aux transports, aux manifestations et puis à l'état

d'urgence et aux contrôles, en particulier à la gare. Il y a une espèce d'angoisse pour certains types de personnes, en particulier les déboutés, ceux qui ont des OQTF et puis voilà. Après, on accueille une population largement francophone, essentiellement d'Afrique noire, vraiment beaucoup. Il y en a de plus en plus.

– Participant A : Une population très très ciblée sur le Congo, la Guinée.

– Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– Participant B : Moi, je ne sais pas répondre. Il faudrait avoir le rapport d'activités de 2015.

– Participant A : On risque de ne pas avoir de chiffres précis pour une raison assez simple. Dans notre système de codification, en tout cas pour les consultations médicales, le système est un peu lourd. Dans la plupart du temps, il faut coder au niveau des diagnostics somatiques et je crois que l'on a un travail à faire pour coder systématiquement un état psychologique associé.

– Participant B : Mais, je peux chercher le rapport d'activités.

– J'essayerai de le récupérer tout à l'heure. Sans forcément donner des chiffres, est-ce que vous auriez quelque chose à en dire même d'un point de vue subjectif ?

– Participant A : C'est un peu extrémiste mais à partir du moment où on pose la question du contexte, quand on contextualise beaucoup la consultation qui est somatique, très vite, on se retrouve dans un contexte qui pourrait être porteur. Les symptômes associés, il y en a un certain nombre qui rentre assez facilement mais qui pourraient s'expliquer aussi par le fait d'être dans la rue. Les troubles du sommeil et les céphalées peuvent très bien dans la majorité des cas être interprétés comme quelque chose de somatique, probablement révélateur. Et après, il faudrait le temps pour décoder la totalité. En général, le contexte, on pose un peu la question du besoin d'aide psychologique. Mais, en une consultation, c'est extrêmement difficile d'avoir une réponse positive. Je ne sais pas ce que tu en penses.

– Participant B : Je suis tout à fait d'accord. Effectivement, n'importe qui serait traumatisé parce

qu'ils vivent, enfin, c'est un peu compliqué. Après, ceux qui arrivent dans nos cabinets et dans nos consultations, ce sont les plus solides, ceux qui ont survécu à tout le parcours, ceux qui ont traversé pas mal de pays, ceux qui ont des parcours... Il y en a qui prennent l'avion qui arrivent à Charles de Gaulle et qui descendent [dans cette ville] parce qu'il y a quelqu'un qui les aiguille là. Il y a l'avant, le parcours et la situation en tant que telle dans l'actuel, d'être dans la rue, de ne pas avoir de perspectives, c'est traumatique en soi. On tourne en rond.

– Vous avez déjà en partie répondu mais dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs qui peuvent être liés aux conditions de vie mais aussi les somatisations. Qu'en pensez-vous ?

– Participant A : Pour ce qui est somatique, ma formation me donne la chance de pouvoir aller assez vite, en tout cas, au niveau d'un diagnostic qui exclut une pathologie sur des arguments relativement simples, sur des éléments cliniques qui permettent de se faire une idée assez vite, dans la description, dans les symptômes. On n'a pas besoin de bilan complet et assez vite, on a besoin de parler. Parce que la connaissance clinique donne cet avantage, c'est assez rapide. Des céphalées, on voit très vite quelles sont les céphalées qui pourraient être ennuyeuses et celles qui sont banales comme des migraines qui pourraient être accentuées. Je prends cet exemple-là. Et pour les manifestations douloureuses, comme les symptomatologies algiques sont assez précises dans leurs horaires, dans leurs survenues, dans le mode, on arrive assez vite à dire que l'on est sûr de quelque chose, mais on ne peut pas l'affirmer, on peut affirmer que l'on n'est pas dans du grave somatique.

– Participant B : Mais, dans tous les cas, c'est un appel et c'est une entrée en matière qui permet d'enclencher quelque chose d'autre après. C'est une première étape qui est tout le temps présente ici. Il y a toujours une entrée somatique. C'est très très rare que les patients rentrent en disant : « Je veux voir la psy. ». Certains, mais exceptionnellement, parce qu'ils sont adressés par quelqu'un d'autre.

État des lieux

– Pouvez-vous me parler de cette structure et de son fonctionnement ?

– Participant A : [Cette association] est ouverte sur des interrogations de soins de santé, des personnes qui arrivent guidées par divers canaux. Il y a

différents canaux : du bouche-à-oreille aux orientations par d'autres associations. Les personnes arrivent, ici, surtout du fait que l'on exige aucune prise en charge. On a quelques exclusions, mais des exclusions qui sont encore théoriques car si on a des interrogations cliniques, on le fait. Ce sont les personnes avec des visas de tourisme, en théorie, on ne les prend pas. Mais en pratique, on peut les voir pour réorienter. Donc, la mission [ici], ce n'est pas que soigner c'est aussi d'orienter.

– Participant B : C'est une mission de soins et d'orientation.

– Participant A : Donc les soins, c'est les consultations qui sont standards. Lorsque ce ne sont pas de lourdes pathologies, il y a une réorientation rapide. À partir du moment où ce sont des pathologies chroniques justifiant des traitements, on les renvoie sur la PASS de l'hôpital pour les suivis au long cours. Je parle, par exemple, des diabètes, de l'hypertension, en sachant qu'il y a quelques patients qui sont revus. Et puis, c'est les interrogations sur les prises en charge que l'on ne peut pas réaliser, comme les soins dentaires. Et puis, ici, une consultation d'ophtalmologie permettant un dépistage et de fournir en équipements que l'on a, en particulier, les lunettes, ce qui permet d'aller un peu plus loin. Et puis, à l'issue de cette consultation d'orientation, on a la chance d'avoir une équipe de psychologues qui permet de voir les patients, sachant qu'il y a aussi un psychiatre qui travaille avec les psychologues mais qui n'intervient pas actuellement en tant que psychiatre.

– Participant B : Parce qu'il y a la PASS psy. Donc, l'idée est que l'on reçoit uniquement les patients qui n'ont aucune prise en charge. On supplée aux services de l'État et on espère bien que l'État va les prendre en charge. Le projet de [l'association], c'est d'alerter, d'espérer que les services de l'État... Quand on voit la salle d'attente, on se dit que ce n'est pas encore le cas. On a une assistante sociale aussi, il y a aussi tout un travail d'accompagnement social qui permet l'obtention de la CMU ou de l'AME. Et à ce moment-là, les personnes sont réorientées vers les médecins libéraux ou en CMP, si c'est psy. En tout cas, notre travail est à durée déterminée, pour les psys. Pour les médecins, c'est différent, ça tourne. Pour les psys, on est les seuls à travailler sur rendez-vous, finalement. Et on reçoit les patients tant qu'ils n'ont pas de couverture et on prépare. On est vraiment dans la phase aiguë de ce syndrome post-traumatique. On a beaucoup d'humilité, on ne va pas résoudre tout ça, mais on essaye de tenir quelque chose du côté de la vie psychique et de l'humanité pour des personnes qui

sont à la rue, qui n'ont aucun droit, qui ne savent pas où elles vont. Et le fait qu'ici, il n'y a pas d'enjeu, il n'y a pas de danger, il n'y a rien que s'arrêter. J'ai souvent des patients qui s'endorment ici. Se poser, tricoter un fil comme ça. Les patients viennent en général, ils sont relativement assidus, à moins qu'ils aient un hébergement [dans le nord du département]. Il y a tout un tas d'aléas quand même, qu'ils soient reconduits à la frontière. Après, c'est affaire de rencontres, c'est notre boulot. De toute façon, en psy, c'est toujours ça mais encore plus là. Pour les médecins, il y a un vrai enjeu de faire le tour de la question sur une consultation. On sait qu'on les reverra pas.

– Participant A : Il y a quelques personnes que l'on revoit soit par le biais des systèmes de dépistage gratuits où on peut revoir des patients. Il y en a qui reviennent parce qu'ils en ont besoin. Il y a quelques fois, parce que j'ai pu le vivre, des consultations qui sont redemandées en même temps que les consultations prévues avec la psychologue, en particulier pour les demandeurs d'asile où manifestement, le somatique devenait prédominant avec des demandes de prescriptions d'hypnotiques, de tranquillisants.

– Participant B : Mais, en fait, ce qu'il se passe, c'est que nous, on a une régularité alors que finalement, vous, les médecins, le planning est rempli en fonction de contraintes que j'ignore et qui font qu'on ne travaille pas avec les mêmes médecins. La régularité..., moi, c'est vrai que quand un patient va trop mal, je vais voir le médecin et je lui dis : « Il faut m'aider là, ce n'est pas suffisant de parler. ». Mais, on ne prescrit pas de traitements lourds, on les envoie à la PASS psy. Dès qu'il y a quelque chose de l'ordre d'un trouble de la personnalité, d'un risque de décompensation, on envoie à la PASS psy parce que l'on ne peut pas tenir les choses d'un point de vue médical du fait de cette irrégularité. Par contre, nous, on peut continuer à les suivre. Plusieurs fois, je les ai suivis conjointement avec le psychiatre de la PASS psy qui donne les traitements et moi, je suis ici, au niveau thérapeutique.

– *Tout-à-l'heure, vous disiez avoir beaucoup de personnes originaires d'Afrique et francophones, est-ce que cela vous arrive d'avoir des personnes allophones et comment est-ce que vous faites avec ça ?*

– Participant A : Ce que l'on utilise, enfin je l'utilise de plus en plus. Au départ, j'essayais de m'en passer, de trouver des solutions. L'interprétariat est quand même relativement pratique. Après, cela dépend quelque fois de l'interprète. Il y a ISM qui permet d'avoir des consultations quasiment immédiatement

et dans toutes les langues. Je trouvais très bien d'avoir fait une rencontre avec des interprètes avec Samdarra où j'ai découvert des choses. D'abord, parce qu'il y avait une vingtaine d'interprètes, j'ai trouvé cela extraordinairement intéressant. On n'est pas très nombreux : quelques médecins, des infirmières de services différents, des infirmières de coordination. Je trouve que c'est vraiment très intéressant l'interprétariat, même si on est un peu coincé et que la consultation est limitée dans une certaine fourchette, de temps et de questions.

– Participant B : Moi, j'ai utilisé un petit peu l'interprète par téléphone, ce n'est pas simple pour une consultation psy. Je parle vaguement anglais donc je fais des consultations en anglais. Je me débrouille. C'est vrai que le mieux, c'est un interprète en présence. Cela n'a rien à voir, cela devient assez vite un partenaire du soin qui permet que les choses soient fluides, il y a la confiance avec tout le monde. C'est vrai que je me suis retrouvée dans des situations compliquées, avec une dame et c'était un monsieur en ligne, c'est vrai que c'était compliqué pour parler de choses. De temps en temps, il se passe de vrais échanges où je prends le nom de l'interprète pour rappeler et demander la même personne. Des fois, ça passe. Après, il y a beaucoup, beaucoup de problèmes de dialectes ou d'interprétations, de temps en temps, ça ne colle pas. Ce n'est pas si simple par téléphone. Je pense que l'on peut mieux réajuster en direct.

– *Quel est le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure ?*

– Participant A : Je ne crois pas que l'on puisse répondre exactement. Comme je le disais tout-à-l'heure, cela va être du bouche-à-oreilles, c'est quelqu'un qui va amener une autre personne, c'est une fois qu'ils ont identifié un lieu. C'est très variable.

– Participant B : Il y a la plate-forme qui reçoit les demandeurs d'asile, elle a une écoute. [Une association d'aide et de défense des demandeurs d'asile], les personnes de [cette association] connaissent très bien [notre association] et nous les adressent aussi lorsqu'ils sentent que les personnes sont en difficulté. Après, tous les partenaires. Ceux que l'on ne touche pas, maintenant, je leur parle dans la rue, c'est plus les routards qui n'ont pas de couverture sociale, qui sont en précarité mais qui ne sont pas en demande d'asile. [Notre association] pourrait aussi s'adresser à eux.

– Participant A : Dans ces cas-là, c'est souvent, un passage très rapide, par exemple, pour des

pansements, qui ne sont pas pris en charge avant, qui ne seront pas forcément repris en charge après. Il y en a un qui est venu pour des compresses, pour faire voir son pansement qui n'était pas trop mal, pour changer les compresses.

– *Tout-à-l'heure, vous parliez des troubles du sommeil, des céphalées qui orientent vers du post-traumatique, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous orientent vers une pathologie post-traumatique ?*

– Participant B : L'adresseur...

– Participant A : Le fait de toujours contextualiser les choses, il y a presque un biais d'entrée. Il y a beaucoup de médecins qui vont analyser le symptôme mais qui ne vont pas prendre en compte le contexte. À partir du moment où on crée le contexte, on va être tout de suite interpellé. Parce que quelqu'un qui parle d'emprisonnement, de torture, de difficultés, on est d'emblée dans le simple cadrage d'un contexte que va amener la population que l'on a. Tous les médecins doivent faire un peu comme moi, faire préciser les choses, savoir comment il est hébergé même si cela a déjà été demandé à l'entrée. Je leur demande comment ils sont hébergés, qu'est-ce qu'ils font, comment ça se passe, est-ce qu'ils sont tout seuls, est-ce qu'ils ont des amis, est-ce qu'ils sont complètement isolés. Tout ce contexte-là construit, aussi un peu en partie et c'est un peu l'inverse de ce que l'on a l'habitude, construit la demande, non pas de symptômes psychiatriques, mais de signes de souffrance.

– Participant B : Et après, les pleurs, les troubles du sommeil, tous les signes divers et variés, les cauchemars, beaucoup, beaucoup, beaucoup. Et puis, un discours, parfois qui tourne en rond, des histoires de cadavres qui reviennent, qui est extrêmement répétitif et invalidant. Et on arrive pas à faire un pas de côté. J'ai plusieurs patients comme ça. Et ça, ça apparaît très très vite. À partir du moment où ils parlent, on n'est pas très différenciés : médecins, psy, c'est quelqu'un qui écoute, qui prend soin qui est bienveillant. On devient différencié, nous en tant que psys, parce qu'il y a plusieurs entretiens, qu'il n'y a pas de réponse somatique. Des fois, on me dit : « Vous ne m'avez pas donné de traitement. », ce n'est pas moi. On a tout un travail de différenciation des espaces. Mais, ça vient tout de suite les symptômes, on nous les présente d'emblée, on nous amène le traumatisme comme ça. Et après, ils vont tellement en faire état, le construire pour en faire un récit de vie. Ils sont là-dedans et ça revient beaucoup avec les associations, notamment [une association d'aide et de défense des demandeurs d'asile], pour construire quelque chose pour aller à

l'OFPRA. Ils sont dedans aussi.

– *Quelle prise en charge proposez-vous aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Participant B : On adresse sur la PASS psy selon le degré et selon la nécessité de mise en place d'un traitement neuroleptique, psychotrope, je ne sais quoi, antidépresseur. Nous, on se contente de l'Atarax, de très peu de chose. On adresse à la PASS psy, à la PASS médicale. Je ne sais pas si on travaille encore avec des laboratoires et des radiologues.

– Participant A : Si lorsqu'on en a besoin.

– Participant B : Les médecins ont quand même un certain nombre de professionnels bénévoles qui acceptent de recevoir les patients dans la mesure où les patients confirment leurs venues. Voilà, il y a un certain nombre de choses qui balisent. Nous, on propose un suivi. La fréquence, en général, c'est tous les 15 jours avec la butée de l'AME, de la CMU, de la prise en charge. Ce n'est pas une butée objective mais dans tous les cas, qui se travaille avec une adresse.

– Participant A : Moi, qui re-débute dans quelque chose qui est un peu nouveau, cela me pose plein de questions sur la structuration des consultations, qu'il va falloir que l'on modifie. Et en particulier, souvent, quand on établit un bon contact, il y a une demande. Ici, c'est traditionnellement sur le versant médical, les soins. Il n'y a pas forcément un accord d'emblée sur une aide, une demande d'aide. Elle est proposée, mais elle n'est pas forcément réalisée. Il faudrait pouvoir repoposer des consultations, dans certains cas, systématiques et probablement avec les mêmes personnes, ce qui est une difficulté, pour pouvoir poursuivre. Sur les dernières consultations, il y a beaucoup de patients qui ont pris mon nom alors que je ne suis pas là de façon régulière, parce qu'ils avaient besoin d'avoir quelqu'un. Je crois qu'il va falloir que l'on réfléchisse à notre fonctionnement.

– Participant B : Il faut y réfléchir.

– Participant A : Parce que si on a un vrai contact et que déjà, on a pu se dire : « On a déjà parlé, ce serait bien d'aller parler ailleurs, et cetera ». De repartir de ça avec une personne qui a confiance, on aura probablement une aide qui sera plus pertinente.

– *Comment cela se passe, pour vous, au niveau des suivis que vous effectuez ?*

– Participant B : On a un planning avec des rendez-vous prévus à l'avance, dans ce bureau-ci. Après, si on n'a pas de rendez-vous prévus, on est disponible pour l'équipe et on reçoit des personnes. Aujourd'hui, j'ai reçu deux patients, qui n'étaient

pas du tout inscrits à mon planning, j'en avais deux qui ne sont pas venus, deux dames qui étaient inscrites et qui ne sont pas venues. On essaye d'accrocher quelque chose à la suite du médecin. Là, le médecin est venu, les a installés ici, on a fait un lien ensemble. Souvent, lorsque le médecin demande à l'accueil de prévoir un rendez-vous avec un psy, qui a lieu dans la semaine ou 15 jours après, les patients ne viennent pas. L'accroche, elle se fait vraiment plus facilement en présence. Cela rejoint exactement ce que tu disais, comment on tient les liens, comment on porte une demande. Si le médecin porte la demande et l'amène d'emblée, il y a quelque chose qui peut se tisser. Parfois, ça marche. Il y a beaucoup de biais, qui sont complètement indépendants de notre volonté et de celles des migrants, ils se font ramassés, ils se retrouvent... ou bien ils ont un hébergement et ils se retrouvent loin...ça met du temps à s'installer et après, ça tient. Lorsque les choses sont installées, c'est vraiment que les gens viennent, l'accroche tient. Après, j'ai reçu des personnes six mois, huit mois, voilà, je les ai...

– Participant A : Je n'ai pas de correspondance mais cela correspond aux données de la littérature, du COMEDE, ils disent bien, qu'il faut entre cinq et huit mois pour que les gens s'accrochent, entre le moment où ils arrivent et le moment où l'on arrive à établir vraiment quelque chose de suivi. Cela m'a interrogé parce que nous, on est très rapide et puis, finalement, on ne va pas avoir des possibilités d'être ouvert aussi longtemps. Six ou huit mois, il y a acquisition de droits et on devrait entrer dans une autre prise en charge.

– Participant B : Oui, tout à fait.

– Participant A : Il y a aussi des difficultés dont on a pas parlé : une fois, le travail d'orientation effectué, les droits étant ouverts, il faudrait que l'on arrive à laisser la place à quelque chose d'autre, au niveau psy, que ce soit sur l'extérieur mais pas nous.

– *Justement, au niveau des relais, est-ce que vous parvenez à relayer sur d'autres structures ?*

– Participant B : C'est compliqué, ça m'est arrivé parfois, j'ai trouvé des interlocuteurs très bienveillants, mais parce que je les connais aussi, [dans une association] de lutte contre l'isolement et de prévention du suicide. Ils sont intéressants parce qu'il y a des prises en charge groupales, pour certaines personnes qui viennent d'Afrique, ça, c'est intéressant et puis, des prises en charge individuelles. [Un service du CHS qui fait des psychothérapies] peut aussi recevoir certaines personnes. Et puis, s'ils ont une adresse, c'est le CMP adulte de secteur et alors là, on a des délais

d'attente très importants. Cela ne m'est jamais arrivé, enfin, je n'ai jamais adressé sur le CMP de secteur. C'est sectorisé. Après, je me dis aussi : « on a construit quelque chose, il y a eu un accompagnement, cela a permis d'expérimenter et à un autre moment, ils trouveront aussi la ressource d'aller voir le psy ». Quand ça a duré, on se débrouille pour pouvoir accompagner correctement, faire le lien, pour téléphoner aux professionnels. Mais, on n'est pas du tout représentatif, c'est sur des tous petits chiffres. Si on reçoit chacune trois ou quatre patients par semaine, enfin voilà. Et une permanence, je ne sais pas combien il y a de patients en général ?

– Participant A : Une vingtaine. C'est des chiffres qui m'avaient frappé, je les ai repris plusieurs fois quand j'ai rédigé le document, j'ai été frappé par le fait que dans ce qui était intitulé « diagnostics psychiatriques », il n'y en avait pas beaucoup, des patients suivis, il n'y en avait pas beaucoup alors que moi, j'avais imaginé en avoir beaucoup. Et logiquement, il y en a beaucoup plus mais c'est parce que l'on a pas réussi à les accrocher, on ne les a pas suffisamment écoutés, on ne les a pas dépistés. Et de façon très claire, on n'a pas introduit de codes dans l'ordinateur qui va faire le récapitulatif des personnes vues et des diagnostics vus.

– *Au niveau des difficultés et des obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique, on en a déjà abordés. Est-ce que vous en voyez d'autres ?*

– Participant A : Non, on les a un peu résumées. En dehors des francophones, il y a un grand obstacle qui est la langue, en particulier sur le plan psychologique. Et ça, c'est vraiment quelque chose que l'on pourrait essayer de travailler plus, y compris avec des personnes rémunérées. Il y a quand même des interprètes en ville, on ne le demande pas beaucoup. On devrait pouvoir le faire.

– Participant B : Je ne sais pas si on a le budget mais dans tous les cas, c'est bien que tu y penses, je suis d'accord. Après, la question de la prise en charge globale de ces patients-là, quand on n'a pas de toit, que l'on est insécurisé, cela nous échappe complètement, cela fait obstacle.

– Participant A : On avait pu dans un travail inter-associatif que l'on fait, on a pu travailler avec des migrants qui sont venus décrire leurs parcours de soins. Dans le parcours de soins, ce qui est frappant, c'est que tout est intriqué. Par exemple, un trouble de la vue, avant d'être appareillé, fait que l'on ne

circule pas bien en ville ; un hébergement qui est fait [dans la montagne, puis 20 km plus loin puis 60 km plus au nord], c'est l'hébergement qui va venir impacter le suivi. On est vraiment en intrication permanente de tous ces phénomènes-là. Et puis, on en avait parlé ce matin, le contexte général fait que l'on ne résout pas le quotidien, qui est marqué par beaucoup d'isolement, le fait de n'avoir rien à faire et qu'il faut occuper le temps. Ce temps-là inoccupé, c'est quelque chose qui est nocif...

– Participant B : Tout à fait.

– Participant A : Et qui vient renforcer toutes les souffrances qui ont été vécues. Donc, là, si on se repose la question de la santé par autre chose, par l'occupation, par la rencontre, par ces voies-là. Mais, on n'a aucune prise là-dessus, on ne sait pas ce qui est fait.

– *Est-ce que cela vous arrive d'avoir des demandes de certificats médicaux ou d'attestation de suivi pour l'OFPRA et pour la CNDA ?*

– Participant B : Des attestations de suivi, bien sûr. Les avocats en demandent. Moi, je fais des choses très conjoncturelles, je donne des dates, des régularités, des suivis. Après, je ne sais pas, cela n'a pas beaucoup de valeur, pour les psychos. Pour les médecins, je pense que plus.

– Participant A : Je ne suis pas vraiment sûr non plus.

– Participant B : Parfois, je le rédige avec la personne, on essaye de construire quelque chose avec la personne. Surtout ce qui est important, c'est que cela ne joue pas en défaveur du patient. Après, c'est vrai que c'est important de ne pas mettre de diagnostic, mais de soutenir la demande. Cela marche parfois.

– *Est-ce que travailler ici, cela a modifié des choses dans votre pratique ou dans votre manière de voir les choses ?*

– Participant B : Cela m'a amené à faire un projet de prise en charge de migrants dans ma structure. Cela me fait beaucoup réfléchir sur les histoires du portage du bébé, du tout-petit. Il y a quelque chose qui me passionne chez toutes les personnes que je rencontre ici, c'est une solidité de fond, un ancrage. Ceux qui nous arrivent de bébés, qui ont, sans doute, été bien portés par des mères, surtout africaines, qui les ont tenus pour de vrai. C'est le drame des enfants que je reçois en consultation maintenant qui ne sont pas tenus psychiquement à l'intérieur d'eux et donc ils s'agitent, ils brassent dans tous les sens, ils n'ont pas du tout de repères. Donc, je fais tout le temps des liens, c'est intéressant par rapport à la clinique, à la clinique du traumatisme. Les effractions de l'appareil psychique, quelles que soient leurs

formes, cela a les mêmes effets. Comment on parvient à quelque chose qui ressoude un petit peu, qui répare non, mais qui permet de vivre avec. Ces blessures de l'intérieur, comment on peut... Voilà, cela va, ça bien.

– Participant A : Pour aller dans le sens de la question, moi, je m'interroge sur l'extension de cette forme d'accueil à d'autres secteurs de l'activité civile. Qu'est-ce que l'on peut créer qui soit des secteurs d'activités contenant ? Ce matin, on en a parlé, qu'est-ce que l'on est capable de pousser pour créer dans d'autres types d'associations ? Moi, je me suis réellement posé la question, alors que c'est une question farfelue : pourquoi on n'ouvrirait pas des activités, mais il faudrait les ouvrir à tout le monde, d'apiculture qui sont des activités qui doivent être collectives, des apprentissages, qui sont proches de la nature, qui sont des activités d'extraction. Mais pourquoi on ne fait pas des liens ?

– Participant B : J'ai eu un patient, qui était dans je ne sais quelle association, qui s'occupait des abeilles, et cela lui faisait le plus grand bien. Et donc, cela existe, c'est possible [dans cette ville], il faut que tu cherches. Il y a une association qui fait du jardinage et je ne sais quoi. Enfin, je suis tout à fait d'accord, l'idée en tous les cas, de leur redonner une place active dans quelque chose, dans l'apiculture ou autre...

– Participant A : On a beaucoup de jeunes, cela pourrait être de leur forcer la main dans les clubs de sports parce que ça, ça paraît évident.

– Participant B : Dans tous les cas, être acteur de quelque chose et ne pas être dans cette espèce de passivité et d'attente où ils tournent en rond et c'est assez terrible. Ils se sentent narcissiquement très très baissés, de ne rien pouvoir faire ou autrement, aux prises avec le travail au noir parce qu'il y a aussi ça.

– Participant A : Oui, oui.

– Participant B : Pour manger, pour s'acheter..., il y a aussi tout un marché parallèle que l'on ignore, ils ne nous en parlent jamais. C'est assez terrible quand même. J'avais reçu un patient qui était parti, qui avait été accueilli alors qu'il était débouté, par Emmaüs, je ne sais où, cela lui avait fait le grand bien d'exister dans un cadre de travail. C'est super intéressant. Moi, je suis d'accord avec ça.

– Participant A : Le terme qui était utilisé ce matin, que l'on connaît, c'est l'impression de devenir invisible. Il ne faut pas qu'ils soient visibles, ils deviennent invisibles complètement. Si on veut leur redonner une existence, c'est par tous les petits éléments de l'existence. Là, je crois que ce n'est pas que le travail des soignants, c'est celui de notre société.

– Participant B : Tout à fait.

– *D’après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d’asile » et souffrant d’état de stress post-traumatique ?*

– Participant A : Il y a sûrement des qualités qui ne sont pas partagées par tout le monde, je ne suis pas sûr qu’elles soient vraiment apprises. En tout cas, dans notre système, je ne parle pas des cursus des psychologues et des psychiatres, il n’y a quasiment pas de formation à une forme d’accueil et d’écoute. Je crois que c’est une vraie réalité. Ceux qui sont formés à ça, c’est ceux qui vont y être déjà un peu sensible au départ, qui vont avoir une éducation.

– [Coupe de l’entretien par une brève intervention d’une personne travaillant aussi pour l’association]

– Participant B : Je n’ai jamais tant parlé de foi et d’église que depuis que je suis [dans cette association]. C’est marrant parce que c’est très intéressant pour moi parce que j’ai une éducation tout à fait catholique, je connais tout par cœur et je ne suis pas du tout pratiquante. Et ça fait retour parce que finalement on parle de la foi, on parle de Dieu dans les séances. En fait, avec ces patients-là, la qualité requise, c’est un truc de physique qui s’appelle la ductilité. Il faut savoir... mais ça, quand on est psy, a priori, on le sait un peu. Et l’autre chose que je vous disais tout à l’heure et qui est très précieux, c’est l’humilité et l’impuissance. On se confronte totalement à ça. C’est vrai que... Après, je me fais avoir chaque fois : la dame de tout à l’heure, celle [que l’infirmière va emmener] à l’hôtel, je suis allée voir [la responsable] et je lui ai dit : « c’est l’hôtel ou je la ramène chez moi, je ne peux pas la laisser dans la rue cette dame, je ne peux pas ». J’ai aussi mes propres limites, à un moment donné, je ne peux pas me regarder dans un glace. Ce que l’on fait vivre aux gens, c’est pas possible. Cela fait X nuits qu’elle dort dans la rue, qu’elle est maltraitée, elle a trois enfants et je ne peux pas. C’est inadmissible. Après, j’outrépasse, je déborde, j’en ai tout à fait conscience. Voilà, cela m’est déjà arrivé, plusieurs fois, j’en prends mes responsabilités... mais je déborde de votre... C’est par rapport à l’hôtel... Il y a deux ans, j’ai récupéré une dame extraordinaire, une infirmière arménienne, qui était partie pour sauver sa peau, pas du tout pour des motifs politiques mais pour des motifs personnels. Elle était avec ses deux filles dans la rue, elle s’est assise là et elle a craqué littéralement. « Je deviens folle », elle m’a dit, « il y a des dangers de partout », « je dors dans un jardin public, j’ai peur toute la nuit, je protège mes filles », « j’ai tellement peur des chiens,

des clochards, des gens... ». Je ne peux pas, je ne peux pas alors je suis allée la chercher, la récupérer. Le lendemain, [notre association] lui payait une nuit d’hôtel et après, elle a eu un hébergement. Cela enclenche quelque chose, les nuits d’hôtel et cela permet... Cette dame, je l’ai suivie et elle me donne tout le temps des nouvelles. Et elle a eu son recours parce que c’était justifié, elle bossait déjà, ses filles ont fait un parcours... Mais bon, après il y a des cas exceptionnels aussi. Cela fait vibrer [ici], il y a aussi quelque chose qui est particulier dans ce milieu-là. Il y a une grande solidarité entre les personnes dans l’équipe. C’est toutes ces qualités-là et c’est aussi la qualité, je crois, avoir dans sa tête l’équipe et le réseau et ne pas être autocentré, dans une espèce de truc, comme le psy dans son cabinet, qui va résoudre... On ne peut travailler ici que si on travaille en équipe, avec d’autres, qui il y a d’autres. On réfléchit ensemble, on construit des projets ensemble.

– Participant A : Surtout le collectif est important ce qui n’est pas retrouvé dans toutes les institutions.

– Participant B : Ce qui l’on ne vous a pas dit, qui est nouveau, qui s’est construit sur les dernières années, il y a des réunions régulières de psy, des réunions régulières de l’équipe médicale, en plus des réunions de l’ensemble [de la structure], des infirmières. Enfin, voilà, il y a quand même des réunions par corps de métiers, qui sont importantes, on réfléchit ensemble. Et puis, des réunions thématiques qui sont intéressantes avec un intervenant extérieur ou pas, qui sont aussi très riches avec des interactions.

– *Est-ce que vous pensez que c’est intéressant d’avoir une formation spécifique dans le champ de la précarité ?*

– Participant A : Je pense que c’est intéressant, bien sûr.

– Participant B : Je pense que toutes les formations, qui sont pour les vieux comme nous, d’abord des partages d’expériences, de réflexions, de constructions de projets puis de modifications des représentations internes, de continuer le chemin toujours en réfléchissant. C’est toujours intéressant.

– Participant A : Je suis à peu près persuadé qu’à côté de la formation, il y a le partage d’expériences et que celui-ci est énorme. Quand on regarde les démarches administratives, elles sont compliquées en théorie. Quand on les schématise, on arrive à comprendre un peu mieux mais cela reste très compliqué. Mais quand on est à côté d’un patient, on se rend compte que c’est très théorique, que l’on a beau le savoir, le patient, il n’a pas très bien compris. Et on voudrait se trouver, comme dans un arbre

diagnostique avec des correspondances : là, normalement, on chemine, on répond oui/non mais en fait, ce n'est pas du tout ça. Ce serait oui mais c'est en attente donc on est forcément sur le non, qui va ensuite être faux d'ici quelques jours. Donc, on est dans des démarches qui n'ont rien à voir. En complément de ce que tu as dit, je crois beaucoup au briefing/débriefing, parce que je me rends compte que, un peu en tant qu'ancien, on peut reposer des choses et recontextualiser. Mardi dernier, il y a avait une jeune femme, complètement affolée qui avait d'abord été vue par la psychologue, qui était très inquiète, que j'ai vue en consultation. Je crois que la consultation, le fait d'avoir les deux, permettait de recentrer complètement le problème. Le problème aigu qui se posait, c'était un herpès génital. Chacun sait que c'est hyperalgique et que l'état d'agitation, on était dans l'organique pur, enfin pas pur, il y avait un sacré contexte avec une jeune qui est à la rue depuis longtemps, qui est très jeune. Là, la phase aiguë, elle était vraiment... Et par contre, elle permettait de dire, on verra si elle revient en consultation psychologique, elle a accepté alors qu'elle demandait une hospitalisation ou des bilans, un check-up. À la sortie, elle n'avait ni bilan ni check-up, elle avait les prescriptions pour les examens, le rendez-vous qui avait été prévu le lendemain. On lui a proposé de revenir, je ne sais pas si elle reviendra, je vérifierai. Ce côté, cela s'apprend, ce n'est pas habituel. C'était une jeune, une des jeunes psychologues, ce n'est pas forcément évident d'être confronté à un problème qui est physique mais qui ne va pas être énoncé en tant que tel.

– Participant B : Tout à fait.

– Participant A : Qui était le facteur aigu. Je crois que c'est un peu tôt, cette espèce de mélange, ce côté équipe.

– Participant B : Et c'est très important quand on est dans son bureau de se dire : « À qui je vais demander ? » et c'est pareil pour les médecins, dans l'autre sens. Et effectivement, à plusieurs, on calme le jeu et on arrive à trouver des solutions. Le monsieur qui ne parlait plus, il se trouve que c'est les infirmières qui s'en sont sorties alors que le médecin et moi, on était grillées. On arrive bien à penser que quand il y a du tiers, quand on est entre-soi, on ne s'en sort pas. C'est vraiment très très précieux d'avoir toujours une espèce de décalage qui permet de ne pas être seul, de ne pas tout porter. Ça, c'est valable pour l'éducation, pour plein de choses.

– *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire*

des « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Participant B : D'abord, suivre la loi et qu'ils aient tous un hébergement, quand même, parce que voilà, parce que là, il y a un vrai, vrai gros problème par rapport à ça. Et après, ce n'est pas de ma place, je ne sais pas quoi en dire.

– Participant A : Moi, je suis très interrogé par ce dont je vous ai parlé, essentiellement...

– Participant B : Une prise en charge groupale, moi, je suis d'accord.

– Participant A : Une thérapie communautaire. Parce que si je m'interroge et je me dis que c'est sûrement une des solutions.

– Participant B : Ça rejoint ce qu'ils racontent. Ils vont toujours à la même heure au Secours catholique, déjeuner le matin et ils rencontrent les mêmes amis et il y a quelque chose qui se tisse et qui se construit et qui est commun, communautaire. Ils se retrouvent... ils savent très bien qui sont les bénévoles, mais ils savent très bien qui ils vont retrouver aussi. Il y a quand même une solidarité, il y a quelque chose. Après, c'est pas si simple dans les hébergements, ils sont un peu mélangés. Des fois, cela fait des clashes : « mon voisin, il hurle toutes les nuits, il ne vient pas de la même ethnie, on ne peut pas se parler », comment on fait. Dans les lieux comme, [une association humanitaire, d'entraide et sociale] et tout ça, ils font ça de manière intuitive. Après, je trouve ça intéressant.

– Participant A : Oui, oui, on rejoint tout quand on parle de lieux de parole ou de thérapie collective au sens large. Moi, je vois, j'ai aimé le côté thérapie communautaire à partir des expériences brésiliennes, qui sont quand même très particulières, ils n'ont pas le problème de langue, il y a une réelle communauté de vie dans les structures où ils ont mis ça en place. Mais, je me demande si ce n'est pas quelque chose qu'il faut qu'on essaye de travailler avec l'arrière-pensée, que les personnes en situation de précarité ne sont que les éléments les plus visibles de ce qui est la souffrance collective de la société.

– *Qu'est-ce que vous pensez de la mise en place d'un dispositif spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Participant A : Je crois que ce serait intéressant. On n'est pas dans de la psychiatrie pure, sauf lorsque l'on est dans des formes graves, on a une structure en France qui ne répond pas bien, peut-être, à ça. Le délai de consultation des CMP ne répond pas bien à ça. Et puis, on ne peut pas mettre, pour le moment, un psychologue pour chaque personne pour faire ce chemin, ce serait très bien, une psychothérapie, un entretien par semaine et cetera. Les choses ne sont pas concevables. Peut-être

qu'il faut que l'on est une autre forme d'entrée qui soit située, non pas dans la psychiatrie, mais bien dans ce qui correspond à la souffrance de ces traumatismes.

– Participant B : Oui, bien sûr, on peut toujours rêver.

– *Souhaitez-vous aborder un point que nous n'aurions pas traité et qui vous semble important ?*

– Participant B : Ce dont on n'a pas du tout parlé, je ne connais pas vraiment, c'est vrai que [la structure ici], c'est une toute petite structure, il y en a beaucoup en France. On dépend [d'une autre ville], de Rhône-Alpes-Auvergne, et on a quand même tout un tas de liens, que je ne connais pas trop, avec [cette autre ville]. C'est des liens aussi bien au niveau de la gestion que du contenu, de notre travail et de nos missions, il y a des choses qui bougent qui évoluent en ce moment, d'un point de vue des missions.

– Participant A : C'est vrai que chaque ville a l'air d'être extrêmement différente. Il y a des phénomènes locaux qui sont très importants.

– Participant B : Le travail n'est pas fait de la même manière. Et quand même, ce lieu a été créé pour disparaître, il était censé disparaître et cela fait plus de 20 ans que cela existe. Il y a toujours des besoins, il y a tout ce qui concerne [l'association] et je pense que ce serait bien que vous récupériez le rapport d'activités. Cette dimension-là que l'on a pas abordé parce qu'effectivement, on est plutôt du terrain.

– Participant A : Moi, il y a un truc qui m'interroge, c'est la suite d'une conférence artificielle que l'on peut aller voir sur internet, c'est les conférences TED. Et moi, j'ai été frappé par un exposé d'un Italien faisant état de son expérience dans l'humanitaire, qui concluait son exposé, qui était très bien fait, déjà au début, avec des expériences, comme s'est présenté dans ces conférences avec un peu d'humour, de réalité et cetera, qui était : « Écoutes et tais-toi ». Et je me disais, comment on le fait ici même, pour nous, les personnes dans l'organisation, comment on a structuré. Nous, on est relativement souple, on impose un système et les personnes, je n'aime pas trop le terme d'utilisateurs, je sais qu'il est passé partout... les utilisateurs ne sont pas interrogés. On va répondre : « ils ne sont pas en état d'être interrogés, en plus, ils ne parlent pas bien français ». Mais, je ne vois pas pourquoi ils ne seraient pas partie prenante. Cela relève de l'utopie, mais je crois que c'est fondamental. Quand j'ai demandé : est-ce qu'il y a une enquête sur les besoins des personnes exprimés qui viennent ici, on m'a dit : « il me semble que non ». Moi, j'aimerais

bien qu'il y ait une enquête quand ils viennent ici : pourquoi ils viennent ici, qu'est-ce qu'ils aimeraient. Ils vont répondre sûrement « pour des symptômes » mais derrière, il y a sûrement d'autres questions et qu'est-ce que vous voudriez ? qu'est-ce que vous voudriez essayer de bâtir avec nous ? Je crois que c'est une démarche qui nous parle, parce que nous, on est un pays très organisé, très structuré, très... C'est des questions de participation.

– Participant B : Oui, tout à fait. Et qui rejoint les abeilles c'est-à-dire qui sort de ce concept de dépendance et qui rend les gens acteurs du dispositif. Cela me fait penser et cela t'aurait vraiment intéressé, toujours le même des abeilles, il a surgi un jour ici, je ne savais plus trop qui c'était, je savais que je l'avais reçu, mais je ne savais plus trop, c'est quelqu'un qui avait quitté son pays alors qu'il était président d'une association là-bas et puis, je ne sais pas quoi, peu importe. Dans tous les cas, je l'avais suivi et tout ça. Il revient et il me dit : « ça y est, j'ai obtenu mon statut, je suis en France, et la première chose que j'ai faite lorsque je suis sorti de l'OFPPA, c'est que je suis allé faire un don à [votre association] ». Je trouvais que c'était vachement intéressant parce qu'il y a une notion de dette. La dépendance, cela implique la dette, comment on rend quelque chose. Quand on est un patient ordinaire en France, on paye. Quand on va voir un marabout en Afrique, on paye. Et là effectivement, voilà, il y avait des choses... et là, il était revenu, nous dire merci et nous dire ça. C'était bien, c'était intéressant comme démarche. Et la patiente que j'ai hébergée, elle m'a donné un porte-clefs, elle m'a amené des gâteaux, il y avait de choses, voilà, et elle m'a dit : « dès que l'on a un appartement, vous viendrez manger ». C'est une manière de rendre quelque chose, et cela redonne de la dignité aussi.

– Participant A : Oui, bien sûr.

– Participant B : C'est quelque chose qui est précieux. C'est une autre piste qui est intéressante. On essaye de les re-rendre acteurs de quelque chose alors qu'ils ont été totalement traumatisés par la vie et comment ils peuvent aussi, rendre compte du chemin parcouru [ici] et devenir acteurs de quelque chose.

– Participant A : C'est des choses importantes et cela me renvoie à la structure hospitalière qui est une structure mécanique qui fonctionne indépendamment de tout le monde, de la vie des personnes. On est quand même complètement à côté des personnes, on a beau faire des efforts, de réorganiser, on est très loin des besoins de gens.

– *Merci pour cet entretien, merci d'avoir pris le temps...*

Entretien n°6 (E6)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Est-ce que vous avez perçu des effets de ces augmentations-là au niveau des personnes que vous recevez dans votre association ?

– Non. Je pense que cela tient à la manière dont les personnes que l'on accueille nous sont orientées et c'est déjà des gens qui sont dans un certain tissu social ou associatif ou « institutionnel ». Du fait, du fonctionnement de l'association, on ne reçoit pas les personnes en première ligne. Par exemple, là où je travaillais avant, c'est clair, les répercussions, enfin les flux migratoires, on les voyait clairement, parce que l'on était en première ligne. Là, [à l'association], on n'est pas vraiment en première ligne même s'il y a des urgences et même, les urgences psychiatriques qui nous sont amenées, lorsque les institutions commencent à prendre peur, c'est déjà, ce n'est pas des urgences de première ligne non plus, c'est déjà des gens qui ont un référent social ou qui ont déjà tissé des liens. Donc, [ici], on ne le voit pas directement. Même si sur l'accueil des familles syriennes, un peu plus, parce que l'on avait participé, l'année passée, à l'accueil d'une dizaine de familles syriennes, qui étaient accueillies par [des bailleurs sociaux] et qui souhaitaient faire des bilans psychologiques, enfin, ce n'était pas vraiment des bilans psychologiques, eux, c'était leur demande. Il y avait aussi tout le travail de dévoyer la demande, [cette structure], ce sont des bailleurs sociaux, ce ne sont pas du tout des soignants, donc, on avait réussi à négocier, justement, quelque chose qui ne soit pas un suivi psy mais, qui soit quelque chose d'accueillant, de contenant plutôt qu'un simple bilan. Donc, le protocole, c'était que l'on reçoive les familles au moins cinq à dix fois avant de dire quoi que ce soit. L'idée était de favoriser l'accès aux soins et de les adresser vers les structures ressources locales. Mais, sinon, non, globalement, pas trop.

– La question suivante est une question où il y a des chiffres, mais ce n'est pas forcément pour les

chiffres, cela peut aussi être l'aspect subjectif qui compte. Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– Je pense que déjà l'idée même de troubles post-traumatiques, c'est déjà une entité très large et mal définie avec des variables énormes et notamment, dans l'expression aussi et, dans l'expression culturelle. De fait, cela biaise de bien des manières : quelque chose qui pourrait sembler d'une symptomatologie traumatique dans une culture ne l'est pas forcément dans une autre, et cela ne s'exprime pas de la même manière donc c'est assez biaisé. Ensuite, nous, dans notre expérience, c'est vrai que très souvent les questions traumatiques resurgissent alors pas forcément avec le superbe triptyque des reviviscences, des troubles neurovégétatifs et tout ça mais, il y a quand même quelque chose du traumatisme avec une temporalité figée, de la répétition. Et puis, des fois, cela met beaucoup de temps avant que cela apparaisse. Et puis, il y a les grandes figures, les zombifiés. Ceux-là, on peut vraiment parler de trauma extrême. Ceux-là, on n'a même pas besoin de leur adresser la parole pour savoir qu'ils sont dans des vécus de déshumanisation totale issus de traumatismes vraiment extrêmes. En tout cas, moi, il me semble que si on pense le paradigme du traumatisme comme la rencontre entre la psyché et la réalité, de fait, la migration, c'est une question traumatique. Alors, après, est-ce qu'il y a toujours des pathologies traumatiques qui s'enkystent avec un remaniement psychique, une réorganisation, je ne suis pas certain. Après, globalement, tout de même, ce sont des personnes qui dans leur parcours migratoire, ont vécu en général, des choses assez violentes, ce n'est pas parce qu'il y a de la violence qu'il y a du traumatisme mais quand même. Et puis, pour bon nombre, elles sont quand même parties aussi, même s'il y a la grande question des migrations économiques, cela dit c'est aussi une autre forme de violence. Moi, toutes les personnes que je reçois, c'est quand même des personnes qui sont dans des authentiques pathologies traumatiques avec des vécus de confrontation sidérante avec la réalité de la mort au pays. Après, je trouve que la question du traumatisme, elle est piègeuse parce qu'elle est très

racoleuse aussi. Elle est très intéressante pour aller chercher des financements cela étant. Mais, des fois, elle capte beaucoup de choses. Quand même elle réduit beaucoup les personnes à une identité qui est un peu autre mais, en même temps, elle est déniée dans les CMP où je trouve justement que la valeur du certificat vient poser quelque chose du côté d'une forme de reconnaissance. Et on sait bien que dans les pathologies traumatiques, c'est aussi la grande humanité qui se rompt, cette reconnaissance par un tiers, elle est hyper importante. En fait, je trouve que c'est un peu, mais comme dans la précarité, les choses, elles ne se disent jamais au bon endroit, c'est un peu le coup de la patate chaude, devant l'assistante sociale, on parle de sa psyché et devant le psy, de sa situation sociale. Et là, c'est encore un peu pareil. Voilà ce que je pouvais en dire.

– Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs souvent en lien avec les conditions de vie et des somatisations avec des tableaux algiques avec des douleurs que l'on identifie pas très bien ? Qu'en pensez-vous ?

– Le grand classique des personnes qui nous sont orientées, c'est un éduc, un référent qui nous appelle en disant : « telle personne, elle a passé tous les examens du monde et somatiquement, on ne trouve absolument rien et pourtant, son corps la fait beaucoup, beaucoup souffrir ». Donc, oui, les troubles psychosomatiques, c'est vraiment quelque chose avec lequel on essaye de travailler. D'ailleurs, on est une association qui propose des suivis psy mais aussi du travail psycho-corporel avec des psychomotriciennes. Ça, c'est un truc que l'on aimerait beaucoup développer parce qu'il y a bien des choses qui se disent, et d'une manière que l'on arrive pas du tout à expliquer, on a observé des potentialisations assez incroyables entre les deux types de travail. Moi, j'avais une patiente, que j'avais en suivi individuel et, qui a fait, en même temps, un suivi psycho-corporel en individuel avec la psychomot de l'association. Et c'est venu libérer la parole d'une manière assez incroyable. Je pense que cela a à voir avec une manière d'investir tout un lieu, tout un groupe et tout ça. Je suis en train de perdre votre question... Oui, mais en plus, avec une dépression à l'africaine. On reçoit beaucoup de personnes d'Afrique noire, majoritairement... Je trouve que c'est une dépression qui, d'ailleurs, se donne plutôt à voir par le corps et qui est rare dans le discours, c'est-à-dire que quand elle commence à être nommée, c'est que les gens ne sont pas loin

d'être au bord de la rupture, il me semble. J'avais un patient qui disait souvent : « le combat continue, on essaye de faire aller ». En même temps, ils disent tous ça constamment, c'est leur manière de dire : « On n'en peut plus, mais on continue. ». Il y a une sorte de dépressivité larvée qui ne demande pas grand-chose pour éclore mais effectivement, en même temps, pour être dépressif, il ne faudrait pas être clivé et ils sont très clivés aussi, ils n'ont pas le choix que d'être clivés aussi pour survivre. Quand même plus des troubles psychosomatiques et on peut même dire qu'essayer de faire déprimer, c'est un peu le travail de la psychothérapie. Donc, quand ils dépriment, on est plutôt content. C'est très bizarre de le dire comme ça mais, c'est qu'au moins, il commence à se passer quelque chose, et que cela symbolise, et cela refait des liens. Mais, après, les gens ont quand même énormément de troubles du sommeil et des troubles somatiques avec des céphalées, des maux de ventre, moult hospitalisations parfois, des sentiments d'évasion de la pensée ou de l'esprit. Donc, voilà, pas mal de troubles somatiques. Est-ce que je réponds à votre question, j'ai l'impression de ...

– *Oui, c'est des questions très ouvertes, donc c'est normal que cela file...*

– *Oui, c'est ça.*

État des lieux

– Est-ce que vous pouvez me parler du fonctionnement de votre association, des personnes qui interviennent, éventuellement si vous avez recours à des interprètes ?

– [...]. On a voulu créer cette association en partant du constat qu'il y avait très peu de lieu de soins dans lesquels les personnes pouvaient s'établir de manière pérenne et qu'en fait, on créait des lieux d'orientation qui orientent vers d'autres lieux d'orientation qui réorientent vers d'autres lieux d'orientation et qui segmentent. Nous, on s'est dit : « on va essayer de créer un lieu qui soit pérenne ». Au début, on voulait surtout promouvoir les dispositifs de groupe, parce qu'il nous semblait, d'une part, que c'était hyper intéressant pour des personnes qui sont fragilisées dans le lien social et pour qui l'autre devient une figure d'hostilité aussi et, pour qui la nécessité de retisser des solidarités de base et de se reconnaître dans des vécus un peu partagés. Et puis, le groupe, cela permettait, on faisait des groupes à médiation, ce qui permettait d'avoir des personnes qui ne parlaient pas la même langue et qui pouvaient aussi symboliser des choses dans ce travail-là. Je dis, au départ, parce que l'on s'est rendu compte que le travail de groupe, c'est

très méconnu par bien des institutions et, les gens sont très méfiants ou inquiets. En tout cas, cela ne colle pas avec leur cadre de représentation et souvent, les gens avaient envie d'orienter vers un psy, d'ailleurs plutôt dans un référentiel psychiatrique, un psy qui va peut-être pouvoir prescrire quelque chose et ensuite, apaiser et peut-être même clore quelque chose. Donc, on avait beaucoup plus de demandes de suivis individuels. Donc, de fait, on a commencé à proposer plus de suivis individuels. Ensuite, on faisait ça à titre bénévole pour une question de pérennité, il fallait, pas que l'on soit salarié, mais que les personnes qui travaillent avec nous soient rémunérées. Donc, à partir de là, il a fallu que l'on ait des financements. Donc, nous, on a essayé de diversifier nos financements, mais on a quand même beaucoup de mal. On propose trois types de dispositifs cliniques : du suivi individuel, du dispositif groupal, du travail psycho-corporel. Et à côté, on aimerait développer tout le versant formation à la clinique de l'interculturalité, analyse de la pratique auprès des personnes qui travaillent avec ce public. C'est des choses que l'on arrive à développer mais en marge. C'est quelque chose qui peut être pourrait être pourvoyeur d'argent qui ensuite, pourrait être réinvesti dans les dispositifs cliniques. Notre fonctionnement, c'est, on accueille des personnes qui nous sont orientées par des partenaires conventionnés. Le souhait de départ, cela aurait été d'être en capacité d'accueillir tout le monde, mais on n'en a pas la capacité. Au départ, on faisait payer nos entretiens trente euros alors que cela nous coûte à peu près quatre-vingts euros puisque l'on travaille avec des interprètes. Un des pré-requis de l'association, c'était de se dire qu'une des premières violences, c'était de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue. Et si on veut accéder à quelque chose de l'ordre d'une intimité, on a pas le choix. Et puis, le travail avec interprète, je trouve que c'est assez dur au départ mais c'est génial. Cela fait tiers, cela décale la symétrie de la relation, c'est hyper intéressant. Après, c'est coûteux, c'est pour ça que l'on proposait un coût d'entretien à trente – quarante euros, mais on s'est dit que l'on était un peu en train de se dévoyer de notre désir de base qui était d'accueillir le plus de personnes possible. Cela ne veut pas dire, faire n'importe quoi mais, cela veut dire accueillir une personne et pouvoir travailler avec elle dans la durée, mais accueillir sans qu'il n'y ait trop de limitations d'argent, donc, on a pris la décision de demander dix euros de l'heure que ce soit en individuel ou en groupe à nos partenaires puisque nos partenaires, eux-mêmes, du domaine

social n'ont pas beaucoup de finances non plus. Et nous, on a souvent été pris dans des effets de seuils dans cette association. Il y a eu une période où on avait beaucoup de demandes et on n'avait pas suffisamment de psy pour les accueillir. Après, on voulait « embaucher » plus de psy, mais il faut avoir plus de visibilité et un petit peu d'argent et à ce moment-là, il y avait moins de demandes parce que l'on était un peu moins visible à ce moment-là. Moi, je suis persuadé que ce projet associatif est très pertinent, toutes les structures avec lesquelles on travaille nous le dise. Par contre, on ne fait qu'essayer des refus de l'ARS et d'autres instances, parce que l'on n'est pas tout à fait finançable. Et en même temps, tout le monde nous dit que ça a du sens. Dans l'agglo, il n'y a pas beaucoup de lieux où les gens peuvent être accueillis de manière durable. L'EMPP, ce n'est pas sa mission, c'est de l'orientation. Les CMP, ce n'est pas vraiment leur mission non plus et puis, ils n'aiment pas, ils ne savent pas accueillir ce public-là, ils n'ont pas les compétences non plus. Nous, on mettait l'accent sur une triple référence : l'interculturalité, la précarité et les questions traumatiques puisque finalement, on est toujours dans ce triangle-là. On est tous formés, plus ou moins spécifiquement sur un de ces domaines. On a essayé de développer cette compétence, on ne veut pas proposer un soin au rabais. On est un peu reconnu sur l'agglo. Au sens où, on a été se faire connaître, proposer de travailler ensemble et en même temps, je vais redire la même chose, excusez-moi, mais c'est la question des financements qui bloquent un peu. Pour continuer sur le modèle de l'association, on a conventionné avec [une] maison des habitants [d'un quartier] qui est un lieu plutôt populaire où il y a quand même beaucoup de population maghrébine, beaucoup de population de migrants. C'est un lieu qui est assez chouette. La maison des habitants, le directeur est une personne vraiment formidable qui nous a accueillis les bras grands ouverts et qui nous a permis d'avoir des liens avec d'autres structures, comme l'échange réciproque de savoirs, différents cours de langues, différents cours qui peuvent être aussi toute une manière de prendre soin des gens dans leur socialité. Donc, on a conventionné avec cette structure, on a conventionné avec des partenaires, en se mettant d'accord sur une rémunération et que l'on était en capacité d'accueillir un certain nombre de personnes. Puisqu'en aucun cas, on ne veut s'engager à accueillir des gens si on n'a pas la capacité à les accueillir de manière correcte et pérenne avec un petit peu de visibilité.

– *Du coup, vous avez un peu répondu, la question d’après, c’est sur le parcours... Vous disiez que vous étiez plutôt en deuxième ligne que vous travailliez avec des partenaires. Quelle type de structure vous les adressent et pour quelles raisons ?*

– Alors, les structures qui nous les adressent... Au départ, on n’avait pas de structures qui adressaient, on voulait seulement être adressé dans ce groupe à médiation artistique avec du photo-langage. Et ensuite, on a..., ça c’est arrêté là. Ensuite, les acteurs, c’est les CHRS, le centre d’accueil municipal, [une association d’accompagnement social et d’hébergement], les CADA, certaines associations qui sont spécialisées dans la lutte contre les violences, qui accueillent des personnes qui ont des vécus particuliers autour de la prostitution, du trafic d’êtres humains et tout ça... En fait, nos partenaires orientateurs sont des partenaires du médico-social qui, à un moment ou à un autre, peuvent être amenés à accueillir ces personnes, en première ligne et ensuite, à nous les orienter en seconde ligne. C’est plus clair. Pour continuer sur notre fonctionnement, comme on est financé en partie, on a une capacité d’auto-financement et on a décidé de conventionner pour qu’il y ait un peu de finances qui reviennent pour continuer à réinvestir dans les dispositifs. Et ensuite, on avait créé plusieurs dispositifs, au départ... Par exemple, avec [une association pour les personnes en danger ou en situation de prostitution], on avait mis en place un groupe psycho-corporel à destination exclusif de personnes accueillies par [cette association]. Donc, on a pu construire des dispositifs spécifiques avec des partenaires particuliers sur des problématiques spécifiques comme le trafic d’êtres humains et la prostitution. On a pu mettre en place des groupes spécifiques aussi avec, par exemple, les mineurs étrangers isolés, avec des structures comme [celle pour l’accueil des mineurs étrangers isolés]. Et sinon, soit des structures qui ont des portes d’entrée thématiques assez ciblées, mineurs étrangers isolés, personnes en situation de prostitution, ou sinon, plutôt des lieux d’hébergement qui, au détour de l’hébergement, vont, à un moment, voir quelque chose d’une souffrance ou d’une pathologie qui émerge et qui nous les orientent.

– *J’avais une question sur ce qui vous orientait vers une pathologie post-traumatique mais vous y avez plutôt bien répondu avant.*

– Je pars un peu dans tous les sens. Excusez-moi.

– *Pas de souci.*

– *Est-ce que vous pouvez me parler de la prise en charge que vous pouvez proposer à des personnes qui souffre d’état de stress post-traumatique et qui ont des parcours de demande d’asile ?*

– Par exemple, je peux rapidement vous parler d’un patient que je suis depuis quelque temps, depuis pas mal de temps quand même, qui a été orienté, d’ailleurs, c’est assez intéressant. C’est le compagnon d’une femme qui était suivie [par cette association pour les personnes en danger ou en situation de prostitution], donc en situation de prostitution, qui était sortie de tout ça et qui avait gardé, quand même, comme référent social, une travailleuse de [cette association]. Cette travailleuse sociale s’est rendu compte qu’il y avait, ce monsieur qui accompagnait toujours cette femme et, qui n’avait pas l’air très très bien. Elle, elle avait tissé un lien suffisant avec lui pour lui dire qu’il n’allait peut-être pas très bien et que cela avait peut-être du sens de rencontrer quelqu’un et, de voir ensuite ce que cela pourrait donner. Donc, c’est quelqu’un qui est orienté parce qu’il a aussi le désir de voir quelqu’un pour parler de trucs dont il ne peut pas parler avec sa femme et cette travailleuse sociale. Voilà comment il nous arrive [à l’association]. Cette personne de [l’association] nous appelle et nous explique. Nous, le protocole que l’on a mis en place, c’est qu’il y ait toujours un intervenant extérieur, un référent social, pour le premier rendez-vous, pour qu’il puisse dire quelque chose de la situation sociale de la personne. C’est exemplaire comme situation. C’est une personne qui est nigérienne anglophone mais pas super anglophone, plus dans son dialecte à elle et qui, au moment où elle arrive. Nous, on avait demandé une interprète, est arrivée cette interprète et quand il a vu cette interprète, il ne voulait pas travailler avec elle sans que je comprenne trop pourquoi. J’ai compris, après coup, que les interprètes, c’est très bien, mais il y a des interprètes qui sont d’ailleurs tout le temps dépositaires d’un morceau de la vie de personnes, que c’était insupportable et que cela lui faisait effraction. Je vous dis ça parce que, du coup, j’ai eu cette personne qui est arrivée devant moi, qui parlait un anglais assez approximatif, qui ne parlait pas son dialecte avec moi et refusait un interprète, avec cette travailleuse sociale, qui participait à l’entretien et faisait un peu état de ce qu’il vivait. C’est quelqu’un qui, un sublime tableau post-traumatique, avec la reviviscence constante, constante, constante, constante, la même image toujours et encore, qui repasse, qui repasse qu’il ressasse, quelqu’un qui ne dort plus. Et je parle de la langue parce que c’est hyper important, c’est comme ça que ça a commencé

à faire lien. En fait, on n'avait pas d'interprète, on se parlait en direct en anglais, moi, je parle à peu près anglais mais pas un anglais nigérien et inversement. Il y a eu toute cette dimension d'appropriation dans le lien. Et même si on ne parlait pas de post-traumatique pur, on parlait de lien. Cette question de la langue a permis de faire lien. Je crois, que c'est ensuite, seulement dans ce lien-là, que l'on a commencé à pouvoir parler de quelque chose de traumatique, ne serait-ce qu'il puisse commencer à exposer ce qu'il vivait avec quelqu'un de totalement étranger en qui il avait un petit peu confiance. Je pense que c'est ce qu'il s'est un peu établi. C'est là où on travaille, dans l'association, sur cette double référence. Il y aurait plutôt les questions traumatiques pensées un peu dans l'ethnopsychologie et le fait que, d'ailleurs c'est vrai, les questions traumatiques, au début, elles passent pour du maraboutage, on en parle beaucoup comme de la sorcellerie, du maraboutage, et cetera. Puis, il y aurait l'autre école, plutôt la migration un peu comme métaphore avec Métraux et cette idée que ce qui est avant tout traumatisant, c'est la rupture du lien d'humanité d'où l'importance d'avoir tissé du lien. Donc, on travaille sur ce double versant, moi, je travaille sur ce double versant. Avec d'un côté, vraiment un fonctionnement traumatique, avec du déni, du clivage et ce que j'avais appris, c'est tout ce qui tourne autour du traumatisme comme une sorte de présence irréprésentable, justement, et travailler sur la présence, la présentation, la représentation. Et finalement, le travail thérapeutique comme une manière de tourner toujours autour de cette histoire, d'en parler encore et encore, dans tout le cortège de sensorialités que peuvent vivre les personnes, aller vraiment, d'abord, dans le corps et puis, petit à petit, dans les ressentis, ensuite, dans les images, un peu plus dans l'histoire. Et puis, d'un autre côté, une manière de travailler qui ne s'exclut pas du tout, travailler plutôt la contenance, de la reconnaissance... À la fois, on peut parler de versant très traumatique de son histoire et puis d'autres fois, pas du tout. Cette personne en l'occurrence m'a parlé de son histoire infantile, de son histoire au pays avant tout ça où justement il n'y avait pas encore de traumatisme. En plus, lui, c'est une histoire qui est assez brutale, c'est quelqu'un qui était, sa mère était malade, il lui fallait des médicaments, avoir les médicaments, mine de rien, c'était compliqué, il y avait des élections politiques, il bossait là-bas et puis, tout à coup, son collègue à côté de lui se fait flinguer, ça canarde dans tous les sens, ça tire de partout. Il rentre chez lui. Les militaires avaient compris où il était et ils

ont flingué sa mère et son père donc tout le cortège de culpabilité, c'est sordide, c'est insupportable. Donc, on voit comment, tout d'un coup, quelque chose s'est rompu dans le lien avec ses semblables, avec les autres êtres humains puisque tout d'un coup, les gens qui étaient des amis, des collègues ou au moins des gens qu'il côtoyait devenaient des agresseurs. D'où l'importance aussi de proposer un travail clinique où on accueille l'autre dans une reconnaissance. C'est pour ça que l'on parlait tout à l'heure des CMP, cela me met en rogne, parce que cela participe, déjà là, à cette reconnaissance, pas simplement évincer, évacuer les autres comme ça, comme si c'étaient des semi-êtres humains. Et en même temps, ce n'est pas juste un référentiel d'humanisme charitable. Il faut aussi s'équiper quand même en capacité de penser théorique parce que sinon, on est très vite engouffrés. C'est particulier comme travail. Je me souviens, j'ai un tout petit peu bossé avec Françoise Sironi qui travaillait avec des personnes victimes de tortures et qui disait « cela a changé ma clinique et cela m'a changée tout court ». Et je crois que c'est très vrai. C'est vraiment une clinique qui est très particulière pour ça aussi. Moi, j'ai un de mes collègues qui me disait : « moi, je ne veux plus faire ça » parce que l'on ne peut pas garder la même distance, parce que cela interpelle... C'est particulier. Voilà, un peu sur ce double référentiel du trauma, un travail qui n'est pas forcément, qui ne s'exclut pas, qui vont très bien ensemble et qui peut se déployer quand il y a vraiment un lien fort qui s'est tissé. Un lien fort, cela met du temps à se mettre en place. Avec cette personne, cela ne fait pas si longtemps que l'on commence enfin à mettre des choses au travail alors que cela fait un an et demi que je le reçois.

– *Au niveau des temps de suivi, vous arrivez à les suivre vraiment longtemps ?*

– L'idée, c'est qu'on reçoit les personnes aussi longtemps qu'elles le souhaitent. Dans les faits, on avait vachement peur... Notre association, excusez-moi, je fais vraiment des allers-retours..., on est trois psychologues avec trois demi-journées. On est tous des psys, on bosse à temps complet à côté, donc, on a tous une demi-journée. On n'a pas une capacité énorme, elle est de douze personnes par semaine ce qui n'est vraiment pas énorme. Après, au début, on rencontre les personnes toutes les semaines et on se rend compte que les personnes, elles n'ont pas forcément envie d'être reçues toutes les semaines. Au contraire même, au début, il faut peut-être un peu de distance et puis, se rapprocher et puis, se ré-éloigner. Il faut savoir jouer avec ça. Voilà, nous, on est, on fait avec ça, ce qui libère un

peu de capacité d'accueil aussi. Je ne pourrais pas vous donner d'indications. Je crois que cela peut aller, parfois, à du non suivi c'est-à-dire à trois rencontres qui ne donnent lieu à rien mais cela ne veut pas dire que c'est raté parce qu'il s'est passé quelque chose et puis, il y a au moins quelque chose qui peut retourner auprès des orientateurs. Et puis, à l'inverse, des personnes qu'on a pu suivre..., moi, j'ai suivi une personne pendant trois ans.

– *Est-ce que cela vous arrive, au fil des entretiens, d'être confronté à des idées suicidaires voire à des crises suicidaires ? Comment est-ce que vous les gérez ?*

– Quand vous dites ça, la première image qui me vient en tête, ce n'était pas [à l'association] mais ce n'est pas grave. C'était au [centre d'accueil] où il y avait une personne que je suivais depuis très longtemps, enfin, [là-bas], plus de six mois, c'était longtemps parce que c'est de l'hébergement d'urgence. Un jour, j'arrive, je bossais à 17h, on me dit : « on a donné une lettre à monsieur ». Je savais bien que sa situation administrative était complètement foireuse et que l'OQTF n'était pas loin. On a ouvert la porte avec un éducateur et il était en train d'essayer de se pendre. Je dis cela parce que c'est très brutal de le dire comme ça mais c'est à la mesure de ce que cet homme-là pouvait vivre. Donc, oui, cela peut arriver. Après, [au sein de l'association] moins, parce que c'est déjà des personnes qui arrivent en seconde ligne qui auront des idées noires, des idées suicidaires, c'est certain mais qui ne seront pas dans des raptus suicidaires comme ça peut être en première ligne. Après, cela nous est arrivé quand même. J'ai eu une de mes collègues qui a hospitalisé quelqu'un parce que c'était vraiment très très inquiétant. Notre réponse, elle est dans l'hospitalisation quand il n'y pas le choix. La seule vraie urgence psychiatrique, c'est bien celle-ci. Et ensuite, en seconde ligne, bien sûr, cela fait peur d'avoir des personnes qui ont des idées suicidaires, je ne suis pas sûr qu'une hospitalisation rapide et brutale soit pertinente et au contraire, on peut délayer, il n'y pas d'urgence à cet endroit-là. Ce n'est pas parce que l'on a des idées suicidaires que l'on passe à l'acte. Donc, oui, en première ligne, il y a des actes brutaux, mais on n'y est plus. Du coup, [à l'association], cela nous est arrivé, une fois, d'hospitaliser quelqu'un parce que c'était une personne qui évoquait des idées suicidaires depuis quelque temps, sa situation sociale qui se délite et sa petite fille qui risquait d'être placée. Et là, on voyait bien le facteur précipitant.

– *Du coup, au niveau des difficultés et des obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique, vous avez beaucoup parlé des difficultés financières que vous rencontrez dans le fonctionnement de votre association. Est-ce que vous en voyez d'autres ?*

– Je suis embêté, ce n'est pas facile de répondre à cette question. La première idée qui me vient en tête, c'est une question politique et il faudrait, d'abord, reconnaître la migration, enfin le migrant comme un être humain qui aurait besoin que l'on prenne soin de lui et qui peut enrichir une société d'ailleurs et, que du coup, on mette en place des dispositifs et que ces dispositifs soient reconnus. [Notre association] pourrait alors avoir une place là-dedans. Ça, ce serait la première des réponses. Les obstacles, c'est que c'est une société qui se précarise dans tous les sens et c'est des personnes, c'est quand même assez terrible, qui passent d'une situation pas géniale et une situation de précarité claire. Moi, je crois que l'on ne peut pas vraiment soigner les gens tant qu'ils sont dans ces situations de précarité. On ne peut pas soigner les gens qui sont dans ce fonctionnement de précarité. La limite, c'est que, oui, on est dans une société qui est très précaire qui génère de la précarité et qui refuse de favoriser la création de dispositifs qui pourraient être pertinents. Qu'est-ce qui fait obstacle après, je ...

– *Vous parlez de la communication tout-à-l'heure. Du coup, vous arrivez à vous débrouiller avec les interprètes...*

– Alors ça, oui. Les interprètes vraiment, c'est très riche. Et même lorsqu'il n'y a pas d'interprète, c'est très intéressant justement du côté de ... Avec cet homme-là, ça a ré-aplati les choses. Et justement cela permet de travailler sa position et son « style » thérapeutique parce que ce n'est pas la même chose que de travailler avec d'autres personnes. Du coup, le travail d'interprétariat, cela remet les choses à plat ou l'absence d'interprétariat lorsqu'on est dans une langue tiers, cela permet de créer un lien. Après, ce qui fait le plus obstacle, c'est que les personnes qui nous les orientent parfois, peuvent peut-être avoir une réponse médicamenteuse parfois. Peut-être que lorsqu'on est très impuissants, on a vite tendance d'orienter les gens vers une sédation et puis, c'est pratique.

– *Qu'est-ce que vous voyez comme type de prescription médicamenteuse par exemple ?*

– Des anxiolytiques, souvent avec des doses importantes, avec des sédations, de très très grosses sédations. Ce qui, en fait, génère du gel, cela gèle

tout. Je ne dis pas que ce n'est pas pertinent parfois, bien sûr, c'est insupportable avec des fois, des angoisses majeures. Mais, parfois, une réponse médicamenteuse qui vient en lieu et place d'un travail de parole. Moi, je suis tout à fait favorable à la médication, mais je crois qu'elle n'a jamais de sens si elle n'est pas adossée à un travail de travail de parole. Et malheureusement, je crois que cela arrive quand même aussi beaucoup. Mais ça, c'est une problématique qui dépasse la question de la migration. Mais parce que c'est très rassurant, parce que aussi, je crois que c'est un travail qui nécessite de cheminer dans des incertitudes majeures, dans des oscillations et au final, le médicament, il vient un peu comme un objet magique. C'est vrai que nous l'obstacle majeur, on aimerait avoir plus d'argent et plus de visibilité pour pouvoir embaucher plus de psys pour avoir une capacité d'accueil plus élevé et pouvoir accueillir plus de monde. Les gros obstacles, l'ARS nous dit « C'est génial, vous émergez aux trois thématiques importantes mais les trois ensemble, cela ne va pas. ». Les obstacles, c'est la bêtise administrative. Et après, l'autre obstacle, je le disais aussi tout à l'heure, il y aurait un travail de sensibilisation des professionnels du social, par exemple, sur les diverses possibilités de travail thérapeutique et de groupe notamment. Parce que les gens, souvent, ont des représentations qui ne sont pas toujours bonnes. D'ailleurs, ce que l'on a mis en place, on travaille aussi parmi les partenaires avec qui on travaille, on travaille aussi avec les dispositifs PRE/DRE, vous savez les dispositifs de réussite éducative avec la [ville], ils accueillent des mineurs, des jeunes adolescents ou adolescents. Et on a, avec leur référente, décidé de faire des réunions de rentrée où on prenait le temps de présenter l'ensemble des dispositifs possibles pour que les gens se représentent bien et n'orientent pas simplement dans ce qu'ils se représentent simplement. Un des obstacles, c'est aussi d'élargir la représentation des soins psy que peuvent aussi avoir les partenaires. Après, les obstacles... ah si, l'autre truc, on sait bien que toutes les personnes en situation de précarité, au sens large, et là, on le retrouve avec nos personnes non migrantes mais en situation de précarité, c'est l'éclatement spatio-temporel où il faudrait parfois être en capacité, presque, de recevoir les personnes avec une plus grande flexibilité. On ne peut pas du fait de notre fonctionnement d'association.

– *Tout à l'heure, vous parliez des certificats médicaux mais est-ce que cela vous arrive de rédiger des attestations de suivi par rapport à l'OFPRA, la CNDA ?*

– Oui. Je n'ai aucun problème avec ça. Déjà, je ne comprends pas pourquoi je pourrais en avoir de problèmes. Cela s'inscrit toujours, alors au mieux, au pire plutôt, ce sont des personnes avec qui je n'ai pas vraiment de lien et qui demandent une attestation de suivi psy au bout de deux, trois entretiens, simplement pour justifier, souvent, d'une demande étranger malade. Ça peut bosser bien des questions à cet endroit-là n'empêche mais, cela ne me pose pas de problème de le faire. D'une part, c'est loin d'être décisif, d'autre part, un certificat de petit psychologue, ça n'a pas beaucoup de valeur par rapport à un certificat psychiatrique qui, dans l'absolu, a plus de valeurs et encore... ça pose des questions parce qu'on sait bien que ce sont des personnes qui, au fond, ne sont pas forcément dans des pathologies qui pourraient justifier cette demande-là mais en même temps, ce n'est pas du tout ma place et ce n'est pas à moi de le faire. C'est pour ça que cela m'agace quand les CMP et certains professionnels peuvent être à cette place très jugeante. Ce n'est pas nous, l'OFPRA, ce n'est pas nous, la CNDA. Et puis, je crois que cela participe d'un simple besoin de reconnaissance et de dire : « cette personne est venue essayer de dire quelque chose d'elle », si elle a besoin d'en témoigner administrativement, pourquoi pas. Et encore, je disais, ça, c'est la pire des situations. Les trois-quarts du temps, c'est des personnes avec qui il y a un lien qui est établi depuis très longtemps. La rédaction de cette attestation, c'est l'occasion de remettre en mouvement quelque chose, de faire un bilan, de montrer tout ce qu'il s'est passé, ça peut vraiment être presque une médiation thérapeutique parfois. Et puis, je crois qu'il y a vraiment cette dimension de rendre compte de ce que l'on dit et que les personnes ont vraiment besoin aussi qu'un professionnel puisse attester, non pas de la véracité de ce qu'ils ont dit, moi, je n'en sais rien, mais de la véracité de leurs ressentis. Mais, cela n'arrive pas si souvent de rédiger des attestations et souvent, c'est pendant les recours pour justifier, et souvent à la demande de leurs avocats. Et c'est aussi ce qui est agaçant, c'est que parfois, les personnes se font éconduire d'une demande qui n'est même pas la leur, qui est celle de leur avocat ou des conseils [d'une association d'aide et de défense des demandeurs d'asile] ou de bénévoles divers et variés. Là aussi, je trouve que c'est très violent de les rembarrer simplement alors qu'elles-mêmes n'ont même pas conscience de ce... Voilà.

– *Vous avez quasiment tout le temps travaillé avec ce public-là mais est-ce que cela a modifié quelque*

chose dans votre pratique, dans votre manière de voir les choses ?

– Je pense que je n’ai jamais été un psy taiseux et froid, mais je crois que je le suis encore moins qu’avant. Et en même temps, cela n’a rien à voir, mais j’ai toujours travaillé dans la précarité et la migration et toujours avec des adolescents. Et je trouve que c’est deux cliniques qui obligent à déplacer son cadre, à chercher, à susciter la rencontre, se décaler, s’autoriser aussi des choses. Alors, la supervision, c’est super important surtout lorsque l’on est jeune professionnel, maintenant, cela fait dix ans que je suis diplômé mais au début de sa pratique, on se demande, des fois, si on ne fait pas un peu n’importe quoi parce que c’est tellement loin de l’imaginaire mythologique que l’on nous dispense dans nos études, les belles monographies psychanalytiques, parfois, c’est ... Donc, oui, c’est une clinique qui oblige à se décaler, à se remettre en cause et puis ce sont des patients qui viennent vraiment vous interpeller et vous ne pouvez pas être dans une position confortable et protégée. Et moi, c’est pour ça que j’adore cela, cela met toujours au travail quelque chose. Et puis, je trouve que, je vais dire quelque chose de paradoxal, c’est une clinique formatrice et en même temps, il faut être formé pour le faire aussi. [...] Il y aurait à réfléchir à des cursus de formation peut-être un peu autres par rapport à ce public-là. D’ailleurs, là, où nous on le voit, c’est que ce n’est pas si évident de recruter des psys qui ont cette expérience-là et qui ont cette capacité à être psy et à ne pas jouer les psys. Quand je dis ça, je pense à des gens, comme Ciccone, par exemple à Lyon, qui dit de très belles choses sur la manière d’être psy, je crois, psychiatre ou psychologue, peu importe, thérapeute finalement. Et je trouve que l’on est dans des métiers où une forme d’impuissance et de non-opérationnalité de ce que l’on fait, fait que l’on est, des fois, dans des formes de justification et dans des positions de... et des positions de principe et des positions où on se joue à jouer le psychiatre ou la psychologue. Et je trouve que c’est une clinique qui ne permet pas ça parce que l’on se fait vite rembarquer, ce n’est pas possible. Et la grande précarité, c’est pareil, c’est des gens qui vous rentrent dans le lard et vous n’avez pas bien le choix que de... Donc, oui, oui, cela oblige... cela oblige aussi, des fois, c’est quelque chose au départ à laquelle je n’aurais pas pensé, à une forme de psycho-pédagogie. Moi, j’ai fait une partie de mes études [dans un autre pays] et ils font beaucoup de trucs comme ça là-bas. [...]. Moi, pendant un an, je faisais de la psychothérapie avec des supervisions de trois heures chaque semaine où nos entretiens étaient

filmés. C’était assez pointu mais du coup, c’était très intéressant, ça m’a donné une assise, je pense. Et après, je trouve que, voilà, il faut ce bagage-là pour aller bosser, il faut un bagage de psychothérapie avec ce public-là car ça vient bouleverser un peu les postures. Et puis, savoir s’arrêter aussi quand on n’en peut plus. Parce que je pense que l’on n’a pas une capacité infinie de travailler avec les vrais grands traumatisés, je pense que ce n’est pas possible. Mais, je pense aussi, c’est le slogan de Médecins du Monde, au moment où je veux le dire, je l’oublie mais témoigner de ce qu’il se passe ailleurs. Et aussi, voilà, ils nous apportent aussi quelque chose des violences politiques insupportables et intolérables qu’il y a parfois. Et en même temps, c’est des gens qui souffrent avec raison, qui n’ont pas le choix que de souffrir et je pense que cela peut être assez dur, il faut savoir s’arrêter. Il y a une des personnes [de l’association] qui est maintenant devenue administrateur et qui nous a dit que lui, il ne voulait plus travailler parce que c’était trop violent. Et ça, c’est difficile à dire. Moi, je n’ai jamais eu d’autres cliniques qui interpellent à ce point-là, que celle-là. Je ne sais plus du tout ce que c’était la question, je digresse complètement, excusez-moi.

– *C’était sur comment cela avait modifié votre pratique mais cela répond à la question.*

– Donc voilà...

– ***Du coup, vous aviez un peu comment à parler d’améliorations possibles avec les dispositifs, la question de la formation. Est-ce que vous auriez d’autres suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c’est-à-dire des « migrants avec un parcours d’asile » et souffrant d’état de stress post-traumatique ?***

– Il y a une question politique pure et claire. Et ensuite, une question de dispositif à inventer et de praticiens qui doivent avoir à peu près les mêmes références, de travailler sur des instances qui permettent de penser tous ensemble pour créer des références communes, c’est quand même pas mal, pour avoir aussi les mêmes langages. Et puis, aussi, un des trucs vicelards dans cette pratique, c’est que les professionnels sont, tous, confrontés à beaucoup d’impuissance. Et du coup, cela suscite vite des rivalités institutionnelles et parfois, une incapacité à travailler ensemble. Il y aurait à créer des dispositifs, non pas de régularisation, ce n’est pas le terme, des instances de coordination. Et puis, parfois, c’est juste ahurissant, on voit qu’il y a une multiplicité de professionnels autour d’une situation et les professionnels ne se connaissent même pas. Si nous-

mêmes, on est clivant, c'est dommage. Donc, il y aurait des questions politiques bien sûr, des questions de coordination et ensuite, une formation clinique à poursuivre. C'est vrai, que nous, [à l'association], on met vraiment l'accent sur une supervision collective pour continuer, d'une part, nous, à être dans les mêmes références et puis, à continuer d'étayer cette pratique. Parce que je trouve qu'il y a deux risques dans nos pratiques, soit d'être dans des positions très théorisantes qui mettent excessivement à distance ou à l'inverse dans des positions qui seraient un peu trop collées. Et la fameuse question de la bonne distance...

– *J'ai une question qui se rapproche un peu de votre dispositif. Il y a des gens qui réfléchissent à la mise en place d'un lieu spécialisé dans le psycho-trauma, qu'est-ce que vous en penseriez ?*

– C'est toujours compliqué à penser parce qu'à la fois spécifier, spécialiser, c'est intéressant parce que c'est réunir plein de personnes qui ont des compétences spécifiques mais en même temps, c'est déjà une dimension réductrice des personnes et sans doute, une manière de prendre les choses auprès d'un prisme un peu restreint. Nous, on dit que l'on reçoit les personnes autour de ces trois problématiques et que l'on est formés sur ces trois problématiques, sur l'interculturalité, sur la précarité sociale et psychique, enfin, sur les répercussions psychiques de la précarité sociale plutôt, et sur les questions traumatiques. Et en même temps, je trouve qu'il aurait plein de choses à inventer parce que le traumatisme, on ne sait pas bien le soigner toujours. Et cela peut être très intéressant un lieu spécialisé parce que cela peut être un lieu pour développer d'autres choses. Et en même temps, c'est comme, vous savez, la multiplication des centres experts. Je trouve qu'il y a un côté très bien, cela peut être très soulageant de s'identifier à une pathologie ou à un mot et en même temps, après, ce mot, il devient très réducteur et enfermant, et c'est difficile d'en sortir. Je fais faire une réponse de normand : c'est à la fois bien et en même temps, il faut faire attention. Mais, je trouve qu'il y aurait vraiment plein de choses à essayer. Je lisais, il y a pas longtemps, il y a quelques psychiatres français qui en se basant sur des protocoles américains, avaient utilisé des benzos, non c'était un hypotenseur qui avait des effets ...

– *La prazosine ?*

– Je crois, je ne sais plus.

– *C'est un alpha-bloquant.*

– Oui, c'est ça. Je trouvais que c'était assez intéressant de mailler, à la fois, du côté de ce que j'évoquais tout à l'heure, un peu dans cette idée d'une boucle thérapeutique qui, d'une présence

aurait une présentation, une représentation, une narration de soi avec en plus, une médication qui du coup, va favoriser le « ré-encodage » de souvenirs un peu apaisés. J'avais trouvé cela assez intéressant. Finalement, j'aurais trop tendance à segmenter du neuropsychiatrique et du psychanalytique et peut-être que des fois, on peut trouver des mariages intéressants aussi. En tout cas, essayer des choses, je trouve que c'est chouette d'essayer des choses. Donc, si cela peut être des lieux dans lequel cela peut permettre une certaine créativité, c'est bien, c'est génial et à l'inverse, si cela devient des lieux réducteurs, comme les centres experts, je trouve que c'est ...

– *J'avais une question intermédiaire. Est-ce que vous pensez qu'il y a des compétences ou des qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Pour quel type de professionnel ?

– *Les soignants, de manière générale, sans forcément cibler ?*

– Oui et non. Oui, bien sûr, il faut toujours être bien, avoir des bonnes assises théoriques quand même. C'est important. Et en même temps, une capacité à aller dans la relation. Moi, je me définirais plutôt d'un référentiel humaniste, au carrefour entre la psychanalyse et quelque chose de l'ici et maintenant, de la Gestalt et tout ça. Je vous répondrais en creux, je dirais que tout le monde n'est pas fait pour ça. Qu'est-ce qui fait que tout le monde n'est pas fait pour ça, j'aurais un peu de mal à le dire. Mais, je crois, que tout le monde n'est pas fait pour ça, parce qu'il faut une certaine capacité à tolérer un certain foutoir aussi, et un foutoir institutionnel. Et j'allais dire un truc bête, une capacité à gérer l'impuissance, mais je crois que personne n'y arrive, mais, à ce qu'elle nous éclate pas tout à fait. Mais, c'est là où c'est très épuisant, c'est que cela nous met à une place où on est quand même extrêmement impuissant. Et on le voit bien en analyse de la pratique avec bien des professionnels qui accueillent ces personnes. Avec le grand risque, qui est quand même, une impuissance qui devient tellement insupportable que... retour à l'envoyeur, une forme d'agressivité larvée qui commence à prendre la place dans le lien. Mais, sinon, je ne sais pas quoi dire de plus.

– *Vous parlez de l'importance d'assise théorique. Du coup, qu'est-ce que vous pensez de formations spécifiques ? Ce serait intéressant ?*

– Je pense, oui. Ces trois dimensions, l'interculturalité, la précarité et puis le trauma, c'est

quand même des domaines très spécifiques où il y a des choses très particulières à apprendre. Alors, il y a des choses qui se recouvrent entre la grande précarité par exemple et la..., enfin la grande précarité, c'est une interculturalité déjà. Mais, oui, je pense que c'est hyper important de faire une formation spécifique. Je dis ça et en même temps, dans l'association, on l'a tous eu sans forcément l'adosser aussi à des référentiels, à des « organismes ou des dispensateurs » définis et bien institués. Mais, oui, je crois que c'est vachement important.

– Est-ce qu'il y aurait un point que l'on n'aurait pas abordé et qui vous semblerait important ?

– Eh bien, comme ça, non. Je crois que... Je réfléchis mais... Peut-être l'importance de développer des dispositifs qui sont soignants sans être nécessairement thérapeutiques, psychothérapeutiques en tout cas. Je trouve que, surtout pour toutes les personnes, et là on peut faire lien entre les personnes en grande précarité et les migrants, qui souvent sont en grande précarité de fait, où il y a vraiment quelque chose à travailler du côté du lien à l'autre et pas forcément quelque chose de l'ordre du divertissement, encore que, d'ailleurs mais quelque chose qui participe un peu à reconstituer des liens fondamentaux et un peu d'un contrat narcissique général. Et là, la question que l'on se pose dans le développement de notre association aussi, si cela continue, ce serait d'essayer d'intégrer aussi plus de bénévoles pour essayer de proposer d'autres dispositifs qui sont soignants. On sait très bien qu'il n'y a pas que la psychiatrie et la psychothérapie qui soignent il y a bien des choses qui sont soignantes sans pour autant qu'elles soient estampillées. Ce serait vraiment très intéressant de les développer. D'autant que, alors la migration, cela dépend, il y a quelque temps, quand un petit enfant meure lamentablement sur une plage, les gens en ont conscience et puis, ensuite, cela s'arrête. Mais, c'est vrai que, à un moment, il y avait la municipalité qui avait proposé une sorte de grande journée pour rassembler toutes les initiatives citoyennes et on s'était dit, d'une part politiquement, cela serait intéressant d'en faire quelque chose et puis, il y a bien des gens qui ont une capacité à apporter quelque chose. Je pense aux parrains [d'une association] par exemple, qui sont souvent des référents hyper important pour les personnes que l'on accueille et ce ne sont pas des gens qui, ce ne sont pas soignants, mais ce sont des gens qui sont soignants et qui sont étayants. Je trouve qu'il y aurait à développer toutes ces... Peut-être que des fois, au lieu de spécialiser, il y aurait peut-être à dé-

spécialisé et puis à ouvrir. Voilà, c'est le dernier truc à vous dire.

– Merci beaucoup, merci d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien.

Entretien n°7 (E7)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Remarque : Au cours des questions portant sur le parcours professionnel, certains éléments ont été évoqués et sont mis si dessous. Après l'évocation de formation spécifique, le participant A ajoute ce qui suit.

– Participant A : Cela permet de prendre un peu de recul, parce qu'ici, on est un peu le nez dans le guidon, cela permet de prendre du recul par rapport aux situations, de relativiser aussi pas mal, parce que tout se mélange, tout se rejoint. On a bien compris que les demandeurs d'asile qui font des tentatives de suicide, qui s'alcoolisent, ils sont au bout du rouleau, ils veulent continuer à s'accrocher, c'est des pseudo-tentatives de suicide. Et puis, quand on a travaillé quelque part, moi, je suis contente de ne plus travailler [en CADA], de le vivre un peu à distance maintenant parce que c'est quand même lourd, les récits de vie des gens. Ça nous fait rentrer dans un truc même si on n'a pas trop envie, même si on veut être professionnel et qu'on veut être le plus neutre possible. Malgré nous, il y a un récit qui nous touche plus qu'un autre. C'est pour ça qu'au bout d'un an, un an et demi, cela suffisait. Par moments, je me forçais pour être bien, pour faire mon travail correctement avec les gens. Certains, dès le départ, avaient un récit qui, pour moi, je sens que c'est du pipeau, même si ce n'est pas mon rôle, c'est à Paris que ça se gère, cela fait que ça change ma façon d'être avec cette famille-là pourtant. Je ne devrais pas, je devrais essayer d'accueillir tout le monde avec les mêmes chances, avec un accompagnement social correct, sauf qu'on reste des êtres humains. Au bout d'un an, cela suffit. Je ne sais pas d'où ils sortent avec leurs récits, j'ai vécu ça et l'autre, il est en face, le ressenti. Tout ça, c'est devenu difficile pour moi. Quand je rencontre des collègues qui évoquent la même chose, au CADA, je comprends de quoi elles parlent. Elles côtoient ces gens au quotidien, ce n'est pas évident. On n'est pas là pour démêler le vrai du faux, non, non, on les accompagne. Au bout d'un moment, être confronté au quotidien aux vécus des gens, il y a ceux qui ont vécu des traumatismes où la souffrance est trop grande, voilà... Porter, orienter... Ici, je le vis différemment. La semaine dernière, j'ai été accompagner ma collègue dans un CADA et justement, elle a dû préparer son truc cette dame.

Elle avait rendez-vous avec l'infirmière et elle menaçait de se défenster. Elle s'en occupait et moi, j'étais là et j'observais. Oui, mais qu'est-ce que tu ressens, bien sûr, cela faisait peur, il y a deux fenêtres au dernier étage, je regardais, oui mais oui, elle est deboutée, peut-être que l'on va la faire hospitaliser, cela va faire gagner plus de temps. Pourtant, on n'a pas, nous, à avoir ce genre de ressenti-là. L'infirmière, elle était dans son truc, elle faisait son travail et moi, je l'aidais, je regardais, sans plus. Peut-être que j'en ai trop vu, moi, au CADA, avant. Peut-être que l'on est fatigué. Oui, elle me dit : « Mais elle savait que j'arrivais » et j'ai dit : « Oui mais même si elle savait que tu arrives, elle est au plus mal », mais je sens que je ne suis plus trop là-dedans. C'est aussi trop de souffrance que l'on nous montre. Je me dis : « Il y a des enfants à côté. ». Du coup, on l'a fait hospitaliser tout de suite. Les référents étaient, comme ce que l'on faisait au CADA, qu'est-ce que l'on va faire des enfants le midi quand ils vont rentrer parce que leur mère n'est pas là, leur père est parti chercher du travail hors zone. Je dis, moi, c'est très bien, je ne gère plus ça et c'est pas mal.

De même, le participant B évoque les éléments ci-dessous après avoir évoqué son parcours professionnel, éléments qui sont complétés par le participant A.

– Participant B : Pour compléter l'équipe, on a une psychologue qui est à 40 % sur la PASS. Officiellement, on devrait avoir un morceau de médecin, que l'on a pas, qui est de 10%, 10% de psychiatre qui n'est pas pourvu. On travaille avec les médecins du CMP, les médecins des urgences... C'est un peu compliqué parce que l'on est obligé d'aller à la pêche de celui qui va bien vouloir.

– Participant A : Parce qu'ils ont déjà leur propre secteur, parce que les médecins, c'est sectorisé, ils ont leurs propres patients. Et puis, les patients précaires, c'est toujours un peu compliqué. Ils ne font pas partie de leur secteur.

Contexte actuel

– *Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?*

– Participant B : Au niveau soins infirmiers, non. Pour situer un peu l'actualité, il y a un centre de réfugiés qui va ouvrir dans une petite commune à une quinzaine de kilomètres [d'ici]. C'est le seul

centre de réfugiés dans notre région. C'est l'avenir, mais je ne suis pas sûr qu'ils vont aller sur notre secteur.

– Participant A : [Dans le département], on a quand même deux CADA et [une association d'accueil et d'accompagnement pour les demandeurs d'asile]. C'est peut-être pour ça que les gens n'arrivent pas à nous directement. Ils ont des travailleurs sociaux dans les CADA, on est interpellés quand il y a des histoires de psychiatrie qui viennent s'ajouter.

– Participant B : Dans ceux que je reçois, je n'en ai aucun qui, par exemple, vient de Syrie.

– Participant A : Non, non, non. Peut-être que c'est avec ce centre-là. Et même parce qu'ils ont une prise en charge sociale dans les CADA et nous, on est en plus et nos collègues nous interpellent.

– Participant B : Ils sont [d'un autre] secteur.

– Participant A : S'ils dépendent [de là-bas]. Les collègues des deux CADA qui sont [dans cette ville] nous interpellent ou la psychologue qui les voit pour leurs syndromes post-traumatiques, tout ça... et quand il y a besoin de voir des médecins, pour les traitements et tout ça... Des gens qui avaient déjà des problèmes psychiatriques chez eux ou bien qui décompensent, ici, en France ou bien, avec les réponses négatives. Et puis, ils vont aux urgences quand c'est grave.

– Participant B : C'était ça la question s'il y avait une augmentation par rapport au conflit syrien ?

– *Oui ou même de manière générale avec d'autres populations ?*

– Participant B : Moi, je ne remarque pas d'augmentation.

– *Pour revenir sur l'état de stress post-traumatique, j'ai une question avec des chiffres, mais ce n'est pas forcément que les chiffres qui comptent, cela peut aussi être un point de vue subjectif. Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?*

– Participant B : Nous, on a pas fait de statistiques là-dessus. Comme ça, je dirais, qu'effectivement, on a pas mal de syndromes de stress post-traumatiques, de personnes qui souffrent d'un trauma dans leurs pays, des traumas de toute sorte que ce soit de guerre, des violences liées dans le pays, des violences conjugales ou sexuelles. Mais les histoires

et les plaintes que l'on a, effectivement, c'est quelque chose d'important. Après, je n'arriverais pas à vous dire au niveau des chiffres. Là, c'est clair que c'est quand même important.

– Participant A : Voilà, et nous, ce type de public en particulier, ici, voit justement soit notre psychologue soit les médecins, parce que dès la première ou la deuxième fois où on les reçoit, si on ressent que c'est plutôt ça...

– *Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs, qui peuvent aussi être liés aux conditions de vie mais aussi des somatisations avec parfois des tableaux algiques pour lesquels on ne retrouve pas de cause somatique. Qu'en pensez-vous ?*

– Participant B : Oui, c'est clair, c'est ce que l'on voit, les états de stress, les dépressions, les angoisses diffuses, les angoisses de leurs situations qui provoquent de nouvelles angoisses. Après, au niveau somatique, c'est vrai que, même si parfois ils se plaignent de certaines choses, quand ils viennent ici, c'est vraiment pour nous parler de leurs problèmes psy. Très peu abordent un problème somatique même si quelqu'un, effectivement..., mais c'est vrai que ça, c'est travailler en amont. Le problème, c'est que, ce n'est pas un problème, les CADA, toutes les personnes qui travaillent avec ces réfugiés, même s'ils sont sensibilisés aux problèmes psy, ils sont quand même relativement démunis et lorsqu'une personne va se plaindre d'un trouble somatique, il va être pris comme tel et ils vont l'envoyer à la PASS somatique de l'hôpital et c'est rare qu'ils nous reviennent ou alors, il faut vraiment que la personne exprime des choses, de l'ordre psychologique, des signes qui font qu'ils se disent que « La personne, ça ne va pas ».

– Participant A : Leur souffrance est prise en compte. Il y en a pour qui on fait des scanners, et tout et tout, pour qu'on ne trouve rien. Il y a des patients que je vois en binôme avec la PASS somatique..., ils n'ont jamais pu évaluer [l'épilepsie d'un monsieur]. Pourtant, vraiment, en PASS psy, en PASS somatique, l'errance, la précarité, il n'a pas où dormir, son traitement, il est ici.

– Participant B : On ne le voit plus d'ailleurs.

– Participant A : On ne le voit plus. J'ai appelé, je crois que ce n'est plus le même téléphone qu'il utilise. Voilà, il somatise, j'ai mal ci, j'ai mal là. On a fait des scanners à ce monsieur, on a tout regardé. Du coup, à l'hôpital, s'il se présente, il est identifié, il fait dépenser pour rien, à cause de la T2A.

État des lieux

– *Au niveau de l'équipe, vous m'en avez déjà un peu parlé, il y a une assistante sociale à temps plein, un mi-temps d'infirmier, une psychologue à 40% et un temps de 10% de médecin qui n'est pas pourvu. Est-ce que vous voyez autre chose à ajouter sur l'équipe ou sur son fonctionnement ou éventuellement sur le recours à des interprètes ?*

– Participant B : L'hôpital ne finance pas des interprètes. C'est un gros problème parce que quand les patients nous arrivent... Les CADA payent un interprète une séance alors c'est compliqué, quand il y a l'interprète, on a l'histoire, à peu près les symptômes de la souffrance. Après, s'il faut qu'ils reviennent, c'est là que ça se complique. Certains vont parler un peu anglais, d'autres vont parler un peu italien mais voilà, nous, on est un peu limité à ça. Donc, c'est très compliqué. La psychologue arrive, elle, avec Google Traduction, avec l'ordinateur.

– Participant A : Sachant que la marge d'erreur est importante...

– Participant B : Et puis, pour affiner quelque chose, ce n'est pas évident. C'est assez frustrant. On sent bien qu'il y a un problème, une souffrance. En gros, on a compris, on sent bien qu'ils ont assisté à des choses, qu'ils ont subi des choses, mais de là à faire, à entamer une thérapie... Très vite, on est confronté à cette limite, on ne se comprend pas. Malheureusement, souvent, on passe la main au médecin qui va prescrire un traitement, un anxiolytique, un antidépresseur... On va traiter le symptôme... L'hôpital n'a jamais... On sait qu'il y a certains hôpitaux qui payent des traducteurs mais nous, non.

– *Vous savez pourquoi ?*

– Participant B : Profondément pourquoi, je ne sais pas mais pour le budget, oui, pour une question budgétaire.

– Participant A : Après, à chacun sa place aussi. Moi, j'avais reçu une famille où c'est le petit garçon, qui est scolarisé en France, on fait très attention... Ce n'est pas son rôle même si cela peut vraiment être aidant, de décrire les crises de son père.

– Participant B : Les interprètes, c'est souvent des gens qu'ils connaissent et qui acceptent de faire l'interprète ou des membres de la famille.

– Participant A : C'est limite parce qu'il y a des choses que la dame, elle ne peut pas nous dire devant tout le monde, qu'elle n'a jamais dit à personne, tout ce qui est violence sexuelle, c'est très compliqué. L'interprète homme qui côtoie la famille, c'est ...

– Participant B : Je l'ai vue plusieurs fois et puis, une psychologue a pris la suite, une jeune dame qui

avait effectivement été violée et cetera. On faisait l'entretien par téléphone avec une autre dame au téléphone qui traduisait et c'était la seule façon, c'était la seule dame en qui elle avait confiance parce que personne, pas même son mari, ne savait qu'elle avait été violée. Là, elle avait « la chance » d'avoir cette dame qui a accepté. Parfois, c'est compliqué.

– *Vous en avez un peu parlé mais au niveau du parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de votre structure, qui vous les adressent et pour quelles raisons ?*

– Participant B : Pour ma part, c'est les CADA, parce qu'ils ont repérés qu'ils semblaient tristes ou au contraire qu'ils semblaient excités, être moins bien qu'avant. Leur observation fait qu'ils voient bien qu'il y a un problème. Souvent, ils nous demandent, non pas une expertise, mais qu'on leur donne un peu notre avis. Nous, on a repéré ça, mais on ne sait pas trop pourquoi. Ensuite, il y a par le biais de la précarité. [Dans la ville], on a deux lieux où les SDF, les précaires peuvent se rendre, on a des collègues qui y travaillent donc elles nous les envoient. C'est essentiellement ça. Aux urgences, tu en reçois en direct ?

– Participant A : Non, puisque déjà, les gens qui arrivent aux urgences sont dans un état...

– Participant B : Parce que, tu as trois demi-journées aux urgences ?

– Participant A : Oui, c'est ça, aux urgences psychiatriques de l'hôpital [général], on est installé là avec les psychiatres de l'hôpital. Mais, les gens qui arrivent là-bas, ont besoin de soins tout de suite qu'ils aient une couverture sociale ou pas, cela ne change rien. Donc, ils voient en priorité les médecins...

– *Du coup, vous en avez déjà un peu parlé mais qu'est-ce que va vous orienter vers une pathologie post-traumatique ?*

– Participant B : En général, leur histoire est assez claire, dans le sens où ils nous racontent. Ils savent bien ce qui fait qu'ils ne vont pas bien. Ils racontent qu'ils ont subi ci, qu'ils ont assisté à ça. Alors, effectivement, le fait de venir dans un pays étranger, cela réactive des traumas enfouis. Généralement, moi, l'histoire... Au niveau des symptômes, c'est un fond dépressif avec des troubles du sommeil et tout ce qui y est associé, irritabilité pour certains... Souvent, lorsque c'est un couple, le conjoint a bien repéré qu'il y a quelque chose qui n'allait pas, qu'il est de moins en moins bien, avec les enfants. En fait, dans l'interrogatoire, c'est très vite mis en avant.

– Participant A : Bah oui, ça, c'est le corps médical... Les conjoints et les travailleurs sociaux

aussi. Quand ils nous sollicitent pour les rendez-vous, je trouve qu'il n'est pas bien, il dort, il n'a envie de rien faire ou bien, il est trop agressif, il tape tout le monde, il casse tout...

– ***Du coup, quelle prise en charge proposez-vous aux « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?***

– Participant B : Nous, avec la PASS, on fonctionne un peu comme le CMP c'est-à-dire que toute personne qui fait une demande est vue par un infirmier ou une infirmière, en première... sauf bien sûr les personnes qui sortent de l'hôpital. Mais toute personne qui n'est pas connue du CMP. Et donc pour la PASS, on fait pareil sauf pour l'assistante sociale, s'ils passent par les urgences ou si c'est vraiment un problème administratif, les CADA et tout ça, connaissent [ma collègue] donc les adressent directement. Ils ne passent pas forcément par moi. Il y a des gens qui sont suivis par des psys, je ne les ai jamais vu. Cela arrive... Et sinon voilà, je ne me rappelle plus ce que je voulais dire.

– Participant A : Les gens, ils sont reçus au CMP par un infirmier pour une évaluation.

– Participant B : Ah oui. Moi, je les vois mais avec la barrière de la langue, on est assez pauvre en outil. Si je sens que la personne est capable d'apporter des éléments et d'élaborer un peu alors je vais demander à la collègue psychologue si elle veut la voir, voir ce qu'elle en pense, voir si elle peut travailler quelque chose avec elle. Après, voilà, c'est ce que je vous disais, c'est plutôt une orientation médicale, si je vois qu'il y a besoin d'être soutenu d'un point de vue médicamenteux... Après, certains, je peux, si on arrive à dialoguer, parce qu'il y en a quand même qui parle un peu français, je les revois et puis je les accompagne pendant un moment, c'est plus un soutien. Ah oui, vous parliez des post-traumatiques, en général, c'est plus la psychologue ou le médecin. Moi, je les vois peu, c'est quelque chose d'assez lourd et qui mérite soit une thérapie quand ils peuvent, soit un traitement pour soulager un peu...

– *Votre psychologue, est-ce qu'elle parvient à faire des suivis ?*

– Participant B : Oui, elle y arrive. Elle a des gens qu'elle voit depuis un moment, même avec Google Traduction. C'est vrai que, les gens, après ils arrivent à parler un petit peu mais c'est vrai que des fois, je me demande comment elle fait.

– Participant A : Oui, oui, et puis, elle est aussi beaucoup sollicitée, les gens ont besoin de courriers pour justifier qu'ils ont une prise en charge ici, et tout ça, pour l'OFPPA, pour la demande d'asile.

– *Elle fait des attestations de suivi, du coup ?*

– Participant A : Oui, oui, c'est ça. Après, elle me sollicite aussi pas mal parce que pendant qu'elle les voit, il y a aussi des problématiques sociale un peu greffées, c'est vrai qu'elle et moi, on s'était mises d'accord parce que c'est quand même des gens qui ont un suivi social en CADA. Je sais pour y avoir travaillé qu'il y a des travailleurs sociaux en CADA, il ne faut pas parasiter le travail des autres... Après, si c'est des gens déboutés, c'est différent, ils ont déjà un pied dehors, un pied dedans, ils n'ont plus d'accompagnement social, c'est différent, pour que je leur donne juste des renseignements qu'ils ont déjà par ailleurs. Ils le savent mieux que nous, d'aller voir des juristes, des associations. Parce que normalement, en CADA, il y a un accompagnement social qui va avec. Donc, voir la psychologue pour le syndrome et tout ça, d'accord mais, pas en doublon venir voir un travailleur social ici. Au départ, voilà, c'était compliqué, elle me les envoyait tous, je lui disais : « Non, il n'est pas encore débouté lui ». Et du coup, eux, ça leur fait du bien parce que je leur chante la même chose, comme mon collègue leur a déjà dit la veille parce qu'ils s'imaginent que je vais dire l'inverse mais si vous n'avez pas droit, vous n'avez pas droit, c'est tout. Si, elle a fait des accompagnements au long cours, elle voit des gens que je vois depuis un moment [ici] qui viennent la voir.

– *Tout-à-l'heure, vous parliez de ceux qui sont déboutés et qui réagissent avec des idées suicidaires voire des passages à l'acte, est-ce que cela vous arrive souvent ? Comment est-ce que vous gérez des moments comme ça ?*

– Participant A : On va dire que cela n'arrive pas directement à nous, ce sont des gens qui sont en CADA donc c'est le CADA qui gère pour les amener aux urgences. Nous, on a moins ça, on a, c'est arrivé que j'ai des gens qui piquent des grosses colères parce que je leur explique que, dans leur situation de déboutés en situation irrégulière, la seule chose que je peux faire, c'est de faire une aide médicale d'État. Après, chercher un logement, je ne rentre pas là-dedans parce que le premier frein, cela va être les papiers, il faut aller voir les associations qui s'en occupent, pour mettre à l'abri les familles et les enfants, ce n'est pas moi qui m'en occupe. Ils étaient un couple et quatre enfants, ils se sont tous levés, j'ai cru qu'ils allaient me... En fait, le médecin qui les a orientés, ne m'avait pas bien expliqué la situation, sinon, je n'allais même pas les recevoir. La dame me dit : « non, le médecin, il a dit que vous, vous alliez nous trouver une maison ». S'il m'avait bien expliqué que c'était des gens en situation irrégulière et tout ça, je ne leur aurais même pas proposé un rendez-vous, ce n'est pas moi. C'est ces

associations qui, quand ils font leurs crises, ils les envoient aux urgences. Celle que l'on a vue la semaine dernière, c'est parce que j'accompagnais l'infirmière précarité au CADA. Elle se déplace pour aller les voir...

– Participant B : Moi, personnellement, je n'ai jamais eu, dans les gens que je voyais, de tentatives de suicide. Par contre, c'est des arrêts brutaux de suivi c'est-à-dire que l'on n'a plus de nouvelles et ils disparaissent, ils quittent [la ville] ou je ne sais pas...

– Participant A : On a des traitements ici qui attendent toujours.

– Participant B : Des gens que je voyais depuis plusieurs semaines, mois et qui ont un rendez-vous, ils ne viennent plus. On savait qu'ils avaient été déboutés mais voilà, ils étaient au bout de la procédure donc en général, je ne sais pas trop ce qu'ils deviennent, ils changent de ville...

– Participant A : Oui, oui, beaucoup, parcours d'errance, ils vont à Paris. Il y en a un qui dit : « à Paris, c'était trop compliqué, on ne peut pas me donner de médicaments ». Il raconte ce qu'il veut donc on n'est même pas sûr. Les limites un peu de ce dispositif, il a été créé pour pallier à tout ça, mais on se rend compte malgré tout... On arrive à trouver des médicaments au plus urgent avec la pharmacie [du CHS], une prise en charge « efficace » mais ils sont dans un tel état de précarité qui fait que peut-être que c'est nous qui identifions ces urgences-là et peut-être pas eux-mêmes. Il y en a un qui devait venir chercher ses médicaments tous les vendredi, bah non... Après voilà, c'est quelqu'un qui dort à la gare, on était en train de voir pour un appartement, les lits-halte soins santé, non, ce n'est pas possible, il y a des histoires de papiers... On ne le voit plus.

– *Et pour les personnes que vous ou la psychologue arrivez à suivre, normalement, les PASS n'ont pas une vocation de suivi, est-ce que vous arrivez à faire des relais ?*

– Participant B : J'avoue que la vocation des PASS, c'est vraiment des personnes sans droit ouverts. C'est vrai qu'au bout de quelques mois, ils arrivent à obtenir une couverture sociale. Mais, quand on a commencé le suivi, en général, on continue.

– Participant A : Chaque situation est particulière et on y tient de ne pas laisser les gens comme ça. C'est vrai que du coup, chaque personne est particulière ici. Quand je vois les suivis de la psychologue, je crois qu'elle voit, elle doit avoir quelques personnes qui sont déjà sorties du dispositif mais qui restent très fragiles. Il y en a une qui a trouvé un logement en Ardèche mais qui revient parce que pour mettre en place le même type de prise en charge en Ardèche, c'est où ? Cette dame, elle a confiance en

elle, les papiers... Cela veut dire que cette dame se retrouve avec une psychologue libérale en Ardèche. On ne trouve pas que ce soit possible.

– Participant B : Il y a même des gens que l'on reçoit au premier entretien qui ont déjà des droits ouverts mais voilà, comme on est repéré PASS, précarité, quand quelqu'un passe par un CADA, forcément, on nous l'envoie. Quand quelqu'un vient [d'une association] qui gère les précaires, c'est nous. Disons que pour l'instant, notre file active nous permet de ne pas trier.

– Participant A : Je sais qu'il y a certains patients qui n'étaient pas contents parce que j'arrivais... Les premiers temps, ils n'avaient pas encore de couverture sociale et moi, je faisais le lien avec le référent CADA donc je lui explique bien : « non, c'est la dernière fois, j'ai appelé et la carte vitale est arrivée. Donc, la prochaine fois, c'est votre ordonnance à la pharmacie ». Et quand il vient, il se dit, elle n'est pas là et il donne ça au secrétariat là-bas. Quand il vient chercher la fois suivante, c'est moi qui lui donne et je lui dis : « non, il faut arrêter ça ». Il y avait une dame qui parlait anglais et qui me dit qu'elle ne comprend pas ce que je dis. Je lui dis : « je vais vous expliquer ». Voilà, ils me font tourner en bourrique. Cela facilite, c'est confortable, elle continue à se servir ici, elle vient voir le médecin, c'est nous qui commandons ces médicaments. Je lui ai dit : « il faut aller à la pharmacie maintenant ». J'ai fait ça trois ou quatre fois, je vois bien que c'est compliqué. Du coup, l'autre se fait prescrire tout ce qui est anxiolytique et tout ça ici et avec le médecin, bénévole [de l'association], il dit qu'il a mal à la tête, il a tout ses trucs antidouleurs, il est tranquille. Non, non, cela ne se passe pas comme ça : « vous finissez votre consultation, vous partez à la pharmacie ». Cela aussi leur facilite la vie, quoi, on voit qu'ils ne veulent pas trop faire un effort. Il faut insister. L'objectif, c'est que une, deux, trois fois, la PASS délivre les médicaments et moi, mon travail, c'est quand même de rétablir ces droits-là. Quand il vient et qu'il est trop pressé, je dis « La prochaine fois, il faut qu'on s'assoit pour voir ». Il y en a qui ont leur formulaire d'ouverture de droit dans la poche, je leur dit : « vous avez des droits ouverts, monsieur, c'est à la pharmacie ». Ils répondent : « à moi, je ne savais pas » et je réponds : « maintenant, vous le saurez ».

– *Au niveau des difficultés et des obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique, vous avez parlé de la question de la langue. Est-ce que vous en voyez d'autres ?*

– Participant B : La question de la langue. Après, je dirais les cultures, certaines cultures que l'on connaît un peu ou qu'à force, on commence à connaître. Mais, c'est vrai que des fois, cela mériterait d'avoir un peu d'ethnopsychiatrie. Quand on parle des pays de l'Est, pour nous, c'est les pays de l'Est mais chaque pays est assez différent. Des fois, effectivement, on a des interprètes qui nous disent : « en Albanie, cela ne se fait pas dans ce pays-là, ce n'est pas comme ça que ça se passe ». Voilà, ça peut être une de nos difficultés. Sinon, quand on leur propose de voir un psychiatre, on leur explique et si on leur demande « est-ce que vous seriez d'accord pour prendre des traitements ? », en général, ils sont d'accord. La grosse barrière, c'est la langue, c'est l'impossibilité de travailler quelque chose de l'ordre du psychothérapeutique. Après, pour les traitements, on arrive à se comprendre, pour des trucs un peu plus fins, ce n'est pas possible.

– Participant A : Il y a vraiment des particularités. Il y a deux aspects : la précarité et la problématique psy qui vient se rallier. Il y a ces deux choses-là et je crois qu'il y a les deux. La précarité qui fait que quand on ne sait pas où on habite, les besoins primaires qui ne sont pas remplis... Moi, j'occulte le côté psy là. La précarité toute simple, quand on ne sait pas trop, les besoins primaires, rien n'est rempli. C'est très compliqué pour ce public-là de se conformer à quoi que ce soit : lui dire qu'il doit venir, qu'il doit venir, lui proposer un rendez-vous à 10 h du matin. Respecter un cadre et des horaires pour des gens qui ne savent pas, qu'ils doivent faire la queue pour se doucher, prendre son petit déjeuner, qui n'ont pas cet ordre-là dans leur vie. C'est très compliqué de venir nous voir à un horaire précis, pour qu'on leur propose quelque chose. Quand la pathologie vient se rajouter, venir chercher son traitement... Comme [mon collègue] disait, nous on ne comprend pas trop ce qui lui arrive, on doit bidouiller avec tout ça, c'est parfois très compliqué. Ils arrivent parfois avec des diagnostics du pays d'origine, écrits en albanais, même si cela se rapproche, moi, je dis : « ce n'est pas mon travail, je ne veux pas chercher à comprendre, dépression et je ne sais pas quoi ». Déjà, nous, ça, il faut qu'on traduise, il faudrait que ces personnes voient un médecin chez nous, un infirmier qui va évaluer. Pour que je travaille correctement, ce n'est pas comme ça. Il vient avec un papier signé d'Albanie, d'un médecin, ils me disent : « mais oui, ça, ça veut dire psychiatre ». Mais, vous vous rendez compte, on ne peut pas jouer avec une ordonnance. On dit : « oui, c'est la même chose qu'en français ». Je dis : « oui, mais on doit traduire, le médecin, il doit être au clair avec tout ça, avec l'histoire de la pathologie... ».

C'est très compliqué. Tu te dis, celui qui devait venir tous les vendredis, une fois, je lui ai remis son traitement et je me suis dit : « Il va où avec ça, à la gare, avec tout ça, est-ce qu'il va le prendre ? Est-ce qu'on va lui piquer ? ». On n'est même pas sûr qu'il le prend, enfin, il n'est jamais revenu. C'est très très très compliqué. On voit que si celui qui dort à la gare, je ne sais pas si c'est sur des cartons, il dort mal, il venait, les rendez-vous avec lui, c'était quand même, j'attends, il va quand même arriver, il arrive, il est très fatigué, je parle, il s'endort. On ne peut rien avancer, c'est très compliqué. Il fait la moitié des papiers avec ma collègue en PASS somatique, elle m'appelle quinze fois, je crois que moi, je vais lui proposer de tout prendre et comme ça, je le remets à ma collègue parce que j'ai des permanences là-bas. Même ça, on n'a pas pu [le] faire. Donc, le médecin, en PASS somatique disait, comme elle voulait quand même pouvoir évaluer son épilepsie, « la prochaine fois qu'il vient, on va l'hospitaliser ce jour-là pour que l'on essaye de tout regarder ».

– Participant B : Je crois qu'il y a une autre chose qui est compliqué, c'est le temps. En psychiatrie, on est un peu habitué à avoir du temps. À part les urgences psy, nous, ici, on est habitué à avoir du temps. Sauf qu'avec ces personnes, on ne sait jamais combien de temps on a, on n'est pas dans une urgence, mais on ne sait pas si les soins qu'on va lui fournir vont durer trois mois, six mois ou vont durer quinze jours. C'est assez compliqué.

– Participant A : Et leurs priorités, la façon dont on évalue ce qui est important pour eux et ce qui est vraiment important pour eux dans la réalité, parce que c'est vrai que c'est le sentiment que j'ai. Quand ils arrivent ici, [les collègues disent] : « tu as vu dans quel état il est, il faut faire ceci, il faut faire cela ». À un moment, heureusement, [mes collègues] se posent pour se demander ce que cette personne qui dort dans la rue, qui déprime, machin... a besoin. On sort tout l'attirail de la pharmacie [du CHS] et après, on regarde, est-ce que c'est vraiment ça qu'il faut, parce que oui, on lui donne ça, pour qu'il retourne à la gare... Il mange où ? Il dort où et quand ? Peut-être que pour prendre tous ces traitements, il faut avoir mangé avant... Le temps, l'évaluation des besoins, parce que c'est important. C'est une question qui vient tout le temps. Quand j'ai reçu quelqu'un que j'ai tout cherché au niveau des démarches, à un moment, je m'arrête pour voir, avec lui, si c'est vraiment ce dont il a besoin là, parce qu'à un moment, on peut être à côté de la plaque.

– Participant B : Souvent, une impuissance aussi. Je pense à une femme, de je ne sais plus quel pays africain, avec trois enfants, logés par le CADA. Elle

était relativement stressée, on va dire, parce qu'ils lui avaient changé la famille. Ils sont deux familles par appartement, ils lui avaient mis une famille tchétchène. C'est là que je parlais de culture, pour elle, les tchétchènes, ce n'était pas possible. Pour elle, dans ce qu'elle disait, elle faisait attention à l'éducation de ses enfants, elle avait une fille de 14 ans, elle était assez regardante sur ce qu'elle faisait. La famille tchétchène, c'était un peu, de ce qu'elle disait, la grossièreté, un peu voilà, pas du tout dans le respect des enfants, du cadre... Et c'est vrai que voilà, elle vient nous dire que c'est invivable pour elle. Je suppose que si le CADA fait ça, c'est qu'ils ne peuvent pas faire autrement. En même temps, mis à part, lui dire, « essayer de minimiser un petit peu », pour que ce soit des choses positives par rapport à cette famille. On est quand même un peu impuissant. Il y a tellement de choses que l'on ne maîtrise pas.

– *Est-ce que travailler sur la PASS, cela a modifié des choses dans votre pratique, dans votre manière de voir les choses ?*

– Participant B : Peut-être comme ce que je disais tout à l'heure, c'est le rythme, c'est le temps. On ne peut pas bien se permettre de dire « je vous revois dans 15 jours et on refait le point ». Comme disait [ma collègue], c'est vrai qu'eux, ils ne sont pas dans l'urgence, mais ils ont envie d'avancer. On leur dit : « vous allez aller à la PASS et puis, vous verrez ». Le CMP, non, il ne peut pas non plus. Si en plus, il faut qu'on les montre à un médecin, qui accepte de les voir rapidement, mais ils sont tous des agendas overbookés. C'est compliqué, il faut prendre son temps, mais il faut se hâter doucement, leur proposer quelque chose parce qu'ils ont réellement besoin de quelque chose sans se précipiter et sans faire n'importe quoi non plus. C'est pour ça que l'histoire qu'ils racontent, on sent bien qu'il y a quelque chose, souvent, de l'ordre du syndrome de stress post-traumatique. On voit bien comment cela s'est passé, ils le disent bien, il n'y a pas trop de doutes, ils ont bien repéré qu'il y a eu quelque chose à un moment de très douloureux qui a été réactivé, parfois, par des événements qui se passent en France. Mais, voilà, on n'a pas de réponse urgente à donner si ce n'est de les soutenir, de les soulager un peu en les montrant à un médecin. Voilà, la pratique, c'est au niveau du temps. Je ne vais pas attendre de le voir trois ou quatre fois pour le montrer à un médecin. La psychologue que l'on a, prend un peu plus de temps. Mais par rapport au médecin, certaines personnes au CMP, on va les voir trois, quatre fois avant de les montrer à un médecin si on pense que c'est vraiment important. Alors que là, au premier rendez-vous, les choses sont posées et

souvent, on ne peut pas aller bien plus loin à cause de la langue... Heureusement, on a un médecin notamment, qui est relativement à l'écoute de ça, qui comprend un peu, en fait, qui comprend quand on lui explique, « je ne l'ai vu qu'une fois, mais il faut vraiment... ». Ils arrivent souvent déjà, ils sont en bout de course. Quand on les a orientés ici, [c'est que] le CADA a déjà essayé de temporiser, de relativiser mais à un moment, ce n'est plus possible.

– Participant A : Et puis, tout ce pourquoi on ne peut pas trouver de solutions devient psychiatrique à un moment. Parce qu'être débouté, ce n'est pas psychiatrique, c'est une mesure qui est en lien avec la demande d'asile, sauf que comme en CADA, ils sont contenus, ils sont tenus par les délais de Paris, ils vivent dans ce rythme-là. Une fois que tout ça est explosé, ils ont un mois, je ne sais pas il y a la réforme mais cela doit toujours être ça, un mois et voilà... Ils débarquent ici parce qu'il y a ceci, il y a cela. Il y en a qui vivent la demande d'asile en CADA sans « soucis psychiatriques », ils patientent et une fois que tout ça explose parce que la réponse, elle est là, la réponse de recours, c'est non. Eh ben...

– Participant B : Parfois, je pense qu'on les rend aussi un peu fous, l'administration... Des troubles qui sont minimes à l'arrivée sur des pathologies un peu fragiles, ça passerait très bien mais au bout de deux ans...

– Participant A : C'est long la procédure...

– Participant B : Ils sont installés, les enfants vont à l'école, on leur dit : « Il faut que vous quittiez le CADA ». Ils deviennent des sans-papiers illégaux.

– Participant A : Le travail, il prend des proportions. Moi, je me souviens, autant au départ, ma démarche, elle était celle-là, s'ils ont des référents, je ne veux pas les voir. Après, c'était du cas par cas. Cela ne leur fait pas du mal d'entendre plusieurs fois la même chose : vu que les enfants sont scolarisés en France depuis un moment, il y a ça et ça... Ils sont très à l'écoute de ça. J'ai reçu une maman qui a sa fille qui veut écrire au maire de [la ville] parce qu'elle veut questionner le maire par rapport à sa situation, qu'elle n'a rien demandé. [Sa mère me demande] : « Qu'est-ce que vous pensez de cette démarche ? ». [Je réponds :] « Je n'en sais rien du tout, si elle veut écrire au maire, qu'elle écrive au maire, pourquoi pas ». Elle me regarde et elle me dit : « Mais c'est vrai ça, mais comment ». Et je réponds : « Il ne faut pas l'aider, il ne faut pas orienter ce qu'elle a envie de dire, il faut que ce soit en ses propres mots ». [Elle me demande] : « Est-ce que j'amène ma fille ? ». [Je lui réponds] : « Non, si vous me l'amenez, on va dénaturer, on va influencer ce qu'elle veut dire au maire, qu'elle dise ce qu'elle a envie de dire : qu'elle n'a rien demandé, qu'elle va

à l'école et que là, elle ne sait plus où elle va habiter avec ses parents et tout ça »... Elle est partie et ils ont fait leur démarche. Et là, soit c'était dans la presse, soit dans le journal, il y a plein d'enfants qui ont sollicité le maire [de la ville] et qu'il est en train d'essayer de se débrouiller, avec des histoires de conventions des droits de l'enfant, de voir ce qu'il peut faire pour eux. Du coup, on se retrouve avec nos missions et [ceux qui arrivent et] « Qu'est-ce que vous me demandez-la encore ? ». Tout ce qui attire à la régularisation [d'accord]. Parfois, ils viennent, c'est pour tester parce qu'ils sont déjà au courant. Tous les demandeurs d'asile qui sont là depuis quatre ans et demi sont au courant de la procédure, donc quand ils viennent, c'est juste pour vérifier que l'on maîtrise vraiment. Ils savent, heureusement, qu'ils savent, c'est leurs droits. Ce n'est pas évident. C'est pour ça que je disais depuis le début que je préfère être de ce côté, c'est différent, ce n'est pas pareil que du côté CADA. Au niveau du temps aussi, parce que la temporalité, courir, aller vite, il faut vraiment prendre le temps de faire les choses parce que... Et c'est ça qui différencie les choses avec les autres collègues. Je me souviens d'une collègue psychologue qui recevait une jeune fille qui lui dit : « Oui, je suis dehors avec mon fils de quatre ans ». Elle est venue me chercher : « Ah oui mais c'est grave, tu te rends compte ». J'ai fait : « C'est quoi sa situation ? ». Ce n'est pas que [ma collègue] ne fait pas son travail, c'est que cette dame la met dans une situation d'urgence. Je reçois la dame. Ce n'est pas possible, elle était dans un CADA avant donc comme elle a un petit garçon de 4-5 ans, on l'a mise dans un hôtel en ville et elle a refusé d'y aller... Ce n'est pas la même chose. Déjà, quand je commence à lui poser des questions, elle sent que je... qu'elle a raconté n'importe quoi à ma collègue, elle pleure... Je lui dis « Pleurez tranquille, finissez, essayez vos yeux et après, on parle ». Je voulais appeler, elle a refusé en disant qu'elle allait me dire elle-même. [Je lui ai demandé:] « Qu'est-ce qu'il se passe ? ». Elle a peur, elle était assignée à résidence et elle avait peur parce que des compatriotes lui disaient : « Il ne faut pas aller là-bas, ils viennent te chercher pour t'envoyer au pays ». Je lui ai dit qu'il fallait retourner à l'hôtel, que c'était dans son intérêt d'être à l'hôtel, qu'il fallait faire une procédure, encore autre chose mais qu'il ne fallait pas fuir. [Je lui ai dit :] « Vous n'êtes pas à la rue, ce n'est pas vrai ». Elle me dit : « Vous avez des enfants ? » et cela vient réveiller tellement de choses. C'est ça au quotidien... Ils viennent là mais c'est urgent tout de suite. Après, c'est vrai que l'on prend sur soi, moi, je ne gère plus... Je fais vraiment l'effort de ne pas être dans l'immédiateté

comme ça, parce qu'en creusant, il y a toujours un maillon qui manque. Bien sûr que des histoires avec la Préfecture, c'est compliqué. Mais les femmes avec les enfants, il y a quand même quelque chose. Et là, on ne la voit plus ici parce qu'elle a vu, je crois qu'elle a compris, que ce n'est pas ici que l'on va trouver des solutions. Il y a son traitement pareil...

– *Est-ce que vous pensez qu'il y a des compétences ou des qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Participant B : Sans doute... Je crois que déjà, je ne sais pas comment dire... Des compétences, oui, il faut être capable de prendre un peu de recul, ne pas plonger dans le discours, dans ce qu'ils peuvent nous apporter, essayer quand même de garder un peu de recul, de ne pas tomber dans des urgences qui n'en sont pas non plus. Il faut accepter d'entendre l'histoire, des choses, souvent, avec de la violence, de la misère. Il ne faut pas se laisser décourager, comme je disais, ce ne sont pas des choses dont on voit la fin, on voit rarement la fin de quelque chose. Des prises en charge longues, on en a très peu. C'est frustrant comparé au CMP. Comme je disais tout à l'heure, au niveau de la temporalité, on est vraiment dans quelque chose de particulier. Effectivement, il ne faut pas répondre dans une urgence, mais on n'a pas bien le temps non plus. Si on prend le temps, on passe à côté de quelque chose. Après, il faut savoir parler plusieurs langues... Après, je pense que des formations sont nécessaires parce qu'il y a quand même une spécificité. Et puis, essayer de communiquer...

– Participant A : Après, moi, je me disais, que notre pratique me questionne. Avec tout ce qui se passe, l'actualité et tout, je me demande si on va continuer à faire ce travail comme on le fait actuellement. Et puis, il y a quand même une fibre, je crois que tout le monde avec ce public précaire n'est pas très très à l'aise. Même si on est dans un cadre où tous mes collègues sont habilités, bien sûr qu'ils les reçoivent, après, ils me disent : « j'ai vu tel monsieur en très grande précarité, tu t'en occupes ? ». Moi, je vois bien que quand on échange avec les collègues, chacun donne son avis et ce n'est pas évident. Ce n'est pas tout le monde qui est trop intéressé à gérer ce public précaire comme ça. Après, cela renvoie à autre chose, ce sont des gens qui ne sont pas chez eux, ici. Ce n'est pas très clair. Je vois avec ceux qui arrivent [du] centre qui a ouvert, les réactions des collègues. C'est pas évident. Il y a aussi sur le plan politique, cela questionne, bientôt dans quelques mois, il y a les élections qui arrivent, il y a plein

d'enjeux, mais on espère que l'on va continuer à faire ce travail. On n'arrive pas ici par hasard, quand même... On a une fibre. Moi, je le fais avec beaucoup de plaisir, mais je ne sais pas si on va nous donner les moyens de continuer à le faire comme ça. Ce n'est pas évident... Et puis, ce que je dis souvent, avec des collègues : moi, ce que je ressens, ce n'est pas sur le nombre de patients, c'est sur ce qu'ils apportent. Parce qu'en une journée, je peux ne voir personne et à 16h, il y a quelqu'un qui arrive et il me plombe ma journée... Ce n'est pas la politique du plus offrant, ce n'est pas que j'ai reçu quinze personnes aujourd'hui, c'est un public précaire, qui dit précaire, dit tous les manques possibles, de logement, de nourriture, de tout et s'il y a la psy qui se rajoute... Il y en a un à qui on a dit de venir nous voir ici, il a apporté son sac. Ce qu'il a compris, c'est que ce jour-là, j'allais lui trouver un bon alimentaire, un logement, tout... J'ai dit : « non », j'ai appelé le SAMU en demandant s'ils pouvaient le ramener. Il n'avait pas tout compris, il avait toutes ses affaires, voilà... Après, on ne sait pas, comment on va continuer à gérer tout ça, mais on est moins porté qu'au CADA, il y a la psychiatrie qui couvre un peu. C'est comme ça que je vis la différence, de ne plus être en CADA et d'être ici, quand tous ces symptômes psychiatriques, machin, ceci, le médecin, il s'en occupe, ce ne sont pas mes histoires. Les problématiques sociales, logement, juste renseigner les gens juste sur la régularité de séjour, je me sens très très à l'aise. Après, moi, j'appréhende des jours, on est en psychiatrie quand même, c'est important d'avoir toutes ses notions, toutes ces bases. Même si lorsque je reçois quelqu'un et que c'est un peu compliqué, je sollicite un infirmier à l'entretien avec moi pour que l'on comprenne ce qu'il se passe. Parce que pour chercher des sous, des aides financières, je sais faire. Après, le Temesta et tout le reste, je ne sais pas trop...

– Du coup, quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Participant B : Ce que l'on a dit, le fait qu'il y ait des traducteurs. Déjà, si on avait des traducteurs à chaque entretien, ce serait top.

– Participant A : Les traducteurs... Il y avait aussi que ces patients-là ne continuent pas de squatter [la PASS], qu'il y ait la possibilité de les orienter vers la psychiatrie en libéral. Et ça, cela reste...

– Participant B : Ce n'est pas envisageable.

– Participant A : Déjà, nous, [ici], qu'est-ce que l'on a comme psychiatre en libéral ? Il n'y a pas de

places et il ne faut même pas en téléphonant aborder des histoires de langue, de machin, c'est zéro.

– Participant B : Ils ne peuvent venir qu'ici. Après, l'histoire du temps et tout ça, on ne maîtrise pas. On ne sait pas si on va travailler sur trois mois, six mois, ça, on ne maîtrise pas.

– Participant A : Comme il y a déjà la réforme qui réduit à neuf mois, ce n'est pas respecté. Ces demandeurs d'asile en CADA, ils ont une couverture sociale. Donc, ce sont des gens qui relèveraient d'une prise en charge par les psychiatres libéraux puisqu'il y a ce qu'il faut.

– Participant B : Oui, mais enfin, ce qu'il faudrait, ce serait qu'ils basculent sur le CMP, sur les consultations classiques du CMP.

– Participant A : Voilà, classique et tout...

– Participant B : Mais, ce n'est pas possible, parce que c'est pareil, les psychiatres, les psychologues, sont à un mois, un mois et demi...

– Participant A : de délais de rendez-vous.

– Participant B : Les psychiatres, c'est un mois et demi et les psychologues...

– Participant A : C'est marqué sur l'agenda de notre psychologue spécialisée PASS, en gros, « zéro rendez-vous en plus ». C'est elle-même qui bidouille. On ne lui rajoute pas comment ça de rendez-vous du secrétariat.

– Participant B : Oui, oui,

– Participant A : Elle a du monde.

– Participant B : En plus, c'est toujours pareil, quand elle est arrivée, on lui a dit : « ce serait bien si vous pouviez quand même éponger aussi un peu la liste d'attente du CMP ». Elle a pris quelques patients du CMP au début. Je crois qu'ils étaient à six mois, les psychologues, six mois. Donc, elle a épongé un peu la liste mais maintenant qu'elle est montée un peu en pression...

– Participant A : Elle a pas mal de suivis. Il y en a qu'elle voit depuis des mois et des mois...

– Participant B : Tout son temps, elle le passe à la PASS.

– Participant A : C'est des gens qu'elle lâche difficilement, ce sont des gens qui ont vraiment besoin d'un soutien psychologique au long cours.

– *Et qu'est-ce que vous penseriez d'un dispositif qui serait spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Participant B : Je crois que tout dispositif est bon à prendre et trouve malheureusement des clients. Je pense qu'il y a beaucoup à faire à ce niveau-là.

– Participant A : Moi, je pense qu'il y a plus un souci de moyens que de rajouter des spécialités, je ne sais pas...

– Participant B : Oui, c'est vrai aussi.

– Participant A : Parce que maintenant, c'est vrai que la psychologue de la PASS a du travail avec ce

public-là, ça c'est clair.

– Participant B : Mais, il y a beaucoup justement de syndrome post-traumatique.

– Participant A : Oui, oui, c'est presque que ça. C'est ce vécu. D'ailleurs, la dame qui voulait se défenestrer, c'est un de ses suivis.

– Participant B : C'est-à-dire oui, soit c'est des personnes qui arrivent avec des troubles psy qu'ils avaient dans leurs pays et ils disent : « Voilà, j'ai déjà été suivi par un psy » ou ils arrivent carrément avec une ordonnance. Ça, c'est de la vitrine psy classique. Soit c'est des gens qui arrivent ici, qui ne sont pas trop mal mais qui par la précarité, par l'accueil qu'on leur fait, par des tracasseries de tout ordre... bah... craquent et [ils] viennent ici. Malheureusement, dans l'immédiat, on va se tourner vers la thérapeutique médicamenteuse qui va les soulager... voilà, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques et cetera. Et puis, il y a ceux qui arrivent avec des pathologies psy, de cet ordre-là, vraiment, des gens qui ont vécu qui ont vu des choses vraiment traumatisantes, voilà, comme quelque chose... Eux méritent vraiment une prise en charge thérapeutique importante. C'est pour ça que l'on se retrouve pratiquement qu'avec ça.

– *Est-ce qu'éventuellement, il y aurait un point que nous n'aurions pas traité et qui vous semblerait important ?*

– Participant B : On a fait un peu le tour...

– Participant A : Oui, je crois.

– *Merci d'avoir pris le temps de répondre à cet entretien.*

Entretien n°8 (E8)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

– Au niveau des migrants, j'ai envie de dire non. Comme cela fait vraiment un an qu'on est structuré avec cette consultation de médecine générale, donc les demandes augmentent mais finalement, on voit arriver une proportion de français ou de personnes étrangères qui sont en France depuis longtemps. Sur les migrants qui viennent d'arriver, on a eu, en parallèle la réforme du droit d'asile, qui font quand même que cela s'est tellement accéléré au moins au niveau du dépôt de dossier, ils sont reçus extrêmement vite. Ce qui fait, comme je vous le disais, il y a un gros tissu associatif avec des médecins généralistes à la retraite qui reçoivent tous les migrants. Moi, je les voyais parce qu'ils n'avaient pas leurs droits tout de suite, pour les prendre en charge en attendant qu'ils aient leurs droits et finalement, je me rends compte que j'en vois de moins en moins. Ce n'est pas qu'il y en a moins, ils ont plus vite leurs droits et ils sont mis plus rapidement en médecine de ville, en fait. Il y a, certes, une augmentation. Je sais que mes collègues [de l'association d'accueil et de domiciliation des demandeurs d'asile], il y a vraiment, ils ont vraiment beaucoup, beaucoup de monde et c'est difficile pour eux. Mais, nous, sur l'hôpital, finalement, comme les ouvertures de droits sont plus rapides, on a moins besoin de faire de suivi dans le cadre de la PASS, finalement.

– Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein

d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– C'est vrai que moi, je les accueille pour une problématique médicale. Encore une fois, c'est vrai qu'ils ont tellement déposé leurs histoires de vie ailleurs pour les papiers, pour le dossier OFII, que... Moi, ceux que je vois ponctuellement pour une prise de traitement, je n'ai pas le temps d'avoir cette accroche. Dans le ressenti, à mon avis, cela dépend toujours de ce qu'on appelle « syndrome de stress post-traumatique ». Il y a, enfin, c'est compliqué à identifier... Il y en a qui n'ont rien vécu d'horrible, c'est horrible ce que je vais dire, si ce n'est voir toutes les maisons s'effondrer autour d'eux et puis, partir en courant. Et puis, il y en a ceux qui quand on les examine, ils ne veulent pas trop en parler, il y a des cicatrices de partout. Moi, mon avis, de toute façon, ils sont complètement perdus. Cela se voit dans la manière d'être, je ne peux pas vous dire vraiment qu'il y a un état de stress post-traumatique mais rien que le fait d'être gentil, d'être à l'écoute, de faire mon boulot de médecin tout simplement. J'ai, je ressens une reconnaissance dans leurs yeux, dans leur manière de dire merci qui montre que ce n'est pas facile. Voilà, je ne sais pas comment vous l'exprimez, je n'ai pas de données chiffrées mais en tous les cas, on voit que cela n'a pas été facile, ça, c'est une certitude, parlez de stress post-traumatique ou pas... Moi, j'ai l'impression que c'est aussi, il n'y a pas ce qu'ils ont vécu, ils ne parlent pas la langue, ils se sentent... dès qu'on leur donne un minimum de reconnaissance, encore une fois, je ne fais rien d'extraordinaire, je les écoute, je les soigne... Mais rien que ça, cela semble extraordinaire à leurs yeux. Et ça, c'est quelque chose qui m'étonne tout le temps. Je ne veux pas dire, je ne fais pas plus quand je suis en prison ou quand je suis en médecine générale. Et là, on a une reconnaissance des gens qui est incroyable. Et là, je m'imagine de quelle manière ils peuvent être traités à droite, à gauche, pour avoir cette réaction-là. Voilà, je ne sais pas si cela répond bien à votre question...

– Cela y répond, il n'y pas de souci. Ce qui compte, c'est la diversité des points de vue...

– ...

– Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à des troubles dépressifs au niveau psychiatrique mais aussi à des somatisations avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas de pathologie somatique. Qu'en pensez-vous ?

– Ça, effectivement, c'est une réalité. Après, c'est là où je ne vais pas vous être bien aidante, c'est que

moi, ces choses-là, je ne les vois pas. J'ai un premier... Sur les migrants, j'entends, il y a d'abord les bénévoles, médecins généralistes qui les voient et toutes ces petites pathologies, ce mal-être qu'il y a, cela n'arrive pas jusqu'à moi. Ils peuvent l'avoir aussi, mais il y a généralement une association avec une vraie pathologie organique qui est là. J'ai un peu du mal à vous répondre là-dessus du coup.

– *Du coup, des personnes avec une pathologie chronique, elles peuvent aussi avoir des éléments comme ça qui viennent s'ajouter ?*

– Oui, voilà, effectivement. C'est parfois, des fois, troublant. Ils viennent avec des choses, des trucs graves où s'ils n'ont pas de médicaments, ils ne peuvent plus vivre : des hypoparathyroïdies, des diabètes, des trucs comme ça, sous insuline. C'est vrai qu'on a un peu du mal de concentrer l'entretien sur ce qu'est l'urgence. C'est vrai qu'il y a quand même tout un lot de choses qui ne vont pas. Ce qui laisse suspecter, notamment pour les africaines, je pense à plusieurs, des sévices sexuels, des choses comme ça. Voilà, effectivement...

État des lieux

– *Est-ce que vous pouvez me parler de l'équipe de la PASS, de comment elle fonctionne et éventuellement si vous avez recours à des interprètes ?*

– On reste sur les migrants... Généralement, les migrants, ils nous sont quasiment exclusivement adressés par des partenaires, ils ne viennent pas comme ça à l'hôpital. Donc, généralement, il y a eu un petit débrouillage qui a été fait. Donc, on nous annonce un peu la personne. C'est... ou directement par [l'association d'accueil et de domiciliation pour les demandeurs d'asile] qui gère un petit peu les migrants ou par les CADA. Généralement, dans un premier temps, il y a, s'ils ne parlent pas français, une personne qui vient avec eux, pas tout le temps mais souvent. Moi, je trouve, personnellement, quand c'est une personne de l'entourage, souvent, c'est la personne qui les accompagne, c'est un autre migrant qui est arrivé depuis plus longtemps, que l'association a trouvé qui les accompagne. Quand c'est ça, je trouve que c'est très pertinent. J'ai de temps en temps, pourtant elle est super cette dame, une interprète professionnelle, c'est les CADA qui les mettent à disposition. Moi, je n'y arrive pas, j'y arrive pas. Je trouve qu'on a, je ne sais pas si je ferais mieux sans, c'est des gens à qui, je trouve, il faut parler avec précaution en général, selon, ce que l'on disait avant, ce qu'ils ont vécu, pas vécu... Passer par une interprète pour parler de ça, moi, je ne sais pas faire. Je crois que je préfère encore

passer par mots-clés. S'ils savent lire et écrire, par Google Traduction, par ce que je peux. Je trouve que le discours non verbal, il est plus parlant que d'avoir une interprète, une machine à côté, qui... Moi, je n'y arrive pas, mais je sais que c'est moi... moi, je n'y arrive pas. Voilà.

– *Ce n'est pas toujours simple de travailler avec les interprètes.*

– Moi, je ne sais pas faire. Encore une fois, quand c'est quelqu'un de la famille, on a l'impression qu'il vit un peu les émotions de la personne, ça va un peu mieux. Enfin de la famille, de l'entourage, moi, sinon, je n'y arrive pas. Sinon, effectivement, c'est extrêmement compliqué. On parlait justement pour évoquer les états de stress post-traumatiques, quand il n'y a pas la finesse des mots pour chercher et que l'on sait que l'on va mettre les deux pieds, de manière un petit peu brut, sachant que c'est difficile et que l'on ne va peut-être pas récupérer derrière. Moi, c'est hyper frustrant, effectivement. C'est hyper frustrant... Au niveau de la PASS, il y a un accueil assistante sociale-médecin. Nous, encore une fois, on est une PASS non identifiée, enfin intégrée. Il y a un accueil, il y a trois portes d'entrée qui sont programmées. Il y a la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et la maladie chronique adulte, on va dire en général. Donc, il y a trois portes d'entrée avec à chaque fois, un accueil assistante sociale-médecin pour affiner le projet social et le projet médical. Le projet social, généralement, avec les migrants, il est assez simple puisque encore une fois, on a un tissu associatif qui s'en occupe bien en général. Donc, l'assistante sociale, elle est juste là pour acter la gratuité des soins au sein de l'hôpital, mais elle ne va pas au-delà. Au niveau médical, on va définir un projet de soins : est-ce qu'il vient juste faire son examen, sa prise de sang et après, c'est le médecin du réseau qui s'en occupe ? est-ce que c'est une maladie chronique et après, c'est moi qui vais le suivre. Voilà comment on est organisé. Et puis, il y a les portes d'entrée non programmées par les urgences, directement par les services, qui peuvent aussi avoir lieu.

– *Du coup, ce sont essentiellement des personnes avec des pathologies chroniques que l'on vous adresse. Mais est-ce que l'on peut vous en adresser d'autres pour d'autres raisons ?*

– C'est généralement, lorsqu'il y a un débrouillage à faire au niveau médical, lorsque ce n'est pas très clair. Après, il y a une grosse, grosse, un gros changement de pratique cette année. Encore, au début d'année, on était avec la réforme du droit d'asile, là, j'en vois beaucoup moins de migrants finalement. Je voyais tous les migrants, c'est sûr

après tout ce qu'ils avaient vécu, il y avait un bilan de santé à faire. Les médecins du réseau n'attendaient pas tellement parce qu'ils ne pouvaient pas attendre trois mois. Maintenant que la CMU, la CMU-c, arrivent pour beaucoup au bout d'un mois, un mois et demi, je pense qu'ils diffèrent un peu les examens. En tout cas, je ne les vois quasi plus. Donc, du coup, toutes ces personnes qui ne venaient pas pour des maladies chroniques, je ne les vois plus. Je ne vois plus que ceux qui ont des maladies chroniques et qui me sont adressés pour suivi. Après, effectivement pour la gynéco, moi, je ne m'en occupe pas du tout. Il y en a toujours autant qui arrive. Ça, ça ne change pas parce que la prise en charge gynéco, elle va se faire en milieu hospitalier, avec le suivi de la sage-femme et cetera. Donc, ça, les médecins du réseau ne le font pas de toute façon.

– *Tout-à-l'heure, vous disiez que ce n'était pas facile quand on n'a pas les mots, d'évoquer le traumatisme, qu'est-ce qui va vous orienter vers une pathologie post-traumatique ?*

– Bah, ce que vous disiez, les plaintes multiples aussi, cela peut être la première chose, et puis, la prostration. Moi, j'ai des gens complètement prostrés avec l'entourage qui parle. Et puis, on se sent un peu impuissant parce que l'on a du mal à aller chercher la personne si elle ne parle pas français. Généralement, c'est plutôt ça. Après, encore une fois, au niveau associatif, cela fonctionne. [Cette ville], ce n'est quand même pas grand. Donc, généralement, ils ne sont quand même pas trop mal pris en charge lorsqu'ils arrivent. Généralement, on n'a pas des gens qui déboulent de la rue, comme j'imagine à Calais, qui ne sont pas suivis correctement. Du coup, j'ai généralement un référent. Je pense à la dernière dame que j'ai vue et bien, j'ai appelé son éducatrice qui la suit au CADA, pour savoir, elle, un peu les informations qu'elle avait, ce que l'on pouvait mettre en place. Parce qu'il y a aussi une PASS psychiatrique qui est portée par l'établissement spécialisé, avec une possibilité de suivi assez rapide sur le CMP par une psychologue et une psychiatre. Donc voilà, généralement, j'ai, quand même une personne en référence que je peux appeler, je ne me sens pas seule, démunie avec la personne qui repart. Je sais que je vais avoir quelqu'un qui la suit après. Ça, c'est quand même capital. On sent que les gens, quand ils viennent ici, ils ont généralement un référent à me donner. Généralement, c'est super important pour eux : « c'est telle personne que je vois ». Cela peut être l'infirmière, cela peut être une éducatrice, ils ont souvent, un éducateur, ils ont souvent un nom à me donner.

– *Du coup, cela facilite les liens ?*

– Oui, oui, les gens, ils ne sont pas perdus derrière. Je sais que quelqu'un va les revoir derrière. Tout ne se joue pas dans la demi-heure de consultation où je les reçois.

– *Vous parliez de la PASS psychiatrique. Au niveau de la prise en charge de l'état de stress post-traumatique chez les « migrants avec un parcours de demande d'asile », qu'est-ce que vous pouvez proposer ?*

– Généralement, moi, j'appelle la personne qui les connaît bien parce qu'il y a plusieurs CADA [ici], il y en a qui ont une psychologue qui intervient de manière autonome et s'il n'y a pas, il y a la PASS psychiatrique, qui se situe sur le CMP et avec qui ça marche bien. Généralement, j'appelle la personne qui les suit, je reviens toujours sur cette dame complètement prostrée. À mon avis, elle n'était pas prête pour parler, surtout avec quelqu'un qu'elle ne connaît pas. Et elle avait un regard sur son éducatrice avec qui elle parlait beaucoup et cetera. Donc, moi, qui les voit sur le somatique et qui ne les voit pas beaucoup, je me base surtout sur les gens qui les voient au quotidien. Je vais les appeler pour savoir si c'est opportun de les montrer à un psychiatre : « est-ce que c'est opportun de les montrer à un psychologue, est-ce que l'on attend un peu, comment est-ce que l'on fait et cetera ». Donc, la décision, ce n'est pas moi qui la prends en général. Mais, dans les possibilités, j'ai des suivis par des psychologues au CADA ou il y a la PASS psychiatrique. La PASS psy, généralement, cela se passe sur un CMP mais nous, on a une assistante sociale qui vient là trois demi-journées par semaine et qui est basée aux urgences de l'hôpital [général] donc du coup, cela permet aussi de faire le lien. On la rencontre souvent... Bon, elle ne s'occupe pas que des migrants non plus, c'est la PASS mais cela permet de faire le lien un petit peu avec la PASS psy. Après [ici], ce n'est pas grand, la psycho de la PASS psy, je bosse avec elle à la prison. Les choses sont simples lorsque c'est petit...

– *Vous arrivez à communiquer et à échanger assez facilement du coup.*

– Voilà.

– *Alors je ne sais pas si cela a pu vous arriver mais est-ce que parfois, vous avez des personnes qui expriment des idées suicidaires importantes ?*

– Non, c'est vrai que vraiment, quelque chose d'imminent comme ça chez les migrants, je n'ai pas eu.

– *D'accord et après par rapport au relais sur le droit commun, vous aviez l'air de dire que depuis la réforme, cela se fait plutôt bien.*

– Ah oui, oui. Au niveau de la couverture sociale... Alors, j'ai eu, c'est marrant parce que j'en discutais ce matin avec mes collègues de la PASS psy, notamment la psychologue, qui elle voyait... alors moi, au niveau somatique, je trouvais cela génial parce je peux arriver, ils ne sont pas obligés d'aller à l'hôpital, ils peuvent aller, même si je continue à les suivre, ils peuvent aller à la pharmacie comme tout le monde et cetera. Pour moi, c'était que positif et la PASS psy trouvait que tout allait très vite, ils avaient leurs droits, ils étaient des fois amenés dans une autre ville derrière, que finalement, au niveau psy, ce n'était pas spécialement positif. Je ne sais pas les échos que vous avez pu avoir. Parce qu'avant, effectivement, ils n'avaient pas de droits, mais ils restaient, du coup, en attendant leurs droits et que leurs dossiers soient instruits. Pour que leurs droits soient ouverts, qu'ils soient reçus pour leur entretien, il se passait trois, quatre mois, six mois et pas trois jours comme maintenant et que du coup, ils avaient le temps, le temps allait plus doucement. Ils avaient le temps de voir les gens et cetera. Donc, moi, au niveau somatique, je trouve ça super... Pour en avoir discuté avec mes collègues psy, ils ne pensaient pas la même chose. Et cela correspond à ce que je vous dis, les gens, on ne les voit plus, ça file généralement. Donc voilà, au niveau de l'intégration, c'est bien mais, à priori, au niveau du temps où ils se posent, où ils arrivaient, où ce n'était pas pratique. Au niveau du travail psychique, ils avaient l'air de dire que c'était plus compliqué justement, que tout allait trop vite justement, qu'ils n'avaient pas le temps d'arriver, de se poser, de réfléchir à ce qu'il s'était passé, que d'entrée, le dossier était là, leurs histoires de vie et que ce n'était pas spécialement positif. Moi, côté somatique, quand ils ont la jambe cassée et que ce n'est pas urgent, urgent mais que c'est semi-urgent et qu'il ne faut pas laisser repérer qu'ils ont leurs droits, je suis super contente en général. C'est pour ça que l'on n'avait pas la même vision.

– *Cette question de l'accélération, vous êtes les premiers à en parler, ce n'était pas pointé par les autres, je ne sais pas trop pourquoi...*

– Je ne sais pas. Nous, encore une fois, cela vient du fait qu'une grosse partie du boulot avec les migrants est fait par l'associatif. Donc, si le gros du boulot, dans les autres villes, est fait par l'hôpital, pour eux, cela ne change rien qu'il y ait des droits ou pas de droits, si ce n'est le financement. Donc, c'est peut-être ça.

– *C'est peut-être ça.*

– ...

– ***Du coup, au niveau de la prise en charge de ces « migrants avec un parcours de demande d'asile » souffrant d'état de stress post-traumatique, quels sont les obstacles ou les difficultés que vous rencontrez ?***

– De toute façon, la seule manière d'améliorer les choses, c'est qu'ils puissent se poser quelque part, tout simplement. Je veux dire, ils ne peuvent pas faire ce travail-là lorsqu'ils sont, enfin je ne sais pas, vous connaissez mieux que moi... À mon avis, tant qu'ils n'ont pas la sécurité, la sécurité tout court, alimentaire, logement, tant qu'ils ont faim, ce travail, il est impossible de toute façon. Ils sont dans la suite, on est sans arrêt en train de les, alors effectivement, ils n'arrêtent pas de faire leurs récits de vie pour pouvoir avoir le statut réfugié. Moi, je n'ai jamais assisté à ça, mais il paraît que c'est vraiment quelque chose d'assez traumatique quand même et ça a l'air assez difficile. Mais, ils le font, non pas pour aller mieux, ils le font pour les « papiers » avec des... Bon, nous, c'est [l'association d'accueil et de domiciliation pour demandeurs d'asile] qui s'en occupe, je pense que c'est bienveillant la manière dont s'est fait, mais je veux dire, en même temps, ce ne sont pas des soignants qui font ça. Le but, il n'est pas de soigner. Ils sont harcelés dans tous les sens, ils sont en mode survie donc il faut un sas et qu'ils aient le temps... Alors, ça... c'est des belles théories. Je suis bien consciente que quelqu'un qui ne peut pas bouffer, qui ne sait pas où dormir et cetera, il va mettre tout ça de côté. De notre côté, le corps parle, ils ne sont pas bien mais pour le travailler, il faut qu'il y ait un peu de sérénité, à mon avis, et puis, de confiance surtout. Il faut avoir des personnes... Moi, je vous parlais, je vois bien, les gens, ils ont tous un nom, mais ils y en a qui investissent plus ou moins. Ceux qui ont une personne de confiance, qui puissent s'accrocher à quelque chose, cela me semble beaucoup plus simple. Mais, le problème, je vois, ils sont là, ils ont leurs droits, le mois d'après, on les envoie dans une autre ville, c'est un peu compliqué. S'il y a un peu urgence de parler de ce qui a été difficile, de ce qui a été vécu, en tous les cas, cela ne peut être fait dans l'immédiat lorsqu'ils arrivent de part le côté, un peu, survie, et puis, ils sont bringuebalés dans tous les sens. On en voit arriver qui ont perdu leur... Moi, je me rappelle d'un petit jeune, alors lui, cela faisait deux ans qu'il traînait, il était arrivé en bateau, et moi, je le revois, à l'âge de 18 ans, cela faisait deux ans qu'il vivait sur les quais

à Marseille et quand même, il a perdu père, mère et cetera... Enfin, il est tout seul, quoi, ils sont morts dans la traversée, cela fait deux ans qu'il survit, c'est des trucs... il a été pris par un réseau... Voilà, il faut arrivé à les saisir et qu'ils puissent être posés pour pouvoir travailler tout ça. Lui, je pense que c'est... ce gamin, il a son avenir, je ne sais pas comment il va pouvoir survivre psychiquement à tout ça... C'est difficile...

– *Je ne sais pas si cela vous arrive vu que vous voyez plutôt des pathologies chroniques. Est-ce que vous pouvez rédiger des certificats médicaux, non pas des rapports médicaux dans le cadre de la demande étranger malade, mais des certificats pour l'OFPPRA et pour la CNDA ?*

– Non, moi, les seuls certificats que je peux faire, c'est effectivement quand, juste attester leurs maladies, ce qui, des fois, peut faire accélérer des logements. Et puis, après, on peut instruire mais c'est plus avec mes collègues spécialistes et c'est moi qui coordonne tout ça, pour les dossiers étrangers malades. On monte des dossiers, ça, on peut le faire. Mais évidemment que pour des raisons somatiques.

– *Est-ce que travailler auprès des migrants, cela a modifié des choses dans votre pratique, dans votre manière de voir les choses ou d'examiner ou ... ?*

– Oui, beaucoup, je trouve que ça... Dans ma vie de tous les jours, vous voulez dire ou dans ma pratique de médecin ?

– *Dans votre pratique plutôt mais cela peut être dans votre vie aussi.*

– C'est sûr, c'est un sujet qui déjà me touchait. Jusqu'à présent, j'étais plus habituée, c'est horrible ce que je dis mais c'est quand même une réalité... à tout ce qui est migrant économique, on a l'habitude, on en connaît depuis des années, j'ai envie de dire, qui est une population autre. Et l'arrivée des migrants actuelle, je veux dire, c'est vous, moi... Il y a une identification qui est difficile parce que l'on se rend compte que cela peut être n'importe qui. C'est pour ça que je dis que c'est horrible ce que je vais vous dire mais c'est... ça fait vraiment prendre conscience de ce qu'il se passe, enfin, c'est incroyable, c'est un pays qui est vidé, quoi, en parlant de la Syrie... C'est vidé de ses têtes pensantes, c'est vidé de tout le monde, c'est vidé..., je veux dire, c'est des avocats, des médecins, des garagistes, des gens qui... enfin, les bras m'en tombent à chaque fois, c'est, il n'y a plus personne. Moi, cela me fait prendre conscience que je ne vois pas comment cela peut s'arrêter, il n'y a plus personne dans ce pays qui peut le faire marcher, ce n'est possible, tout le monde s'en va. Enfin, moi,

c'est plutôt à ce niveau-là que ça me... Cela dit, c'est plutôt une vision assez négative d'ailleurs, pas spécialement pour les gens qui sont partis, parce qu'en plus, je pense que ce sont des gens qui vont super bien s'intégrer et je pense que c'est vraiment une chance, contrairement à ce que l'on peut penser, pour les gens qui les accueillent parce qu'il y a une manne de savoirs qui est en train d'arriver. Les gens, ils ne se rendent pas compte qu'ils sont formés, qu'ils sont hypers brillants et cetera, des gens qui repartiront d'ailleurs, dès que cela ira mieux. Mais, c'est plutôt comme un pays, comment ces gens-là peuvent rebondir. Moi, cela me semble impossible parce que c'est justement, ce n'est pas une immigration par le bas. Là, on est vraiment sur une immigration par le haut : ceux qui partent, ils ont les moyens de partir en général. Et du coup, voilà, je ne sais pas si cela répond à votre question. C'est très général mais c'est vrai que c'est assez inquiétant.

– *Et au niveau de votre pratique, est-ce que cela a changé des choses ?*

– Ma pratique... je pense que j'avais déjà une vision assez globale des patients mais là encore plus, quoi, c'est-à-dire... sur ma pratique, peut-être plutôt pour changer la pratique de mes collègues, j'ai envie de dire. Moi, je travaille en prison donc c'est un peu différent. Oui, sur les ... sur... se dire qu'on a envie d'aller un peu plus loin sur la pratique, je veux dire. C'est sûr que ça fait changer les choses. Moi, quand je vois des gens qui sont hospitalisés deux jours en urgence et qui sortent de l'hôpital avec des reconvocations chez le médecin généraliste dans une semaine avec une ordonnance en disant : « faites bien votre prise de sang dans 48 h » et qu'il n'y a rien, qu'ils n'ont pas de droits... Voilà cela me fait revoir au niveau de la pratique, que, des fois, on marche un peu sur la tête. C'est effectivement ce que ça a fait changer dans ma pratique plus large, c'est d'arriver à sensibiliser mes collègues, notamment les urgences, sur l'après. Ce n'est pas la personne, elle arrive et ensuite, elle sort... On prescrit un pansement, on prescrit ça... d'arriver à penser « qu'est-ce que la personne, elle devient sur l'extérieur ? ». Je trouve que l'on ne sait pas bien faire à l'hôpital en général... On a la grosse problématique du médecin traitant, ici ou ailleurs, les gens, ils ne trouvent plus de médecin donc les migrants, encore pire. C'est vrai qu'il y a toute cette pensée du soin dans la continuité, qui est encore plus marquée c'est-à-dire que moi, ils arrivent, ils ont leurs droits, encore [ici], il y a beaucoup de gens qui viennent [dans cette ville] parce qu'il y a de la famille, donc ils reprennent le médecin et cetera. Donc, je pense que l'on est mieux loti que les

grandes villes. Mais, mais, je veux dire, il faut vraiment penser la personne dans son intégrité, dans son intégralité pardon, pas juste donner des soins, une ordonnance. Si cela a changé quelque chose dans ma pratique, c'est vraiment ça, comment cela va être mis en place après ?

– *D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Des qualités, je pense qu'elles sont inhérentes à chacun, je veux dire, je ne sais pas si c'est des qualités qui peuvent s'acquérir... À mon avis, c'est des qualités que tout médecin devrait avoir c'est-à-dire écouter la personne, enfin, être dans l'empathie, être au maximum... il n'y en a pas plus que ce que l'on devrait être tout simplement. Après, le débat reste ouvert.

– *D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'une formation spécifique serait nécessaire ou en tout cas intéressante ?*

– Moi, je pense qu'en tous les cas, pour les médecins, qu'ils connaissent le... quand ils prennent en charge des migrants, qu'ils connaissent leurs parcours administratifs. À mon avis, c'est capital, c'est capital. Quand je vous dis que je n'ai pas fait de formation, je me suis vraiment formée sur le tas. Je suis venue..., avant de commencer les consults, pendant six mois, je suis venue en binôme avec les assistantes sociales. Pareil, au niveau du réseau. J'ai essayé de comprendre, bref, ce qu'il se passait par derrière et c'est capital de connaître le parcours administratif des migrants. Je veux dire tout le soin va en découler. Comme je vous le disais, la personne, on la prend en charge dans son intégralité, ce n'est pas juste de savoir si elle a des droits, pas de droits. OK, il y a des droits, mais de savoir qu'elle va recevoir sa réponse au non, savoir si elle va être acceptée ou déboutée, savoir si elle passe par un autre pays, elle ne va jamais avoir de droit, si ce n'est l'AME... enfin bref, les Dublin, les trucs, je ne suis pas assistante sociale, je ne connais pas super bien. Mais quand même avoir une notion de..., des migrants s'ils sont classés prioritaires ou pas... Alors moi, au début, je n'avais rien compris, s'ils sont prioritaires, c'est qu'ils risquent d'être expulsés rapidement. Enfin, voilà, tout ça, il faut le comprendre, il ne faut pas le maîtriser parce que l'on travaille avec des assistantes sociales qui le maîtrisent. Mais il faut le comprendre parce que... je veux dire, le projet médical qui va être mis en place, il faut qu'il soit réaliste. Donc il faut connaître un petit peu ce que vont devenir les gens... Donc, oui, à

mon avis, c'est important. Et puis, surtout au niveau psychologique, ce qu'ils vivent, je pense qu'il ne faut pas seulement le connaître, il faut le savoir.

– *Quelles seraient éventuellement vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Qu'ils puissent se poser quelque part avec des personnes référentes, qui ne soient pas spécialement psycho, qu'ils aient une personne, un lieu, qu'ils puissent poser les bagages, qu'ils aient le temps.

– *Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un intérêt d'un dispositif spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Bah, après, une fois qu'ils sont posés, on peut imaginer ce que l'on veut mais tant qu'ils ne seront pas quelque part, posés pour travailler. C'est sûr que ce serait génial. Mais mettre en place sans être sûr que les personnes soient disponibles psychiquement, c'est compliqué. Moi, c'est vraiment l'impression que c'est une population qui nous file entre les doigts, quoi, ce n'est pas de leur fait en général, c'est qu'ils sont envoyés à droite et à gauche, « ah tiens, il y a une place là-bas », le lendemain, on les amène [dans une autre ville] et puis finalement, on les amène à un autre endroit. C'est un peu comme ça tout le temps.

– *Du fait du parcours administratif.*

– ...

– *Est-ce que vous auriez d'autres suggestions ?*

– Non, là, il y a... Non, non, non... enfin, je ne suis pas sûre que l'hôpital, dans tous les cas, soit le mieux armé pour accueillir les migrants. Je trouve que comme cela fonctionne avec... je veux dire, en même temps..., le travail que font les associations, chez nous, c'est [une association d'accueil et de domiciliation pour demandeurs d'asile] qui gère ça. Ce dispositif, il est basé que sur des médecins bénévoles. Tout le système qui fonctionne, c'est eux qui vont orienter vers la PASS psy et tout ça, c'est eux qui sont en première ligne. Je trouve que le système marche bien mais fonctionne sur quelque chose d'hyper fragile. Actuellement, on est en plein dans le « papy-boum » des docteurs, ils partent tous à la retraite, encore en forme donc ils veulent faire du bénévolat mais qu'est-ce que ça va être dans deux-trois ans, je n'en sais rien. Un système qui fonctionne super bien, il peut se casser la figure complètement. On a quelque chose qui fonctionne très bien aussi dont on a pas parlé, c'est [...], l'ancien SAMU social, avec des infirmiers qui vont les chercher là où ils sont. Alors, c'est terrible, cela nous a facilité la vie, là aussi. Ils viennent avec eux

en consultation, ils vont les revoir, ils assurent la... En fait, pour l'instant... c'est petit [ici], mais malgré ça, il y a pas mal de structures juxtaposées, il faut vraiment qu'il y ait des gens qui fasse le lien entre tout et que chacun ne bosse pas... qu'il ne fasse pas travailler son syndrome de stress post-traumatique, qu'il vienne me voir pour le diabète et puis qu'il n'y ait personne qui coordonne tout ça. C'est vrai que je pensais aussi les infirmiers [de cette structure] vont vraiment un chouette boulot... c'est récent aussi.

– *Et ceux qui coordonnent, est-ce que cela peut être vous ?*

– Non, moi, je coordonne les soins effectivement, mais ce sont des gens sur le terrain qui coordonnent. Et puis, c'est des gens... nous, la PASS, elle n'est pas ouverte tout le temps. Ceux qui coordonnent, c'est [l'association d'accueil et de domiciliation pour demandeurs d'asile], c'est très très identifié par les migrants [dans la ville], quand il y a un souci, ils vont là-bas. Moi, quand j'ai quelqu'un que j'ai perdu, où je suis inquiète d'un point de vue médical, j'appelle là-bas et ils me le retrouvent. Il n'y a pas de soucis. Il y a tout le réseau des migrants même si lui ne vient pas, on va demander à la communauté et on va le retrouver. Il y a vraiment des lieux qui sont identifiés. Nous, quand on a voulu retravailler sur la PASS, parce que comme je vous dis, on l'a remodifié depuis quelques années... je veux dire, il y a un endroit qui est identifié, il faut que l'on travaille avec. Mais, encore une fois, il y a des salariés mais cela reste une association qui vit au fil des budgets, que des années, ils ont, que des années, ils n'ont pas. Les infirmières et les médecins sont tous bénévoles. Donc effectivement, s'il y a des propositions à faire, c'est que les structures qui marchent, il faut les pérenniser. Et s'il y a effectivement des choses à rajouter, vous parliez de la prise en charge, des cellules, il faut les accrocher à des structures qui sont déjà repérées et ne pas surajouter le mille-feuille, il y a déjà plein de monde.

– *Est-ce qu'il y a un autre point que nous n'aurions pas traité et qui vous semblerait important ?*

– Non, on a fait le tour...

– *Merci de votre participation, merci d'avoir pris le temps...*

Entretien n° 9 (E9)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Les éléments ont été évoqués lors de la question autour du parcours professionnel et ont été gardés.

– Et puis, je parle aussi trois langues donc, cela aide beaucoup aux urgences. On me sollicite souvent pour des traductions.

– *Effectivement, cela doit aider...*

– Je ne parle pas le polonais, l'arabe, malheureusement. Je parle anglais, italien et espagnol donc cela aide à se débrouiller.

Contexte actuel

– *Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation de la file active de la PASS ?*

– Sur la PASS mobile, non pas vraiment. La PASS mobile, c'est plus les gens que l'on appelle « les SDF ». C'est plus des signalements. C'est vrai que ce n'est pas le circuit des migrants un peu organisé étatique. Après, effectivement, sur la PASS, il y a des demandeurs d'asile... Vous parlez de ceux qui sont plus comme les démantèlements de Calais, qui sont un peu plus institutionnalisés, les accueils organisés ?

– *Cela peut être ça ou pas forcément en fait. Est-ce que de manière globale, vous avez une augmentation du nombre de demandes de soins ou pas forcément ?*

– Alors, nous, on a ouvert que depuis [récemment]. Mais depuis [l'ouverture], c'est exponentiel. Et puis, régulièrement, on a... Par exemple, il y a eu 100 syriens qui sont arrivés et qui avaient été répartis dans les PASS pour qu'ils aient une consultation un peu pour screener ces populations-là. Donc, on a fait des matinées où on a vu que des Syriens, et cetera, ou que des gens de Somalie, voilà... Enfin, cela change un peu l'organisation mais c'est tout.

– *C'est un peu par vagues en fonction des personnes qui arrivent ?*

– C'est ça. Nous, c'est, enfin, les demandes institutionnelles de la région, c'est par vagues. Ensuite, après, sporadiquement, il peut y avoir des personnes. Mais, pour ce qui est, vraiment, les migrants, comme les Syriens, les Somaliens, les

Érythréens, c'est vraiment des pays qui sont en guerre. C'est un peu organisé et c'est par vagues sur les PASS. Ils sont en foyer et il y a un screening un peu médical de principe sans qu'il y ait forcément une volonté des personnes.

– *Ils ne sont pas forcément demandeurs ?*

– Cela leur fait plaisir, ils sont contents...

– *Et avec les autres, comment cela se passe-t-il ?*

– Alors, après, on a pas mal de personnes du Maghreb, des personnes un peu isolées, des rapprochements familiaux sur visa touristique et on a des précaires que l'on suit, enfin des SDF, que l'on suit ou que l'on repère, des jeunes désocialisés. Après, les pourcentages... si vous en avez besoin, je pourrais vous communiquer notre compte-rendu.

– *Oui, je veux bien.*

– ***Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?***

– En fait, ce que j'ai remarqué, mais je n'ai pas chiffres, c'est que la majorité des personnes qui viennent des pays des zones de conflit où le conflit est toujours actuel, ils ont quasiment tous un état de stress post-traumatique. Ils ont souvent perdu quelqu'un de leur famille sur place et puis, le voyage est éprouvant. Donc, cela génère, voilà, tous les émigrés, tous les migrants qui viennent de Somalie, d'Érythrée, ils sont tous passés par les prisons libyennes. Et, puis, les Syriens, c'est compliqué... Après, il y a certains hommes seuls, qui viennent du Nigeria, des pays un peu d'Afrique centrale (Congo, RDC) où ils ont vécu des drames. Enfin, après, il y a la barrière de la langue. On sent qu'il se passe quelque chose, mais on n'est pas dans un interrogatoire très fin et dire que c'est l'état de stress post-traumatique tel qu'il est défini, c'est compliqué. Voilà.

– ***Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à des troubles dépressifs au niveau psychiatrique mais aussi à des somatisations avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas de pathologie somatique. Qu'en pensez-vous ?***

– Ah bah oui, mais particulièrement quand il y a une barrière de la langue, l'expression première, c'est

somatique, enfin...c'est quand même assez évident. Évident...enfin ils n'arrivent pas en disant : « je n'arrive pas à dormir » mais ils se grattent, ils ont des manifestations somatiques...Ils viennent rarement en pleurs parce que c'est des gens qui ont contenu, pendant des années, tout ça...Donc ce n'est pas à un premier venu, même si c'est un médecin, qu'ils vont toute de suite dire. Mais, plus on les revoit et plus la parole se délie et se libère.

État des lieux

– Pouvez-vous me parler de votre équipe, de son fonctionnement et éventuellement des interprètes qui peuvent intervenir dans votre structure ?

– C'est une PASS qui fonctionne sur trois sites d'intervention. Il y a un repérage aux urgences avec un binôme assistante sociale-infirmière qui repère des patients au moment de la relève médicale ou qui peut être sollicité dans la journée par rapport à l'équipe des urgences. On a aussi deux consultations ouvertes deux jours par semaine. Donc, il y a un médecin, une infirmière, une assistante sociale...un trio. Et ensuite, il y a l'activité mobile qui est soit sur un signalement de nos partenaires, [une association médicale militante de solidarité internationale], [l'EMPP], enfin je crois que vous les connaissez... Bref, soit ils nous signalent des personnes et on va les voir et on va essayer de les amener à la PASS pour les consultations. Nous, on ne fait pas de consultations dans la rue. Soit c'est des personnes de notre file active que l'on suit depuis longtemps, des SDF que l'on connaît bien et que l'on suit. Donc, ça c'est notre mode de fonctionnement. Ensuite, pour l'activité de consultations, ce sont des consultations de médecine générale classique. Et ensuite, si, comme je vous expliquais, on a toute une série de screening demandés par l'ARS, genre, on a cinq, six syriens qui arrivent dans la matinée. Dans ce cas-là, on prend une interprète sur place, on essaye de faire venir quelqu'un. Sinon, on fonctionne avec ISM, voilà, c'est des traducteurs parisiens, on téléphone ou, la personne vient parfois avec quelqu'un de confiance. Mais, c'est un peu difficile quand c'est un ami ou quelqu'un du foyer de faire un interrogatoire un peu plus intime, c'est plus compliqué. Voilà, et puis, après, on se débrouille. S'il n'y a pas d'interprète et que l'on ne peut pas parler, on reste basique. Après, nous, c'est toujours le principe de la PASS, c'est de les amener vers le droit commun, donc on n'est pas censé les suivre longtemps. Ceux que l'on suit longtemps, c'est effectivement les SDF, ceux que l'on connaît, un peu toujours les mêmes ou alors des jeunes vraiment en grande précarité, désocialisés, qui, souvent, ont des pathologies

psychiatriques d'ailleurs. Mais, là, ceux-là, ils sont ultra-suivis dans le réseau. [L'EMPP] va les voir, le Samu social les connaît, voilà, on ne travaille pas tout seuls.

– Du coup, au niveau du parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » au sein de la PASS, ils sont repérés par les urgences ou par vos partenaires. Pour quelles raisons vous les adressent-ils ?

– Alors, après, il y a bien souvent un demande médicale parce que voilà, soit ils somatisent soit ils viennent de pays où l'accès aux soins a toujours été limité, donc voilà, tous les problèmes d'accès aux soins dans les pays en voie de développement ou alors, ils ont des maladies contagieuses donc ils sont un peu envoyés par les foyers ou les endroits où ils sont accueillis, les gales, les tuberculoses, les trucs comme ça. Vous me posez la question surtout pour les consultations parce que ceux des urgences, c'est un peu différent, mais...

– Surtout pour les consultations ...

– Sinon, spontanément, ils peuvent aussi se présenter aux urgences et on considère que ce n'est pas une urgence donc on leur donne la petite plaquette d'information pour qu'ils viennent à la PASS ; soit ils sont renvoyés d'une autre PASS parce qu'ils ne sont pas du quartier. Ils connaissent du monde...Il y a quand même beaucoup de bouche-à-oreille qui fonctionne. Ça marche très très bien, toutes les associations...On ne travaille pas tout seuls dans notre coin, on travaille en réseau. Surtout, nous, on est en plein centre-ville donc c'est quand même difficile, enfin, voilà...On a quand même une bonne visibilité même si on n'est pas ouvert depuis longtemps. L'hôpital est quand même assez connu... accessible en tout cas. Connu, il a bonne réputation. On passe forcément un peu devant [en circulant dans la ville]. Ils squattent un peu ou ils tournent. Ils vont forcément passer devant chez nous.

– Du coup, on parlait un peu de ceux qui somatisent...quels autres éléments vont vous orienter vers une pathologie post-traumatique ?

– Cela peut être la répétition de la somatisation, ils viennent toujours pour la même chose, en demandant, en évoquant des douleurs et au final, on s'aperçoit qu'ils ne dorment pas...donc ça peut être ça. Ou un état un peu de prostration, on voit bien qu'il y a des choses. Ou même lorsque l'on examine, on voit bien qu'il y a des cicatrices, des ...ils racontent qu'ils ont eu une fracture pendant leur trajet, on voit bien qu'ils ont fait de la prison et qu'ils ont été malmenés. Et qu'est-ce qu'il y a d'autres...oui, une symptomatologie un peu

dépressive, beaucoup d'isolés...Après, c'est difficile, de faire la part des choses, des fois, entre l'isolement social, familial et puis, un patient qui a vraiment un état de stress post-traumatique. Après, vraiment l'identifier en tant que tel. Par défaut, je vais dire : « bah oui, cela ressemble à ça ». Il faut vraiment que l'on ait une bonne maîtrise de la langue. C'est quand même la base que l'on puisse avoir une communication avec le patient et être vraiment dans un interrogatoire un peu plus fin. Parce que sinon, c'est vrai que nous, on traite un peu au coup par coup. Si vraiment, on sent que c'est un patient qui va vraiment pas bien, à ce moment-là, on va l'orienter sur la PASS psychiatrique, parce qu'on se dit qu'il va avoir besoin d'un vrai suivi psychiatrique. Mais ils vont être confrontés au même problème de la langue mais ça, ce n'est pas notre problème...Et pour ceux qui parlent français, après, cela dépend de leur niveau un peu d'études, cela dépend d'où ils viennent. Il y a aussi beaucoup, pour les patients d'Afrique noire, de croyances vis-à-vis de la psychiatrie, des croyances un peu particulières. Les emmener voir un psychiatre, c'est toujours un peu compliqué, eux, ce qu'ils veulent, c'est de la chimie, en fait, pour dormir, pour essayer de ne pas penser... voilà. Je trouve que c'est plus les femmes qui demandent des suivis d'ailleurs. Elles sont plus demandeuses d'entretiens. Je trouve que l'on en a moins mais celles qui viennent, elles n'hésitent pas à demander un soutien.

– ***Du coup, vous faites du soutien sur la PASS ou vous orienter sur la PASS psy ?***

– Ah non, non, non. Nous, on ne fait pas de soutien. On n'a pas de psychiatre ni de psychologue. Il y a aussi des associations qui font ça, je ne sais plus comment ça s'appelle [ici]. Pareil, ce doit être sur notre compte-rendu, l'assistante sociale, elle pourrait mieux vous dire. Mais, on oriente sur des associations. Après, nous, on peut faire un petit peu de suivi, mais ce sera temporaire jusqu'à ce que la personne ait ses droits. Après s'ils doivent rester un an ou deux dans nos murs, parce qu'ils n'auront pas de droits, on va bricoler autour de petits entretiens individuels et de chimie. Mais, ce ne sera pas...on n'est pas des psychiatres et des psychologues.

– ***Du coup, vous prescrivez un petit peu ?***

– On prescrit. Par contre, c'est vrai que l'on a une durée sur sept jours pour les délivrances à la pharmacie. Du coup, on va quand même les revoir, ça permet de les recevoir quand même plus rapidement. Après, on n'a jamais instauré un traitement antidépresseur, c'est vraiment des anxiolytiques et des somnifères. Ou s'ils viennent

avec des demandes de neuroleptiques parce qu'ils en ont déjà pris, on les orientera directement sur la PASS psychiatrique. Enfin, on essayera de les orienter vers la PASS psychiatrique.

– ***C'est compliqué ?***

– Ah non, non. Ils ont du monde, ce n'est pas compliqué. Le problème, des fois, c'est des gens qui sont dans une temporalité un peu différente donc leur donner des rendez-vous, organiser des trucs, c'est toujours un peu compliqué. En fin de compte, ils n'y sont pas allés parce que ce jour-là, ils ont été expulsés, parce que ce jour-là, ils allaient prendre une douche, que ci, que ça. Ils vont revenir vers nous. Il y a toujours...C'est compliqué d'organiser les choses, le suivi. Il y en a certains qui sont un peu assidus. D'ailleurs, souvent, c'est ceux qui ont un peu fait des études ou qui sont...enfin, qui ont déjà un peu une démarche dans leur tête, dans leurs pays, enfin, voilà...Après, effectivement, ceux qui ont de la famille, des amis, c'est encore un peu différent parce qu'ils font ce qu'ils peuvent. Des jeunes hommes tout seuls, il y en a beaucoup ceux-là. On voit bien qu'il s'est passé des choses mais...ils sont à la fois désocialisés, il n'y a pas de famille, on sent que dans leurs têtes, ils ne sont pas bien. C'est plus ça le problème. Après, la façon de les aider est un petit peu compliqué à organiser. Parfois, ça marche, on arrive à organiser les choses et puis, ça va mieux. De toute façon, tant qu'ils n'auront pas de logement, pas de boulot et qu'ils seront tout seuls, cela sera toujours un petit peu compliqué. Enfin, ça, c'est plutôt les dépressions. Les syndromes de stress post-traumatiques, c'est un peu différent...Mais bon, ça joue aussi.

– ***Vous diriez que c'est différent en quoi entre la dépression et le syndrome de stress post-traumatique ?***

– Après, c'est personnel. Je dirais que de toute façon, tant qu'ils ne sont pas posés quelque part, ils sont toujours en situation d'être déplacés, de migrer...presque un flux migratoire. Je pense que quand quelqu'un a voyagé, qu'il a vécu ce qu'il a vécu pendant tout le voyage, parce qu'il y a ce qu'il s'est passé dans le pays et pendant le voyage, c'est sûr que de ne pas être posé, de se dire « c'est là que je vais rester, c'est un pays qui est stable », voilà... tant qu'ils ont pas de papiers, pas de logement, qu'ils sont dans une situation de la rue, c'est quand même dangereux, cela n'aide pas à être bien, à se dire « je vais pouvoir commencer à essayer de guérir, en tout cas, à aller mieux ».

– ***Tout à l'heure, vous disiez que sur la PASS, c'est temporaire et l'idée, c'est de permettre la mise en***

place d'un suivi sur le droit commun. Est-ce que vous arrivez à organiser les relais facilement ?

– Facilement, cela dépend de leurs statuts sociaux. Effectivement, si c'est des réfugiés qui ont droit à une demande d'asile, ce sera plus simple. Si c'est des jeunes du Maghreb qui attendent leurs papiers, cela n'arrivera pas, ce sera trop compliqué. Les rapprochements familiaux pareil, cela dépend de la situation des personnes. Les situations sociales sont à chaque fois différentes, très individuelles, c'est le travail de l'assistante sociale. Nous, en tant que médecin, c'est pas... On signe des certificats pour dire : « oui, voilà, il a besoin de rester dans le pays », « oui, il a besoin d'être hospitalisé ». Mais, le gros du travail, c'est administratif et ce n'est pas du tout notre partie. C'est pour ça que l'on travaille en équipe pluridisciplinaire. Après, effectivement, dès qu'ils ont des droits, ils peuvent prétendre à un « logement », ils peuvent avoir un suivi régulier par un médecin, par un psychiatre, enfin voilà... c'est compliqué, on ne va pas trouver des généralistes comme ça mais au moins quelqu'un..., un coup de fil... qui va les suivre.

– Du coup, vous trouvez assez facilement des médecins généralistes pour relayer ?

– Bah, nous, en fait, on ne va pas non plus faire tout le boulot... Ils ont leurs droits, en gros, on leur dit « tchao, bye bye », enfin, on ne le dit pas comme ça... On leur donne des adresses, on leur dit aller voir tel ou tel médecin, voilà, vous avez besoin d'être suivi par un spécialiste, enfin, voilà, ça dépend un peu des quartiers. Il y a une fondation [à côté d'ici], c'est une énorme maison médicale, au-dessus il y a [une association médicale militante de solidarité internationale]. Donc, on oriente pas mal là-bas. Après, cela dépend de leurs quartiers, il y en a qui sont très contents d'aller voir un médecin. Et puis, cela dépend de leur niveau de français, de leur maîtrise de la langue aussi. Des fois, ils peuvent aller voir des médecins, qui sont étrangers, enfin des généralistes... On essaye de les orienter vers un généraliste. Après, ce sera... le parcours du combattant, enfin, le deuxième parcours du combattant commence. Après, on les épaula, on ne les lâche pas dans la nature, mais il y a un moment, voilà. Cela nous arrive, ils ont des droits, ils ont la carte vitale à jour, on les revoit deux, trois fois, on leur fait des ordonnances mais voilà, on essaye d'être gentil de les... Sauf, bien sûr pour des patients, qui ont le droit mais qui, pour des raisons économiques, sociales, sont à la rue... ils... vraiment, je pense à des jeunes, des psychiatriques dans la rue, ceux-là, c'est un peu différent. On peut continuer à les suivre parce que de toute façon, ils

n'iront jamais vers le droit commun. Ceux-là, on les voit sur la PASS mobile... Voilà.

– Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Il y a la langue, c'est la question majeure. Il y a les croyances, en fonction du pays duquel ils viennent. Les pays africains, il y a des histoires de maraboutage, des choses comme ça et ce n'est pas vraiment dit mais c'est des choses que... moi, quand j'étais au Kenya, j'ai beaucoup vu des choses comme ça, c'est très compliqué... Et puis, il y a aussi parfois, si c'est un interprète qui est de la famille, un ami, c'est... voilà, ils sont quand même dans la pudeur. Et puis... qu'est-ce qu'il y a d'autres... je réfléchis encore... Et puis, il y a aussi la volonté d'oublier les choses en disant « je suis dans un nouveau pays, je ne veux plus y penser ». Voilà, nous, on est peut-être habitué, dans le pays, avec des émissions, des lectures, des choses comme ça, à parler de ses problèmes et cetera. Il y a certaines populations de certains pays, il y a des choses, on n'en parle pas, on n'a pas de problème, il ne faut pas le dire, il faut le cacher, il faut rester avec ses malheurs, il y a aussi une dimension écologique, je ne sais pas comment le dire... Voilà. L'important, quand même, pour moi, c'est la langue. Après, le traitement, effectivement, c'est autre chose mais à partir du moment où on peut discuter... Parce que l'interprète au téléphone, ça reste quand même, voilà, c'est comme nous... Il n'y a quand même pas les regards, il n'y a pas les non-dits, il y a toute une chose dans l'entretien qui est un petit peu différé, enfin c'est compliqué... Et puis, on ne sait jamais comment l'interprète transcrit les signes médicaux et comment c'est retranscrit aussi. Et c'est tout le problème de la traduction, de toute forme de traduction.

– Après, il faudrait réussir à travailler avec les mêmes personnes régulièrement ?

– C'est ça. Mais ça, ce n'est pas possible. Ça, c'est compliqué parce que trouver quelqu'un [dans la ville], qui discute tigrigna, le dialecte parce qu'il y a beaucoup de dialectes et qu'il soit disponible tout de suite pour une consultation d'une demi-heure, c'est illusoire. Après, c'est vrai que le fonctionnement de l'ARS quand on a plusieurs personnes, genre six syriens, qui arrivent en même temps avec une interprète en arabe sur place, c'est super... mais voilà... Il y a quand même toujours le problème de la traduction et la manière dont les choses sont traduites... ça, ça ne changera pas.

– *Tout à l'heure, vous parliez de certificats médicaux, est-ce que cela vous arrive d'en rédiger pour L'Oréal ou pour la CODA ?*

– C'est les audiences pour dire qu'ils ont besoin de soins, c'est ça ?

– *Par exemple...*

– Oui, cela m'arrive d'en rédiger. C'est souvent un peu sur sollicitation de l'assistante sociale : « lui, il faut lui faire, sinon, il n'aura pas ses papiers et cetera... ». Après, des fois, j'en fais et puis, pas forcément des gens que je suis, bon après, je demande évidemment toujours... Comme ce sont des demandes administratives, c'est l'infirmière ou l'assistante sociale qui me sollicitent.

– *Et est-ce que vous avez modifié votre pratique depuis que vous travaillez avec des migrants ou des personnes en situation de précarité ?*

– Alors...aux urgences, je suis beaucoup plus sensible au repérage. Déjà, l'équipe des urgences me sollicite plus parce qu'ils savent que je travaille à la PASS. Donc, effectivement, dès qu'il y en a un... Je suis plus sensible à la prise en charge administrative. Avant, je me disais : « il n'a pas de droits... il s'en va... il partira et après on verra... ». Maintenant, je fais un peu plus attention, je les conseille un peu mieux. Et puis, ou alors, je suis sollicitée pour convoquer ceux qui passent aux urgences et où ce n'est pas une urgence, pour que ce soit plutôt une prise en charge pluridisciplinaire alors que l'on ne faisait plus ça. Et puis, pour la PASS, je vis des moments un peu difficiles. Moi, j'ai un profil d'urgentiste, donc je vais assez vite, je survole, enfin, voilà, c'est les urgences. Et là, je sais qu'il faut prendre le temps avec les patients et il faut que j'apprenne à prendre le temps. Ce n'est pas toujours facile de changer sa manière de consulter, sa pratique... Mais après, c'est enrichissant mais c'est... Et puis, c'est de la médecine générale à la fois classique [...] et à la fois, on ne va pas proposer des suivis, parce que l'on sait qu'à un moment, voilà, ils retourneront dans le droit commun... et qu'il y a des choses qui peuvent être différées selon les droits. Oui, c'est un moment difficile pour moi, je pensais que ça allait être simple et en fait, ce n'est pas si simple que ça... dans la pratique... Je fais du suivi de femmes enceintes [...], enfin, il faut se reformer... ça, ce n'est pas un problème. Donc, des choses positives... Voilà.

– *D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?*

– Pas forcément. Je ne sais pas. On a fait pas mal d'entretiens justement pour les nouveaux médecins. Je pense que justement, à mon avis, au niveau médical, techniquement, ce n'est pas très compliqué. Encore une fois, c'est de la médecine générale appliquée, enfin avec des patients, c'est des chroniques... enfin, ce n'est pas très compliqué. Après, je pense qu'il faut avoir beaucoup de souplesse. C'est vraiment un travail en équipe, une équipe qui n'est pas médicale. Il y a quand même des assistantes sociales. Et donc, ça... Et puis, les partenaires du réseau, c'est des éducateurs. Il faut apprendre aussi, il faut que ce soit... il ne faut pas se dire, c'est parce que je suis le médecin que j'ai le dernier mot. Il faut quand même faire preuve de souplesse et puis, se dire que ce n'est pas toujours le problème médical qui va trancher. Mais, parfois, même si au niveau médical, on n'a pas envie d'aller plus loin, la partie sociale l'exige et il faut un peu passer outre ça. Il faut de l'humilité, je veux dire, et un peu de la souplesse. Et puis, après, la pratique de langues étrangères peut être un plus, vraiment... Et puis, après, aller vers les autres, voilà... toutes ces notions... bon, quand on est médecin, on aime un peu aller vers les autres, sinon, on ne fait pas ce métier. Voilà, moi, je pense que c'est plus le travail en lui-même avec l'équipe et avec des personnes qui ne sont pas médicales, justement. On sort de son milieu médical. [...] Voilà, je pense que c'est ça les qualités principales. On n'a pas forcément besoin d'avoir fait de l'humanitaire, des choses comme ça. Après, il se trouve que là, on a en fait. Après, on a fait de l'humanitaire pour toutes à peu près les mêmes raisons donc, ce n'est pas... Il ne faut pas forcément avoir fait de l'humanitaire pour être dans une PASS.

– *Est-ce que vous pensez qu'une formation un peu spécifique soit nécessaire ou en tout cas important ?*

– Je ne pense pas... voilà... vous voulez que je développe ?

– *Je veux bien...*

– Eh bien, pour les raisons que je vous ai dites. Parce que je pense qu'avant tout, c'est une histoire de personnalité, voilà... Après qu'il y ait des formations... on en fait forcément puisque comme on travaille avec des personnes qui ne sont pas dans le milieu médical, elles nous apprennent par ricochet des choses. Moi, l'assistante sociale, elle m'explique régulièrement des choses. Quand je vais voir tel partenaire, je vois comment il fonctionne. Je me dis : « ah bah oui, vous êtes payés par qui ? », « le centre vous finance » et cetera. Après qu'il y ait des formations... il existe des formations spécifiques mais c'est plus on fait ça... il y a des DU mais c'est

un peu inégal selon les DU...Donc, oui, effectivement, des petites formations un peu techniques. Après, on ne sera pas tous ... ce n'est pas la même chose, c'est comme tout. Après qu'il y ait besoin d'un DU spécial, genre « médecins PASS », non, moi, je ne pense pas. Des formations en langues, c'est bien...encore une fois, j'insiste. Voilà.

– *Cela peut effectivement aider beaucoup...*

– Oui...

– ***Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?***

– Je pense que déjà...une fois qu'ils sont dans le pays, quand ils sont arrivés à la PASS ou avant ?

– *De façon générale, donc comme vous voulez...*

– Moi, je commencerai par déjà un problème d'ambassade, de visas, d'informations dans les pays, c'est quand même déjà un gros, gros problème, notamment les patients qui viennent du Maghreb qui sont plein de fantasmes, qui sont dans un truc, qui arrivent avec un visa touristique et après, ils passent en situation d'irrégularité et ils pensent qu'ils vont être régularisés. Donc, il y a énormément de fantasmes, c'est des choses qui voilà...Il manque énormément de liens entre ambassades et pays pour la gestion des flux migratoires. Après, une fois qu'ils sont dans le pays, effectivement, c'est l'accès au logement. L'accès au logement, c'est quand même un peu la base. Et puis, après, je trouve que tout ce qui est régularisation de papiers, c'est un peu ubuesque. Il y a quand même beaucoup d'associations qui font du travail...du travail comment dire, c'est clair, c'est bien fait, ce n'est pas trop fantaisiste. Après, au niveau des PASS, on a le même. Le système est plutôt bien fait. Il ne faut pas trop que cela dégénère. Après, moi, je ne suis pas trop pour un suivi très long des patients, je suis vraiment pour...C'est pareil, on a pas tous la même pratique. Cela aurait été sympa que vous interrogiez une de mes collègues...Moi, je considère que mon travail est vraiment très temporaire. On est là pour subvenir à un besoin très particulier. Encore une fois, pas les SDF, on ne parle pas de cette population, on est bien d'accord ?

– *Oui, tout à fait...*

– Voilà, et il y a des moments, il faut aussi accepter et que les personnes comprennent que l'on ne peut plus rien faire, que l'on n'a pas de solution à tout. Et que voilà, c'est ...un autre problème. Après, je pense qu'il y a quand même le logement parce que, quand on a un logement, on peut se poser, on peut chercher

du travail, les enfants peuvent aller à l'école, on peut manger régulièrement. Moi, je pense aux diabétiques. Soigner un diabétique qui est dans la rue, c'est impossible. Je pense à une que je suivais et qui avait un by-pass, qui était dans la rue et aller lui parler de nourriture, de vitamines, ce n'était même pas la peine. Donc, voilà.

– *Pour revenir sur l'état de stress post-traumatique, est-ce que vous verriez un intérêt à la mise en place de dispositifs spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Oui, pourquoi pas, cela pourrait être intéressant, cela pourrait être pas mal. Après que ce soit uniquement une consultation post-traumatique, je pense que ce serait difficile parce qu'il faudrait déjà l'identifier comme tel, les envoyer vers ça...En tout cas, des consultations psychiatriques, psychologiques, plus facilement accessibles et en plus grand nombre, ça, oui, c'est important.

– ***Est-ce qu'il y aurait un point dont on n'aurait pas parlé et qui vous semblerait important ?***

– Toujours pour les migrants, c'est ça, relié à votre sujet... ?

– *Oui, c'est ça.*

– Je ne sais pas...Il faudrait peut-être en termes de chimie, une formation psychiatrique un peu plus élaborée sur le stress post-traumatique, sur les traitements que l'on peut donner dans le stress post-traumatique. Enfin, ça, c'est un travail en collaboration avec des psychiatres...C'est vrai que l'on n'est pas assez en contact avec les psychiatres et les psychologues, c'est un peu...c'est un peu...voilà. Essayer de se rapprocher, de suivre plus conjointement des patients avec eux mais qui sont forcément en petit nombre. Donc c'est compliqué, c'est sûr...Voilà, je vais dire ça déjà, l'augmentation des consultations psychiatres-psychologues. Je ne vois pas trop d'autres choses, je n'ai pas un regard de plusieurs années de PASS...

– *Merci d'avoir pris du temps sur votre repos de garde pour effectuer cet entretien...*

Entretien n°10 (E10)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de soins ou de la file active de votre structure ?

– Ce qui est un petit peu particulier, nous, on a un fonctionnement un peu différent c'est-à-dire que l'on a organisé les choses avec [une association médicale militante de solidarité internationale] pour prendre en charge les pathologies chroniques, les pathologies qui nécessitent un recours au plateau technique. Oui, il y a des migrants qui sont venus depuis la régionalisation de la demande d'asile. Nous, notre file active, c'est 90% d'étrangers. 80% des consultations ne se font pas en français. Donc, ça, c'est une certitude. Après, on a beaucoup de gens qui sont là pour le soin, pas forcément là pour l'asile. Ou l'asile, est une ...enfin ils demandent l'asile pour avoir une prise en charge sécurité sociale pour être pris en charge dans... voilà, on est sur des biais. Après, on a vu arriver des Syriens, des Érythréens et cetera. On a l'impression aussi, moi, ce qui m'a choqué...les derniers qui sont arrivés, on a l'impression qu'il faut regarder le cheptel, des fois qu'il soit pourri et qu'il contamine les autres. Cette démarche me gêne, le passage obligatoire, qui est traumatisant, moi je trouve. La consultation médicale, ça doit être un choix. Alors voilà, quand ils font leurs demandes à l'OFII, il y a les papiers d'[une association médicale militante de solidarité internationale], de la PASS et machin, sauf que c'est en même temps que des papiers officiels et je trouve que ça galvaude la consultation, sur le fait que l'on vient demander un certificat et qu'il faut s'inventer quelque chose pour que, peut-être, ça puisse apparaître dans un certificat. Donc, nous, ici, on a fait le choix de ne faire aucun certificat pour que la consultation reste médicale. Ensuite, je les envoie, l'avantage, c'est que je suis hospitalière à plein temps, je les envoie à mes confrères intra-hospitaliers en fonction des pathologies. Et s'il y a un certificat à faire par rapport au VIH, c'est moi qui

le fais mais, dans l'autre partie du secteur. Oui, on a vu augmenter le nombre de gens ayant besoin de soins mais également, avec cette demande d'asile, où on doit prouver des choses, où il faut être malade pour être logé, des gens qui viennent avec des demandes qui sont ...très biaisées. Oui, oui, il y a des migrants. Mais il y en a qui sont malades, d'autres qui ne demandent rien et qu'on force à venir. Moi, la démarche forcée me dérange parce que du coup, je ne suis pas vue... enfin... on met un peu plus de temps à apprivoiser les gens... Moi, je ne suis pas la Préfecture.

– Et puis, les forcer, c'est une autre relation ?

– Oui. On en a vu arriver et en plus... On arrive aux limites, on a une petite PASS : un peu plus d'un mi-temps, 0,6 avec la coordination, tout compris, médical, un temps d'assistante sociale et un temps d'infirmière, mais elles ne sont pas remplacées lorsqu'elles ont leurs congés c'est-à-dire que lorsque [ma collègue infirmière] n'est pas là, c'est nous à la consultation qui piquons, faisons les pansements... Donc, on arrive aux limites de la file active. La file active, elle a augmenté, mais je ne suis pas sûre qu'elle soit capable d'augmenter plus malgré... voire malgré les demandes ou alors il faudra des temps de rendez-vous de plus en plus importants. Et puis, je suis contre voir un maximum de gens en 30 secondes, ce n'est pas de la médecine. Donc, il y a des consultations sans rendez-vous, des consultations sur rendez-vous et surtout, nous, on leur trouve un médecin généraliste lorsqu'ils ont leurs droits et on les adresse. Je ne les jette pas et je ne les abandonne pas.

– Dans la question suivante, il y a des chiffres, mais ce n'est pas forcément les chiffres qui comptent...

Dans la littérature, la prévalence de l'état de stress post-traumatique au sein de cette population reste supérieure à celle de la population générale. Les chiffres fluctuent du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. On trouve des valeurs allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?

– Sur quelle définition on va s'entendre sur le stress post-traumatique, parce que ...?

– Globalement, dans les études, ils reprennent les études de la définition du DSM-IV car souvent, elles sont antérieures au DSM-5. Il y a quelques études sur la définition du DSM-5. C'est assez rare qu'ils utilisent la définition de la CIM-10. Souvent, c'est la définition du DSM-IV qui est utilisée.

– Parce que du coup, qui dit stress secondaire..., je dirais tous dans ces cas-là. Est-ce que c'est 100% réel ou 100% ce qu'on leur a demandé de raconter... Moi, je n'en sais rien. Moi, je ne vais pas aller sur cette piste-là, ce n'est pas moi qui vais poser la question. Je les ressens, on va en discuter, on va voir ce qu'il y a. Moi, les gens, ils viennent, au départ, avec une plainte somatique et avant de dire que c'est un trouble somatoforme, on aura d'abord éliminé tout ce qui est somatique. Parce que c'est un peu facile de dire que c'est du stress post-traumatique : « oh, il a mal à la tête, c'est du stress post-traumatique », pas forcément. Voilà, donc, je dirais que ... oui... 100 % des patients qui viennent ici ont un problème de stress. Le stress post-traumatique, c'est aussi d'arriver ici, d'être demandeur d'asile et d'être à la rue. Le traumatisme, il est là alors après quelle est l'antériorité... Je dirais tous à des degrés plus ou moins variables. Alors, voilà, on ne va pas tous les adresser... il y en a que l'on va adresser mais avant de le dire, on les aura vus plusieurs fois parce que, sur une fois, je ne pourrais pas dire... s'il n'y a que ça. Mais oui, autrement, je dirais tous.

– La question d'après, vous y avez déjà un peu parlé. Dans la littérature, l'état de stress post-traumatique est bien souvent associé à des troubles dépressifs au niveau psychiatrique mais aussi à des somatisations avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas de pathologie somatique. Qu'en pensez-vous ?

– Oui, mais ensuite, des fois, moi, ce que je leur dis : « ce n'est pas qu'il n'y a pas qu'il n'y a pas ». Alors, on ne retrouve pas quelque chose de grave. Aujourd'hui, on a éliminé quelque chose de grave, c'est super... voilà, maintenant... Je ne dis pas non plus que c'est que dans la tête même si on dit que c'est des troubles somatoformes, parce, voilà, un jour, on trouvera peut-être autre chose et que ... Je trouve que c'est toujours violent de renvoyer aux gens : « c'est dans votre tête que ça se passe » parce que du coup, on a... Alors aussi, c'est peut-être moi qui le prends mal, c'est dans votre tête que ça se passe... Oui, il y a des choses qui se passent parce que l'on n'est pas bien dans sa tête mais les douleurs, on les ressent physiquement, les tremblements, on les voit parfois... Il y a des atteintes physiques que l'on peut voir quand même, même si on ne trouve pas d'étiologie à ce que c'est. Je trouve que le médecin moderne a tendance à dire : « c'est dans la tête que ça se passe ».

– Alors que plus tard, dans quelques années, on aura la possibilité de savoir...

– Plus tard, dans dix ans, voilà, on trouvera... Les

premières personnes qui avaient une polyarthrite rhumatoïde, on leur disait : « c'est dans la tête que ça se passe ». Voilà... Juste, aujourd'hui, on n'a rien trouvé de grave et c'est plutôt bien. Il y a des choses qui vont avec mais voilà, on en reparlera. Je ne ferme pas la porte sur une étiologie possible. Et la dépression, oui, enfin, je veux dire... voilà, quand on en voit qui demandent l'asile parce que l'enfant a un cancer, oui... mais comment on peut faire autrement. Moi, ce qui me fait souffrir énormément... Quand on est face à un patient qui parle la même langue, rien que discuter le temps de la consultation, des fois, cela va mieux juste en sortant et que l'on a pas cette possibilité-là lorsque l'on passe par un interprète, que l'on ne voit pas, qui n'est pas toujours le même, qui est... On ne sait pas forcément ce qui est dit, les silences, ils ont de l'importance, les réponses, les attitudes alors quand on les voit voilà... mais... Il y a avait une dame que je voyais hier et le petit garçon, il va mourir. Elle ne voulait pas que l'on appelle quelqu'un alors on a essayé... et ça, je trouvais ça très violent de se sentir inutile, incapable d'apaiser certains maux qui sont juste normaux, par la parole que l'on peut avoir.

– Puisqu'il y a cette différence de langue...

– Il y a cette différence de langue. On a beau dire, quand il y a un interprète, il y a une barrière. Ce n'est pas la même chose. Et alors, ensuite, quand on arrive à avoir le même interprète, c'est bien. Il n'y a pas besoin de réexpliquer à chaque fois, de voir... c'est compliqué. Et je pense que ça pose tout le problème de l'interprétariat dans le soin et je ne suis pas persuadée que la personne qui fasse interprète, elle soit très... enfin, il n'y a pas de formation. Donc, on est ou traducteur ou interprète avec ce que cela veut dire, d'interpréter ce que l'autre a déjà dit... J'ai assisté à une formation avec l'Orspere-Samdarra sur l'interprétariat dans le soin et effectivement, c'est une très bonne idée de professionnaliser l'interprétariat dans le soin pour éviter tous ces écueils. Voilà, que l'interprète soit un peu plus... c'est l'équipe.

– Avoir la même personne, c'est quand même plus facile...

– Avoir la même personne, même pour les gens c'est... On voit très bien, quand on a un interne, quand on a un externe en consultation et que, la fois d'après, on ne l'a pas. Ce n'est pas la même chose, sur des gens avec des pathologies chroniques, ce n'est pas du tout la même chose. On ne va pas dire la même chose, on ne va pas se tenir de la même façon, on ne va pas ... Voilà. C'est très... quand ils ont des pathologies lourdes, le VIH... le cancer, ce n'est pas du tout la même chose s'il y a quelqu'un avec et que

l'on a établi la relation de confiance. L'autre, on ne le connaît pas et on est toujours un étranger pour l'autre... et c'est pour ça que des fois, je ne veux pas qu'il y ait d'externe... pas parce que ... mais lorsqu'il y a déjà l'interne, cela suffit. On n'est pas un tribunal. C'est compliqué de faire comprendre dans le domaine de la fac. Oui, on est un CHU, mais on a des gens sur lesquels on ne peut pas non plus ajouter beaucoup de monde, de regards ou alors il faut qu'ils restent longtemps. On ne vient pas une semaine, ce n'est pas Pinder...

État de lieux

– J'avais une question à laquelle vous avez en partie répondu. C'était sur votre équipe, sur le fonctionnement de la PASS et sur le recours éventuel à des interprètes...

– Sur la PASS, on est deux médecins, il y a [ma collègue] qui vient deux demi-journées par semaine. Et ensuite, moi, j'assure trois autres demi-journées de consultation. Le lundi après-midi, c'est sans rendez-vous et les autres jours, c'est sur rendez-vous. C'est sur rendez-vous pourquoi ? On a un biais, tous les patients qui viennent ici, ont une pathologie chronique lourde et lorsqu'ils ont des droits, on leur trouve un médecin généraliste. Or, on a conventionné avec l'association de gestion des centres de santé de la ville et certains médecins. Le problème, c'est que nos patients, ils ne viennent pas aux rendez-vous. C'est assez culturel parce que j'avais des patients albanais qui m'expliquaient qu'en Albanie, les rendez-vous, cela n'existe pas. Voilà, quand on veut voir l'hématologue et bien on va à la consultation d'hématologie et du moment où l'on paye, on voit l'hématologue spécialiste d'emblée, on n'a pas rendez-vous dans trois mois. Et du coup, le temps de la PASS, c'est aussi, parce qu'il faut à peu près trois-quatre mois voire plus pour avoir des droits, c'est aussi un temps d'apprentissage. Le rendez-vous permet aussi de prévoir, sur certaines consultations, l'interprète. Quand on vient sans rendez-vous, souvent, on appelle ISM. C'est très cher pour une PASS, c'est trente euros les 15 min. Ensuite, il y a des interprètes, je pense qu'ils parlent aussi bien que moi... il n'y a pas le même niveau d'interprétariat. Et puis, parler avec un téléphone, il y a une certaine défiance. Donc, voilà... l'interprétariat, c'est vrai que quand ils viennent avec la famille... voilà... Mais je ne laisse pas une fille annoncer à sa mère qu'elle a un cancer... non... voilà. Il y a des choses qui sont compliquées lorsque l'on va parler dépistage VIH, SIDA ou alors, ces gens qui sont en situation irrégulière, qui ont été déboutés de leurs demandes

d'asile, il y a un certain nombre de travailleuses du sexe... parce qu'il faut juste... on fait comment pour manger avec trois enfants... bah, il y a des solutions qui sont simples, qui sont connues depuis la nuit des temps. Voilà... il ne faut pas non plus... il faut aussi pouvoir poser la question : est-ce que l'on se protège, est-ce que l'on ne se protège pas... Ensuite, des fois, un interprète, le fait que ce ne soit pas le même, c'est compliqué. Ensuite, on s'aperçoit aussi que c'est compliqué pour les interprètes de venir à l'hôpital, dans le cadre du soin parce qu'ils ont peur d'apprendre des mauvaises nouvelles et qu'ils ne sont pas formés pour ça. Des fois, mieux vaut que ce ne soit pas forcément le même mais en tout cas, prévoir la présence de quelqu'un. Donc, sur... et en particulier, sur toutes les consultations que l'on organise à l'intérieur de l'hôpital mais que la PASS prend en charge financièrement, on ne fait jamais de consultations de spécialité sans interprète parce qu'il faut que la consultation, elle est un rendement. Donc, le rendez-vous, malgré le fait qu'il faut aussi pouvoir les recevoir sans rendez-vous, est important pour qu'ils puissent être compris dans ce qu'ils ont à dire. Voilà, ensuite, on parle anglais, allemand, russe... Moi, non pas russe, mais ma collègue, elle parle russe... Voilà, on essaye aussi de faire avec les interprètes qui travaillent à l'intérieur de l'hôpital et puis, sur ... On s'est organisé sur plein de choses par rapport aux médicaments. On a fait des plans de prise dans vingt langues différentes pour essayer d'expliquer. On remet en français pour la pharmacie et dans les différentes langues pour les patients. Voilà... l'interprétariat n'est pas toujours possible... mais globalement, on passe souvent par une langue intermédiaire... Mais, quand il y a un besoin, lors de la première consultation, lorsque l'on décèle qu'il y a des problématiques médicales, on appelle pour que ce soit clair, les allergies, les antécédents, les papiers et cetera. Donc, oui, on en a beaucoup besoin et si c'était moins cher, on l'utiliserait encore plus. Et le problème de travailler dans les PASS, c'est toujours de gérer un budget qui est limité. L'hôpital n'est pas très philanthrope donc on n'a pas plus... voilà. Du coup, on dit : est-ce que je vais payer pour de l'interprétariat ou pour une IRM ou une séance de ... voilà. On essaye d'équilibrer les choses mais les rendez-vous nous permettent d'avoir un interprétariat qui est moins cher. On passe par [une association] même si on n'a pas toutes les langues. [Dans d'autres villes], ils sont mieux dotés.

– Quel est le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile », enfin ceux que vous recevez ici ? Qui vous les adressent ?

– Quand ils font leurs demandes d’asile à l’OFII, on leur remet un papier : pour les problématiques médicales, vous pouvez voir... Et le biais est, c’est qu’ils demandent un logement et on leur demande s’ils ont une problématique médicale parce que s’ils ont une problématique médicale, il faut faire remplir le certificat. Donc, voilà... Alors, on a aussi des gens qui viennent purement pour se faire soigner, qui arrivent avec un cancer, ils vont faire la demande d’asile parce que lorsqu’on demande l’asile, c’est la Puma et la complémentaire alors que lorsque l’on est en situation irrégulière, il faut trois mois de présence sur le territoire. On peut avoir les soins urgents et l’AME, mais ce n’est pas tout à fait la même chose... Donc, le parcours, généralement, la plupart des gens qui ont des problématiques médicales, cela fait moins de 5 jours qu’ils sont là, ils ne sont même pas enregistrés lorsqu’ils arrivent à la PASS. C’est beaucoup par le bouche-à-oreille même pour les demandeurs d’asile lorsqu’ils ont de vraies problématiques médicales. Et autrement, ils sont adressés... c’est ce papier qu’on leur donne qui leur a expliqué... soit lorsqu’ils rencontrent un travailleur social et qu’ils expriment une problématique médicale, c’est [une association] ou la PADA qui nous les orientent. Mais, c’est essentiellement le bouche-à-oreille.

– *Tout à l’heure, vous disiez « on sent, on ressent » par rapport au post-trauma, qu’est-ce qui va vous orienter vers une pathologie post-traumatique ?*

– Alors, dire que c’est post-traumatique ou pas, c’est compliqué. Mais on va voir la part psychique prendre beaucoup, beaucoup d’importance c’est-à-dire les cauchemars... l’envie de pleurer... les gens quand ils sont un peu prostrés... qu’ils ont peur lorsqu’on va les toucher. Donc, on les apprivoise et ensuite, on leur demande en sachant qu’on ne prescrit jamais de psychotropes... jamais, aucun quel qu’il soit, même un somnifère quel qu’il soit parce qu’à partir du moment où on est en delà de ce qui est raisonnable, parce que c’est normal de ne pas dormir la nuit quand on dort dehors... sans qu’il y ait... voilà. Mais, quand on voit que cela commence à envahir tous les champs de la vie... voilà quand on les voit un peu hagards... que vraiment cela commence à poser problème, on les oriente. Après, c’est tout le problème de l’orientation. À partir du moment où ils ont une adresse en CADA ou ils sont hébergés, ce n’est plus la PASS psy...voilà...et on leur dit, on les informe qu’il y a la PASS psy, sur ceux que l’on n’a pas orientés réellement, on leur dit : « ça, ça existe, vous êtes venus ici pour le rhume mais, on peut se sentir triste et pas bien et on peut aussi aller là-bas ». Mais, c’est compliqué, je

trouve le parcours... La prise en charge psychologique [ici] est compliquée en sachant que quand on a des demandeurs d’asile qui nous sont envoyés par [une association médicale militante de solidarité internationale], parce qu’ils sont allés en premier [là-bas], il y a une psychologue [dans cette association] et souvent, ils continuent le suivi avec la psychologue là-bas. C’est des fois plus simple.

– *Du coup, lorsque vous identifiez quelque chose plutôt psychique, éventuellement post-traumatique, vous essayer d’orienter... mais cela ne fonctionne pas toujours ?*

– C’est compliqué. À partir du moment où il ya une domiciliation, c’est le délai d’attente sur un CMP, d’autant que c’est un délai d’attente sur un CMP lorsque c’est un médecin somaticien qui fait la demande et non un psychiatre. Moi, je pense que les choses passeraient plus facilement de psychiatre à psychiatre et que les délais d’attente seraient peut-être moins longs. Après, contrairement à la psychiatrie, moi, je n’ai pas la sectorisation donc ensuite, il faut que je « brainstorm », que je regarde sur internet... enfin voilà, c’est ...

– *Parce que, du coup, vous essayer de contacter les médecins de CMP...*

– Ah oui. C’est pour ça que moi, dans un premier temps, il me semblait parce que l’on n’orientait pas non plus 600, enfin, voilà... vous pouvez y aller... Certains, on sent que ça fait partie mais que... Il y en a certains, on sent qu’ils vont s’en sortir. Ils ne sont pas abattus, ils sont dans une autre démarche. À partir du moment où ils sont dans des démarches, à faire des choses, à... Quand on voit qu’ils sont complètement abattus, que cela envahit tous les champs de la vie, là, il y a besoin d’une prise en charge. Les autres, ils en auront besoin mais peut-être une fois qu’ils auront fini leur... qu’ils seront posés, installés. Il y en a certains qui ne veulent pas... Les populations africaines, le psychiatre, il fait un peu peur. Alors, moi, je leur dis souvent : « c’est juste un docteur avec qui on parle ». Parce des fois, il faut vraiment que l’on parle la même langue pour réussir à faire disparaître des bobos. Il ne faut pas... parce qu’il y a la vision de la psychiatrie en Afrique. C’est quand même particulier, c’est des fous, ils sont attachés... Du coup, quand on parle de psychiatre... je commence par psychologue... ensuite, « non, vous avez besoin d’un psychiatre parce que vous avez besoin de médicaments pour dormir et il n’y a que lui qui peut vous les prescrire ».

– *Vous trouvez des stratégies...*

– Des stratégies... La psychiatrie, ça fait peur...

– *En France, aussi...*

– En France aussi mais eux, encore plus. Souvent, ils ont l'impression qu'on leur dit : « il faut voir le psychiatre »... C'est pour ça que je leur dis : « je vous crois quand vous dites que vous avez mal, je n'ai pas trouvé quelque chose de grave aujourd'hui et quand il y a des blessures à l'intérieur de l'âme, cela peut faire encore plus mal, voilà, ce ne sera peut-être pas la solution mais si cela peut en enlever un peu... ». Ce qui est compliqué, moi, j'aurais bien aimé que l'on travaille de front sur une même équipe parce que du coup, c'est : « ce n'est pas mon problème, c'est celui du voisin ». Et je trouve que déjà, dans le parcours migratoire, c'est un peu beaucoup ça : tu fais ta demande d'asile ici, tu vas en CADA là, tu passes ici, tu vas là... Et que du coup, dans le soin, on reproduit la même chose alors que l'on pourrait être un peu plus souple.

– *D'accord*

– ...

– *Est-ce que cela vous ait arrivé de rencontrer des patients qui exprimaient des idées suicidaires ?*

– Oui, des choses assez importantes. Je suis passée par... les... soit [les urgences psychiatriques] ici sur l'hôpital et certains ont été hospitalisés [dans une unité de post-urgences] soit moi, je travaille avec la médecine légale clinique et j'ai hospitalisé des gens sur des lits de médecine légale, parce qu'il y a un psychiatre. Par contre, il faut qu'ils aient des droits potentiels pour être hospitalisés ou, c'est des urgences et ça, c'est un autre truc... Mais, autrement, on est arrivé, même, à programmer des hospitalisations pour poser les choses... voilà. L'avantage, en particulier avec les populations africaines, le service, il est un peu bicéphale, il est somatique et psychiatrique. Et du coup, je ne vais pas enfermer parce qu'on n'est pas chez les fous...

– *D'accord.*

– Du coup, pour tout dire, avant on avait [...] un psychiatre, où on payait les consultations. On les faisait prendre en charge en médecine légale par [ce psychiatre] pour tout ce qui était les problématiques de stress post-traumatiques puisque pour [certains collègues psychiatres], ça n'existait pas à l'époque. À partir du moment où l'EMPP, où la PASS psy se sont installées, cela a été plus compliqué de faire entendre au niveau de la direction que l'on paye des consultations de psychiatrie alors que ... voilà. Je pense qu'il y en a beaucoup moins qui sont pris en charge parce qu'ici, ils en avaient rien à faire qu'ils soient domiciliés ou pas. Ils venaient à la PASS, cela voulait dire qu'ils n'avaient pas de couverture sociale, on payait les consultations et il les suivait. Et puis, [ce psychiatre] continuait à les suivre même après, c'est-à-dire qu'il y a des gens, cela fait dix ans

qu'ils sont suivis par lui. C'était vachement plus confortable pour moi.

– *Et puis même pour eux, avoir la possibilité de voir la même personne qui peut les suivre longtemps. Dans ces pathologies-là, c'est quand même intéressant.*

– Oui.

– *D'accord. Du coup, tout à l'heure, vous parliez des relais sur le droit commun en cherchant des médecins généralistes, en cherchant à les orienter... c'est facile pour vous ou c'est quand même compliqué d'effectuer le relais ?*

– Alors... c'est toujours de médecin à médecin que ça se passe donc je n'ai jamais de refus. Je ne passe pas par les secrétaires... Mais du coup, cela me prend du temps de consultation systématiquement. J'appelle, je prends un rendez-vous, ils partent avec un rendez-vous chez le docteur. Ils savent qu'il sera médecin traitant, il n'y a pas besoin de demander et que voilà... On regarde quelqu'un qui est à côté de chez eux, là où ils sont, là où ils sont hébergés... voilà... donc, je leur fais une ordonnance jusqu'à la date du rendez-vous avec le médecin. Mais, ils ont tout leurs dossiers avec eux, à transmettre. J'ai appelé devant eux, en mettant le haut-parleur. Même quand il y a la barrière de la langue, ils comprennent que je les adresse à quelqu'un et que c'est quelqu'un qui prend le relais. Alors, ensuite, il y a des docteurs qui parlent albanais, qui parlent russe et tout ça. Donc, il y a un petit biais de concentration sur certains. Voilà... ça prend du temps.

– *Ça prend du temps, mais ça se fait quand même...*

– Ça prend du temps, ça se fait. Et puis, je trouve ça... c'est-à-dire que quand les gens, ils sont déboutés, ils n'ont plus la CMU, enfin la Puma et la complémentaire, ils vont basculer sur le système de l'AME et puis, ils n'ont plus de titre de séjour. Ces médecins-là les renvoient directement avec leurs dossiers médicaux, avec ce qu'il s'est passé pendant le suivi... C'est pour ça que ces patients-là, je ne les prends qu'avec leurs dossiers médicaux en disant : « bah voilà, vous allez chez le docteur, il faut qu'il sache que vous n'avez plus de droits » et ils donnent le dossier médical et on rebascule derrière. Donc, du coup, c'était pour que... ils ont des parcours migratoires qui sont très longs, même en France. Il y a la demande d'asile alors maintenant, cela va un peu plus vite. Avant c'était très long puis, ensuite, on était débouté, on est en situation irrégulière. Pendant le recours, on n'avait pas de récépissé donc on passe sur l'AME. On passe sur l'AME donc du coup, le temps de délai d'instruction... Et là, du coup, les médecins les renvoient directement. Il n'y a plus cette rupture de la prise en charge médicale. Donc,

c'est pour ça, ça prend beaucoup de temps mais au final, cela en prend moins. Après, pour nous, c'est plus dur. Mais voilà, après si la population continue d'augmenter, que l'on est très pressé par les rendez-vous... Par exemple, la consultation du lundi après-midi, c'est la consultation sans rendez-vous. Quand il y a vingt personnes dans la salle d'attente, moi, je sais que je suis vachement moins disponible parce que je me dis : « il y en a d'autres derrière, ça se trouve c'est plus grave et je vais devoir piquer le bilan à 19h ou... ». Voilà, la consultation sur rendez-vous, c'est ... même s'ils arrivent en retard, ce n'est pas le problème. J'ai plus de temps, c'est plus fluide. J'ai du temps à consacrer déjà, les gens savent que je peux être très en retard parce que s'il y en a un qui ne va pas bien, on va passer le temps qui est nécessaire. Mais, je leur dis aussi que je passe le temps qu'il faut pour vous et si l'autre a besoin...

– *D'accord...*

– *Au niveau des difficultés et des obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant éventuellement d'état de stress post-traumatique, vous parliez de la question de la langue, est-ce que vous en voyez d'autres ?*

– La langue et ensuite, l'identité qui un problème au niveau du soin c'est-à-dire que lorsque l'on fait la biopsie sous un certain nom et qu'il faut faire la chimio sous un autre nom, sous nos contrées, c'est compliqué au niveau des règles hospitalières d'identité-vigilance...ça, c'est un souci. C'est un vrai souci. Ce n'est pas forcément les bons papiers au départ lorsqu'ils les ont enregistrés et quand on les prend en charge. Il y en a d'autres qui sortent après donc il faut relier les deux. Ça, c'est un gros souci au niveau du soin...parce que c'est des gens, encore une fois, c'est parce que j'ai un biais, c'est des gens qui viennent pour le soin. Ensuite, les obstacles, je pense que c'est des gens aussi où ce n'est pas facile en fonction du pays où ils viennent parce qu'ils étaient dans une attente qui n'est pas celle qu'il y a ici. C'était l'Eldorado et c'est beaucoup moins rose... Et donc, certains sont plus ou moins agressifs et dans une certaine revendication à laquelle on ne peut pas grand-chose. Voilà... et puis... que dire... bah je trouve que, voilà, ce que l'on a dit tout à l'heure, sur le parcours, quand on remet la visite médicale au même titre que le passage en préfecture, moi, ça me pose un problème. Je ne suis pas la Préfecture... et par contre, et du coup, les gens, ils sont beaucoup plus méfiants au niveau de l'interrogatoire. Je leur dis : « mais c'est de l'interrogatoire médical, moi, j'en ai besoin pour

savoir : qu'est-ce que vous avez eu comme pathologie, où vous avez été hospitalisé, par quel pays vous êtes passé ». Certains disent « j'ai une hématurie et machin ». Est-ce que vous avez la bilharziose mais voilà... Mais, du coup, c'est vécu différemment avec parfois des discours stéréotypés : « je suis passé là, machin... » mais moi, je ne veux pas le savoir en fait. Je veux juste en tant que docteur savoir. Pour moi, c'est ça, dans le parcours de la demande d'asile, il y a en particulier, la visite médicale et je trouve cela très particulier que cela soit intégré de la même façon. ...

– *Pas dissocié...*

– Pas dissocié et voilà, je trouve compliqué que l'on nous ait demandé de faire des certificats d'hébergement. Pourquoi on va les faire pour certains et pas pour d'autres... ? Pour moi, ce n'est pas le rôle du médecin. Il y a une loi qui dit que l'on a tous droit à un hébergement, voilà. Ensuite, mon rôle, ce n'est pas qui est-ce que je vais prioriser, voilà... La dernière fois, il y avait un nouveau-né de moins d'un mois à la rue, oui, j'ai fait le certificat... mais voilà, est-ce que celui qui avait... Voilà, cela me met dans des difficultés. Des fois, on leur en veut de nous mettre dans ces positions-là. Parce que je pense qu'aussi des fois, on ne renvoie pas quelque chose de très sympathique pour être honnête...

– *Parce que vous vous retrouvez dans des situations ...*

– Qui sont violentes pour nous. Et puis, on leur en veut de se mettre dans ces situations-là, de... enfin, voilà. Le parcours migratoire... ensuite, globalement, il y a quelques années, il y a avait plus de « vrais » demandeurs d'asile, j'allais dire, c'est-à-dire des gens qui avaient subi des tortures... Moi, j'ai vu des gens amputés, avec des traces d'explosion, des traces de brûlures. Ceux qui arrivent maintenant, je pense que c'est plus de la migration économique que de ... voilà, ou alors ce n'est pas des gens qui sont demandeurs de soins et je ne les vois pas, ou alors qui viennent faire que de la bobologie et ils passent ailleurs. Moi, j'ai beaucoup soit des gens qui viennent pour le soin et qui rentrent dans le cadre de la migration économique ... Mais il y a pour autant tout un syndrome de stress post-traumatiques selon les conditions dans lesquelles on vit et par où ils sont passés pour arriver ici. Mais, ce n'est pas les mêmes, ce n'est pas les mêmes qu'il y a quelques années. Ensuite, il y a toute cette migration, Kosovo, Serbie, des pays de l'Est, où la population est très différente de celle que l'on avait accueillie, de la population que l'on avait l'habitude d'avoir, qui venait plus d'Afrique avec des populations qui sont plus chaleureuses aussi. On

était beaucoup plus dans l'empathie parce que les gens qui viennent des pays de l'Est, souvent, ils sont sur la réserve, assez froids. Dans certaines cultures, on parle un peu sèchement et on se sent quand même un peu agressé... alors que pas du tout. Mais voilà, avec ces différences culturelles qui sont quand même très importantes. Le fait qu'en Albanie, il n'y a pas de rendez-vous par exemple et des fois, ils sont agressifs parce qu'ils n'ont pas compris le système du rendez-vous en France. Voilà, depuis que je le sais, j'explique que c'est différent mais c'est parce que c'est une interprète qui m'a expliqué qu'il n'y avait pas ça, donc que l'on pouvait se heurter à une incompréhension. Il nous manque aussi un peu de formation par rapport à ... voilà. Ensuite, sur les populations syriennes, globalement, moi, sur les populations syriennes, que j'ai vues arriver, c'étaient des gens plutôt très riches à la différence des Érythréens qui sont arrivés ces derniers temps. Voilà, jusque-là les populations syriennes et afghanes, elles étaient plutôt...

– Avec un certain niveau socio...

– D'un niveau culturel différent.....

– D'accord... Du coup, vous disiez les certificats médicaux, vous n'en faites pas...

– Non.

– Et est-ce que travailler ici, cela a modifié des choses dans votre pratique ?

– Alors, oui, ça, c'est sûr parce que du coup, on fait très attention à ce qu'on coûte même pour le tout venant. On a la notion du coût de la santé, ce que l'on n'a pas forcément lorsque l'on travaille à l'hôpital. On prescrit, on fait mais bon, on réfléchit un peu plus. L'autre chose, c'est que, oui, on a développé ces plans de prise dans 18 langues parce que c'est important. On ne comprend pas tous la même chose. Voilà... ça me demande d'aller sensibiliser mes collègues sur le fait qu'il existe un juste soin... Il y a des choses, ce n'est pas forcément nécessaire de les faire tout de suite, on peut les faire après mais qu'il y a des choses qui sont nécessaires qu'il y ait des papiers ou pas de papiers. Oui, c'est, ça, oui, ça a modifié ma façon de voir les choses. Et puis aussi, comment dire, quand je vois mes patients de l'autre côté, « arrêtez de vous plaindre », se rendre compte aussi de la chance que l'on a. Je me rends compte aussi que l'on est en train de perdre notre système de santé, mais je pense que je m'en rends plus compte parce que je vois qu'au fur et à mesure, les choses, elles diminuent pour les populations migrantes et qu'à la fin du compte, les autres, cela va faire pareil. Sur cette politique de dépenses de santé, je pense que c'est très important que les autres puissent modifier leurs pratiques et

réfléchir au juste soin. Parce que c'est ce qu'il va se passer, pour les migrants, là, ce qui se passe pour les gens qui sont en situation irrégulière où il y a un déremboursement maintenant de toutes les vignettes orange. Par exemple, [le psychiatre de la PASS], l'autre fois, me dit : « qu'est-ce qu'on fait ». J'ai reçu une lettre où il écrivait : « Monsieur doit payer ses médicaments ». Bah oui, mais c'est la loi et c'est la loi aussi pour ceux qui ont une mutuelle. Ils ne peuvent pas avoir plus de droits que ceux qui ont des droits en France. Donc, oui, c'est déremboursé pour les uns, c'est déremboursé pour les autres mais la PASS, elle ne le prendra pas en charge. Voilà, parce qu'autrement, il faut qu'elle prenne en charge toute la population. Mais, on ne s'en est pas aperçu de ça.

– C'est arrivé...

– C'est arrivé, ça a commencé par arriver d'un côté puis de l'autre. Et puis, nous, on l'a vu arriver mais au bout du compte, la société ne l'a pas vu arriver. Donc voilà, maintenant, on a des patients qui ont des droits et qui disent : « il ne rembourse plus le Dexeryl, la titanoréine ». Bah, oui... Je pense que l'on a une vigilance qui est un peu plus importante sur ce qui au passage est dit pour les migrants et qui sera dit pour tout le monde après. Et je pense que c'est important que les gens se rendent compte que l'on a un super système de santé jusque-là et qu'il ne faut pas le perdre. Donc, il ne faut pas en abuser. Il faut faire attention à ce que l'on prescrit parce qu'il y a des choses, ce n'est pas forcément nécessaire. Et voilà... Ensuite, du coup, nous, on a créé des réunions de concertations pluri-disciplinaires et pluri-professionnelles pour prendre de la distance aussi. Il y a certaines personnes qui nous sont plutôt antipathiques et je trouve que lorsqu'on est à deux, dans notre espèce de petit microcosme, voilà, des fois, on n'est pas... Il faut être juste. Déjà, pour être juste, il faut aussi pouvoir prendre du recul et que des fois, quand on est la tête dans le guidon et que l'on n'est que deux et qu'il faut que ça tourne, on n'est pas forcément très juste. Le fait de poser certaines situations et de prendre du recul à plusieurs, cela permet de prendre des décisions plus justes. C'est quelque chose que l'on a fait justement et qui a modifié les pratiques.

– D'accord...

– ***D'après vous, quelles sont les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours de demande d'asile » et qui auraient un état de stress post-traumatique ou qui souffriraient psychologiquement ?***

– Déjà, il faudrait les considérer comme les autres. Et c'est pour ça que ... ce n'est pas parce que l'on

médecin-PASS que l'on est sous-médecin, on fait de la médecine. Et ce que l'on ferait pour quelqu'un, il faut le faire pour un autre quels que soient les droits. Voilà... Ensuite, je pense que ce qui faciliterait des fois, les choses, ce serait d'avoir des consultations... en binôme avec le psychologue pour parce que voilà, il y a des... Et comme ils ont à Marseille, avoir un interprète tout le temps présent mais qui fait partie de l'équipe. Et ça, ça doit être juste du bonheur. Ensuite, je pense que ce que vous, vous avez en soins psychiatriques et que nous, on n'a pas en soins somatiques, c'est la supervision. Parce qu'il y a des gens qui nous mettent dans des ... voilà. Et les unes et les autres, on est rentrées avec des gens à la maison parce que c'est compliqué de les avoir... voilà. Il y a des choses qui ne sont pas très professionnelles que l'on a faites c'est-à-dire aller acheter des tentes en disant que ce n'était pas nous, chercher des poussettes... ça nous met à mal. Je pense que lorsqu'on est mal, on est moins aptes au bout d'un moment à écouter la souffrance de l'autre et on ne l'entend pas, parce que l'on n'a plus envie de l'entendre aussi... Voilà, je pense que pour accueillir ce genre de population, il faudrait que l'on puisse évacuer aussi... je crois que la politique des supervisions ne serait pas mal... Nous, on a créé la RCP pour prendre de la distance, pour partager à plusieurs. Je pense que c'est important de partager à plusieurs parce que les équipes qui reçoivent ces migrants et ces gens qui sont dans des états de stress post-traumatiques, c'est souvent des toutes petites équipes qui portent sur leur dos beaucoup de choses. Et puis, il y a des solutions qui sont l'accès à la psychiatrie en ville, en ambulatoire, c'est très compliqué et très onéreux. Parce qu'on sait, on a tout un tas de discours en disant que c'est bien de payer, parce que ça montre qu'il y a un travail, un effort. Je pense que l'effort, les gens, ils l'ont déjà fourni. Voilà.

– *Est-ce que vous pensez qu'une formation un peu spécifique dans certains domaines peut être intéressante ?*

– Oui, je pense déjà l'interprétariat dans le soin, déjà, forcément avec... Il faut que ce soit des choses qui soient faites avec des interprètes, des psychologues et des médecins, parce que l'on n'interprète pas tous, enfin les psychologues, les psychiatres, on n'entend pas tous la même chose, on n'interprète pas tous de la même façon. Et puis, il y a des mots qu'il ne faut pas transformer parce qu'ils ont une vraie, une signification aussi bien médicale que psychiatrique. Et puis, ensuite, je pense qu'il y a aussi cette formation, en tout cas pour moi, somaticienne, de la médecine comme elle existe

ailleurs. Moi, cela m'a permis de comprendre pourquoi on n'aimait pas attendre le rendez-vous dans trois mois parce que cela n'existait pas ailleurs. Il faudrait pouvoir avoir une formation sur le système de santé dans les différents pays pour aussi comprendre la démarche des gens et leurs demandes, leurs attentes et leur expliquer que c'est peut-être différent chez nous. Ce qui évite de l'incompréhension à rajouter par-dessus des gens qui ont déjà une souffrance psychique, que ce soit économique ou politique. Je pense que c'est dur de quitter son pays, c'est dur de mourir loin de chez soi. Parce qu'il y a quand même parmi les gens que je reçois, il y a des gens, voilà, le petit garçon, il va mourir. Ensuite, aller dire comment la mort, elle se parle dans les différents pays sûrement, c'est compliqué. Et puis, de dire qu'il meurt, on fait quoi, on le laisse en France, on le rapatrie... Il y a des choses, c'est quand même super difficile à aborder parce que voilà... Ensuite, il y a des gens que j'ai vu, qui ont demandé l'asile et qui me disait : « j'ai demandé l'asile, mais j'ai laissé tous mes morts là-bas, comment je vais faire pour aller voir mon père, ma mère... ». C'est super difficile. Ça, ça sort d'un coup et pourtant, ça sort à la fin d'une consultation, au moment où on va orienter vers le médecin généraliste de ville. Oui...est-ce qu'il faut les aborder ces questions-là, est-ce qu'il ne faut pas les aborder, est-ce que justement... ? Ensuite, dire que tout doit passer par le psychiatre ou le psychologue, c'est comme le truc de l'OFII où tout le monde doit aller voir le médecin... Voilà. Mais, je trouve que l'offre de soins, en tout cas, psychique devrait être plus aisée en ambulatoire, moins onéreuse mais c'est ça... On n'arrive pas à avoir de psychologue et les délais avec un psychiatre, c'est ... Je pense que voilà, pour ces parcours migratoires, s'il y avait des... un lieu comme ils ont fait là sur Marseille, je trouvais ça génial avec psychiatre, interprète, psychologue, des consultations tripartites, enfin voilà...

– *Ça peut être intéressant. Et un lieu qui serait plutôt spécialisé dans le psycho-trauma, est-ce que vous trouveriez ça intéressant ?*

– Tout est dans la question du traumatisme. Parce que pour moi, partir de son pays, quitter sa famille, c'est déjà un traumatisme. Dormir à la rue c'en est un autre, mais ce n'est pas le même. C'est un peu plus un lieu dans la... Moi, c'était ce que j'attendais de l'EMPP...voilà...

– *Ce n'est pas ce qui se passe dans la réalité...*

– Non. Mais voilà, on ne peut pas envoyer des gens... Voilà, c'est le traumatisme... En fait, je trouve que c'est toujours compliqué de mettre des

étiquettes aux gens, on a toujours l'impression qu'il faut les faire rentrer dans des cases particulières pour pouvoir les envoyer à un endroit... Déjà, il y a des gens, ils ne rentrent pas vraiment dans toutes les cases alors là, là, là... Juste en fait, c'est ... on est tous pareils. On a des ambivalences, on est traumatisé d'un côté et pas forcément de l'autre. Pour moi, tous ceux qui viennent ici, ils ont des troubles qui sont dans le cadre du stress post-traumatiques, que ce soit la grattouille, que ce soit les cauchemars, que l'on pleure... Même celui qui a l'air très fort et qui ne pleure pas, potentiellement, il en a besoin aussi.

– Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?

– Un petit lieu comme ça où on puisse adresser les gens facilement...

– *Qu'il n'y ait pas de long délai d'attente...*

– Oui, voilà, au moins un accueil, qu'on leur propose quelque chose à boire... et puis, je pense qu'un psychiatre ou un psychologue, cela s'apprivoise, pour que l'on voit qu'ils ne sont pas méchants... Moi, j'ai une patiente SDF que je suis depuis 10 ans, elle n'a pas de parcours migratoire mais le traumatisme, il est là. Le [psychiatre], ça l'a... : « je n'ai pas compris ce qu'il m'a dit ». Impossible de la ré-adresser. Je pense qu'il faut aussi avoir la variété des personnes, il est très très bien, ce n'est pas le problème... Je pense que c'est comme dans le VIH, mes patients ne ressemblent pas à ceux de ma collègue. Parce que l'on est différent, parce que voilà... et je pense que trouver sa psychologue ou son psychiatre, c'est pareil aussi. Il y a des gens qui nous correspondent plus... voilà, lui, il ne parle pas, il parle, moi, je veux quelqu'un qui parle. Ça, c'est ce que l'on voit chez ceux qui parlent la langue ou qui commencent à la parler, où c'est compliqué. Et je trouve que d'envoyer sur le CMP, c'est très réducteur et pas forcément facile d'aller dans le truc étiqueté où il y a des fous qui viennent et puis, bon, moi, quoi... il y a de tout, le mélange des genres... et puis, je ne suis pas sûre que tout le monde ait la compétence de les recevoir parce qu'on est dans autre chose. Oui, je pense un lieu... Pour les déboutés, les personnes en situation irrégulière, les demandes d'asile, il faudrait un lieu particulier.

– Est-ce qu'il y aurait un point que l'on n'aurait pas abordé et qui vous semblerait important ?

– Non, voilà, ce que l'on a déjà dit. Moi, je trouve

très difficile d'adresser un patient, il faut le faire rentrer dans une case. Quand ils n'ont pas de droit, c'est la case précarité et voilà... en tout cas, précarité sociale. S'ils ont des droits, c'est peut-être autre chose, ils auront un médecin généraliste qui aura peut-être aussi des référents et des choses comme ça. Mais voilà, je trouve que c'est compliqué de ne pas savoir... Et puis, voilà, quand ils sont hébergés chez des gens, ils ont un hébergement, mais il n'est pas forcément pérenne et on va l'envoyer sur le CMP. Voilà, c'est les choses qui me posent problème au quotidien. Je pense que l'on sous-orienté les personnes sur les difficultés d'attache... Voilà.

– Merci beaucoup en tout cas...

Entretien n°11 (E11)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Cet entretien a été réalisé avec deux professionnelles d'une association prenant en charge un public un peu différent de la population étudiée mais ayant des points communs en termes de psychotrauma. De fait, cet entretien est le seul à ne pas être retranscrit dans sa totalité : des coupes ont eu lieu lorsque le dialogue s'éloignait trop du sujet initial et sont marquées par [...].

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années, on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile en Europe. De son côté, la France s'est engagée à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile en deux ans. Percevez-vous des effets de cette augmentation au niveau du nombre de demandes de prise en charge dans votre association ?

– Participant A : Pas en termes de demandes au sein [de l'association]. Après, c'est des familles qui arrivent. [Ici], on est concerné par la violence conjugale, pas tellement... La question ici, c'est la violence conjugale, pas tellement l'immigration.

– Participant B : Et non, nous, parmi les publics que nous recevons, on n'a pas eu de demandes de personnes migrantes ou plus du secteur de la Syrie.

– Participant A : Cela dit, je crois qu'ils sont dans des systèmes qui sont tellement fragiles, peut-être que s'ils déploient de la violence, je ne sais même pas si on serait alertée de ça. Alors, il y a des systèmes sociaux qui sont bien installés autour, pas des faits en tout cas, pas des faits notables. Il y a juste une femme, mais elle est installée ici depuis des années...

– Participant B : Non, avant les problèmes en Syrie donc cela n'a rien à voir. C'est une femme migrante venue avant, dans le cadre d'un regroupement familial, ça n'a rien à voir.

– J'ai une question où il y a des chiffres repris d'études mais qui ont été faites dans des populations de réfugiés donc cela ne va pas forcément coller avec le public que vous recevez. J'ai des chiffres qui varient énormément d'une étude à l'autre du fait de l'hétérogénéité des études au niveau de la méthode et des échantillonnages. Cela va de 9% dans la revue systématique de Fazel

en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous par rapport aux femmes que vous voyez ?

– Participant A : Moi, je serais peut-être plus proche du 86 % que du 9 % quand même. Après, on n'est pas que dans la situation d'immigration, on est dans la situation de violence conjugale. Pour beaucoup, elles subissent de la violence quotidienne depuis des années. Et rien que cela explique que le taux de syndrome traumatique soit très élevé parce que c'est du quotidien et depuis des années. Après la question de la migration, elle vulnérabilise tellement la personne, qui se retrouve seule dans un pays étranger dont elle ne maîtrise même pas la langue, que c'est en soit un facteur de vulnérabilité qui est très fort et qui va accroître certainement l'effet de stress engendré par la situation conjugale dégradée. Il y a certainement une polyfactorialité qui explique que l'on ait des taux élevés de syndrome de stress traumatiques ici. Et on l'a chez les mamans, on l'a chez les enfants. Il y a des femmes avec qui on arrive à travailler et qui sortent rapidement de cette dimension-là. Il y en a d'autres qui ont un syndrome post-traumatique installé avec qui la prise en charge est beaucoup plus difficile, beaucoup plus difficile aussi parce qu'elles ont eu ce parcours mais aussi probablement parce que, d'une certaine façon, l'institution qui accompagne ces femmes reproduit à son niveau la vulnérabilisation, la précarisation. C'est sûr qu'il y a des dispositifs et il y en a qui sont vraiment extraordinaires, car ils permettent d'aller vers des formations, de se réinstaller, sauf que c'est aussi des femmes qui sont confrontées à des changements d'hébergement, à changer dans l'urgence. Voilà, cette précarité-là, elle accroît aussi les états de stress traumatiques des femmes. Quand elles arrivent ici, elles ont leur passé, leur histoire sur la violence, et ça, déjà, cela explique les traumatismes, mais elles ont aussi tout ce qui va arriver et dans quoi elles n'arrivent pas à se projeter, car on leur a tellement répété que « de tout façon, elles finiront sous des ponts séparées de leurs enfants » qu'elles sont persuadées de la chose. Et finalement, l'institution par les difficultés, les paperasses, l'administratif, le logement social, les difficultés d'avoir un logement, tout ça, cela accroît et cela participe. C'est vraiment un ensemble qui va participer à installer un syndrome de stress post-traumatique.

– Participant B : Plus la temporalité, je veux dire, entre le moment où tu déposes un dossier et le moment où il va être traité et les recours que tu vas pouvoir engager. Cela aussi, cela précarise

beaucoup. Cela vulnérabilise encore plus. Pour les femmes que l'on a vues arriver, certaines, elles arrivaient d'Afrique voire du Kosovo, c'est des femmes qui étaient déjà dans des situations où elles avaient vécu de la violence dans leurs pays d'origine. Donc, oui, il y a une sur-victimisation aussi qui est à l'œuvre et qui est le fruit des mécanismes institutionnels.

– Participant A : Donc oui, c'est haut.

– Participant B : Oui

– Participant A : On est loin des 9 %. En tout cas, quand elles arrivent ici, elles ont souvent...

– [...]

– Participant A : Le fait qu'elles soient seules ici participe beaucoup de ça. Cela installe les choses plus que ça ne les protège finalement.

– Participant B : En définitive, ces femmes-là ne sont pas réfugiées, mais elles vivent une situation où c'est par le mari qu'elles vont avoir leurs papiers et donc par leur agresseur.

– Participant A : Le mari, il va aller à la Préfecture, au bout d'un an pour dire : « oui, elle reste » ou « non, elle ne reste pas, on n'est plus marié ». C'est faire reposer sur leurs épaules une insécurité qui est telle...

– Participant B : C'est à l'agresseur que l'on donne une forme de pouvoir...

– Participant A : Il y a des dispositifs qui permettent de contrôler la chose. Il y a des choses aussi très bien qui se font. Je crois qu'il ne faut pas attaquer d'emblée les choses. Mais la situation de violences conjugales fait qu'elles se retrouvent confrontées à plein d'obstacles après avoir quitté le mari et que ces obstacles-là pérennisent du trauma.

– [...]

– Participant A : Donc, on n'est pas complètement dans votre sujet, en fait.

– *Non, c'est ce que j'avais pensé...*

– Participant A : Mais, c'est une branche de votre sujet, on n'est pas le tronc, mais on est sur les branches.

– *Ce n'est pas grave, j'arriverais probablement à en tirer quelque chose quand même. Je vais essayer d'adapter la suite au maximum.*

– ...

– *Pareil, j'ai repris la littérature et on retrouve souvent une association entre l'état de stress post-traumatique et des troubles dépressifs au niveau psychiatrique mais aussi à des somatisations avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas de pathologie somatique. Est-ce que c'est des choses que vous observez ici ?*

– Moi, je trouve que ce n'est pas flagrant sur les somatisations. Très souvent dans les violences conjugales, elles décrivent des douleurs qui se

déplacent. C'est souvent lié à un effondrement, c'est plutôt des troubles fonctionnels. On n'a pas de grosses pathologies somatiques qui s'installent là. C'est plutôt de la douleur qui n'est pas mentalisée parce que très fatiguées, c'est plus ça.

– Participant B : C'est plus un épuisement psychique et physique que l'on observe lorsqu'elles arrivent.

– Participant A : Après, les addictions mais cela ne rentre pas dans le somatique quoique.

– *Après, cela peut rentrer dans les troubles psychiatriques plutôt...*

– [...]

– Participant A : Après, ce n'est pas une évidence folle. Après, oui, elles ont souvent des douleurs. Elles sont surtout très, très épuisées par ce qu'elles vivent. Et oui, des troubles dépressifs, oui. Après, il y en a qui ont des capacités à rebondir, à reconstruire derrière qui sont phénoménales. Et il y en a qui restent plus figées et qui rebrassent ça. Mais, moi, je trouve que pour l'essentiel, il y a quand même un énorme travail qui est fait et lorsqu'elles sortent, elles tiennent, elles tiennent droit. Après, c'est difficile ce qu'elles vivent, elles disent que c'est compliqué, mais elles ont un petit boulot, elles élèvent leurs enfants, elles sont allées au bout du processus judiciaire...

– Participant B : Enfin, bon, cela a été un parcours avant d'y arriver. Enfin, par rapport à la somatisation, moi, je dirais qu'elles ont tellement négligées leur santé par le contexte qui ne leur permettait pas d'accéder aux soins de santé, même les plus basiques, qu'il n'y a plus de préoccupations par rapport à ce niveau-là.

– Participant A : C'est vrai.

– Participant B : Quand tu creuses un peu, elles vont faire des bilans de santé... S'il y a des choses, sur le plan gynéco, notamment parce que ça, elles ne sont pas allées voir le gynéco, il faut être clair, pendant plusieurs années, hormis si elles ont eu des enfants. Non, c'est peu exploré par elles, ce n'est pas un souci qu'elles ont. De toute façon, elles n'ont pas le souci d'elles-mêmes. Elles s'oublient pour la grande majorité parce qu'elles sont dans la survie d'une certaine manière aussi et quand on est épuisé, on ne prend pas soin de soi. Voilà. Mais, je pense qu'il y a beaucoup plus de troubles somatiques qui ne sont pas envisagés. On a beaucoup de femmes qui ont des troubles du comportement alimentaires, des dépressions, des suicides, des tentatives de suicide et cetera. Donc, bon...

– Participant A : Ce n'est pas tellement amené au premier plan.

– Participant B : Jamais, la santé n'est pas leur préoccupation principale. Il y a tellement d'autres choses à gérer que finalement, la santé n'est pas...

C'est à nous, professionnelles, finalement de mettre cette question-là un petit peu en avant, parce que c'est quand on s'occupe de soi aussi que l'on peut aller mieux. Il y a peut-être d'autres alternatives pour essayer de se requinquer que d'attendre que le temps passe.

État des lieux

– *J'avais une première question à laquelle vous avez déjà un peu répondu. C'est sur le fonctionnement de l'association... Je ne sais pas s'il y a beaucoup de femmes ici qui ne parlent pas français et si oui, comment vous faites ?*

– Participant A : Comment on fait, c'est problématique souvent. Les femmes, elles s'entraident entre elles. Il y en a qui parlent français et qui peuvent parler, voilà, qui peuvent parler les deux langues et qui nous permettent de faire la traduction. Après, c'est le système D.

– Participant B : On a eu un petit peu toutes les langues.

– Participant A : On parle anglais nous-mêmes...

– Participant B : Anglais, italien...[...]. On a une jeune fille maghrébine qui parle algérien et qui nous aide effectivement à la traduction.

– [...]

– Participant A : Cela n'a jamais été un obstacle majeur. Pourtant, on doit entrer vraiment dans le détail sur le plan administratif, je pense il y a du boulot à faire. Mais, cela n'a jamais été un obstacle majeur parce que le système D fonctionne et les femmes entre elles, il y a une certaine solidarité. On le voit pour les gardes des petits : quand les unes ou les autres se remettent à bosser... je ne sais pas ... moi, je n'ai pas l'impression.

– Participant B : Non, cela n'a jamais été une entrave à notre pratique... Pour votre première question sur le fonctionnement de l'association... Nous, on est rattachés à [une maison relais pour des personnes très précarisées], là où l'on était tout à l'heure. Quand on a eu l'idée de créer ce dispositif, on s'est rattaché à cette association pour pouvoir apporter plus facilement et ne pas avoir à recréer. Donc, on est une seule et même association. [...]. Au niveau des financements, ce sont des financements multiples. On a pour projet d'accompagner les femmes et les enfants à se réinsérer concrètement.

– [...]

– *La question suivante est sur le parcours des femmes au sein de votre association. Qui est-ce qui vous les adressent ?*

– Participant B : Nous, l'ensemble des femmes nous sont adressées par le 115. Donc, c'est le dispositif où il y a de l'hébergement d'urgence. Nous, dans nos

places, on a 15 places qui sont financées par [...], un financement spécifique qui fait que l'on ne peut pas recevoir de femmes qui ont des droits minorés. Et les 10 autres places sont ouvertes à tout public mais pas exclusivement aux femmes avec des droits minorés. Après, il faut quand même penser au fait qu'une femme qui arrive en situation administrative complexe ou à droit minorés, c'est une femme qui va rester probablement longtemps.

– [...]

– Participant B : Quel sens cela a d'accueillir une femme avec ses enfants et au bout de trois mois de lui dire « sortez Madame ». Je n'ai qu'à me mettre à la place de l'agresseur, ce sera pareil. Donc, nous, on procède comme ça. On n'a pas l'intention de changer mais une difficulté qui en découle, c'est que cela engorge, cela embolise le service mais voilà, la vie est ainsi faite.

– [...]

– Participant B : Après, ce qui est compliqué aussi avec les femmes en situation administrative complexe, c'est qu'en définitive, on est, nous aussi, bloqué dans l'accompagnement. Parce qu'en termes de démarches, une fois que l'on a engagé les choses, on attend. C'est pour ça que je parlais de cette temporalité qui est quand même assez vulnérabilisante aussi et qui nous met dans une situation de fragilité, en tant que professionnelle, parce que l'on n'a pas de réponse, on n'a pas de visibilité sur ce que va devenir la situation. Donc, voilà, je pense que c'est compliqué pour tout le monde. Je ne sais pas ce qu'il faut en penser, est-ce qu'il faut se dire « au moins pendant ce temps-là, elles sont là et c'est un moindre mal » ou "d'être fixé" ? Cela dépend dans quel état d'esprit on est. Des fois, il y a des femmes qui disent : « j'aimerais bien que l'on me dise ce qui va advenir » parce que cela insécurise de ne pas avoir de visibilité sur ce qu'il va se passer d'autant plus qu'elles restent avec l'idée qu'il y a une épée de Damoclès au-dessus de leurs têtes qui va leur dire « oui tu peux rester » ou « non ».

– [...]

– Participant B : Ce qui nous fait des durées de séjour beaucoup plus longues...

– ...

– *Au niveau de ce qui est post-traumatique, qu'est-ce qui va vous orienter vers une pathologie post-traumatique chez ces femmes-là ?*

– Participant A : Les femmes quand elles arrivent ici, certaines demandent à me rencontrer. D'autres préfèrent ne pas me rencontrer. C'est dans la rencontre, c'est dans l'observation, c'est dans la description des symptômes. C'est ça qui nous amène à dire que des fois, elles en ont. C'est le temps

depuis lequel elles éprouvent ces symptômes-là aussi. C'est vraiment quelque chose qui est installé, si c'est quelque chose qui est réactionnel à la dernière scène de violence conjugale. Mais, en général, c'est quelque chose qui est installé depuis un certain temps ou qui éclot lorsqu'elles arrivent ici parce que ça y est, c'est la sécurité et elles peuvent se poser et là, elles sont un peu assaillies par des reviviscences. Voilà, c'est dans le travail avec elles, en fait.

– Participant B : De manière un peu systématique, on tente de les orienter vers la psychologue parce que, dans la grande majorité des femmes exposées à de la violence conjugale, il y a un syndrome de stress post-traumatique.

– Participant A : Il y a déjà une situation de rupture radicale dans leur vie : quitter le domicile, quitter tout ce qui entourait leurs vies... Donc, déjà, ça... voilà.

– Participant B : Quand elles arrivent ici, elles sont envahies par la séparation, par ce qu'il s'est passé dans le couple, par la violence qui s'est installée autant sur le plan psychique que sur le plan physique, et l'emprise aussi. Cette emprise, elle vient aussi, en tout cas, elle vient conditionner effectivement le syndrome de stress post-traumatique.

– [...]

– ***Du coup, tout à l'heure vous parliez de prise en charge globale de ces femmes, est-ce que vous faites quelque chose de plus spécifique par rapport au psychotrauma ?***

– Participant A : Déjà, quand on parle de prise en charge globale...Moi, j'ai l'expérience [au sein d'une association d'aide aux victimes] où j'étais psychologue, où il y avait effectivement des juristes et où je voyais exclusivement les femmes sur cet aspect psy. C'était, en général, très erratique ces demandes : elles venaient puis, elles ne venaient plus, elles investissaient puis, elles n'investissaient plus. Très souvent, elles n'investissaient pas parce que, je pense, qu'elles étaient absorbées par autre chose et qu'elles ne s'octroyaient pas le temps de travailler à ce niveau-là. Ici, la prise en charge globale, c'est que cette expérience-là, elle ne mène à rien en fait. Si on découpe les prises en charge, elles ne vont aller au bout nulle part alors qu'une prise en charge globale, à la limite il y a une unité de temps, une unité de lieu au niveau [de l'association]. La chose va être attaquée par tous les bouts et va aller jusqu'au bout. Après, on peut commenter que l'on soit dans les locaux et cetera... C'est vrai que cela amène d'autres difficultés à d'autres égards. C'est

vrai que le fait que l'on soit dans les appartements qui sont leurs espaces, enfin, bref, cela amène d'autres questions. Mais d'un autre côté, cela permet de traiter toutes les questions. Il y a la question du travail, la question du logement, la question des droits au niveau social, la question de l'éducation des enfants, la question de la santé, la question psychologique, la question du relogement, la question de l'avenir... c'est-à-dire que tous ces aspects-là, ils sont questionnés, ils sont discutés... La question des aspects judiciaires, tous ces aspects-là, ils sont traités [ici] et on ferme toutes les portes à ce niveau-là, de façon à ce qu'il n'y ait pas quelque chose qui traîne et qui viennent polluer et qui fasse que cela vienne faire écrouler tout le château une fois qu'elles sont sorties. Tous ces aspects-là, ils sont pris en compte. Et en fait, c'est de faire évoluer dans une même temporalité tous ces aspects-là et c'est ça qui apporte des résultats. Quand on dit résultat, on parle de non-retour au domicile conjugal. Alors, il y a des retours au domicile conjugal qui sont : « on s'aime à la folie et on va avoir d'autres enfants » mais il y a beaucoup de retours au domicile familial sur beaucoup d'associations qui sont : « finalement, là je vais dans un mur, je ne vois pas où je vais, je ne vois pas quelle est l'arrivée, je ne vois pas quel est le projet », « je ne peux pas me projeter dans quoique ce soit parce que dès qu'on parle d'un truc, au niveau-ci, on va travailler mais moi, j'ai ça qui me rattrape ». Et finalement, quand on aborde toutes les questions dans un même temps, qu'on les traite toutes et que l'on avance sur toutes ces questions, même si la question du travail, ce n'est pas tout de suite, on va prioriser... mais cela fait partie du travail de réinsertion de la personne. Et ça effectivement, cela fonctionne. Elles quittent [la structure], elles auront une formation en poche ou un petit travail, elles ont un logement qui est plus pérenne. Elles ont, au niveau judiciaire, le procès est en cours. Au niveau du divorce, c'est fait ou c'est en cours et elles ont la garde des enfants. On a tout barricadé pour que cela puisse marcher. Mais, des fois, cela ne marche pas parce que ce n'était pas cette fois-là, parce qu'il appartient aux femmes victimes de violences conjugales de retourner au domicile, d'avoir plusieurs tentatives comme ça avant qu'elles n'en fassent une vraiment. Mais, ce qui garantit de meilleurs résultats, c'est ça. Et au niveau du parcours des migrants, des ponts peuvent être fait assez facilement, parce que si on travaille comme ça avec une population migrante, je pense qu'on y arrive. Le problème, il me semble, c'est que les migrants que l'on va envoyer, alors c'est très bien, que l'on va envoyer dans la Creuse pour

repeupler des villages où il n'y a personne, que des personnes âgées, où il n'y a pas de boulot... Moi, je ne vois comment on va réussir à les insérer. Alors, OK, il y a des questions de places, de disponibilités, tout le monde ne peut pas aller dans les grandes villes... sauf que le travail, c'est ce qui permet de s'intégrer, c'est ce qui permet aussi de vivre autre chose que ... ça, je crois que c'est très, très important. Il ne suffit pas de donner un toit et des pommes de terre à se mettre sous la dent, ça ne marche pas. En tout cas, pour les femmes victimes de violences conjugales, ça ne marche pas. Et je pense que l'on peut tout à fait faire un parallèle entre la violence conjugale c'est-à-dire une situation de précarité extrême à un moment donné et la migration qui est une situation de précarité extrême à un moment donné. Et c'est ça...

– Participant B : C'est-à-dire que l'on balise le parcours des victimes que l'on essaye de les accompagner au mieux, parce que le parcours des femmes victimes de violence, c'est le parcours de la combattante. On va leur demander d'aller voir le médecin, on va leur dire d'aller déposer plainte, on va leur dire d'aller voir un avocat, on va leur dire de s'occuper des enfants, on va leur dire d'aller en médecine légale et puis, il faut que vous inscriviez vos enfants au CMP et puis, Madame... Et en fait, on va leur demander moult choses avec derrière le compagnon qui dit « si je t'attrape, je vais te tuer... et cetera, je vais de reprendre les enfants... », avec des menaces aussi. Donc, c'est impossible quand on est envahie à ce point-là psychologiquement, quand on a plein de choses à engager, si on n'est pas soutenues un minimum, si on ne nous a pas étayées, si on n'a pas un peu balisé le parcours, c'est quand même éminemment compliqué de tenir ce parcours-là. Eh oui, on parlait des migrants, il faut que cela s'accompagne. Il faut une méthodologie d'intervention et d'action auquel cas... Si on fait du saupoudrage, on peut... Moi, je peux parler du saupoudrage parce que j'en ai fait... [...] On va où avec ça, qu'est-ce que l'on propose réellement. L'idée de créer [cette structure], c'était aussi, voilà, quitte à essayer de faire les choses, on va essayer de les faire bien, peut-être avec moins de personnes, mais ce que l'on aura fait sera peut-être beaucoup plus efficace dans ce cadre-là que dans un autre.

– [...]

– *Pour ces femmes qui arrivent à sortir, comme vous disiez qui « tiennent droit », est-ce que des fois il y a un suivi au niveau psychique qui se met en place en parallèle ?*

– Participant A : Il y a des femmes qui demandent à commencer ici parce que, comme elles ont

commencé ici, c'est compliqué pour elles, de se tourner vers quelqu'un enfin d'aller voir quelqu'un d'autre. En général, cela ne continue jamais très longtemps, quelques mois au maximum mais voilà... effectivement, cela continue à ce niveau-là pour tout ce qui est social. Mais, en général, elles ont un logement pérenne. La garde des enfants, c'est bon. Le divorce, il est en cours, elles ont un avocat et cela continue. Soit elles ont une formation, soit un petit boulot, soit en recherche de boulot et quasiment, elles bossent. Quasiment, toutes, elles bossent. Elles n'ont pas travaillé de leurs vies et en fait, elles sortent toutes, soit en formation soit avec un petit boulot. Ce n'est pas des boulots très intéressants, mais de quoi gagner leurs vies, de quoi élever leurs enfants, de quoi payer leurs loyers et ça, c'est fondamental.

– Participant B : Elles ont retrouvé de la dignité...

– Participant A : D'elles-mêmes. Ne serait-ce qu'avoir un petit boulot, c'est vraiment énorme.

– Participant B : Et puis, en règle générale, nous, elles nous saisissent sur la question sociale ou juridique. Elles vont nous interpeller lorsqu'il y a quelque chose de très particulier, si elles sont en difficulté ou qu'elles ont l'impression que l'assistante sociale n'a pas répondu à leurs demandes. Et là, elles vont nous poser la question. Si elles ont une question sur le plan juridique parce que leur mari a engagé une démarche, « voilà, qu'est-ce que je fais ? ». Là, oui, elles nous sollicitent mais c'est ponctuel. On n'est plus sur du suivi. Et en fait, voilà, l'idée de les accompagner globalement, c'est aussi se dire qu'elles ont besoin de nous à un moment donné et que derrière, il faut qu'elles soient pleinement autonomes et qu'elles puissent saisir les dispositifs de droit commun. Parce qu'objectivement, ce sont des femmes qui n'avaient pas de problème en soi hormis que la violence, c'est ... est venue s'inscrire dans leurs parcours, mais elles sont autonomes en fait. Certaines d'entre elles n'auront pas besoin de voir une assistante sociale. On n'est pas obligées de continuer un suivi social lorsque l'on sort d'une structure sociale. Des fois, on me dit : « il faudrait l'orienter » mais pourquoi ? S'il n'y a pas besoin, ce n'est pas forcément utile que j'aille la présenter à une assistante sociale et que je fasse un relais alors qu'objectivement, il n'y a pas de demande. C'est aussi ça ne pas coller une étiquette.

– [...]

– *À quelles difficultés ou à quels obstacles êtes-vous confrontées dans la prise en charge globale de ces femmes ?*

– Participant A : Il y en a beaucoup, on en a évoqué

beaucoup. Les difficultés, c'est les dispositifs qui ne sont pas tellement adaptés. C'est le cas [d'une femme que l'on a accompagnée]. Les dispositifs ne sont pas adaptés mais c'est quand même une réponse. Par rapport à l'absence de réponse, c'est déjà une réponse.

– Participant B : Et puis, la question judiciaire, la question du relogement, ce n'est pas si simple. Ce n'est pas juste parce que l'on veut que les choses aboutissent, le temps que cela prend, c'est considérable. C'est une notion pour nous qui...

– Participant A : Parfois, le système reproduit la violence qui a été faite par le mari. Cette violence-là, elle est reproduite. Enfin, le cas de [cette femme], c'est un exemple fantastique c'est-à-dire qu'elle, elle était visée par son mari, elle ne pouvait pas sortir, violence économique, privée de salaire, privée de tout, tout était surveillé, limite enregistré à la maison. Elle se retrouve en CHRS, on surveille ses comptes, quand elle achète une glace à ces gamins... alors là... on ne peut pas faire mieux...

– Participant B : On va fouiller dans ses affaires personnelles lorsqu'elle n'est pas là.

– Participant A : Voilà, on va fouiller alors qu'elle est dans son logement, qu'elle a deux enfants qui vont à l'école, qu'elle a un petit boulot, voilà. Mais des situations comme ça... On a l'impression que parfois, l'institution reproduit la situation de violence qui a été.

– [...]

– Participant B : C'est l'immixtion dans ses affaires privées qui est choquante. C'est le contrôle sur ses dépenses qui est choquant. Et puis, le judiciaire...

– Participant A : Le judiciaire, même si les lois ont beaucoup évoluées, même si les réponses, elles ne sont pas toujours celles qu'une femme pourrait attendre de la société au vu de ce qu'elle a vécu. Mais le système judiciaire, il fait aussi ce qu'il peut et ce n'est pas facile de juger ces situations-là. Mais, parfois, les réponses, enfin, nous qui sommes à l'extérieur et essayons de rester neutres, c'est ... voilà.

– Participant B : On voit des aberrations.

– Participant A : Des aberrations et puis, des sanctions par rapport à des faits qui sont complètement inadaptées où l'auteur, il sort de l'audience, il regarde sa femme et il peut lui dire : « tu vois, je t'ai bien eu encore une fois ». Prendre deux mois de sursis pour des années de violence, enfin... des violences perpétrées lorsqu'elle était enceinte, des violences perpétrées... Voilà, je pense que cela participe aussi à : « non, on ne peut pas être entendues ». Tout ça, ça participe au traumatisme, ça participe.

– Participant B : Ça participe aux traumatismes de

ces femmes mais également, des enfants qui les accompagnent. Cela vaut autant pour ces femmes que pour les migrants. Ils sont autant exposés à ce qu'ils ont vus, ce qu'ils ont entendus. C'est dramatique finalement. On n'a pas qu'une seule victime mais un ensemble d'un système.

– Participant A : La société... Moi, je pense, clairement, au niveau des interventions de police et cetera, voilà, je pense que ces femmes, ce n'est pas une question en termes de crédit que ça se pose mais voilà, on n'a pas forcément envie de donner beaucoup d'énergie à ça. Alors, effectivement, il y a pas mal d'allers-retours chez les femmes victimes de violences conjugales. Les policiers le savent bien, les gendarmes le savent bien. Ils essaient de le travailler, il y en a qui font un super boulot... mais voilà.

– Participant B : Les préjugés sont encore à l'œuvre et du coup, on a encore des professionnels qui renvoient la situation d'un revers de la main : « repassez plus tard », « vous n'avez pas d'ITT, il faudra venir quand vous avez votre certificat médical ».

– Participant A : Oui, ou tout simplement en disant : « c'est pour des papiers qu'elle a déposé sa plainte ». Ça, on l'a eu récemment pour une situation de viols qui est vraiment difficile. Et ça, je pense que cela imprègne encore un peu. Et puis, si c'est des femmes étrangères qui ne parlent pas français, c'est parfait parce qu'au moins... mais c'est comme les enfants. Là, le parallèle, peut être fait avec les enfants car plus la personne est vulnérable, plus on va pouvoir développer son pouvoir par rapport à ça et renvoyer des réponses parce que la personne en question ne parle pas un mot de français, elle est très dépendante des autres et voilà... Cela a été compliqué pour elle de se justifier devant la police, pour la plainte ... Je crois qu'il y a quand même un climat et une ambiance générale qui fait que le temps, le crédit, l'énergie que l'on va accorder pour quelqu'un qui n'est pas français qui ne parle pas français...

– Participant B : C'est sûr que le contexte politique..., géopolitique on va dire, ne favorise pas...

– Participant A : De toute façon, on va le voir par rapport aux migrants. À la prochaine présidentielle, on va payer très, très cher ce qu'il se passe en ce moment. Parce que tout ça, ça monte. Ils ne nous parlent plus que de ça : des attentats, de l'insécurité, ils glissent le mot « migrant » au milieu. Tout ça, c'est monté et c'est travaillé...

– Participant B : Tout étranger est susceptible d'être un terroriste, une femme, un homme, un enfant.

– [...]

– Participant A : Je crois que l'on est dans un climat

qui va de plus en plus favoriser ça et créer des clivages de plus en plus profonds. On le voit peut-être un peu plus au niveau de la police. On va changer d'interlocuteur, c'est peut-être ça aussi. Il y a des questions de personnalités... On le voit déjà.

- [...]

- Participant A : Moi, je pense que les formations ne seront jamais aussi fortes que le climat dans lequel on baigne toute la journée. Et c'est vrai qu'au début des formations, beaucoup plus facilement, lorsqu'ils font le petit boulot sur les préjugés, sur les attentes des rôles sociaux hommes/femmes, cela dégage un peu violemment chez certains. Et puis, en fin de formation, « ah oui, on comprend mieux pourquoi on a fait ce petit travail-là » et puis, en découle toutes les questions de violence. C'est quand même toujours intéressant comment la formation, elle peut revenir modeler la pensée un peu différemment. Mais, je pense, ils sortent de là et puis, deux jours après, c'est reparti... Parce que l'on est façonné dans le monde dans lequel on vit et il est de plus en plus violent et de plus en plus insécurisant mais, même pour tout un chacun.

- Participant B : Et c'est aussi, par rapport à votre question de violence et de migration, c'est vrai que bien souvent, on va se dire : « c'est que ces publics-là qui sont concernés finalement ». C'est ceux qui l'on va voir, qui seront le plus en demande, le plus en difficulté. On va se dire « ce problème-là, ce n'est pas un problème franco-français ». Moi, je l'ai entendu en formation. [...] Il y a quand même ça aussi qui est à l'œuvre. Finalement, ces gens-là, les migrants, c'est le danger, c'est eux qui amènent les problèmes, c'est eux qui amènent l'insécurité.

- Participant A : Et ils se gargarisent de ça aux infos mais tout le temps. [...]

- [...]

- Participant A : Les femmes que l'on accueille [ici], ce sont des femmes étrangères et qui sont toutes seules. Mais, je dis qu'il y a exactement la même chose en France sauf qu'elles ont grandi ici et qu'elles ont leurs parents et, qu'elles ont leurs amis. Quand elles ont besoin de quitter le domicile familial, elles connaissent les lois, elles connaissent le contexte, elles ont chez qui aller et il n'y a aucun de souci. Et finalement, elles échappent à nos statistiques. Mais elles existent et nous, on ne les comptabilise pas parce que nous, on a celles qui sont sans travail, qui sont terrorisées à l'idée de ce qu'a dit le mari. Quand elles arrivent de pays où les règles ne sont pas les mêmes, où le mari a plus de droits et bien effectivement, elles sont persuadées qu'elles ne peuvent rien faire, que ça va mal se terminer.

- Participant B : Elles ne peuvent compter que sur le

social ces femmes-là.

- Participant A : Donc, c'est vrai, on a vraiment un biais dans nos représentations, je pense aussi par rapport à ça.

- [...]

- Participant A : Je crois que c'est compliqué pour ces femmes, ne serait-ce que d'arriver d'un pays où il y a des règles, un fonctionnement et d'arriver dans un pays où cela ne correspond plus du tout à ce qu'elles ont connu. C'est déjà ça qui les déstabilise.

- [...]

- Participant A : Par contre, je trouve qu'il y a quand même quelque chose qui est assez étonnant. C'est que l'on a des femmes qui sont bien fragilisées et finalement, toutes, presque toutes, elles arrivent à tenir un petit emploi, elles arrivent à éduquer leurs enfants même si c'est difficile. Et je pense, on prendrait une population témoin ici, on les soumettrait à la même situation de désorganisation de tous leurs repères de vie, je ne sais pas si elle arriverait. Je ne sais pas ce qui fait que cela fonctionne et que cela est possible.

- Participant B : L'absence de choix peut-être. C'est « marche ou crève », elles n'ont pas le temps de s'écouter...

- [...]

- *Je repensais tout à l'heure, vous parliez de tentatives de suicides ou d'idéation suicidaire chez les femmes que vous recevez. C'est fréquent ?*

- Participant A : Moi, je n'ai pas trop vu.

- Participant B : Fréquent, voilà. On n'a pas une prévalence très importante mais quand même.

- Participant A : Ce qui est fréquent, c'est qu'elles disent que le seul moyen d'en sortir, ce serait par la mort.

- Participant B : Après, elles ne vont pas toutes passer à l'acte, faire une tentative, mais elles ont des idées suicidaires. L'idéation suicidaire est quand même vachement présente chez beaucoup.

- *Comment vous les gérez ?*

- Participant A : On évalue le risque suicidaire. Dès que l'on évalue qu'il y a un risque suicidaire, en fait, on leur demande de rencontrer également un médecin psychiatre, souvent, pour les aider à ce niveau-là.

- Participant B : À défaut, un médecin généraliste...

- Participant A : Voilà, d'accompagner avec une thérapeutique un peu adaptée, le temps que l'on construise un peu les choses. Voilà, on ne joue pas aux apprentis sorciers par rapport à ça. Mais, que ce soit pour des femmes qui vont évoquer le suicide comme pour d'autres femmes avec des troubles un peu majeurs et qui nous semblent inquiétants et qui vont mettre en cause la façon dont elles s'occupent des enfants, on va mettre en place ça. Elles peuvent

aussi être amenées à nous le demander, des femmes qui ne dorment plus du tout, qui ont perdu complètement le sommeil, qui n'arrivent plus à s'alimenter. On n'attend pas qu'elles dépérissent. On va voir quelle petite béquille on va pouvoir trouver autour et ... voilà. Mais, c'est vrai même pour nous, ce n'est pas toujours sécurisant...

- [...]

- Participant B : C'est finalement que les gens ont des ressources que l'on ne soupçonne pas et que nous, avec nos problèmes de rien du tout, on est près à s'effondrer... Elles sont courageuses. Moi, je suis admirative qu'elles aient pu supporter tout ça.

- [...]

- Participant A : L'insécurité, la vie au jour le jour, c'est terrible...

- *D'après vous, est-ce que vous pensez qu'il y a des compétences ou des qualités nécessaires pour prendre en charge les femmes que vous accueillez ?*

- Participant A : Non. Il faut le petit plus...

- Participant B : Les compétences personnelles vous voulez dire ?

- *Les compétences ou les qualités...*

- Participant B : Il faut être patient.

- Participant A : Je crois que c'est ça, il faut être patient parce que lorsqu'il y a des allers-retours au domicile...

- Participant B : Mais, pas que, parce que l'on est avec des femmes qui sont complètement déstabilisées par la situation qu'elles vivent et qui vont être dans des discours parfois, pas très logiques, pas très adaptés et que malgré tout ça, il faut être à l'écoute, attentive, empathique... Voilà, il faut ces qualités-là, de bienveillance, d'empathie et de patience... Après, je pense que la théorisation, ça aide. La théorisation sur ces problématiques aide aussi à comprendre les mécanismes dans lesquels elles sont et pourquoi elles y sont et comment elles peuvent en sortir et cetera. En termes de qualités, je parlerai d'empathie parce que des fois, voilà, c'est compliqué, il faut être dans de bonnes dispositions. Tu n'écoutes pas de la même manière, le jour où tu es super fatiguée et le jour où tu es en pleine forme.

- [...]

- Participant B : Elles voudraient que tout soit fait rapidement et lorsque cela ne va pas assez vite, elles disent qu'on n'a rien fait. On est loin de la posture victimaire à laquelle on s'..., on se représente, de la femme abattue, qui est pleinement dans l'attente de tout ce que vous allez pouvoir faire pour elle et qui va vous remercier... Nous, on n'a pas que ça. On a tous les types de profils et dans le fond, c'est bien qu'il y en ait qui râlent. C'est bien parce que cela

montre que d'une certaine manière, elles ont une affirmation. C'est bien mais c'est pénible mais c'est pas mal. Nous, ça nous positionne aussi. Cela nous engage à nous poser des questions aussi sur comment faire... C'est pénible, mais on apprend de toute chose.

- [...]

- *Quelles seraient éventuellement vos suggestions pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?*

- Participant A : S'il y avait beaucoup plus d'argent, j'en ai plein de suggestions à faire.

- Participant B : Moi, je ne suis même pas sûre que ce soit une question de moyens, c'est aussi une question d'organisation. Je pense qu'en mutualisant vraiment, en agissant en réseau, en construisant vraiment le parcours de ces migrants ou de ces femmes victimes de violences, on arriverait davantage à soutenir et à agir. Parce qu'il y a des moyens un peu de partout, qui sont dispersés de droite ou de gauche, voilà... Il faut essayer de mailler ces différents professionnels.

- [...]

- Participant B : Finalement, cela concerne tout le monde, enfin tous les professionnels, ce type de problématique. C'est comment est-ce que l'on peut véritablement agir ensemble, chacun de sa place, chacun avec les moyens et les connaissances dont il dispose, les limites aussi dans lesquelles il se trouve.

- Participant A : Moi, je pense qu'il y a une question de moyens aussi, si on arrivait à apporter des réponses, pour certaines, rapides.

- Participant B : Mais, pas que des moyens financiers. Je pense que c'est plus large que ça : moyens et ressources et mobilisation de ces ressources.

- Participant A : Mais, parfois, le parcours est trop long aussi par manque de moyens financiers parce que pas assez de logements pérennes, pas assez de réponses qui pourraient, je pense, aider aussi pas mal pour qu'elles puissent se réinsérer plus rapidement pour certaines dans une vie, dans leurs vies. Pour certaines, c'est difficile parce qu'elles passent six ou huit mois ici et on sent qu'elles sont prêtes à quitter [la structure], qu'elles sont disponibles pour ça, mais on n'a rien à leur proposer en sortie. Et finalement, cela pérennise de la lourdeur mais c'est sûr pas que... C'est vrai que si on arrivait à travailler beaucoup plus tous ensemble, cela aiderait. Mais ce qui fait peut-être que c'est difficile de travailler tous ensemble et qu'il y a autant de rivalités, c'est peut-être aussi parce qu'au niveau financier, c'est un peu tendu et que chacun veut tirer la couverture à soi ce qui fait que l'on se regarde peut-être un petit peu entre associations.

– Participant B : Je pense aussi que c'est une mentalité, c'est comment tu vois le pays... Dans d'autres pays, ils ne pensent pas de la même manière, ils pensent bien commun, ils pensent... Je pense que c'est aussi une question de politique, il me semble... comment on a envie d'agir véritablement...

– [...]

– Participant B : Moi, je pense que c'est aussi, sur le plan politique, ce que l'on a envie d'engager et ce que l'on n'a pas envie d'engager. Finalement, on fait beaucoup de saupoudrage, on fait beaucoup de petits effets d'annonces, mais on ne va pas au bout des choses. On ne fait pas de construction totale et complète des prises en charge ce qui fait que voilà...

– *Est-ce qu'il y a un point que l'on n'aurait pas abordé et qui vous semblerait important ?*

– Participant B : Il y a la question de la mise en place d'un centre spécialisé dans le psychotrauma des femmes et des enfants. Mais, cela aussi dépend des volontés politiques. Là, pour le moment, elles sont favorables mais voilà... C'est toujours pareil. La création d'un centre spécialisé dans le psychotrauma, c'est une nécessité. Devant l'absence de réponse en termes de prise en charge psychologique et psychiatrique tant que pour les enfants que pour les femmes, fait qu'aujourd'hui, il y a une nécessité de créer un dispositif qui puisse répondre à ces demandes-là sur l'ensemble du département. On a un département étendu, il y a beaucoup de choses qui sont concentrées sur l'agglomération. Voilà, [c'est] complètement en défaveur des populations qui vivent loin de cette périphérie-là. Après, voilà, c'est vrai que le développement de la réflexion sur les mythes et les préjugés sur le migrant, on l'a peu abordé, parce que finalement, ce n'est pas ce sur quoi on travaille, mais je pense qu'il y a des choses à creuser là-dessus, de comment on se représente le migrant. Alors, au travers de ce que l'on a pu dire sur la politique actuelle, cela transpire un peu. Je pense que l'on a à travailler, avoir un vrai regard sur comment... le regard que l'on porte véritablement sur les migrants et ce qu'on leur accorde vraiment... et sur ce qu'on leur reproche beaucoup... Et d'oublier que c'est une richesse... C'est une richesse, il y a de gens formidables qui sont le produit d'une immigration... encore faut-il qu'on leur laisse un peu de place, de bien-être...

– [...]

– *Merci en tout cas, merci d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien ...*

Entretien n°12 (E12)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– *Depuis plusieurs années, on observe une augmentation des demandes d'asile en France et en Europe. Récemment, il y a eu un engagement de la France à, normalement, accueillir 30 000 Syriens sur les deux ans qui viennent. Est-ce que vous, vous avez observé des augmentations au niveau de votre file active ou au niveau des demandes sur la PASS ?*

– Alors premier point important, on a vu aucun Syrien. On nous avait également annoncé, comme faisant l'objet d'un accueil un peu spécifique, des Érythréens. On n'en a pas vu non plus [ici] à la PASS. Les gens qu'on voit, c'est... Il y a une augmentation de la demande de consultations psychiatriques. Parallèlement, il y a une diminution de la demande de consultations somatiques. Alors ça, c'est lié à un effet local très précis : c'est qu'un [hôpital de la ville] a ouvert une PASS sédentaire. Et du coup, ils prennent en charge un certain nombre de gens qui auparavant venaient chez nous, je pense. Enfin, ça serait à réfléchir. Donc, en psychiatrie, on a eu une augmentation de la demande. Je pense aussi que c'est lié au fait que les autres PASS nous repèrent comme étant susceptible d'apporter une réponse plus spécifique. Mais du coup, on est très très embouteillé et les délais sont trop longs. Ce qui fait que ça perd de la pertinence. Parce qu'entre le moment où la personne fait la demande, et trois mois plus tard le moment où on peut la recevoir, l'eau a coulé sous les ponts et elle a pu trouver une autre solution. Donc, beaucoup de premiers rendez-vous sont tellement loin que les gens ne viennent pas. C'est un peu dommage. Et quant à la population qu'on accueille, je dirais qu'il y a, j'ai l'impression, une augmentation, mais pas énorme, pas une proportion énorme, une augmentation de la population balkanique, en particulier albanophone, et notoirement albanaise plus que kosovare ou macédonienne. On a également... Les albanophones représentent, je crois, quelque chose comme 35 %, un gros tiers de notre file active. Et également un pays qui est très représenté, c'est le Congo RDC, qui doit nous apporter environ 15 %, entre 12 et 15 %, de la file active. Et puis, il y a une augmentation, me semble-t-il, des gens qui viennent du Nigeria. Voilà.

Et puis le reste, c'est très très réparti, de manière très sporadique.

– *D'accord.*

– *J'ai une question après sur la prévalence de l'état de stress post-traumatique. J'ai repris la littérature et les taux de prévalence varient énormément parce que les méthodes ne sont pas les mêmes et la manière d'échantillonner n'est pas la même non plus. Et du coup j'ai des chiffres qui varient de 9 % par la revue systématique de Fazel de 2005, et puis ça peut monter à 86 %, c'est une étude qui avait été faite en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

– Alors c'est énorme. Avec les critères d'inclusion qui sont peut-être un peu larges... Sur 226 consultants que j'ai reçu depuis le début de l'année, j'ai rendu ce diagnostic dans 154 cas... Diagnostic de psychose dans 38 et autre psychopathologies dans 32. Bon, je suis sans doute un peu large mais à partir du moment où il y a un gros syndrome anxio-dépressif, des cauchemars récurrents, des troubles intentionnels, des céphalées ou d'autres cénesthopathies pénibles, je considère que c'est post-traumatique et évidemment qu'il y a un traumatisme psychique. Le traumatisme psychique, il est presque constant. Enfin, 90 % des gens qu'on voit arriver signalent un traumatisme psychique. Donc voilà, 154 sur 226, ça fait un gros pourcentage. Tu le calculeras... Ça doit faire plus de 60 %, 65 ou 70 %.

– *C'est assez élevé effectivement.*

– ...

– *Et du coup, ce que j'ai aussi retrouvé dans la littérature, c'est une association entre l'état de stress post-traumatique et au niveau psychiatrique tout ce qui est trouble dépressif, mais qui peut aussi être lié aux conditions de vie et puis aussi avec des somatisations, des douleurs pour lesquelles on ne retrouve pas d'étiologie somatique. Ce sont des choses que vous retrouvez aussi ?*

– Oui, beaucoup, principalement des maux de tête, mais également des douleurs précordiales, des douleurs d'allure rhumatismale, des trucs comme ça.

– *D'accord*

État des lieux

– *Est-ce que déjà dans un premier temps vous pouvez me parler de votre équipe, de son fonctionnement et éventuellement si vous avez recours à des interprètes ?*

– L'équipe est constituée d'une assistante sociale à temps plein, trois généralistes qui assurent un mi-temps de somaticien, un psychologue à mi-temps, une infirmière à 30 %, une secrétaire à 20 %, une cadre de santé à 10 % et moi à 60 %. Donc, c'est une petite équipe. On a un superviseur, une fois par mois qui fait une réunion de deux heures de supervision... Au niveau du fonctionnement général, toutes les personnes demandeuses sont accueillies par l'assistante sociale. Et à chaque fois, bilan au moins de débroussaillage pour savoir où ils en sont de leurs droits de sécu, de leur titre de séjour, de leur demande de titre de séjour en France, de leur hébergement, la question de l'accès à l'alimentation... Bon, ça, c'est débroussaillé de manière systématique par l'assistante sociale. Quand il y a une demande, soit spontanée soit un adressage, pour une demande de soins somatiques, psychiatriques, ou les deux, l'assistance sociale ensuite organise les rendez-vous avec la secrétaire en face. C'est un peu comme ça que ça se passe. Le psychologue, on ne lui envoie de patients que sur indications médicales. Donc, c'est soit les quatre médecins qui participent à la PASS, soit quand il y a une indication qui est portée dans une autre PASS, mais de manière convaincante. Et l'infirmière, elle a un travail qui est beaucoup plus polymorphe et difficile à cerner. Mais, elle fait un peu d'entretien infirmier, d'accompagnement, elle fait quelques soins infirmiers pour des patients qui en ont besoin. Elle fait également pas mal d'accompagnement, en particulier, pour tout ce qui est démarche de soins, qui est compliqué par la situation des gens et en particulier, par le fait que soit ils sont francophones mais ne savent pas s'expliquer, soit ils ne sont pas francophones. Elle n'est pas allophone ni rien, mais elle connaît leurs histoires donc elle peut en témoigner, elle peut faire un peu l'ambassadeur. Alors pour l'interprétariat, c'est énorme. J'attendais la fin de l'année pour calculer... Sur 226 patients, il y en a 108 qu'on reçoit avec interprète, donc, pas loin de la moitié.

– *Du coup c'est des interprètes qui sont présents physiquement, ou que vous avez au téléphone ?*

– Présents physiquement, agréés, envoyés par Inter-Service Migrants. Et alors ce que fait, ça pourrait être une facture énorme. Et en fait la facture on arrive à la contenir parce qu'on procède par matinées ou par demi-journées une même langue : une demi-journée albanophone, une demi-journée arabophone, une demi-journée russophone...

– *Et est-ce qu'au niveau de l'équipe, il y a un peu des valeurs communes ?*

– Oui, je pense qu'on ne reste pas dans une PASS

s'il n'y a pas un minimum d'accords sur ce qu'on y fait. On partage une vision selon laquelle notre devoir premier, c'est vraiment d'accueillir les gens qui se présentent à nous de la manière la plus humaine qui soit, la plus humanisante. Sachant qu'ils sont souvent très mal reçus dans beaucoup d'endroits parce qu'il y a tout ce qui est administratif, que du coup, ils sont d'ailleurs très effrayés quand ils arrivent : ils ne sont pas toujours très rassurés par la rencontre. Bon, on essaie de faire en sorte d'accueillir au mieux, de les sentir en sécurité, avec un effet secondaire qui est plutôt plaisant mais qui se retourne un peu contre nous, c'est que les gens ne veulent pas partir. Et que même lorsqu'ils changent de villes, par exemple lorsqu'ils sont logés dans une autre ville, ils prennent le train et ils continuent de venir. On a des gens qui viennent d'Annecy, j'ai des personnes qui viennent de Belley. J'ai même vu un homme, alors il a changé de ville parce qu'il a été débouté, il a trouvé un compatriote à Paris, en région parisienne qui l'héberge, et il continue de venir en bus. Moyennant quinze euros l'aller, il vient à ses consultations. Les consultations sont très peu fréquentes parce que moi je suis complètement embolisé. Du coup, je reçois les gens, en moyenne, je dirais tous les deux mois. Ceux qui sont le plus compensés, tous les trois mois. Et puis quand il y a des situations, instauration de traitements ou des gens qui ont des psychoses, enfin des problèmes vraiment lourds, j'essaie de les voir tous les mois. Maintenant, je ne peux pas tenir un rythme mensuel sur une longue distance. Je peux le faire, en bricolant mon agenda, sur trois mois, quatre mois pas plus... Notre drame, c'est... autant en soins somatiques, la définition du travail de la PASS est facile à mettre en œuvre et à automatiser c'est-à-dire que les gens ont une demande de soins, ils sont reçus, ils sont bilantés, ils sont soignés, enfin ils ont une proposition de soins, mais ils sont aussi immédiatement orientés dans le système classique, en particulier en libéral où il y a une ressource de généralistes susceptibles de les accueillir qui est considérable. Nous, en psychiatrie, on ne peut pas les faire admettre dans le système libéral. Déjà, les gens très insérés ont du mal à trouver leur place. Et on n'arrive pas à les faire à les faire admettre dans le système sectoriel extra-hospitalier ambulatoire. Donc, quand il y a une hospitalisation, ce qui est rare, vraiment ça arrive, je ne sais pas, trois ou quatre fois par an, pas plus. Quand il y a une hospitalisation, ça permet d'avoir un accrochage sectoriel et ensuite de confier le patient à son secteur, qui souvent d'ailleurs renâcle et essaie de nous le renvoyer. Mais quand il n'y a pas d'hospitalisation, on fonctionne

un peu comme un CMP pour migrants, ce qui n'est pas notre vocation.

– *Du coup vous n'arrivez pas à faire des relais ?*

– C'est très difficile. On en fait quelques-uns par an, peut-être là aussi trois ou quatre, maximum cinq. Et c'est une fois que les gens ont obtenu un statut quel qu'il soit, de réfugié ou de résident avec la carte de séjour étranger malade et une domiciliation et que cette domiciliation est stable sur plus de quatre mois. Donc, c'est ça les critères. Donc, à ce moment-là, l'infirmière, c'est dans ce cas de figure qu'elle fait les accompagnements. Alors, on a de vraies surprises : il suffit qu'il y ait de tout petits désaccords, quelqu'un qui est logé concrètement dans un endroit mais que la sécu été faite dans une autre commune, les secteurs se renvoient la balle, on n'arrive pas.

– *D'accord.*

– *Et du coup, au niveau de leur parcours, vous disiez tout à l'heure que des fois c'est d'autres PASS qui les adressent. Qui est-ce qui globalement va vous adresser des ... ?*

– Alors [des PASS somatiques] quand ils sont en difficulté par rapport à un problème psychiatrique. [Une association pour l'accueil et la défense du droit d'asile] beaucoup. Et puis... bon ça peut-être le Secours catholique, enfin cela peut-être différentes... [Une association médicale militante de solidarité internationale] aussi. Cette association quand pour une raison ou une autre, ils n'y arrivent plus, ils sont en difficulté. Et puis, le bouche à oreille aussi. Il y a des gens qui viennent parce qu'on leur a dit qu'ils pouvaient être bien reçus.

– *Et au niveau des raisons pour lesquelles on vous les envoie, parce que vous dites qu'ils ont des difficultés au niveau psychiatrique, mais c'est quoi les difficultés qu'ils rencontrent ?*

– Eh bien, on ne voit pas que des gens qui ont des problèmes psychiatriques. Moi, les 226 que j'ai vu depuis le début de l'année, représentent un quart, peut-être un peu plus d'un quart de la file active totale. Mais, il y a beaucoup de gens que je ne vois jamais, qui viennent pour des questions d'accompagnement social, pour des questions somatiques, maladies somatiques, pour des grossesses, des grossesses et tout ce qui tourne autour de ces questions-là. Donc, il y a un bon nombre... On est une PASS générale ici, officiellement.

– *Du coup, il y a et du somatique et du psychiatrique.*

– C'est une particularité d'avoir des temps de psychiatre. Mais, pour autant, on n'est pas

spécialisé.

– *Oui, ce n'est pas une PASS psychiatrique au sens propre du terme.*

– ...

– *Du coup, quand vous identifiez une pathologie post-traumatique, qu'est-ce que vous pouvez proposer comme prise en charge ?*

– Alors comme j'ai très peu de temps, je ne peux pas m'engager dans des prises en charge très spécifiques de type EMDR, hypnose, relaxation, enfin des choses comme ça. Parce que je ne vois pas les gens suffisamment. Donc, je propose des entretiens autant que possible, enfin avec ce que je peux moi, entretiens d'une demi-heure parfois un peu plus quand je peux et des médicaments, essentiellement des antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques. Enfin c'est... L'un aura tel cocktail et l'autre tel autre. Certains seront en monothérapie. Mais disons que ça tourne toujours sur ces piliers-là.

– *Au niveau des antidépresseurs, vous prescrivez quoi plutôt ?*

– Plutôt des sédatifs. Alors ma prescription, elle a évolué. Au début, j'aimais bien donner de la mirtazapine parce qu'il est sédatif et on fait d'une pierre deux coups, mais il a un inconvénient, c'est qu'il donne des maux de tête ou il aggrave les maux de tête. Et en fait sur le terrain, je m'aperçois que beaucoup de gens qui ont ce médicament sont en difficulté de ce point de vue-là. Donc, je donne de plus en plus du Laroxyl qui joue sur les deux tableaux. Enfin, en particulier, je le donne quand il y a des céphalées psychogènes. Et puis, la miansérine aussi. J'utilise beaucoup la miansérine.

– *Et coup, au niveau anxiolytique et hypnotiques, c'est... ?*

– Là aussi j'ai des petites préférences. Les benzos à demie-vie courte comme le Seresta, le Xanax, alprazolam, pour moi, c'est bien sûr classique. Comme anxiolytique, je donne de l'Atarax. Et comme hypnotique, ça tourne toujours autour des trois mêmes, Stilnox, Imovane et Noctamide qui sont les molécules que moi j'utilise.

– *Et au niveau des suivis que vous faites, est-ce que ça vous est arrivé d'être confronté à des patients qui ont des idéations suicidaires très très importantes, ou à des crises suicidaires et comment vous les gérez ?*

– Ça m'arrive et là, il y a le recours au psychologue qui a la possibilité d'avoir un accueil beaucoup plus soutenu. Moi j'essaie, des fois ça m'arrive, d'essayer de bricoler mon agenda pour pouvoir recevoir des gens un peu plus souvent. Sur un temps très court, je dirais, faire au moins des petits entretiens pour

prendre la température, pour voir comment ça évolue. Il m'est arrivé aussi de préconiser des hospitalisations, souvent avec le problème d'un refus de la personne qui a peur de tomber chez les fous, enfin... et d'être dénarcissisé. Alors en général, je n'insiste pas. Bon, je touche du bois, mais depuis deux ans que je travaille ici, je n'ai pas eu de patient qui se soit suicidé.

– *Et du coup vous disiez que les orientations sur le psychologue, c'est plutôt une indication médicale ? Et après, comment ça se passe au niveau psychothérapique, enfin comment il travaille ?*

– Déjà, il travaille lui aussi avec interprète dans à peu près la moitié des cas c'est-à-dire qu'on ne sélectionne pas les cas à lui adresser en fonction de la langue. C'est vraiment en fonction de la clinique... Lui peut proposer des choses plus intensives. Il peut proposer des rendez-vous hebdomadaires, éventuellement bihebdomadaires si vraiment la personne va très mal. Ce ne sera pas facile pour lui non plus. On peut avoir un filet de sécurité, là, beaucoup plus solide. Et puis, il peut aussi... On s'était dit qu'il ferait des prises en charge pas trop longues, autour de trois mois, avec des thérapies brèves. En pratique, ce n'est pas très facile. Les gens posaient leurs valises, ils veulent continuer. Mais ce qui se passe, c'est que souvent c'est assez intensif sur trois mois et ensuite, il voit les gens de manière beaucoup plus lâche, tous les mois ou tous les deux mois.

– *Et est-ce que lui, il arrive à travailler un peu la question du traumatisme ?*

– Oui, il la travaille... Alors, il n'a pas de formation en hypnose, en EMDR donc il est en thérapie verbale, très conventionnelle. Visiblement, c'est aussi une voie d'accès intéressante pour le traumatisme. Je dirais que le grand enjeu de toutes ces prises en charge, c'est d'arriver à recoudre le fil biographique, enfin à retisser le fil biographique de manière à ce qu'avant le traumatisme ou les traumatismes qui poussent à l'exil, le voyage et l'accueil désastreux, avant cette série de traumatismes, la personne puisse se sentir suivre son chemin à elle et son fil biographique, et non pas renaître tout d'un coup dans la misère et le caniveau européen. Parce que c'est un peu comme ça que beaucoup de gens le vivent. Alors ça, ou alors la dé-idéalisation parce qu'il y en a qui évoquent le paradis perdu. Mais bon, on parle de paradis qui n'en était pas un. On essaye de travailler là-dessus, bien sûr.

– *Quand vous dites qu'il y a des relais qui sont quasi impossibles à faire en psychiatrie, il y a des gens que vous suivez depuis combien de temps ?*

– Il y a des gens que je suis depuis que je suis arrivé, depuis deux ans et pour lesquels je ne vois pas d'issue à court terme ou à moyen terme. Alors il y a des gens qui disparaissent de la file active. Je pense pour plusieurs raisons. On n'a jamais eu l'information sur un suicide, peut-être que je me suis avancé un peu, mais on n'a jamais eu l'information dessus. Mais en revanche, il y a des patients qui se font expulser ou qui choisissent de repartir et qui font valoir leurs droits avec l'OFII.

– *Parce que du coup, il y a des gens qui tout d'un coup disparaissent et vous n'avez pas d'explications ?*

– Oui. Alors c'est chelou, il y en a aussi qui disparaissent et reviennent. On apprend que pendant huit mois, ils sont partis en Allemagne ou qu'ils sont rentrés au pays puis revenus. Il y a comme ça des choses et dont la logique nous échappe en grande partie parce que... Je pense, en particulier à tous les gens des Balkans, entre les albanophones, les plus nombreux, et puis les Bosniens, on en voit pas mal, bon principalement...c'est pas très loin ces pays. Et ils ne nous racontent pas un tiers du quart de ce qui leur fait violence. Mais, disons qu'à mots couverts, on comprend que par moments, ils sont en danger même en France, quand il y a des règlements de comptes, quand la communauté apprend qu'ils sont dans tels lieux, alors ils disparaissent, ils se planquent un peu, ils reviennent. Ils nous racontent un peu des salades, mais bon...

– *Et au niveau des difficultés ou des obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge des migrants qui ont un parcours de demande d'asile et qui ont une pathologie post-traumatique, vous parlez de la question des relais, mais est-ce que vous voyez d'autres difficultés ?*

– Eh bien, oui, la principale, elle est là. C'est que l'on n'arrive pas à trouver un dispositif de soins autrement que de ce que j'appelle un mode dégradé. Moi, ce que je propose, c'est vraiment un minimum minora qui n'est pas très satisfaisant, pas très élégant et puis, qui est un peu à la limite de ses moyens parce que s'il y en a finalement plus qui restent dans la file active que ceux qui partent, avec ceux qui arrivent, je vais forcément arriver à moment où je ne pourrai plus. Je ne sais pas trop comment je vais faire.

– *Au niveau de la communication, vous n'avez pas de soucis ? Vous avez toujours un interprète ?*

– À part quand ils ne sont pas francophones, oui. Ou alors, moi, je peux me débrouiller en anglais suffisamment. Avec les anglophones, je fais les entretiens sans interprète en anglais. Le psychologue

fait aussi ça. Et l'assistante sociale aussi. On ne demande plus d'interprète d'anglais.

– *Tout le monde a suffisamment de bases ?*

– Oui, c'est basique, c'est assez sommaire, mais on arrive quand même à peu près à se comprendre.

– *Et est-ce que des fois vous avez des demandes de certificats médicaux, pas pour la demande d'étranger malade mais plus pour les audiences pour l'OFPPA, pour la CNDA ?*

– Oui, régulièrement. Alors pour l'OFPPA, on a longtemps dit que ça n'était pas la peine, qu'ils ne le regardaient pas. Mais apparemment, ça a changé. Donc maintenant, je commence à en faire. Et pour la CNDA qui, en revanche, est assez attentive à ça, quand les gens me le demandent et quand effectivement ils ont des réactions émotionnelles qui sont tout à fait désadaptées, quand ils sont susceptibles d'être très inhibés, quand ils sont susceptibles de se mettre en colère ou d'avoir des troubles de la mémoire, je le signale et je demande, enfin, je dis qu'il est légitime que la Cour en tienne compte dans la conduite de l'audience. C'est ma formule.

– *Et vous arrivez à ne pas forcément citer de pathologies ?*

– Oui, ça, ça ne sert pas à grand-chose dans ce cas-là. Ce que je mets en avant c'est plutôt les symptômes qui peuvent gêner l'audience. Mais bon, je ne m'interdis pas non plus de mettre un diagnostic éventuellement. Ça, ce n'est pas interdit.

– *Et depuis 2 ans, est-ce que travailler ici, ça a changé des choses dans votre pratique ?*

– Oui, beaucoup, beaucoup. Par exemple, je trouve que dans notre métier, on est élevés dans une sorte de culte du cadre. Je ne sais pas si c'est vrai dans les jeunes générations mais, moi, en tout cas le cadre, l'horaire, le lieu, et cetera. Là, on a une population qui n'est souvent pas en mesure de respecter un cadre. Soit parce qu'ils ont des troubles attentionnels et ils ne se souviennent pas des rendez-vous et ils viennent la veille ou le lendemain, ou l'après-midi pour le matin. Soit parce qu'ils ont d'autres impératifs qui s'imposent à eux : ils vont se retrouver en garde à vue le jour du rendez-vous, ou ils vont avoir un rendez-vous extrêmement important avec une institution sociale ou quelque chose comme ça. Donc, du coup j'ai appris à être très souple. Et puis, c'est une population aussi qui n'est pas dans l'exigence du respect de l'horaire. Par exemple, si j'ai un rendez-vous à 10 heures et puis un autre à 10 heures et demie. Celui de 10 heures n'est pas arrivé, celui de 10 heures et demie est déjà là, je vois celui de 10 heures et demie. Celui de 10 heures, s'il arrive avec 5 minutes de retard, il ne va

pas s'offusquer d'attendre 25 minutes. Il a l'habitude, d'attendre en général, ça ne pose pas de problème. Et je suis sûr que je peux voir les deux comme ça. Alors que si bêtement, je fais attendre celui de 10 heures et demie et que l'autre arrive à 10 heures 25, eh bien...

– *Tout de suite, cela décale.*

– C'est une perte d'un temps qui est finalement précieux, parce que le temps de psychiatre est vraiment très compté. Donc cette souplesse-là, je la mets en pratique tout le temps maintenant. Et si un patient surgit sans rendez-vous, avec une demande urgente, son avocat demande un certificat, il a besoin de quelque chose, il a perdu son ordonnance ou quoi... si j'ai cinq ou dix minutes, je le fais tout de suite. Ou je lui dis éventuellement après le patient d'après. J'essaie de répondre au plus vite pour m'adapter à leurs contraintes. C'est aussi une des raisons qui font qu'on a une patientèle extrêmement fidèle, enfin, qui est très attachée. Et puis, je dirais que j'ai appris aussi, alors c'est un petit détail du cadre. Sur le contenu du travail, ça m'a appris à être beaucoup plus empathique et aussi beaucoup plus, comment dire on va dire... explicatif. Parce qu'on a peu de temps, il faut que les gens repartent avec quelque chose qui les aide, de ces rendez-vous. Du coup, on ne peut pas être dans cette espèce de lenteur et d'attente, comme dans la psychothérapie classique. Donc moi, il m'arrive souvent d'expliquer aux gens que, par exemple, je leur donne des médicaments mais que je ne les considère pas comme malades. Je considère qu'ils ont une réaction normale à une situation qui ne l'est pas, une situation de torture, une situation de séquestration, enfin tout ce qu'on peut imaginer... Et que du coup, j'ai conscience que les médicaments peuvent les apaiser, peuvent apaiser leurs tourments et en même temps, c'est comme ... je prends souvent l'image d'un antalgique sur une fracture. C'est idiot de souffrir d'une fracture mais en même temps, l'antalgique ne soigne pas la fracture. Et bon pour eux, on parle de fracture existentielle, de choses comme ça. Enfin bref, ils repartent de là avec l'idée qu'ils ont une ordonnance dans la poche mais qu'ils n'ont pas une étiquette de malade collée sur le front et que c'est important pour eux aussi. Il m'arrive aussi souvent de dire des choses que je ne disais jamais à des patients. Par exemple, quand les gens sont intelligents, quand je sens que c'est des gens qui ont une vraie capacité d'adaptation, de débrouillardise, de polyglottisme, de choses comme ça... je le leur dis, et je leur dis : « C'est une corde à votre arc dont il faut user et abuser absolument pour essayer de vous sortir de votre détresse. Ça peut

vous aider, il faut vous en servir. ». Les gens sont transfigurés, souvent, quand on leur adresse des messages positifs, qui ne sont pas tellement habituels en psychiatrie. Il y a rarement ce type d'intervention.

– *D'accord...*

– ...

– ***Et d'après vous, est-ce qu'il y aurait des compétences ou des qualités nécessaires pour travailler auprès de ce public ?***

– Les compétences, c'est les compétences de base, à mon avis. C'est la courtoisie, la disponibilité, le sens de l'accueil et puis, la capacité d'accordage. Alors ce qui est spécifique après, il y a quand même les questions culturelles parce que... je pense aux Africains en particulier, certains symptômes sont difficiles à mettre dans la bonne perspective. Mais le mode de raisonnement africain, il est souvent projectif, il est normalement projectif. Il m'arrive un malheur qui me fait des misères, qui me fait du mal. Alors ça, je ne suis pas un psychiatre transculturel très aguerris, mais disons que j'ai au moins cette préoccupation-là de ne pas plaquer de manière systématique, un raisonnement occidental sur des pathologies qui ne le sont pas et qui peuvent effectivement obéir à d'autres logiques... Ça serait une compétence spécifique intéressante, un psychiatre qui connaît bien l'Afrique, ou l'Asie, enfin... Encore que des Asiatiques, nous, on en reçoit relativement peu, quelques Afghans, quelques Pakistanais mais c'est à peu près tout. Donc, compétences et puis quoi ?

– *C'est compétences ou qualités.*

– Je pense qu'il y a un état d'esprit si vous voulez. C'est difficile à dire comme ça, parce que logiquement ça va de soi. Mais bon, peut être qu'il faut le dire, peut être qu'on rentre dans une époque sinistre où il faut le dire, il ne faut pas être xénophobe. Il ne faut pas être xénophobe et je vois parfois des collègues dans les discussions qu'on peut avoir sur la population qu'on reçoit, des collègues avoir des réflexes de ce type-là en disant que ce sont des profiteurs, ce sont des envahisseurs, que ce sont des gens dangereux qu'il faut fouiller. Donc, je n'ai pas de parti pris xénophobe. J'essaie d'être, de garder ma lucidité envers des gens qui ne sont pas très fréquentables dans la population qu'on reçoit, ils ne sont peu nombreux, mais il y en a quelques-uns qui sont franchement des voyous, qui sont manifestation des profiteurs. Je, comment dire, j'essaie de leur faire comprendre, de la manière la plus courtoise qui soit, que ce n'est pas la peine de venir demander des soins si c'est simplement pour

essayer d'obtenir ou d'extorquer des avantages indus et que je les suivrai pas sur ce terrain, que je ne soutiendrai pas leur demande. Mais je le fais de manière courtoise.

– *D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'une formation spécifique est nécessaire pour travailler avec ce public-là ?*

– Nécessaire, ce n'est pas tout à fait le cas, parce ça fait deux ans que j'arrive à le faire sans avoir autre chose que mon bagage, je dirais, vraiment professionnel. Mais s'il fallait faire un complément de formation, je dirais que c'est vraiment du côté de la géopolitique, qui aide beaucoup à comprendre les situations humaines. Et de... La question de l'interculturalité, la transculturalité, enfin les questions d'interférence entre la culture et les expressions symptomatiques. C'est sur ces deux points qu'il y aurait sérieusement des choses extrêmement intéressantes à glaner.

– ***Et si vous aviez des suggestions à faire pour améliorer la prise en charge des personnes qui ont un parcours de demande d'asile et qui ont une pathologie post-traumatique, qu'est-ce que vous pourriez dire ?***

– Améliorer au niveau de la PASS ou en général ?

– *De manière générale. Pas forcément que... Ça peut être ici et aussi de manière générale, comme vous voulez, comme ça vient.*

– Ce que je vais vous dire c'est peut-être très naïf. Mais moi, je suis extrêmement choqué de voir des gens à qui moi j'accorde ma confiance, quand ils me racontent leur trajectoire de vie, je n'ai pas de raison de douter de ça. Et il y a même des gens, avec lesquels, sur Internet, par exemple, ça aussi, c'est la souplesse de cette pratique, on peut aller voir ensemble sur Internet pour chercher un article relatif à un fait divers dont ils ont été victimes ou des choses comme ça. Je suis très choqué et peiné de voir que l'OFPRA et la CNDA les déboutent alors que visiblement, ils rentrent dans les cadres qui sont prévus par les conventions internationales pour bénéficier du statut de réfugié. Et ça, ça me peine beaucoup. Il y a un chiffre qui a été frappant, c'est que sur 226 consultants, on en a 12 qui ont obtenu le statut de réfugié. Il n'y en a pas beaucoup. Et la plupart par la CNDA c'est-à-dire qu'ils ont été déboutés par l'OFPRA.

– *Et il y en a eu qui ont eu la protection subsidiaire ?*

– Je mets la protection subsidiaire dedans. Alors après, on peut aussi augmenter nos chiffres avec ceux qui ont eu la carte de séjour pour raisons de santé, et qui sont effectivement en situation régulière

en France et qui peuvent travailler, qui peuvent s'insérer. Mais, ils ne sont quand même pas très nombreux et c'est très fragile, ça. Pendant trois ans, c'est tous les ans. On en voit qui ne sont pas renouvelés.

– *D'accord. Et pour raisons de santé, vous voyez quoi comme pathologies ?*

– C'est théoriquement, c'est des pathologies qu'on ne peut pas soigner dans le pays d'origine. Alors là, il y a une interprétation que moi, je fais de ça, parce que je fais pas mal de rapports pour ceux qui ont ce genre de gens, c'est l'interprétation qu'en cas de psychotraumatisme majeur au pays, que la personne ne peut pas y retourner parce qu'elle vivrait une acutisation de son syndrome post-traumatique et qu'en plus, elle serait exposée à des ruptures de soins, des ruptures d'approvisionnement pharmaceutique qui seraient préjudiciables à son état de santé. Donc, du coup, ce sont mes arguments, évidemment on met en avant, pour défendre le fait qu'elle doit bénéficier de cette mesure. Ça a marché pendant un temps, je dirais la première année que j'étais là, fin 2014-2015. Depuis un an, c'est beaucoup plus... c'est beaucoup plus contesté. La préfecture oppose des refus qui sont basés sur des contre-arguments qui sont eux aussi discutables, comme le fait que la plupart des pays du monde disposent d'un approvisionnement pharmaceutique correct où il y a toutes les molécules, enfin, toutes les molécules courantes, en tout cas, tous les psychotropes courants. Mais en pratique, on ne va pas traverser le Congo pour aller chercher du valium. Voilà, c'est arguments, contre-arguments et contestations. ça fait gagner du temps mais les gens profitent un peu de cette procédure. Jusqu'à une époque récente, la présence cinq ans d'affilée sur le territoire français donnait des chances de régularisation plus grandes, mais il semble que ça change. Cela ne va plus être le cas.

– *Et est-ce que vous verriez d'autres améliorations possibles ?*

– Alors il y a un point qui est extrêmement compliqué, je trouve, c'est sur les demandeurs d'asile, peut-être pas loin des 50 % n'ont pas d'hébergement. Donc ça, c'est dramatique. On a des gens qui arrivent, qui sont déjà très abîmés par ce qu'ils ont vécu et qui se retrouvent à la rue, et éventuellement à la rue en famille avec des petits enfants, enfin dans des conditions de précarité qui sont tout à fait insupportables. Là, il y a vraiment un effort à faire au niveau de l'hébergement des demandeurs d'asile quitte à ce que si les procédures se durcissent, ce qui est prévu, enfin visiblement, il y a un arsenal législatif qui va dans ce sens. Bon, je

dirais que si on examine correctement leur demande et qu'on leur donne droit lorsque les conditions sont réunies, je pense en particulier aux personnes qui sont persécutés pour l'homosexualité. En Afrique, c'est extrêmement fréquent. Enfin il n'y a aucune... ça rentre complètement dans les clous de la demande d'asile et je ne vois pas du tout pourquoi ces gens sont déboutés et ils sont souvent déboutés. Donc, si l'OFPRA et la CNDA respectent les traités internationaux et si on pouvait accueillir les gens dans des conditions correctes, ça ne me chiffonnerait pas que ceux qui sont déboutés, ils soient effectivement plus vite renvoyés dans leur pays et avec une interdiction de retour. Pourquoi pas, ça serait logique, très logique. Et ça casserait un peu le miroir aux alouettes qui fait que beaucoup de gens arrivent avec l'idée qu'en France, ils vont bénéficier, comment dire, d'un niveau de vie correct. Alors qu'en fait, ils sont extrêmement déçus. Bon, je ne parle pas de ceux qui sont dans « sauve qui peut la vie » et qu'on ne voit pas justement. Les Syriens, les Irakiens, les Libyens, ils arrivent en bateau, ils arrivent à la nage. Ça c'est vrai que... il faut fuir une mort certaine. Du coup, ils arrivent n'importe comment. On comprend qu'on leur paraisse plus vivable, qu'on puisse leur paraître plus vivable que dans leurs pays.

– *Et au niveau des soins ou des structures de soins, est-ce que vous verriez des améliorations possibles ?*

– Là, je dirais qu'on n'a pas à rougir du niveau de prestations qu'on propose. En particulier [ici] où on a la possibilité très facilement, même pour ceux qui n'ont pas de couverture sécu, de faire un bilan sanguin, de faire un bilan radio et de ne pas le facturer aux gens. Alors ce n'est pas vrai dans toutes les PASS, [dans certains hôpitaux], c'est facturé. Du coup, s'il y a, je ne sais pas soixante euros d'échographie à payer, les gens ne peuvent pas le faire donc on ne fait pas d'échographie. C'est pas... bon c'est pas terrible, terrible. Nous, ici, on peut vraiment faire une médecine générale un peu approfondie et de bon niveau. Et puis, neuf fois sur dix voire un peu plus, on peut ouvrir les droits sociaux assez rapidement. Les seules situations qu'on croise, c'est quand les gens ont déjà des droits sociaux ouverts dans un autre pays européen mais, où ces droits ne sont pas alimentés, parce qu'ils ne cotisent plus, parce qu'ils n'y vivent plus, ils n'y travaillent plus. Là, c'est vrai que ce sont des casses-têtes chinois, où ça peut prendre un an pour qu'on ouvre des droits. Mais c'est rare et dans le cas général, on ouvre des droits rapidement, comme ça si les gens ont besoin de soins, même des soins

importants, lourds, on peut les donner. Alors je précise que nous, dans notre PASS, on voit très peu de gens qui viennent, avec un visa touristique et une maladie grave, dans l'idée de se faire soigner gracieusement en France. [Les PASS d'autres hôpitaux] en voient beaucoup, ainsi que probablement que des PASS de cliniques. Et ça c'est une situation qui humainement très difficile, parce qu'effectivement, s'il faut un soin qui va coûter des centaines de milliers d'euros à la personne, mais que la personne de cette manière filoute pour l'obtenir, bon il y a un cas de conscience là qui est terrible, mais je crois qu'ils répondent en disant... en répondant par le droit, quoi, « OK, ce n'est pas prévu par le droit ».

– *Et est-ce que vous verriez un intérêt à un dispositif qui soit un peu spécialisé dans le psycho-trauma ?*

– Oui, c'est très... Enfin s'il y avait un centre qui puisse prendre en charge les gens, en tout cas les victimes de traumatismes, enfin de psychotraumatismes les plus graves, moi je... genre le centre Primo Levi qui fait un peu ça, mais qui n'a pas des moyens considérables. Donc, je crois qu'il y a une liste d'attente assez longue. Mais ça, ça serait extrêmement précieux.

– *Est-ce qu'éventuellement il y aurait un point qu'on n'aurait pas abordé et qui vous semblerait important ?*

– Oui, il y a un point qui est capital, c'est qu'idéalement, il faudrait aussi arriver à faire une psychiatrie publique ouverte aux gens sans domicile y compris en ambulatoire. Alors peut-être que, tu sais, la résistance des secteurs, elle est liée au fait que quand on prend en charge un SDF, c'est pour très longtemps, sauf s'il acquiert une domiciliation. Mais si c'est pas le cas, c'est pour toujours. Et ça c'est pénible parce que ce n'est pas une population très facile à soigner. Les migrants ne posent pas les mêmes problèmes, quand même. Parce qu'ils sont SDF ou en précarité domiciliée pour un temps et justement, s'ils s'installent, ils s'installent. Donc là, il y aurait certainement quelque chose à travailler avec les secteurs pour arriver à leur faire admettre qu'ils devraient pouvoir plus facilement accepter de prendre leur part dans ce travail.

– ...

– Ce que je peux te dire, c'est que... Je n'ai pas fait les totaux, parce que j'arrive à la fin de l'année, sur ce qu'on a fait. Je vais quand même te donner et me donner un chiffre... On a 39 personnes sur 226. Ça fait 15 % ça, un gros 15 %, qui sont totalement à la rue. Voilà... Les autres, on en a un paquet qui sont hébergés comme ils peuvent, hein.

– *Ils sont hébergés chez les autres.*

– Voilà.

– *Merci beaucoup pour votre temps et pour votre participation.*

Entretien n°13 (E13)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Les éléments ci-dessous ont été évoqués dans la partie sur le parcours professionnel mais ont été conservé du fait de leurs intérêts.

– Participant A : ...sur un tas de choses finalement. Sur de l'évaluation psychiatrique, à proprement parler, c'était un peu la première entrée. Ce qui pouvait faire question d'une pathologie psychiatrique chez les gens qui étaient reçus ici dans un contexte d'exil, de violences... Et puis, après, on s'est occupé de l'auto-évaluation du centre ce qui nous a pris du temps et de l'énergie. Et puis après, différents projets de l'ARS, des visites sur sites et puis, un peu de rédaction d'articles, des choses comme ça.

– Participant B : Des permanences d'accueil aussi.

– Participant A : Des permanences d'accueil. Ça, c'est un grand... comme dire, c'est avec beaucoup d'intérêt que l'on fait ça. On recueille beaucoup de choses, beaucoup de matériel et beaucoup de matières à réflexion.

– Participant B : Et on travaille ensemble aussi indirectement ce qui est vraiment chouette.

– Participant A : Cet aspect collectif, collégial, si je puis dire de ces permanences, c'est tout à fait intéressant. On peut vraiment confronter, c'est plus que confronter les points de vue, c'est confronter comment on vit ces entretiens. Et ça, c'est tout à fait intéressant. À chaque fois, ce sont des expériences qui nous sont rapportées, des expériences toujours un peu étranges, un peu déroutantes, un peu déstabilisantes et ça, c'est tout à fait intéressant de confronter ces expériences. Voilà. J'ai tout dit à peu près, non ?

– Participant B : Peut-être juste pour pointer aussi ton arrivée, la chance pour nous de [son arrivée] dans l'équipe parce que tu avais, quand même une grande expérience en psychiatrie en même temps pas dans n'importe quel secteur. Ton arrivée, dans le centre ici, dans une clinique qui est toujours, avec des zones grises où on ne sait pas si on est dans un registre post-traumatique ou est-ce qu'on est dans une entrée ou dans une ancienne psychose. Il y a quand même toujours de l'indécidable et ton regard, il est vraiment précieux à cet endroit et possiblement aussi pour vous, c'est aussi une chance d'avoir un temps d'échange. Cela nous a aussi fait travailler un

peu différemment...

– *D'accord.*

Contexte actuel

– *Depuis plusieurs années, en France et en Europe, on observe une augmentation du nombre de demandes d'asile. La France s'est aussi engagée, normalement, à accueillir plus de 30 000 migrants syriens sur deux ans. Est-ce que cela a eu un retentissement sur les personnes qui se présentent ici, sur le nombre de demandes ou sur votre file active ?*

– Participant B : Nous, on peut dire que l'on a une demande assez constante qui est de 25 à 30 nouvelles demandes par mois. C'est constant, on va dire, il n'y en a pas moins mais pas forcément plus non plus pour l'instant.

– Participant A : Cela s'est bien amorti.

– Participant B : C'est toujours un peu la même proportion. Par contre, ce qui est nouveau. Là, on a pu réduire nos délais d'entrée qui s'étaient vraiment allongés. Là, on a pu re-réduire nos délais d'entrée qui sont de quatre à six semaines en ce moment, ce qui fait que l'on revoit à nouveau des gens qui sont vraiment tout justes arrivés et donc effectivement, des gens qui viennent d'Irak, de Syrie. J'ai envie de dire que c'est là, dans l'année, que l'on commence à recevoir plus de Syriens, mais ce n'est jamais complètement..., en contemporanéité avec le conflit. Il y a toujours un décalage le temps que les gens arrivent, qu'ils aient passé les milles coches avant qu'ils arrivent sur le territoire. Donc, du coup, oui, là maintenant, on commence à proposer des premiers entretiens. Mais, ce n'est pas pour autant que cela s'engage après, notamment pour les Syriens. On commence à recevoir plus de gens qui viennent dans du post-conflit, enfin, dans du conflit encore actuel.

– Participant A : Érythréens, Soudanais, Afghans aussi, ça commence un peu à arriver.

– Participant B : Des Syriens, des Irakiens, des kurdes d'Irak. Et aussi pas mal de gens qui étaient, et ça, on va probablement être impactés dans les prochaines semaines ou mois par la création de centres d'accueil et d'orientation qui vont être construits pour que des personnes qui sont sur Calais ou la Chapelle suite au démantèlement soient repositionnées dans d'autres lieux d'hébergement. Donc, là, de fait, on va sûrement être amenés à recevoir des personnes dont le projet migratoire n'était pas du tout de venir sur [ici] mais de continuer la route. On en a déjà reçus quelques-uns, notamment des Soudanais et des Érythréens mais là, ça va sûrement augmenter le nombre de personnes puisqu'il va y avoir des ouvertures de lieux. C'est ça

que l'on vient d'apprendre, là, dans la région. Voilà. Mais, on peut dire que l'activité est constante. De toute façon, on a une équipe qui est constante donc on fait aussi avec nos ressources. De quatre psychologues à 3,5 ET, deux médecins généralistes sur un gros mi-temps qu'ils font à deux, [mon collègue] sur un petit temps, c'est pas des suivis, c'est plus des évaluations, un kiné et une arthérapeute. Le gros des suivis est proposé par quatre psys et les deux médecins.

– Participant A : Il faut bien voir aussi que sur [la ville et l'agglomération], comme on est plusieurs structures à pouvoir répondre à cette demande, les demandes peuvent...

– Participant B : Se répartir...

– Participant A : Se cibler sur un centre en particulier et il y a un déséquilibre qui se crée. Les gens peuvent aller à un endroit ou à un autre.

– Participant B : Typiquement, souvent, on vérifie que les gens qu'on nous oriente n'ont pas un suivi engagé à la PASS [généraliste], parce que c'est aussi un lieu important de suivi et d'accueil. On est en lien assez régulièrement avec eux.

– *J'ai repris un peu la littérature pour essayer d'avoir des chiffres sur la prévalence de l'état de stress post-traumatique. Du coup, il y a des variations importantes parce que ce ne sont pas les mêmes méthodologies, les mêmes échantillonnages, les mêmes populations... On retrouve alors des chiffres allant de 9% dans la revue systématique de Fazel en 2005 à 86% dans l'étude de Buhmann en 2014 au sein d'un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'en pensez-vous ?*

– Participant A : C'est pareil. La seule référence que j'avais, c'était la référence du COMEDE. Je serais intéressé d'avoir les vôtres. Je parlerais de 30 %, de 20 à 30 %. Après, c'est vrai qu'il y a des études qui minorent un peu de 10-15 %, 16 %... Je ne sais pas, c'est difficile. On voit plus, je veux dire, comment on caractérise cet ESPT, qu'est-ce que l'on retient ? Est-ce qu'à partir du moment où les gens font des cauchemars, des cauchemars qui les réveillent et cetera, est-ce que c'est un ESPT ou est-ce que ce n'en est pas un ? Est-ce que l'on exige tous les critères de la symptomatologie ou pas ? Nous, on a plutôt l'intuition qu'il se passe quelque chose dans le post-traumatique quand on voit les gens, voilà, parce que sont évoqués des traumatismes alors subis et qu'on les sent, comme ça, dans une espèce de stress, d'anxiété, de reviviscence anxieuse. Après, on n'est pas là à pointer les symptômes, à dire cela en est un, cela n'en est pas un. On parle plutôt d'éléments

post-traumatiques. On est plus dans cette appréciation du trouble.

– Participant B : Et puis aussi après, avec la difficulté, nous, quoi qu'il en soit, on voit quand même une part très réduite des personnes qui arrivent sur le territoire. On doit être à 10 % je pense à peu près.

– Participant A : Oui, c'est ça à peu près.

– Participant B : Donc, quoi qu'il en soit, on a plus un regard qui est quand même très réduit. De fait, on voit des gens qui sont dans des états, qui ont beaucoup plus de symptômes déjà déclarés et ils nous sont orientés pour cette raison-là. Forcément, on a le regard un peu biaisé. Donc, je ne serai pas en mesure de donner un chiffre.

– *Ce n'est pas grave, quelque chose de subjectif suffit...*

– ...

– *D'accord.*

– *Et après, pareil dans la littérature, on retrouve fréquemment une association entre ce qui est troubles psychotraumatiques et troubles dépressifs au niveau psychiatrique et puis, tout l'aspect des somatisations où on retrouve des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas d'étiologie somatique. Est-ce que c'est des choses que vous retrouvez ?*

– Participant A : L'entrée somatique, on le dit souvent, c'est vraiment l'entrée par laquelle on va, on chemine vers ces troubles psychotraumatiques, les céphalées, les lombalgies, mal partout, les troubles du sommeil, je veux dire tout ce cortège qui est ... « J'ai mal à la tête », c'est constant, je vais dire, quelque part.

– Participant B : Moi, je ne suis pas médecin mais avec une géographie des douleurs qui est assez étonnante. Avec des fois, des douleurs dans le corps qui ne vont pas correspondre à quoi que ce soit, à part à un souvenir. Je pense encore à une dame qui me disait qu'elle avait le pied qui lui brûlait et qui avait eu mille explorations. On a beaucoup de gens ici qui ont eu pas mal d'explorations somatiques et c'est toujours le même constat, en gros, il n'y a rien, il n'y a pas de problématique somatique.

– Participant A : La douleur et puis... Et puis, en plus, la douleur fait que les gens vont voir leurs médecins généralistes. Leurs médecins généralistes prennent la douleur comme elle vient, ils ont un traitement antalgique, pas forcément d'ailleurs après un abord psycho... Ils arrivent avec leurs douleurs et leur traitement antalgique.

– Participant B : Avec leur doliprane...

– Participant A : Avec leur doliprane et puis, voilà. C'est un peu la première chose qui arrive, qu'ils

présentent...Oui... Enfin, des choses qui peuvent assez loin dans le registre de la somatisation si on peut dire ça. On avait une dame algérienne récemment qui était venue fuyant l'Algérie, sa relation conjugale violente, qui nous est arrivée complètement stressée, mal partout, peur d'être paralysée. C'est une observation que j'ai reprise. Elle se pissait dessus la nuit, je veux dire, une énurésie nocturne qui était apparue comme ça, tellement elle était terrorisée, stressée par cette histoire-là. ... Voilà, cela peut aller très, très loin dans les manifestations douloureuses, fonctionnelles de l'angoisse.

– Participant B : Et sur la dépression, toi, tu pourras dire aussi...

– Participant A : La dépression... Moi, je parlerais plutôt d'affects dépressifs. C'est des affects de perte, de déclassement social, de deuils, bien entendu, de deuils réels ou supposés de ceux qui sont restés au pays. Quand les enfants restent au pays, quand les parents restent au pays, eux, ils sont dans des situations violentes, qu'est-ce qui a pu se passer ? Est-ce qu'ils sont morts ? Je veux dire, il y a tout un cortège thymique de l'abandon, de ce que l'on a vécu comme abandon, comme deuils et comme ruptures mais aussi de cette situation sociale maintenant où on n'a plus rien. C'est un peu dans ce registre-là... Je vais dire, il faut tout reconstruire mais les gens n'en sont pas là, dans des projets de reconstruire. Ils ne sont que dans le constat qu'ils ont tout perdu, voilà, je crois que cela s'arrête déjà là. Après, ça peut se remobiliser dans des projets effectivement, d'avoir le statut, de se réinstaller en France et cetera, et cetera. Mais, au moment où on les voit, on est effectivement dans la perte, ça c'est clair.

– Participant B : Et effectivement, d'autres personnes qui sont dans des situations de grande précarité. Il y a des personnes qui obtiennent un statut, largement la minorité. Et pour ceux qui ne l'obtiennent pas, c'est quand même des parcours... Moi, je suis impressionnée par la ténacité, c'est pour ça que [mon collègue] dit affect...C'est quand même... Honnêtement, imaginons-nous dans la même situation, comme on tiendrait... C'est quand même des situations avec un cumul de ruptures, de pertes, de déclassement et autres. Et donc, des gens quand même qui tiennent bon.

– Participant A : Qui tiennent...

– Participant B : Je pense à une dame pour qui je viens d'écrire une énième attestation, que l'on avait d'ailleurs sollicitée pour l'auto-évaluation et que je fais aussi intervenir pour des formations auprès de travailleurs sociaux pour essayer de valoriser le

savoir d'usage, d'expertise. Et alors, ça fait huit ans qu'ils sont là et ils n'ont pas obtenu de ..., ils n'ont pas obtenu de statuts, ils n'ont pas obtenu de papiers et voilà... Ils sont impressionnants de ténacité. Du coup, elle a des moments de ..., de moins bien mais globalement, au regard du contexte, si on prend tout le contexte, c'est quand même des personnes qui tiennent quand même vraiment le coup dans un contexte qui n'est pas aidant, pas soutenant.

– Participant A : Oui, oui, on est surpris par, je n'aime pas trop ce terme, par la résilience des gens qui est un peu beaucoup utilisée, par les ressources utilisées.

– Participant B : C'est ça, c'est impressionnant.

– Participant A : Et heureusement...

– Participant B : Donc, de temps en temps, on voit des gens qui sont en train de s'effondrer. Ça, c'est aussi évidemment certain. Et dans ces cas-là, on alerte au maximum, mais on n'a pas toujours les relais. Et donc, c'est là où parfois, la psychiatrie est vraiment bienvenue parce que quand on voit quelqu'un qui est en train de sombrer, des fois, il faut un abri à l'hôpital parce que c'est vraiment pas des blagues, il y a un risque. On l'a déjà travaillé ensemble et évoqué. Il y a vraiment un risque suicidaire, enfin, c'est quasi non-assistance à personne en danger s'il n'y a pas de réactions, où on est en position d'être vraiment témoin et de pouvoir décrire, attester d'un effondrement vraiment proche...

– *Du coup, dans ces situations-là d'idéations suicidaires, vous arrivez à relayer ou à faire hospitaliser les personnes ?*

– Participant B : Alors, on y arrive. Cela demande énormément d'énergie, de contacts, de contacts notamment personnels aussi. C'est bien parce que l'on connaît telle personne. Cela passe toujours par de l'interpersonnel pour que ce soit vraiment efficace.

– Participant A : Oui, soit on arrive à construire ça comme ça avec des frayages... voilà soit c'est l'urgence.

– Participant B : Soit c'est les urgences si on n'arrive pas à construire en amont, on peut aussi aller aux urgences... Cela fait un petit moment que l'on n'a pas accompagné quelqu'un aux urgences mais c'est arrivé quelques fois de passer par les urgences. Mais, maintenant, avec la refonte des urgences, je ne sais pas comment cela marcherait. Il faut d'abord passer par une évaluation somatique... Je ne sais pas, on n'a pas encore testé.

– Participant A : Ce qui impacte fortement ces prises en charge, c'est quand même le statut de demandeur d'asile. Ça, vous le savez. À partir du moment où on

est dans cette case-là, les parcours de soins, c'est tout et n'importe quoi, c'est très clair. Enfin, c'est un peu de la débrouille. On est dans des manières de faire qui ne sont pas celles du droit commun, sûrement pas. Malgré tout, on a quand même en charge, en responsabilité des personnes qui sont en danger, quand même, à un moment donné. Et ça, c'est ... c'est un peu dur à porter quelques fois parce que du côté du droit commun, on sent que c'est un peu dur à organiser. Les seules choses possibles, c'est l'urgence.

– **Participant B** : Ou les PASS qui sont quand même d'un grand recours.

– *D'accord*

– *Du coup, après, c'est les questions sur votre pratique ici. Vous m'en avez déjà un peu parlé mais est-ce que vous pouvez me parler de l'équipe, du fonctionnement du centre et éventuellement si vous avez recours à des interprètes ?*

– **Participant B** : L'équipe, c'est celle que je vous présentais tout à l'heure. Le fonctionnement, du coup, nous, on reçoit les gens sur fiches d'orientation qui nous sont transmises, quand même en grande partie par des travailleurs sociaux mais aussi par des soignants, soit des libéraux soit l'hôpital notamment la PASS, des associations comme Médecins du Monde. Donc, ça peut être [aussi] des institutions, quelques avocats aussi, parfois. Et donc, quand on reçoit ces fiches, on organise un temps de permanence de premier accueil, ce que l'on évoquait là aussi. On reçoit systématiquement les demandes et on présente à la personne le centre de soin, l'équipe, comment on fonctionne. D'ailleurs, avec cette phrase assez simple que l'on répète tout le temps, qui est que l'on est un centre spécialisé pour accueillir les personnes exilées qui ont traversé des difficultés... On entre avec ça et généralement, cela fait le petit point d'accroche. Après, on demande à la personne où elle en est aujourd'hui, quels sont ses besoins et c'est là où on voit qu'est-ce qui est amené en premier. Souvent, céphalées, cauchemars et autres mais aussi une demande de parole. Il y a un gros boulot qui est fait par les collègues. [Mon collègue] pourrait expliquer aussi le psychologue ou l'entrée par la parole qu'est-ce que c'est, c'est quoi la proposition. Donc, là aussi, c'est intéressant, selon les collègues, il y a différentes façons de faire, de traduire. Donc c'est déjà une forme de traduction qui se fait pour 70 % des patients que l'on suit avec interprètes. On utilise des interprètes professionnels dès que nécessaire. On change si cela ne convient pas à la personne. On a vraiment une capacité d'être très

exigeant sur le travail avec interprètes professionnels. On connaît ceux avec qui on travaille. On se fait des espèces de temps de co-formations tous les deux, trois ans à peu près, on fait un recyclage. Donc ça, ça fonctionne bien. Donc, une fois que l'on reçoit la personne, souvent dans ce dispositif groupal, qui est assez intéressant... Au début, on était un peu dubitatif, on se disait : « mince, est-ce que cela ne va pas impressionner les gens ? ». Mais, au final, c'est vraiment un temps d'hospitalité première et cela permet de dire « bienvenue » et finalement, cela à un effet, au contraire, les gens voient que l'on est comme ça, à trois dont un médecin, la chef de service... On prend du temps pour chacun pour voir quels sont les besoins, on hiérarchise avec la personne. Donc, au final, cela a plutôt un effet de reconnaissance d'emblée et donc, du coup, c'est assez intéressant parce que, du coup, que la personne vienne, soit hébergée au fin fond d'une brousse ou travaillait pour le gouvernement ou...peu importe les classes sociales, cela fait un effet, différent selon... Mais, c'est assez intéressant au final comme dispositif aussi pour ça. Et aussi pour amortir...Moi, je suis assez étonnée que souvent, les gens amènent assez rapidement l'essentiel, quitte à ce que ce soit assez massif et assez brut mais possiblement aussi parce que l'on est en capacité de l'amortir. C'est mon hypothèse, voilà, et de contenir des choses qui effectivement sont très difficiles à livrer et à dire... On sent quand même l'effet du groupe ce qui permet d'entrer assez vite dans ce qui est essentiel. Donc, ensuite, on voit avec la personne ce qui semble le plus adapté et pour 70 % des personnes reçues, on fait une proposition de suivi ici, [...]. Parce que la problématique, c'est celle que l'on propose de prendre en charge, cela convient, c'est le bon moment et il y a eu une première accroche, la personne est d'accord pour revenir et il y a bien eu l'interprète ce jour-là. Enfin, bref, tout un tas de paramètres qui font que ça a fonctionné. Généralement, cela accroche derrière. Il y a des gens qui...Il y a une rencontre suffisante, comme on dit parfois, c'était plutôt un moment pour éclaircir des incompréhensions, des malentendus, notamment sur les questions de parcours de soins, d'accès aux soins parfois. Mais, il n'y a pas..., ce n'est pas le moment pour engager quelque chose davantage. Donc, on soutient ce qui existe déjà, les démarches en place. Et pour un petit pourcentage, 10 % comme ça, il y a un besoin d'orienter vers d'autres spécialistes, d'autres lieux. Ça, c'est plus difficile pour moi parce qu'il faut ensuite garantir l'accès à un autre lieu avec interprète pour des gens qui ont CMU ou AME.

Donc, là, c'est un gros boulot de liaison derrière et ça, ça demande vraiment un gros travail, à tout le monde, aux soignants, au travail de coordination. Donc là, on n'a pas toujours les relais. Donc, on se retrouve aussi avec des situations où ce n'est pas pile dans la problématique que l'on propose de traiter. Par exemple, nous, on est plutôt sur une entrée « violence intentionnelle » donc personnes en souffrance psychique liée à l'exil et aux vécus de violences, persécutions, tortures. C'est cette entrée-là. Mais, parfois, ça peut-être des violences intrafamiliales et on s'imaginait que des dispositifs de droit commun pourraient être plus adaptés. Au final, il n'y en a pas donc on reçoit les gens ici. Sachant qu'après, les questions de violences intrafamiliales au Kosovo, ce n'est pas non plus complètement sans lien avec les situations de post-conflit. Ce n'est pas non plus une autre problématique complètement. Mais, on pourrait imaginer, des fois, des relais qui n'existent pas, notamment du fait de la langue essentiellement. Voilà après, les choses s'engagent. On reçoit des adultes et des enfants. Il y a une permanence « mineurs » par mois. Et après au moins, une permanence adulte par semaine et des fois, on l'augmente en fonction des demandes aussi par rapport à la question des délais. Et ensuite, le suivi s'engage soit individuel soit familial, soit d'abord médecin, soit d'abord psy. Et ensuite, il y a des orientations internes : médecins, psy, kiné, arthérapeute, [mon collègue] pour une évaluation. Donc après, on tisse. Et, on a une réunion clinique hebdomadaire, plus une supervision clinique mensuelle, plus une analyse des pratiques des psychologues. Moi, je fais aussi une supervision personnelle. Il y a comme ça plusieurs espaces de reprises. C'est comme les poupées russes, cela s'imbrique. Il y a plusieurs espaces comme ça. Et donc, on reprend chaque jeudi, les permanences, les situations cliniques à aborder, les nouveaux suivis... Et après, les suivis durent en moyenne deux ans avec des suivis très, très courts et d'autres, beaucoup plus longs. Sachant que les suivis longs, ce n'est pas non plus comme à Primo Levi, on fait partie du RESEDA, réseau des centres de soins francophones. Cela ne va pas être non plus sur une proposition psychanalytique classique avec, on va dire, un rendez-vous toutes les semaines. Cela peut être des choses qui vont avoir des formats très variés, y compris des gens qui viennent une fois par an, à la date anniversaire d'un événement. Ça, c'est possible aussi. On peut avoir des gens que l'on connaît depuis très longtemps, mais de fait, ils ne sont pas sur un suivi continu régulier depuis six, sept ans.

Mais par contre, ils reviennent quand même régulièrement pour une consultation ou trois ... Et donc, ça c'est possible. Quand on avait fait l'auto-évaluation, moi, j'avais fait des entretiens avec des anciens bénéficiaires et ils disaient que pour eux, c'était un peu de voir avec eux qu'est-ce qui était soignant, qu'est-ce qui fonctionnait finalement. Et ils me disaient que cet aspect d'avoir toujours la porte ouverte, cette idée qu'ils pouvaient toujours revenir un jour alors vraiment, on sentait que c'était quelque chose d'assez important. Souvent, on a la question de comment on boucle les suivis. On a pas mal bossé sur l'entrée. Maintenant, on aimerait quand même travailler sur la fin des suivis. Mais finalement, ce truc de laisser, quand même un peu, la porte ouverte quand bien même, on boucle, on peut accompagner. Encore une fois, il faut que l'on travaille encore cette question-là, peut-être sur comment on ritualise ça, mais n'empêche d'avoir ça en tête. Tous ceux que j'ai rencontrés, ce n'est pas non plus, c'était un échantillon de quinze personnes, c'était des entretiens qualitatifs, ils me disaient tous ça que la possibilité de pouvoir revenir, c'était vraiment important quitte à ne pas la saisir, enfin, que c'était quelque chose de possible. Et le fait, finalement, qu'il y a très peu de turnover dans l'équipe, ils peuvent revenir. Là, on va fêter les dix ans l'année prochaine. Il y a toujours le même médecin, les mêmes psychos du début, ce qui fait que c'est aussi possible de revoir les gens longtemps après. Il y a cette continuité du coup, dans ces parcours qui précisément ne sont pas continus.

– Participant A : Qui sont aussi beaucoup rythmés par les échéances administratives. Ça, c'est très clair. Alors maintenant, cela se décale un peu parce que l'on voit les gens plus tôt, même avant la fin de l'OFPRA. Donc, il y a toute cette dynamique interne de la demande d'asile qui joue, qui joue très fortement du début à la fin, jusqu'au rejet CNDA. Et puis, comment les gens après s'installent, là vraiment, dans la précarité. Parce que des gens qui retournent au pays, il n'y en a pas beaucoup. C'est pinuts, ça. Toute cette machinerie mise en place pour sélectionner ceux qui auront le statut. Et les 70 % autres qui ne l'auront pas, je veux dire, laissés comme ça, sans rien, 70 % des gens qui ne l'auront pas. Qu'est-ce que deviennent ces 70 % des gens ? Ils se fondent dans le paysage et voilà...

– Participant B : Ils trouvent soit d'autres entrées soit il y a des gens qui se cachent aussi...

– Participant A : Ce dispositif maintenant qu'on l'a bien rôdé depuis deux ans, il y a tout l'aspect de l'habitude, de travailler ensemble...

– Participant B : Sur les permanences.

– Participant A : Ça, c’est important. Il y a comme ça, une forme de complicité, je ne sais pas si on peut dire ça comme ça, qui font que l’on s’ajuste les uns aux autres sur ce que l’on peut demander, ce que l’on peut recevoir...

– Participant B : Et on n’a pas les mêmes regards, ce qui est super... C’est assez complémentaire.

– Participant A : Il faut dire aussi qu’il y a une certaine retenue dans l’investigation, on ne va pas aller chercher, avec des gros sabots, le truc qui fait mal ou qui fait pleurer. Les choses arrivent quelques fois de manière assez brutale comme disait [ma collègue].

– Participant B : Mais c’est qu’elles arrivent... Ce n’est pas sur demande...

– Participant A : Nous, on n’est pas là à provoquer ce genre de choses.

– Participant B : Nous, ce que l’on explore, effectivement, on regarde sur la base de cette fiche d’orientation, des données d’état civil. Après, on demande toujours aux gens depuis combien de temps ils sont en France. De temps en temps, on demande quand même un petit peu, on se renseigne sur l’hébergement, on regarde les alentours sociaux, s’ils sont hébergés ou pas. De temps en temps, on voit aussi selon, mais ça, on l’a aussi un peu réajusté. Un temps, moi, je demandais un peu, en systématique, le parcours d’hébergement. Ça, au final, je le fais moins systématiquement aussi pour voir ce qu’amène la personne et aussi parce que des fois, ça ouvrait aussi des difficultés qui étaient vraiment liées à la précarité du séjour. Du coup, ça, on le réserve un peu. On ne peut pas forcément l’amener d’emblée. On le teste d’une manière un peu plus décalée ou à distance. Et après, on vérifie si la personne a un médecin traitant ou pas. Donc, on vérifie si la personne, il y a un petit parcours de soins, si ces choses-là sont repérées. Sinon, les médecins, ils expliquent souvent comment cela fonctionne. Et puis, ensuite, à partir des motifs de l’orientation, que l’on ne relit jamais et que... Enfin, des fois, on les lit, des fois, on ne les lit même pas avant. On demande en fait à la personne comment elle a entendu parler de notre centre ou on dit : « c’est telle ou telle personne qui vous oriente, comment cela vous a été proposé, est-ce que c’est vous qui l’avez demandé ? ». Et puis, ensuite, tout le monde demande quels sont les besoins. Cela s’engage souvent comme ça. Voilà, la façon de faire...

– *Et au niveau des motifs des demandes, qu’est-ce que vous avez ?*

– Participant B : Justement, beaucoup, beaucoup, une entrée par les cauchemars.

– Participant A : Beaucoup, l’angoisse et l’anxiété, enfin les manifestations de l’angoisse quelles qu’elles soient : troubles du sommeil, somatisations, des gens qui disent qu’ils n’arrivent pas à sortir, à rester dans le centre d’hébergement, incapables d’aller prendre [les transports en commun] avec une destruction de l’existence, quelque chose d’un peu phobique, de protecteur aussi...

– Participant B : Il y a aussi des orientations qui sont faites à partir du récit, enfin quand les gens s’effondrent au moment du récit, où ce qui est amené, le vécu en fait, apparaît à ce moment-là. Et c’est aussi là que les chargés d’opérations sont en mesure de dire : « si vous voulez, il y a un endroit où vous pourriez parler autrement » parce qu’ils sont en train de travailler pour la démarche administrative. Donc, c’est aussi souvent un moment. Des fois, c’est deux, trois éléments à partir du parcours d’exil et c’est au moment de la rédaction du récit qu’il y a quelque chose qui s’est...

– Participant A : Ça, cela peut avoir aussi un biais, dans le sens où, on y réfléchit en ce moment. Des gens qui ont pu traverser des histoires abominables, risquer leurs vies à tous les coins de rue, être victimes de toutes les violences que l’on peut imaginer, qu’on nous adresse au vu de ce récit, parce que l’on se dit que ce n’est pas possible que les gens aient pu passer tout ça et qui viennent ici avec une espèce de neutralité. Alors, bon, là, on n’a pas trop de réponses à ça : est-ce qu’il y a des questions culturelles, des questions du fait d’être en sécurité et les gens se posent en négociant ça comme ça ? Mais, l’aspect traumatique, les traumatismes objectifs ne sont pas toujours en parallèle avec quelque chose de l’ordre d’une reviviscence traumatique, d’un malaise par rapport à ça, une souffrance par rapport à ce qu’ils ont vécu. Les choses ne rentrent pas forcément en parallèle ou en correspondance. Et ça, on l’a remarqué chez les Soudanais...

– Participant B : Eh bien justement, on ne peut plus dire ça parce que vendredi dernier, on a rencontré un jeune homme soudanais dans le même âge et rien à voir. Donc, on ne peut pas dire les Soudanais...

– Participant A : Ah d’accord...

– Participant B : C’est selon, cela change à chaque fois. C’est ça qui est passionnant d’ailleurs dans cette clinique aussi. C’est qu’à chaque rencontre, c’est différent. Et donc, il peut y avoir des points que l’on repère chez telle ou telle... Mais quand même, cela change à chaque fois.

– Participant A : C’est ça qui est intéressant. Les gens vivent des choses très différentes, qui ont en commun, quand même, la violence. Ça, c’est clair. Et qu’après, l’expérience de cette violence, elle est

quand même complètement dispersée...

– Participant B : Il y a plein de façons de réagir.

– Participant A : C'est pour ça que l'histoire du post-trauma et de l'état de stress post-traumatique, on est un peu embarrassé avec cette histoire-là quand même.

– Participant B : Après, il y a aussi des fois où tu dis, je me souviens de fois, où tu dis, où c'est vrai que c'est impressionnant où la personne, elle te récite le DSM. Il y a quand même des fois où la façon de raconter, c'est saisissant. Tous les aspects sont mis en avant sans qu'il n'y ait rien qui l'incite. Mais, c'est effectivement de temps en temps. Après, il y a plein de formes très variées. Donc, c'est plutôt comment à partir d'une mauvaise rencontre, cela se recompose derrière. Là, moi aussi, je suis en train d'écrire un truc en ce moment. Une des questions, c'est finalement, ce sont des gens qui, en soi, ont en commun de se coltiner une transformation radicale, la personne qu'ils ont été avant et la personne qu'ils sont maintenant, de part l'événement ou les événements traversés mais aussi, l'exil et tout ce qui se recompose ici. Eh bien, là, il y a un enjeu en fait de transformation identitaire. Et ça, pour le coup, c'est une question qu'ils se coltinent ou pas. Enfin, c'est une question qui vient assez fréquemment. À la fois, on fait souvent un travail de dire, les gens demandent : « j'aimerais être comme avant ». Il y a parfois cette phrase-là, « j'aimerais être à nouveau comme avant ». Donc, c'est reconnaître ce qu'ils ont été et en même temps, accueillir qu'ils ne sont plus les mêmes et les aider à cheminer sur un devenir autre. Ils sont, et les mêmes et différents. C'est ce truc-là qu'il faut réussir à accompagner, à aider à négocier. Cela ne va pas de soi, je veux dire, accepter plein de pertes, de ruptures, de remaniements divers et variés. Et souvent, voilà, il y a souvent un peu de bascule à faire et avec des vécus qui sont assez contrastés. Et c'est vrai que l'on reçoit des gens qui ont des vécus vraiment, qui ont traversé des violences massives et qui au final, sont impactés, mais ils sont bien vivants ; d'autres qui ont traversés des choses moins massives mais qui ont été beaucoup plus affectés. Donc, ça, c'est l'humain. C'est vraiment indécidable, c'est vraiment très variable.

– *Du coup, au niveau des prises en charge, vous parliez des suivis qui se font de manière, en fonction des gens. Comment cela se passe plus précisément au niveau du travail des psychologues ?*

– Participant B : Ce serait mieux que vous en discutiez avec elles, quitte à faire un entretien

téléphonique complémentaire.

– Participant A : Parce qu'elles ont des pratiques qui ont le point commun de notre entrée. Mais, ce qui est bien naturel et compréhensible, c'est qu'elles travaillent selon leurs personnalités, selon leurs formations, selon leur manière de faire et ça, c'est très...

– Participant B : Et elles ont des arrières fonds différents, c'est ça qui est intéressant. Bon, alors, toutes et tous, avec une approche psychodynamique commune mais après, il y en a qui ont plus une orientation analytique, qui ont plus la psychanalyse en fond ou la psychothérapie institutionnelle. Il y en a d'autres qui ont plus un abord systémique, un peu familial. Et il y en a une qui utilise l'EMDR, pas que, mais c'est un de ses outils. C'est quand même assez composite l'interculturalité donc il y a vraiment des outils assez variés. Ça aussi, c'est vraiment une richesse dans l'équipe. Souvent, on ne voit pas, entre psy, elles ne voient pas les mêmes choses exactement, ce que l'on peut mettre en discussion, en débat. Voilà, lors des réunions d'équipe, on n'est pas d'accord ce qui est assez riche, je trouve, justement, voilà, pour après construire des propositions. Donc, il y a des touches assez variées. Donc, ça, il faudrait voir, cela vaudrait le coup si vous avez encore le temps.

– Participant A : Cela voudrait le coup d'aller discuter...

– Participant B : Même pour un entretien téléphonique, peut-être pour compléter vraiment sur la prise en charge psy. Oui, il y en a qui utilisent des médiations et d'autres non.

– Participant A : En fonction de l'âge aussi.

– Participant B : En fonction de l'âge bien sûr, quand elles ont des enfants ou même pour les adultes. [Une des psychologues] a un peu transformé l'outil photolangage, qu'elle n'utilise pas exactement, mais elle utilise ça. [Une autre psychologue], elle va faire des consultations en marchant pour certaines personnes parce que les gens ne peuvent pas rester ici. Il y a parfois des adaptations, des façons de faire qui sont... bon, qui doivent s'inventer, c'est ça aussi qu'il faut soutenir. Ce que j'entends, tout le monde, dire ici à partir [de ma place de coordination] : en gros, on apprend un certain nombre de choses et après, lorsque l'on passe à la pratique, il faut quand même tout recomposer, réinventer et continuer à se former au fur et à mesure. [...] Je trouve que les questions, elles évoluent aussi au fur et à mesure des années. Elles sont différentes, il y a des choses sur lesquelles on avance, d'autres non. Alors on les met au travail, il y a cette dynamique. Et puis, il y a des choses sur lesquelles on a plus de mal, c'est les

questions de la mise en place de groupe. On a certes, la question des locaux mais, je trouve que ce n'est peut-être pas que ça. Et notamment pour les mineurs étrangers isolés, cela fait plusieurs fois que l'on dit qu'un groupe serait vraiment plus adapté mais, ça, on ne l'a pas encore mis en place. Donc, c'est des façons de faire évoluer certaines propositions qui ne sont pas encore concrétisées. Les enfants aussi, on a beaucoup travaillé sur la question des enfants. Au début, il y en a assez peu qui apparaissaient et après, finalement, je me suis dit : « si on compte les poussettes ». D'un coup, cela fait augmenter le nombre d'enfants présents dans le centre.

– Participant A : C'est un peu les dommages collatéraux les enfants, si on peut dire, parce que...

– Participant B : Oui, il y a des choses qui traversent, qui se transmettent.

– Participant A : Quand ils accompagnent les parents dans ce parcours violent, ce n'est pas seulement eux, parce qu'il y a des petits.

– Participant B : Ça aussi, on a commencé à mettre en place des choses plus spécifiques. Et là, on essaye plutôt d'envisager des liens PMI, de construire des partenariats.

– Participant A : Autant dire qu'avec la pédopsychiatrie, ce n'est pas la peine non plus... (Rires)

– Participant B : Ce n'est pas évident, encore que...

– Participant A : C'est peut-être plus facile ...

– Participant B : C'est quand même plus facile la pédopsy que la psychiatrie adulte. Pour le coup, on a quelques bons contacts. On a quand même des bons contacts.

– Participant A : Oui, c'est vrai.

– *Et au niveau des prescriptions, est-ce que vous prescrivez ?*

– Participant A : Moi, je ne prescris pas, je fais de l'évaluation. Mais, [un des] médecins généralistes a une grosse pratique de tout ce qui est, de la prise en charge d'une symptomatologie soit anxieuse, dépressive banale comme on disait et puis, de la prescription dans le cadre du trauma, du post-trauma. Il a quelques petites recettes personnelles qu'il a forgées au fur et à mesure de sa pratique qui marchent pas mal.

– Participant B : Là aussi, on aimerait bien qu'il écrive...

– Participant A : On aimerait qu'il écrive sur sa pratique. Il a une grosse habitude, une perception fine de tout ça et il répond par des prescriptions pharmacologiques qui ne sont pas massives. Je veux dire, il ne va pas se lancer dans des traitements neuroleptiques ou antipsychotiques, mais des traitements adaptés à notre patientèle.

– *Qu'est-ce qu'il prescrit du coup ?*

– Participant A : Essentiellement des anxiolytiques (Seresta, Alprazolam) et puis, des antidépresseurs. Il prescrit aussi de l'Haldol, le soir pour les cauchemars, à petites doses.

– Participant B : Un petit usage de l'Haldol...

– Participant A : Ce qui semble pas mal marcher sur les troubles du sommeil. Voilà. Là aussi, il faudrait en parler avec lui, car il a certainement des choses à dire.

– Participant B : Après retranscrire, comme ça, ça fait l'article... (Rires)

– Participant A : C'est des orientations internes dans le centre, je veux dire, quand un psycho sent qu'il y a besoin un peu d'un abord pharmacothérapeutique, il l'oriente et inversement d'ailleurs.

– Participant B : Après, il y a aussi mais ça, il faut qu'on le travaille un peu. Il y a aussi certaines personnes qui disent qu'elles ne veulent surtout pas de médicaments lorsqu'elles arrivent. Donc, c'est pour ça que l'on avait pas mal soutenu l'intégration de l'EMDR dans les ressources. Et ça aussi, c'est quelque chose que l'on commence à avoir, mais on n'a pas encore vraiment le réflexe. Qu'effectivement, c'est quand même une proposition l'EMDR qui peut être une alternative, un temps ou plus..., qui peut aussi être utilisée en lieu et place d'une médication. Mais ça, on a la ressource, mais on n'a pas encore l'usage complètement. On a encore un peu le réflexe prescription. Mais petit à petit, on va essayer d'avoir cette possibilité-là en tête.

– *D'accord. Et au niveau des relais, vous disiez tout à l'heure que c'était quand même quelque chose de compliqué ?*

– Participant A : [Ma collègue] passe son temps à essayer d'orienter les gens.

– Participant B : Cela me prend un certain temps dans la semaine... C'est vrai qu'il y a ... Ce qui est le plus difficile, c'est quand il y a des problématiques somatiques, suivies en hôpital général dont des maladies vraiment graves, qui nécessiteraient d'être largement explicitées et accompagnées. Et là, j'avoue, cela me met dans des états de ...Le consentement mutuel, comment c'est possible de concevoir que l'on a obtenu un consentement mutuel alors que la personne n'a rien compris. Moi, j'avoue ça me... cela me fait toujours un effet... Et donc, ça, c'est vraiment délicat... Dans les hôpitaux, des fois, cela va vite ou je n'en sais rien, mais il y a vraiment encore un frein. Ce n'est pas du tout une pratique systématique et évidente. Alors oui, on va faire appel, on s'organise, à tel soignant qui parle un peu l'arabe. Oui, mais là, ce

n'est pas l'arabe du Maghreb, c'est l'arabe du Moyen-Orient, Mr ou Mme ne comprend pas du tout. Donc, ça, c'est assez compliqué. Donc, voilà, dans le service hospitalier sauf certains hôpitaux, c'était quand même assez incroyable. [Sur certains hôpitaux], on avait la procédure pour le recours aux interprètes par une personne plutôt PASS et cetera. Elle nous avait donné la procédure, que l'on pouvait, du coup, faxer aux secrétaires en leur disant : « si, si, vous avez une procédure interne que vous ne connaissez pas visiblement, mais elle existe, attendez, je vous l'envoie ». Donc, cela donne des trucs comme ça... ça oui, c'est difficile. Ce qui est difficile, c'est les CMP effectivement, en ce moment en tout cas, tant que ce n'est pas de la maladie psychique avérée plus, plus, plus, ils n'ont pas de places ou ils ont ... On entend, ils sont aussi saturés, manque de personnel et cetera. Donc, là, ça freine. Ou bien, ça freine aussi, c'était la première fois que je l'entendais, par rapport au statut administratif. Il y a le coup de l'hébergement avec le tour des SDF. Ça, malheureusement, on l'a intégré. Du coup, on le sait. Mais alors là, en plus, il y avait le coup à une dame de lui dire « vous reviendrez lorsque que vous aurez la réponse de la CNDA ». Alors ça, je ne l'avais jamais entendu. C'est soit oui soit non sur l'hébergement, c'est le critère. Mais alors, sur la réponse, ça, j'avoue que je n'avais pas encore entendu ou pas aussi clairement. Donc, ça, c'est difficile. Alors finalement, c'est avec les libéraux avec qui on a eu quand même des relais. Mais, c'est une personne à la fois donc au bout d'un moment, ils saturent. Et puis, après, cela marche sur quelques langues. Alors, on cherche un psychiatre arabophone, un psychiatre anglophone, russophone mais au bout d'un moment, là aussi, ça coince, et puis, les généralistes aussi. Mais pareil, ils n'ont pas des capacités non plus... Et puis, voilà, il y a des psychiatres en secteur libéral qui disent : « je peux recevoir deux, trois personnes tous les tant ». Donc, ça, c'est assez difficile. J'avoue que là pour le coup, c'est dommage... On espérait que Samdarra pourrait développer ça mais pour l'instant, cela ne marche pas vraiment. Cela va peut-être venir, de pouvoir essayer de construire des relais. Finalement, nous, on le fait, de fil en aiguille à partir d'ici, on construit ça. Mais, c'est vraiment un gros, gros, gros boulot. Et du coup, je vois cela me prend... Je pense à une dame qui n'a toujours pas accédé à un soin psychiatrique adapté c'est-à-dire que pendant des mois, je peux avoir une personne en tête que nous n'avons pas reçue parce que cela ne correspond pas, mais que je garde quand même en tête pour pas qu'elle soit sans solution. Bon, voilà, ça, c'est assez

fatigant. Et puis, cela fait de l'agacement aussi.

– Participant A : Ça fait de l'agacement, un fort agacement d'ailleurs. C'est vrai que là, le secteur loupe quelque chose de la prise en charge de la santé mentale. C'est quand même... Cela fait quand même partie de ses missions. Là, on n'est qu'au début de la crise, je vais dire. L'avenir fera que l'on aura de plus en plus de gens qui auront migré et qui auront des difficultés psychologiques. Et alors, cette réticence, il y a des raisons matérielles bien entendues. Le recours aux interprètes, ce n'est pas facile en CMP. C'est vrai que toute cette pathologie un peu frontière est étiquetée comme réactionnelle, passagère, n'étant pas des ressources de la « psychiatrie institutionnelle », ce que je ne crois pas du tout mais enfin, bref... Et puis, bien sûr, la question de « on n'a pas le temps, on a autre chose à faire, on est déjà saturé, je ne vois pas pourquoi on irait sur ce terrain-là ».

– Participant B : Et puis alors après, si je peux ajouter une difficulté, s'il y a une porte qui s'ouvre, la personne ne se présente pas au premier rendez-vous. Parce qu'ici, on a intégré que parfois, il faut deux ou trois fois avant. Et alors là... on se dit « mince, il va falloir tout recommencer ». Et je pense notamment à un enfant pour lequel on avait réussi à obtenir un rendez-vous assez rapidement, mais, une fois, deux fois... On va peut-être réussir à avoir un troisième coche mais bon, voilà, c'est assez délicat. Donc, voilà, ça, c'est ce qui ne marche pas. Mais, ce qui marche bien, c'est encore une fois, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. On peut être en lien avec [une association médicale militante de solidarité internationale]. Enfin, c'est plutôt eux qui nous orientent, mais on sait qu'au besoin, on sait quand même que l'on peut faire appel à eux. Et un lieu qui existe [ici], c'est une consultation à vocation transculturelle avec qui on peut travailler là aussi facilement parce qu'ils ne sont pas sectorisés et très ouverts. Il y a [un autre centre] aussi avec qui on travaille très bien. Il y a aussi quand même des relais. Les PMI, on démarre, mais on sent que c'est favorable. Donc, il y a comme ça un peu des bons partenariats. Donc, effectivement, le secteur plus ordinaire, ça coince mais après les dispositifs un peu plus spécifiques et qui connaissent le champ de la précarité, ça marche.

– *Et à part ces difficultés d'orientation, est-ce que vous voyez d'autres difficultés ou d'autres obstacles dans la prise en charge de ces « migrants avec un parcours de demande d'asile » ?*

– Participant A : Les conditions sociales...

– Participant B : La précarité administrative. On

avait fait une réunion du RESEDA là. C'était sur les personnes sous procédure Dublin. On se disait : « c'est vrai que cela fait un drôle d'effet de penser des rendez-vous à visée unique ». Un peu comme, il y avait une collègue qui faisait le parallèle avec le soin en pénitencier plus pour le contexte contraint, parce qu'on peut se dire que peut-être on ne revoit pas la personne derrière. Il faut penser un entretien à la fois avec de la continuité mais en même temps avec la possibilité, enfin, il faut le boucler vraiment à chaque fois comme potentiellement unique. Et il y avait cette dimension-là qui était assez intéressante parce que cela fait travailler d'une certaine manière. Et puis, ensuite, chacun faisait un peu état de ce qui l'étonnait par rapport à ce, c'est dur mais en même temps, c'est un prisme, on parle quand même de la demande d'asile plus générale. Du coup, je me rappelle de personnes dans le groupe qui disaient qu'ils ne se remettaient toujours pas de soigner des gens qui ont faim. Comment c'est possible encore d'être vraiment affamé, de ne pas manger à sa faim en France, d'être dans des situations de ...

– Participant A : De dormir dans un parc...

– Participant B : De craindre pour sa vie chaque nuit, d'être dans des situations vraiment d'expositions aux dangers ou aux risques qui sont vraiment voilà, conséquentes. Ça, pour le coup, on le travaille souvent car cela a un effet sur les équipes. Donc, tenir une position soignante, cela suppose de mettre au travail ça car cela impacte et régulièrement, ça a des effets sur les équipes, sur les soignants. Quand on soigne quelqu'un et que l'on sait qu'il retourne, par exemple, un enfant qui va dormir, même pas dans un squat mais dehors, voilà, ou qui vient d'être témoin d'une bataille au couteau... Il y a vraiment plein de choses en termes de protection de base qui, quand même, rendent difficiles le travail. Et puis après aussi, le fait d'être impacté par cette procédure administrative. On est dans ce champ-là donc on n'en est pas indemne. On est des acteurs de ce champ aussi, mais on accompagne des personnes victimes de tortures qui ne vont pas obtenir l'asile. Donc, ça aussi, cela fait un drôle d'effet. Ce n'est quand même pas rien. Sans devenir complètement nihiliste, il faut travailler pour faire avec un système qui ne marche pas. On le constate très régulièrement. Et en même temps, d'accompagner des personnes, de les soutenir dans toute la procédure et heureusement, il y a des fois où cela fonctionne. Bref, de garantir un espace de soin en étant pris dans un système dont on n'est pas indemne sans être trop impacté par ça...

– Participant A : Se situer dans l'injustice, c'est compliqué. On est aussi porteur du pays où on vit,

des institutions qui nous supportent. Cela peut induire quand même des interrogations ou des prises de position qu'il faut prendre à un moment donné ou ne pas prendre. Ça peut être un peu compliqué dans ce que l'on peut vivre avec les patients.

– Participant B : Et puis, il se trouve que cela fait sans cesse aussi l'épreuve d'être ni tout puissant ni complètement impuissant. Cela fait ça parce que du coup, avec des situations où il n'y a pas de réponses possibles à donner là maintenant et en même temps, il y a quand même une réponse qui se donne via une présence, via une constance, du soin, une disponibilité, un accompagnement, de l'inconditionnel. Mais en même temps, il y a plein de choses qui ne sont pas résolues et criantes. Ça, c'est aussi l'ordinaire mais n'empêche, cela a quand même des effets. C'est pour ça que c'est bien nécessaire d'avoir une reprise d'équipe avec de l'analyse clinique et de la supervision. Je pense que cela est assez essentiel. Et du travail de réflexion, je pense que cela soutient de pouvoir aussi écrire, lire, échanger avec d'autres. Le RESEDA aussi, c'est soutenant parce que là, il y plusieurs lieux, on est sur des cliniques tout à fait proches donc cela fait partager des constats et puis aussi, des trouvailles. Donc, là aussi, on reste assez vivant justement.

– *D'accord. Et justement par rapport aux audiences à l'OFPPA et à la CNDA, est-ce qu'il vous arrive de rédiger des attestations de suivi ou des certificats médicaux ?*

– Participant B : Oui, bien sûr. On en fait régulièrement.

– Participant A : Oui mais c'est pareil, c'est les psychos qui les font les plus souvent.

– Participant B : Et les médecins aussi...

– Participant A : Oui, d'attester un trouble peut-être pas aussi directement mais d'attester des difficultés psychologiques, d'attester aussi de en quoi les gens vont être en mesure d'expliquer ce qu'ils ont vécu. Ça, c'est un problème majeur. Il y en a qui sont en incapacité d'expliquer ce qu'il s'est passé ou pas, de le faire valoir et ça, cela peut leur être préjudiciable, bien entendu, lors d'une audience. Après, il y a, on est moins directement concerné, tout ce qui est droit de séjour par rapport à la santé. C'est un autre domaine.

– Participant B : Mais, cela arrive aussi de faire des courriers ou des certificats qui sont ensuite transmis aux médecins responsables. C'est aussi des choses que l'on fait.

– Participant A : Voilà, bon, après, ce que valent ces certificats, comment ils sont appréciés. C'est le delta, c'est très variable.

– Participant B : C'est sûr, on ne sait jamais. On

avait encore une discussion la semaine dernière : est-ce qu'il vaut mieux être succinct et aller vraiment droit au but pour être percutant ou au contraire, vraiment détailler ? Ça, ce n'est encore pas... Et puis, chacun a des stratégies en fonction de son expérience et de ce avec quoi il est le plus à l'aide. Donc, nous, on fait ça.

– *D'après vous, est-ce qu'il y a des compétences ou des qualités nécessaires pour travailler avec ce public-là ?*

– Participant A : Je crois qu'il faut renoncer à tout ce que l'on sait et après, on apprend. Entre autre... Il faut savoir, comment dire, ce n'est pas de la distance, ce n'est pas de la différence, mais il faut savoir rester séparé.

– Participant B : Oui, c'est ça, peut-être réussir à pas coller.

– Participant A : C'est important. Il y a un bon équilibre à trouver. Et ça, c'est chacun qui le trouve, il n'y a pas de recette. Il faut, comme je le disais, il faut se dégager de tous les a priori que l'on pourrait avoir pour décrypter telle situation, il vaut mieux attendre que le sens émerge plutôt que de plaquer des choses un peu toutes faites. C'est des choses encore une fois que l'on apprend, que l'on perçoit au fur et à mesure du travail. Ce qui était vraiment intéressant ici, c'est que voilà, on produit quelque chose qui est du sens, du sens qui peut devenir du savoir. Le sens se produit dans l'ici et maintenant et ce qui reste, c'est la réactivité à être affecté par l'autre. On ne fait pas ça de manière détachée, dans un abord technique. Il y a une implication qui est nécessaire, qu'il faut maîtriser bien entendu. Je crois que c'est ça, c'est cette capacité à être affecté et puis, de faire avec.

– Participant B : Du coup, cela fait partie du travail de l'outil, d'en faire quelque chose. Mais, c'est vrai que dans les petites précautions, je vois à partir des candidatures que l'on reçoit pour des demandes de stages. Par exemple, on sent des gens, comme ça, très fascinés par... alors là, il faut justement soit le bosser soit l'éviter parce que la catastrophe, cela fait quand même des choses pas très adaptées. Et après, là, par exemple, je vois justement, il y a des personnalités très différentes dans l'équipe et c'est aussi intéressant de voir que selon, cela fait des options... Donc, il y a aussi des compétences. Non, les compétences, on peut dire qu'elles vont être partagées : cela va être une façon de se positionner à la fois être en capacité d'être affecté tout en sachant le reprendre, le retravailler. Ça, fait partie, c'est un outil de travail, on va dire. Et en même temps, il y a des personnes qui sont très variées. Ça aussi, c'est

très intéressant, cela fait des touches différentes. Donc, la capacité de différenciation, elle est aussi importante dans cette clinique-là aussi. Et puis, du coup, la politesse, j'ai envie de dire...

– Participant A : La politesse, le respect...

– Participant B : Oui, j'ai envie de dire ça en premier, la politesse. Donc, effectivement... Et l'accueil à l'indécidable, on ne sait pas qui on rencontre, qui c'est, comment... Pour aller à l'extrême, sur l'entrée victime-bourreau, des fois, on reçoit des gens du Rwanda, finalement, il y a un indécidable, on ne sait pas de quel côté ils ont été parce que cela peut-être changeant, ce n'est pas toujours si tranché, cela peut être changeant. Donc voilà, il y a tous les enjeux un peu d'éthique qui sont aussi importants à élaborer dans ce champ-là, je trouve. Mais ça, c'est la clinique en général, après tout, c'est transposable dans tout un tas de champs. Peut-être il y a des choses qui sont assez... et puis, dans les capacités à faire des liaisons avec d'autres, cela peut être une compétence.

– Participant A : Ça oui, travailler ensemble.

– Participant B : Il ne faut vraiment pas travailler seul. Ça, oui, cela va être une compétence.

– *Est-ce que vous pensez que des formations spécifiques, c'est intéressant ?*

– Participant B : Oui

– Participant A : Tu participes au DU...

– Participant B : Plus trop en ce moment. Au moins pour donner des petites précautions, pareil, comme je vous ai dit, c'est différent et c'est ça qui est passionnant, mais il y a quand même deux, trois génériques que l'on peut comprendre et transmettre. Et aussi, pour favoriser la politesse, ça vaut le coup d'avoir deux, trois petites billes. Donc, on apprend en faisant mais c'est vrai qu'il y a des petites choses qui peuvent se transmettre. Et c'est pas mal d'avoir une petite formation...

– *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de ce public-là ?*

– Participant B : Bah, rendre le recours à l'interprétariat obligatoire dans les textes, que ce soit quelque chose qui aille de soit.

– Participant A : Un peu plus d'intégration dans le droit commun, si cela était possible.

– Participant B : Si on peut tout dire, on a bien compris que cela n'arrivera pas immédiatement, repenser le système de l'asile en France, donner le droit au travail aussi.

– Participant A : Donner le droit au travail effectivement.

– Participant B : Il y a pas mal de problématique qui sont aussi liées à cette situation d'inactivité, à cette

espèce de position d'attente. Il y a plein de pays où on a le droit au travail en même temps que la démarche d'asile.

– Participant A : Le problème de la population du demandeur d'asile, qui est là, qui est posée de manière tout à fait précaire, entre son arrivée et son départ supposé, anticipé et cetera, on est dans une espèce de no man's land matériel et aussi un no man's land psychique, dans cette espèce d'attente qui est toujours dans l'incertain. Il ne peut pas se projeter sur quelque chose puisque, par nature, dans un an ou deux, on va lui donner une réponse, si elle est positive tant mieux.

– Participant B : Supprimer aussi la procédure Dublin.

– Participant A : Et puis, on en vient comme ça à une population qui est aux frontières du droit, qui n'a pas les mêmes droits que les autres. On est dans ce truc, toujours, dans le mouvant, dans l'incertain, dans, on ne peut s'appuyer sur rien. Et je crois qu'effectivement, si on arrivait à installer les gens dans quelque chose de plus consistant, ils puissent se structurer finalement, se structurer dans un travail, dans une existence et ne pas être comme ça à la merci de l'allocation d'attente

– Participant B : De l'Allocation Demandeurs d'Asile (ADA) maintenant.

– Participant A : Il y a aussi toute cette procédure. Le droit d'asile, c'est quelque chose de formidable mais dans ces déclinaisons, pays par pays, les conditions locales, tout ce qu'il y a actuellement au niveau de l'acceptabilité des immigrés, c'est fortement remis en question. Les capacités d'hébergement, tout ce qui finalement, conditionne la vie d'un demandeur d'asile fait que l'on sélectionne une espèce comme ça de population qui est hors du droit finalement ou qui a moins de droits que les autres. Ça, c'est, on n'ose pas imaginer jusqu'où cela peut aller, je veux dire, de dénier les droits aux gens. Donc, effectivement, si on pouvait avoir une petite normalisation sociale du demandeur d'asile, ce serait pas mal.

– Participant B : Oui.

– Et qu'est-ce que vous penseriez d'un dispositif spécialisé dans le psychotrauma peut-être porté par la psychiatrie ?

– Participant A : Je n'y crois pas.

– Participant B : Moi non plus.

– Participant A : Ce serait, à mon avis, je pense que ce serait contre-productif, je veux dire... Je pense que l'on ne soigne pas les gens en les mettant face à des symptômes. On ne peut pas fonctionner comme ça, je veux dire. Je pense que les gens vivent des choses. Ils peuvent les exprimer à partir d'une

symptomatologie plus ou moins identifiée au niveau du corps, on est bien d'accord. Mais si on ne part pas de l'expérience des gens, je veux dire, je ne vois pas comment on les soigne. Non, moi, je n'y crois pas, très sincèrement.

– Participant B : Que l'on obtienne une consultation non spécialisée, comme ici. Ce que je disais un temps, ici, on dit que c'est spécialisé avec une entrée public, qui très rapidement permet de ne plus en parler. On dit que l'on est un centre de soins pour victimes de tortures mais ça, précisément, on l'enlève et les gens peuvent parler d'autres choses, au final. Mais, ce n'est pas une entrée par symptômes, précisément, cela laisse la place à plein de façons de vivre, de dire. Du coup, je serais plus pour permettre que l'accès vraiment à ..., quelque chose d'ouvert et pas trop ciblé soit possible. Et que l'on renforce l'accès aux langues, plus qu'une entrée spécifique.

– Participant A : Le trauma ne résume pas la problématique de l'exil, de la violence. Il y a tellement d'autres choses.

– Participant B : À partir de ce que l'on voit, c'est ça que l'on peut donner comme réponse.

– *Et est-ce qu'il y aurait un point que l'on n'aurait pas abordé et qui vous semblerait important ?*

– Participant A : Pourquoi ce sujet de thèse ?

– Participant B : Je vais devoir vous laisser, je vous laisse en discuter.

– *Merci beaucoup en tout cas... Je vais vous répondre, mais j'aurais juste une dernière question pour vous. Vous disiez que vous faisiez surtout de l'évaluation diagnostique, cela consiste en quoi ?*

– Participant A : C'est pour les questions, à quel moment on doit penser que le patient relève de la psychiatrie générale : état dépressif majeur, état psychotique, cela arrive, voilà essentiellement. Alors là, c'est un peu compliqué pour la psychose, parce qu'il y a des réactions un peu persécutrices qui pourraient être en relation avec la persécution. Là, il y a un peu des choses un peu grises, des choses un peu intermédiaires. Voilà, donc, là, je reprends un peu mes habits de psychiatre et le DSM pour être un peu plus rigoureux dans une évaluation symptomatique, en essayant d'être très systématique dans l'évaluation. Voilà. C'est essentiellement ça. Ce n'est pas fréquent. Il m'arrive de voir des gens avec une psychose déficitaire déjà bien installée antérieurement et qui migre avec la famille, par exemple. Ça, ça arrive. Ils sont portés un peu avec la famille. Ils font partie des bagages. Psychose paranoïaque, quelques-unes. Alors là, c'est compliqué parce que les gens ont pu être victimes de

persécutions. Ils se présentent avec une espèce de sthénicité, d'interprétation généralisée des choses qui pose la question de la structure derrière. Des choses un peu délirantes, des schizophrénies très productives, je n'ai pas trop souvenir d'en avoir vues. Voilà. Ou alors il y a de l'urgence, qui dépasse un peu quand même les capacités de défense, d'aménagement de la personne et qui voilà, qui est dans la crise. Il faut bien aussi traiter la crise dans l'urgence. C'est un peu des choses que l'on peut voir. Voilà. On n'a jamais fait enfin si on a dû faire, en dix ans, on a dû faire peut-être une ou deux hospitalisations sous contrainte. Je n'en suis même pas sûr. Ce n'est pas moi qui les ai faites, c'est sans doute [un des médecins généralistes]. Ce n'est pas une part importante.

– D'accord... Merci beaucoup en tout cas pour votre participation.

Entretien n°14 (E14)

En italique : verbatim de l'enquêteur

En gras : grands thèmes du guide d'entretien

En gras souligné : les deux grandes parties du guide

Contexte actuel

– Depuis plusieurs années on observe une augmentation importante du nombre de demandes d'asile de manière globale en Europe et puis, en France. Récemment, la France s'est aussi engagée normalement à accueillir plus de 30 000 demandeurs d'asile sur les deux ans qui viennent. Est-ce que vous, vous percevez des effets de cette augmentation sur le nombre de demandes de soins à la PASS ou sur la file active ?

– Alors, euh... Il faut que je réfléchisse deux secondes. En fait, il y a différents endroits où je travaille et où je vois, un peu, des migrants, sur mon boulot à la PASS. [J'interviens dans un CADA dans le cadre d'un groupe de parole], c'est quelque chose qui existe depuis peu de temps [...]. Donc, c'est difficile pour moi de dire par rapport à ça si je perçois qu'il y en a plus ou pas, mis à part dans les changements structurels qui montrent un peu au sein de la structure CADA, c'est-à-dire qu'il y a des changements CADA/HUDA. Et j'ai l'impression que ce qui est favorisé actuellement, c'est effectivement le fait de recevoir les demandeurs d'asile. Il y a une certaine forme d'urgence qui me fait dire qu'il y a plus de gens qui arrivent. Mais sur le groupe que je fais, c'est difficile de m'en rendre compte. Après, un deuxième endroit, dans les lieux d'accueil [de la ville] où je travaille, je dirais plutôt que non, je ne vois pas forcément un afflux. Ce que je vois, c'est un changement, un peu une rotation des nationalités qui arrivent, plus qu'un vrai changement en nombre. Après le troisième endroit où je peux voir des gens comme ça, c'est quand je suis au service d'urgences [...] où je suis plus axé sur mon travail de la PASS que sur le travail véritablement des urgences psychiatriques de l'hôpital. Et à cet endroit-là, je dirais que c'est assez régulier, mais ce qui fait que ça augmente un peu, c'est l'identification de la structure PASS, que ça soit la PASS avec moi ou la PASS [somatique]. Mais étant donné que le dispositif est mieux identifié [dans la ville], il y a plus de gens qui y viennent. Et de toute façon, ce dispositif-là est assez récent aussi. Mais ça contient quand même des raisons structurelles dans le sens où la PASS [somatique], ils ont une équipe qui a tardé à se former de façon complète. Donc,

avant il n'y avait pas de médecin [...]. Enfin, c'est ce qui risque d'être récurrent par rapport à mon poste à moi et qui sera différent sur d'autres endroits. C'est que [notre ville], c'est pas une grande ville. Donc là où je travaille, c'est pas une grande ville et c'est pas un lieu d'accueil historique ou culturel des personnes. Les personnes, généralement, je pense qu'elles arrivent plutôt [dans d'autres villes], qui sont des endroits où il y a des personnes qui arrivent de manière régulière, quoi. [Ici], c'est autre chose. Et là où il y a un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, [la ville] se situe quand même [à plusieurs dizaines de kilomètres d'ici]. Donc c'est... Donc, je pense que ce n'est pas la même dynamique au niveau des migrants.

– Et vous disiez que vous observiez une rotation au niveau des nationalités ?

– Oui.

– Qu'est-ce que vous voyez, du coup ?

– Euh... J'ai vu, à une... Je dirais que quand j'ai commencé, j'ai vu beaucoup de gens qui venaient d'Afrique noire. C'est quelque chose qui continue. Je ne sais pas s'il faut que je cite des pays en particulier ?

– Comme vous voulez. Si vous voulez précisez, vous pouvez.

– J'ai vu des gens du Nigeria. J'ai vu beaucoup de gens de RDC, de Guinée. J'ai vu relativement régulièrement des gens qui venaient d'Afrique du Nord, du Maghreb, notamment d'Algérie. Et je dirais que maintenant, je vois de plus en plus de gens qui viennent de l'Europe de l'Est, que ce soit Kosovo ou Albanie. Voilà.

– Dans la littérature, on retrouve des fluctuations au niveau de la prévalence de l'état de stress post-traumatique parce qu'il y a une hétérogénéité entre les études au niveau de la méthodologie, de la manière d'échantillonner. Du coup je retrouve des valeurs qui peuvent aller de 9 % dans la revue systématique de Fazel en 2005, et puis ça peut aller jusqu'à 86 %, ça c'est une étude de 2014 qui avait été faite dans un échantillon de réfugiés pris en charge en psychiatrie ambulatoire. Qu'est-ce que vous en pensez ?

– Vous voulez dire sur le nombre de migrants que je vois qui seraient atteints de stress post-traumatique ?

– Oui

– Alors je réfléchis deux secondes. Moi je dirais, 60 à 70 %. Mais après, je pense aussi que c'est un... ça dépend aussi du contexte dans lequel on reçoit les gens. Sur la consultation des urgences, j'aurais presque tendance à dire plus. Sur mon travail au CADA, je dirais à peu près ça. Et dans les lieux

d'accueil, j'aurais tendance à dire moins, parce que ce n'est pas parce que les gens sont en grande précarité qu'ils sont forcément victimes de stress post-traumatiques. Par contre, ceux qui viennent en consultation ou ceux que les travailleurs sociaux incitent à venir au groupe de parole, euh... c'est des gens qui ont plus tendance à être mal et à le montrer, et c'est souvent à cause de ça, entre autre. Après, il peut y avoir d'autres pathologies associées, mais que ça, ça soit dedans, je dirais... pour les gens que je vois, disons 60 %.

– Et justement, dans la littérature, on retrouve une association entre l'état de stress post-traumatique et les troubles dépressifs au niveau psychiatrique et puis, il y a aussi tout l'aspect des somatisations avec des douleurs pour lesquelles on n'identifie pas forcément de pathologies somatiques. Est-ce que c'est des choses que vous observez aussi ?

– Oui tout à fait, tout à fait. Moi, j'aurais presque tendance à dire dans l'autre sens c'est-à-dire que j'aurais plus tendance à dire qu'on voit d'abord l'apparition des troubles somatiques avant qu'il puisse y avoir un accès à la dépression. Mais effectivement, les troubles somatiques, c'est quelque chose dont il est presque, je crois, plus facile de se plaindre pour les personnes migrantes et puis que c'est quelque chose avec lesquelles elles sont plus en lien quand elles débarquent et quand... Enfin bon, c'est plus facile pour elles d'être en lien et d'écouter son corps, des fois, que d'écouter sa tête. Mais effectivement, euh... c'est des choses que j'observe.

État des lieux

– Est-ce que déjà dans un premier temps, vous pouvez me parler, même si vous l'avez déjà un peu fait, du fonctionnement de la PASS ? Et éventuellement si vous avez recours à des interprètes ?

– D'accord. Alors, le fonctionnement de la PASS... Donc comme je le disais, la PASS, elle est intégrée dans une équipe où il y a une EMPP et une PASS. C'est quelque chose qui est important pour nous, parce qu'on a pour habitude de travailler en binôme. C'est même plus qu'une habitude, c'est quelque chose qui est... qu'on fait quasiment toujours dans l'équipe, qui est en lien avec la problématique de la précarité mais aussi avec les migrants. Parce qu'on considère que, d'une part, c'est parfois difficile de suivre une personne qui a une certaine tendance à l'instabilité, en tout cas, où le parcours est marqué par des discontinuités en ce qui concerne les personnes en situation de précarité. Et c'est quelque chose qu'on retrouve, je crois, chez les migrants, les

discontinuités, les coupures dans le parcours qui font que pour « pouvoir instaurer nous-mêmes une stabilité et une continuité », on considère que c'est plus facile d'être deux. Et en plus parce que voilà, ça nous offre la possibilité d'avoir des binômes différents. Moi, ce sera soit infirmier-psycho, soit psycho-assistante sociale. [...] Ça, c'est quelque chose d'important pour nous. La deuxième chose qui est importante, c'est le lien que l'on a avec les travailleurs sociaux. De façon générale, encore une fois, face à la discontinuité... Il faut que je retrouve ce que je disais... étant donné que c'est des parcours discontinus comme ça. Excusez-moi, je disais quoi déjà au début de la phrase ?

– Vous parliez des liens avec les travailleurs sociaux.

– Oui, voilà. On pense que l'isolement, c'est quelque chose. Il ne faut pas que nous, on recrée cet isolement. C'est très important de créer un réseau donc on travaille toujours avec un tiers, un partenaire c'est-à-dire que quand on est interpellé sur une situation, on l'est très souvent par un partenaire aussi que ce soit les éducateurs dans une structure, une AS ou des infirmières, même un médecin sur un lieu de soins. On fait toujours en sorte de rester en lien avec cette personne c'est-à-dire si on est amené à avoir des entretiens avec un usager, on dira toujours que l'on est en lien avec le partenaire même si ce qu'il dit au cours de l'entretien n'est pas répété, on restera en lien avec le partenaire. Et on fait régulièrement des entretiens tripartites c'est-à-dire où on se retrouve le travailleur social, nous et l'usager pour reprendre un peu les choses ensemble. Alors, ça, c'est le mode de fonctionnement de la PASS. Ce n'est pas toujours très simple que ça, ça se passe avec les migrants, exactement comme ça. Parce que les migrants, finalement, on les voit... enfin, voilà, je ne les vois pas toujours sur l'injonction d'un travailleur social. Quand c'est au groupe de parole, c'est vrai qu'ils peuvent être incités à y venir, on ne fera pas de rendez-vous tri-partite ou on prendra la personne et on fera un débriefing du groupe avec le travailleur social. Par contre, quand je suis sur la ... mais cela reste vrai, dans le sens où il y a quand même un retour si jamais la personne, je la vois au groupe et que finalement, elle vient sur une consultation PASS à l'hôpital et que moi, je la vois, je vais appeler au CADA pour dire que je leur dire que je l'ai vue. Je ne vais pas donner de détails sur l'entretien, mais je vais dire que je l'ai vue. Dans les lieux d'accueil, si on nous dit que quelqu'un n'est pas bien et que l'on a l'occasion d'aller le voir, que cela amène à une hospitalisation ou pas, on va en reparler avec le

travailleur social derrière. Déjà, parce que cela nous permet de faire une autre partie de notre travail, à savoir l'aide aux aidants puisque des travailleurs migrants qui souffrent ou des migrants qui souffrent de stress post-traumatiques ou d'autres pathologies, ils peuvent être inquiétants sur la structure. Donc, c'est aussi notre travail d'essayer de rassurer ou de donner des éléments pour comprendre la pathologie aux travailleurs qui sont au contact, au quotidien, qui sont en contact régulier avec eux... Voilà, ça, c'est un mode de fonctionnement. Et puis, quand je les reçois sur la consultation PASS aussi, j'en parle avec le médecin de la PASS. On a un retour ensemble, des choses comme ça. Qu'est-ce que je pourrais dire encore sur le fonctionnement ? Nous, on n'a pas de psychiatre... en tout cas, on n'a pas de médecin prescripteur dans l'équipe. Donc, ça, ça renforce aussi ce que je dis par rapport à la nécessité d'un tiers, parce que l'on doit aussi faire ce travail avec des médecins, éventuellement psychiatres ou généralistes..... Quand les gens sont trop mal et qu'ils ont besoin d'un traitement. Voilà, je ne sais pas si ça répond ou pas.

– *Cela répond très bien... Du coup, par rapport aux personnes qui viennent et qui ne sont pas forcément francophones, comment est-ce que vous gérez ?*

– Ah oui, l'interprétariat. Bah, moi, je ... Généralement, je me débrouille comme je peux en fait. Je me débrouille comme je peux parce que je me débrouille suffisamment en anglais pour faire un entretien en anglais... Voilà... En allemand, c'est à peu près possible aussi. Et puis, sinon... Enfin, moi, je n'ai jamais eu à faire à des interprètes professionnels. Ça m'est arrivé de passer dans des situations un peu particulière où je voyais une mère et où c'était sa fille qui traduisait. Je sais que... à l'hôpital, tant qu'ils sont vus sur la PASS [somatique], cela a pu arriver qu'il y ait différentes formes, de façons de faire de l'interprétariat. À l'hôpital, ça, c'est pareil sur tous les hôpitaux, ils ont une liste des personnes du personnel qui sont à même de parler la langue, ils sont à même lorsqu'il y a besoin de faire appel à ces personnes-là. Aussi, de façon beaucoup plus rustique, même si ce n'est pas directement mon travail à moi, le médecin de la PASS [somatique], il se servait de Google Trad. Mais, c'est à mon avis quelque chose qui est très compliqué à faire pour un entretien psy.

– *D'accord. Et les autres personnes de la PASS, elles font comme vous, elles se débrouillent ?*

– Euh... Bah, en tout cas, elles n'ont pas recours à des interprètes.

– *Et c'est par choix ou c'est parce qu'au niveau financement, c'est compliqué ?*

– Euh... Je pense que c'est quelque chose qui est moins présent dans notre réflexion, sur des endroits où ils en voient plus de gens avec qui c'est compliqué. Après, c'est plutôt un choix dans le sens où pour le groupe de parole, au départ, j'ai choisi d'avoir à faire à une population francophone. Mais, francophone, pour des gens qui sont dans un pays depuis, des fois très peu de temps, mais des fois, quand même, quelques mois à un an, bah, ils ne sont pas francophones, mais ils commencent déjà à comprendre, à pouvoir s'exprimer un peu. Donc, en général, on ne refuse pas des gens au groupe même s'ils ne sont pas vraiment francophones. Et puis, des fois, ils ne le sont franchement pas et on les accepte quand même. Ce n'est pas quelque chose qui soulève un questionnement très important dans notre équipe, surtout parce que l'on n'en a pas énormément besoin. Surtout que... [ici], on a presque plus besoin, enfin besoin, il y a beaucoup de gens de la précarité dans certains lieux où l'on va qui se parlent en arabe. Mais, en général, ils savent parler français aussi. Et puis, s'ils veulent se parler en arabe entre eux, finalement, est-ce que l'on ne peut pas leur laisser le choix que finalement, on ne comprend pas ce qu'ils disent, quelque part ? Surtout que lorsque je parle de ces lieux-là, c'est des lieux d'accueil où ils se parlent entre eux et où on n'est pas en consultation, en face-à-face.

– *Du coup, sur la PASS, quel est un peu le parcours des « migrants avec un parcours de demande d'asile » ? Qui vous les adressent et pour quelles raisons ?*

– Alors, nous, notre lien avec les migrants, il se trouve beaucoup au CADA. Il se trouve beaucoup au CADA qui est un endroit où on travaille depuis peu de temps. On voit quelques personnes sur le groupe. Essentiellement, ceux qui nous les adressent, je dirais, les travailleurs sociaux parce qu'ils sont les premiers repérants des gens en difficulté. On travaille aussi... il arrive que l'on travaille avec [une structure d'hébergement] qui est au même endroit que le CADA où il y a aussi des plus anciens migrants. Voilà. Et sur la PASS, enfin, quand je suis aux urgences et que je reçois des gens, [coupure de l'enregistrement], la part des gens que je reçois vraiment sur mon temps PASS urgences qui sont [ici] et qui viennent d'eux-mêmes consulter, elle est marginale. Il y en a eu, mais elle est marginale.

– *Les travailleurs sociaux, qu'est-ce qui va les alerter un peu pour qu'ils vous orientent certaines personnes ?*

– Je crois que c'est le comportement des personnes. Les travailleurs sociaux, sur les structures de

demandeurs d'asile, ils ne sont pas très nombreux, mais ils arrivent quand même à se rendre compte, au moment où ils donnent la chambre, où ils montrent l'habitation, où ils peuvent un peu voir quand il y a le début des démarches. Et puis, dans le rapport que peuvent avoir les arrivants aux autres personnes dans le CADA, ils arrivent à repérer maintenant, les comportements qui sont vraiment particuliers ou, les gens qui sont vraiment mal. Il y a des difficultés à la fois psychique et d'adaptation qui sont malheureusement quasi commune à tous. Mais il y en a d'autres qui, cela peut aller du comportement délirant, de la personne qui, tout simplement, ne sort jamais de sa chambre, parce qu'elle est vraiment terrorisée ou de ceux qui auront des rapports compliqués avec leurs enfants ou même lorsqu'ils leur racontent leurs histoires, la façon dont celle-ci est racontée et puis, comment les personnes vivent le fait de raconter leurs parcours. Je pense que c'est surtout là-dessus. Après, oui, je crois que je vais surtout dire ça... Après, il existe aussi un petit peu des migrants qui sont repérés en situation physique inquiétante et le fait qu'ils ne s'occupent pas d'eux-mêmes et qu'ils ne s'occupent pas de leur santé physique, c'est quelque chose qui amène sur le psychique aussi. Et généralement, ces gens-là, ils sont orientés à la fois à la PASS somatique mais aussi, à moi parce qu'on essaye de savoir si c'est quelque chose, si c'est un laisser-aller psychique, enfin s'il y a quelque chose qui explique cela.

– *Et vous, du coup, qu'est-ce qui va vous orienter vers une pathologie post-traumatique ?*

– Moi, qu'est-ce qui va m'orienter vers une pathologie post-traumatique... Je crois que c'est aussi un peu la façon de raconter le parcours. Je crois que c'est la façon de raconter le parcours, c'est divers éléments. Qu'est-ce que je pourrais dire ? ... C'est... C'est divers éléments, comment la personne, elle le raconte, si elle peut le raconter dans quelque chose de dynamique ou si c'est vraiment quelque chose de figé. S'il y a des éléments, par exemple, voilà, moi, quand j'écoute ces personnes, je n'ai aucun intérêt à savoir, enfin je n'ai aucun intérêt, mon intérêt n'est pas porté à savoir si c'est vrai ce qu'ils peuvent me dire ou pas. Par contre, lorsqu'il y a des choses qui ne me semblent pas cohérentes, j'essaye aussi de me rendre compte si c'est des éléments qui sont dissociés du fait d'un traumatisme tellement important que plus rien n'a plus s'inscrire comme il faut à un moment donné ou si c'est autre chose, qu'ils n'ont pas envie de me dire ou je ne sais pas. Donc, ça, c'est des éléments qui marquent un syndrome post-traumatique. Et puis, il y a aussi ce qu'ils peuvent raconter de comment ils

étaient avant et de comment ils sont maintenant et de ce que je peux voir moi-même. Est-ce que j'ai l'impression que c'est différent, est-ce que eux se racontent de manière différente et est-ce que cette différence, elle peut s'expliquer par le parcours ou est-ce que pour moi, il y a quelque chose de l'ordre du syndrome de stress post-traumatique ? Après, c'est vrai que l'on ne travaille pas exactement avec une grille de lecture où il faudrait, enfin, où je remplis des cases. J'ai plus tendance à intégrer ça dans une dynamique psychique qu'à faire sous forme de diagnostic. Il y en a peut-être qui font différemment de moi...

– *D'accord...*

– ...

– *Et quelle prise en charge pouvez-vous proposer aux "migrants avec un parcours de demande d'asile" chez qui vous auriez repéré une pathologie post-traumatique ?*

– Ça, je pense que cela dépend aussi beaucoup des possibilités que l'on peut trouver dans chaque PASS pour faire ça et de l'endroit où l'on se trouve. [Ici], il n'y a pas de lieux de prise en charge spécifique du stress post-traumatique. C'est des choses qui peuvent être trouvées [dans d'autres villes]. Ça peut nous arriver d'y orienter des gens mais c'est quand même très rare. Parce que nous, ils viennent déjà en grande partie, [de plusieurs dizaines de kilomètres. Donc, leur faire faire le double], c'est assez utopique. Donc, nous, on essaye de travailler déjà nous-même là-dessus. On peut essayer d'adresser les gens au CMP. C'est quelque chose qui est compliqué parce que le CMP, le CMP de façon structurelle, il y a un CMP [dans la ville] où se trouve le CADA, mais il y a un médecin qui n'y est pas tout le temps et qui est surbookée. Et puis, elle, elle prend un peu les migrants, les psychos pas trop. Les médecins traitants, c'est surbooké là-bas aussi. Les psychos, il n'y en a pas et de toute façon, ils n'iront pas voir des psychos en libéral. Comme j'expliquais, cela nous arrive d'essayer de trouver des moyens un peu détournés dans le sens où il existe des associations, notamment il existe une association [dans la ville] de prise en charge d'aide aux victimes. Donc, moi, je sais que je connaissais cette association au préalable par rapport aux femmes battues ou aux femmes qui s'étaient retrouvées en situation de précarité suite à un conflit. C'est quelque chose auquel il est possible de faire appel pour les migrants, souvent pour les femmes. Voilà. Et puis, comme je le disais, il arrive que l'on fasse appel aux autres réseaux que l'on peut connaître. J'expliquais, par exemple, que les femmes enceintes, on peut essayer de faire appel au réseau

de périnatalité ou, on peut essayer d'orienter les gens vers un soignant, soit via un service particulier. Si, comment dire... si c'est quelqu'un qui a une maladie qui sera somatique mais que cette maladie sera doublée d'un syndrome post-traumatique, par exemple, on peut travailler en lien avec la psycho ou tout intervenant psy qui peut travailler dans le service. Et en ça, cela rejoint notre façon de travailler, dont on parlait tout-à-l'heure, où on essaye au maximum de mettre en lien les choses, enfin le soin, pour qu'il y ait un filet qui se crée autour de la personne. Mais, il n'y a pas... C'est vrai que pour amener les gens aux soins de façon générale, on aurait une préférence pour le CMP. Mais, c'est compliqué d'amener les gens au CMP pour nous, même si on est une équipe qui doit amener des gens aux soins. Et pourtant, je veux dire... Et pourtant, dans notre équipe, [ici], je sais que ce n'est pas comme ça partout, on souhaite vraiment rester dans quelque chose du pré-soin et non pas du soin à proprement parler. C'est pour ça, ça s'appuie sur le fait que l'on n'a pas de temps de médecin mais cela s'appuie sur le fait que l'on ne veut pas se substituer à des dispositifs déjà existants. On ne veut pas devenir un CMP de la précarité ou un CMP des migrants. Ça, c'est une vraie volonté de l'équipe. C'est vrai que cela nous oblige peut-être parfois à des chemins détournés mais c'est quand même comme ça que l'on fait.

– *Du coup, les personnes que vous suivez comme ça temporairement, vous arrivez à ne pas les garder trop longtemps au final ?*

– Alors... On arrive, mais pas les garder trop longtemps, c'est difficile de donner un chiffre précis. Généralement, on arrive quand même à orienter au bout d'un moment. Après, il peut arriver qu'on revoie certaines personnes, dans différents cadres. Il y en a qui restent assez inaccessibles. Je pense à un jeune homme sur une structure, à un jeune homme sur une structure d'accueil que l'on voit depuis, je dirais un an et demi, depuis qu'il est arrivé, et avec qui on n'a pas réussi à entrer véritablement en contact et qui est en train de devenir très délirant et on ne sait pas comment cela va se passer. Il va peut-être finir en hospitalisation d'office. L'avantage, enfin, je veux dire, on aura quand même une certaine connaissance de la situation parce qu'on en entend parler depuis un an et demi. On est déjà attentif à cette situation parce que les structures d'accueil nous en parlent et qu'elles sont inquiètes. Si ça se passe un jour où je suis aux urgences, cela facilitera probablement le lien, cela le facilitera avec la psychiatrie. Mais, c'est un regard qui est assez lointain quand même. Voilà.

– *Vous disiez tout-à-l'heure que vous aviez un temps de médecin mais qu'il n'est pas du tout prescripteur, comment vous faites, du coup, s'il y a des personnes qui ont besoin d'un traitement ? Vous disiez les orienter...*

– On les oriente... Il a pu arriver, comment dire. Le système avec la PASS [somatique] a été obligé de changer parce que le médecin qui y était n'est plus le même et n'a plus le même temps de travail. Avant, il avait une demi-journée de travail qui correspondait à une demi-journée où j'étais aux urgences. Donc, c'était parfois un petit peu, je ne sais pas comment dire, pas très logique, je ne sais pas trop comment il faut dire. Mais, le médecin pouvait voir la personne, me dire qu'il ne la sentait pas bien, que moi, je la vois et qu'ensuite, on discute du traitement ensemble. Mais, c'était un médecin généraliste. On va dire que c'était pour de la prescription d'anxiolytique ou de médicaments pour dormir. En ce qui concerne la prescription d'antipsychotiques ou de traitements plus lourds, en général, on essaye d'orienter sur un psychiatre, quitte à ce que ce soit un passage par les urgences à l'hôpital. Alors, est-ce que cela nécessite... cela entraîne parfois des discussions, des discussions avec, est-ce qu'il faut attendre que les gens aient des droits ouverts pour qu'ils puissent être reçus aux urgences, à des discussions parce que parfois, les psychiatres, même s'ils sont aux urgences et qu'ils ne sont pas là pour ça, peuvent être sensibles à la question des migrants et les recevoir et faire une prescription même si ce n'est pas dans leur attribution, mais c'est aussi facilité par notre travail de réseau. Cela peut passer par des réseaux secondaires, comme je disais, la périnatalité ou du lien avec le médecin traitant. Cela peut arriver qu'on soit en lien avec des médecins traitants. Des médecins traitants, il y en a qui sont plus frileux que d'autres pour prescrire des antipsychotiques mais éventuellement, ils peuvent avoir un lien avec moi. Moi, je peux avoir un lien avec le psychiatre de notre équipe qui, si lui ne verra pas les patients, peut peut-être discuter d'une posologie avec le médecin traitant. C'est vrai que l'on a besoin souvent des médecins. Mais, c'est vrai que cela fait partie de la politique, enfin, du fonctionnement de notre équipe que de faire comme ça.

– *Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge de ces migrants qui auraient un parcours de demande d'asile et qui aurait une pathologie post-traumatique ? Vous parliez tout-à-l'heure des difficultés à orienter sur les CMP, est-ce que vous*

en voyez d'autres ?

– C'est la difficulté à aller vers les médecins en général d'une part. Les CMP en premier lieu mais les médecins en général parce [que dans la ville où est située le CADA], les médecins généralistes, ils sont débordés, ils ne sont pas habitués au travail avec les migrants. Et souvent, c'est bien compliqué pour eux de les recevoir, comme il est bien compliqué pour eux de recevoir les personnes issues de la précarité. Ça, c'est quelque chose que l'on retrouve aussi en lien avec la précarité... Qu'est-ce que je pourrais évoquer d'autres comme difficulté ? Il y a l'aspect géographique qui n'est pas simple : [là où est situé le CADA], ce n'est pas un endroit où il y en a beaucoup des migrants. C'est un endroit qui est quand même isolé, où ils ne peuvent pas faire grand-chose sans voiture, où ils s'ennuient beaucoup... ça, c'est malgré tout une difficulté. Il y a beaucoup de gens que l'on suit qui nous disent, que le week-end, ils vont [dans d'autres villes, parfois éloignées] retrouver des compatriotes. Qu'est-ce que je pourrais citer d'autres comme difficulté ? ... La difficulté de la langue, c'est aussi vrai même si j'ai dit que nous, on ne la rencontrait pas énormément. C'est vrai parce que malgré tout, nous, on se débrouille un petit peu en anglais, allemand et éventuellement un peu d'autres langues avec les autres membres de l'équipe mais pour un médecin généraliste ou pour un psychiatre, surtout, sans vouloir faire de généralités, ceux qui ont un certain âge, ils n'ont pas forcément envie de se casser la tête à faire un entretien en anglais, sachant qu'il y a peu de chance qu'ils aient un interprète avec eux [dans notre ville]... Après, il y a aussi nous-mêmes, notre temps de disponibilité parce qu'on ne fait pas que du travail avec les migrants. Donc, quand on entre un lien avec une structure comme le CADA, moi et puis, je crois que le reste de l'équipe aussi, on a ressenti un certain degré d'urgence de notre présence. Et l'urgence qui est transmise par les travailleurs sociaux, ou qui je pense est en lien avec ce que font vivre aux autres les personnes atteintes de syndrome de stress post-traumatique, il y a quelque chose où on ne peut pas, où on ne veut pas. Nous, on considère que l'on n'est pas une équipe qui travaillons dans l'urgence. On ne remplace pas le CMP, mais on ne remplace pas non plus le service des urgences. Et ça, c'est une difficulté que de contenir une angoisse qui est débordante, à la fois, bien sûr des personnes qui sont atteintes de stress post-traumatique mais aussi pour les équipes qui les accompagnent. Enfin, je ne sais pas si c'est une difficulté mais c'est un des aspects.

– *D'accord.*

– ...

– *Et est-ce que du coup, cela vous est arrivé d'être confronté à des personnes qui ont une idéeation suicidaire importante ou à des crises suicidaires et comment vous avez pu les gérer ?*

– Oui, cela m'est arrivé... Je réfléchis parce que moi, « des suicidants », j'en vois beaucoup dans mon travail aux urgences pures. Donc, moi, ce que j'ai appris, enfin, ce que j'ai appris et la façon dont je travaille aussi à cette place-là, je trouve important que quand il y a une crise suicidaire, les gens puissent venir la traiter à l'hôpital. Donc, j'ai tendance, moi, à travailler sur, je ne sais pas s'il faut dire quelque chose d'éducatif ou de préventif, mais que ce soit au niveau des professionnels ou des usagers, j'insiste pour dire que s'il y a une crise suicidaire trop importante, je peux le dire, que ça arrive de se sentir tellement mal qu'on a envie de se faire du mal. Et que dans ces cas-là, il faut venir à l'hôpital parce que c'est l'endroit où l'on est le mieux protégé contre soi-même et qu'on a le plus de chance d'être apaisé. Après, quand on les rencontre, nous, sur les structures, c'est ça qu'on leur propose en fait. Dans un premier temps, on leur propose de monter aux urgences si on sent que c'est très compliqué à cet endroit-là. Nous, on va éventuellement discuter, essayer d'accueillir ça sur le moment. Et puis, évaluer, évaluer si c'est dû, justement à la très forte angoisse déposée, qui fait dire au travailleur social qu'il y a une urgence suicidaire ou si nous, on la ressent aussi, essayer d'accueillir et de voir si cet accueil est suffisant, si le dépôt d'une souffrance peut permettre que cela se traite en ambulatoire, quitte à ce que l'on oriente un peu plus vite que d'habitude, que l'on essaye de faire au mieux. Même si on doit s'arranger et que, même si c'est une situation où on aimerait qu'il y ait un psycho, on commence par faire venir deux infirmières parce que les psychos ne sont pas là ce jour-là, à être encore plus souple que d'habitude. On leur dit vraiment d'alerter maintenant. Je parlais tout-à-l'heure d'un filet qui se met en place. C'est évidemment, je pense à ça, en tant que filet de sécurité qui pourrait retenir d'un effondrement ou d'une chute suicidaire par exemple. Après, c'est vrai que ... ce que je dirais le plus comme protocole, c'est que l'on essaye d'amener les gens aux urgences dans ce cas-là.

– *Pour qu'aux urgences, ils évaluent aussi et que s'il y a besoin d'une hospitalisation que ce soit peut-être plus facile à organiser.*

– Oui, c'est ça. Et puis, aux urgences, ils pourront éventuellement voir un psychiatre qui pourra éventuellement prescrire un traitement. Mais ça, c'est encore une fois... cela s'intègre dans notre

volonté de ne pas se substituer au mode de soins classique. C'est une autre discussion et selon les PASS, c'est peut-être différent. Après la façon dont une PASS s'inscrit dans le parcours de soins sur un territoire, je crois que cela dépend à la fois des membres fondateurs de l'équipe et puis, des gens qui y sont à un moment T et qui font un peu évoluer les choses. C'est aussi une question d'idéologie ou au moins, d'idée du soin.

– *Oui, tout à fait... Et du coup, depuis votre arrivée sur la PASS, est-ce qu'il y a des choses qui se sont modifiées dans votre pratique ?*

– Bien sûr qu'il y a des choses qui se sont modifiées dans ma pratique parce que...une des autres pratiques directrices de notre pratique, c'est l'aller vers. L'aller vers des structures qui ne nous connaissent pas, parce que l'on considère aussi que les gens qui ne se font pas soignés et qui rentrent dans nos missions d'accès aux soins, c'est des gens que l'on a tendance à ne pas voir et qui ne sont pas connus et vers lesquels il faut qu'on aille. C'est aussi ce que l'on fait avec des structures qui peuvent être isolées face à telle pathologie. Le CADA, c'est quelque chose qui a modifié notre pratique. Avant, les migrants, on en voyait de façon marginale sur les structures dans lesquelles on travaillait. [Ici], on en voyait mais déjà, l'équipe mobile, ils n'étaient pas très nombreux, et ils avaient décidé de travailler dans l'agglomération. [Là où il y a le CADA], c'est une ville où il a été décidé de s'étendre quand on est arrivé. Quand on est arrivé, il y a un travail qui a été fait d'aller vers les structures qui étaient là-bas. Mine de rien, entre le fait de se présenter à de nombreuses structures et que les choses se mettent en route, cela peut prendre un peu du temps. Mais, donc, oui, ce que je disais, c'est que ça évolue au fur et à mesure. Ça évolue aussi en fonction du contexte... [...] la façon dont je travaillais avec le docteur de la PASS [somatique] n'est plus la même que maintenant puisque je ne travaille pas sur la même, enfin, la médecin, elle travaille sur une demi-journée où moi, je n'y suis pas. Donc, on ne peut pas travailler avec la même coordination. On ne peut pas voir un même jour, une personne et en parler. On peut éventuellement le voir le même jour mais cela ne va pas être un moment où on est tous les deux physiquement au même endroit. Et puis, qu'est-ce que je pourrais dire dans l'évolution de notre façon de travailler avec ces gens-là ? Ça évolue parce que les dispositifs changent aussi. Le dispositif que l'on a au CADA maintenant, il n'était pas aussi précis, c'est un peu un grand mot, les choses s'affinent. Les choses s'affinent parce que l'on travaille avec ces personnes et puis, au gré, des formations, même des

formations courtes et puis, avec ce qui est amené par l'équipe. Voilà, je dirais que c'est un peu mouvant mais que cela met plus au travail nos capacités d'adaptation. Les décisions véritables de notre part, ça a été d'aller plus loin dans le territoire géographique que l'on voulait couvrir pour travailler avec ces gens-là. Voilà, ça, nous rapproche de zones... Voilà, je ne sais pas si ça répond à la question.

– *Si, si...*

– ...

– ***Et d'après vous, quelles seraient les compétences ou les qualités nécessaires pour prendre en charge les « migrants avec un parcours de demande d'asile » et souffrant d'état de stress post-traumatique ?***

– Je réfléchis... Moi, j'ai un petit peu l'ambition, je ne sais pas s'il faut dire, en fait, je trouve qu'avec ma formation, j'ai quand même dû développer des capacités d'accueil et des capacités à accueillir, à avoir une position un peu en creux qui permet de déposer quelque chose pour la personne, et que quand il y a quelque chose de très lourd, comme c'est souvent le cas au gré du parcours, il faut avoir une capacité de soutenance de tout ça. Il faut avoir une capacité de reconnaître, parfois, l'horreur des choses tout en faisant que nous, on reste vivant face à ça et que, et renvoyer aussi le fait que la personne en face, elle est vivante aussi. Alors, ça peut être dit avec des mots mais ça peut aussi être essayé de faire, de remettre quelque chose de la vie, essayer de remettre de la dynamique au niveau psychique. Et ça, ce n'est pas forcément quelque chose qui se fait au premier entretien. Encore une fois, je parlerai d'accueil, de capacité de contenance et puis, d'essayer de réinstaurer quelque chose d'un peu dynamique chez la personne. Mais, je sais que c'est des qualités que moi, je vois [du fait de ma fonction]. Nous, ça peut nous arriver de nous rendre compte que des travailleurs sociaux sont mal à l'aise voire très mal à l'aise, en difficulté pour continuer à travailler avec des gens quand il y a certaines choses qui sont montrées ou dites. Parfois, montrées c'est-à-dire des personnes qui vont en été, mettre des tenues d'été, et on va voir les marques de la torture sur leurs corps, j'ai déjà vu des travailleurs se détourner parce que ce n'était pas possible pour eux. Je ne sais pas comment il faudrait nommer cette qualité, je ne sais pas si ce serait une forme de résistance, je ne sais pas comment on peut appeler ça, mais il faut peut-être avoir la capacité d'imaginer l'horreur pour pouvoir l'accepter quand on la voit, je ne sais pas.

– *Et est-ce que vous voyez d'autres compétences ou*

d'autres qualités ?

– Je crois qu'il faut avoir la possibilité de ne pas travailler tout seul. C'est peut-être encore en lien avec la manière de fonctionner de mon équipe. Et puis, ce qui fait un peu suite à ce que je disais un peu avant, c'est-à-dire que pour ne pas céder à de la sidération, il faut savoir que l'on n'est pas seul face à ça et qu'il y a quelque chose que l'on pourra déposer de tout ça... Ça, je ne sais pas si c'est une qualité intrinsèque d'un être humain ou si c'est la qualité du dispositif dans lequel il travaille, mais je pense que c'est important quand même.

– *Est-ce que vous pensez qu'une formation un peu spécifique soit nécessaire ou en tout cas intéressante pour prendre en charge ce public-là ?*

– Si je disais qu'elle était nécessaire et que je n'en ai pas fait, je ne serais pas très crédible. Je pense, évidemment, que c'est quelque chose qui serait très intéressant. Après, je pense que l'on peut se nourrir de ce que l'on arrive à trouver. Mais, oui, bien sûr, si, si, c'est très intéressant d'avoir des formations. C'est très intéressant parce que ça enrichit notre façon de penser et puis, cela sort de l'isolement. Cela permet d'anticiper, même si je ne suis pas sûr que l'on puisse anticiper ce qui va nous être dit, aussi de ne moins être confronté de visu à quelque chose qui nous coupe la pensée complètement. Je pense que ce serait très bien mais moi, pour l'instant, je n'en ai pas fait, à part des journées comme ça, qui sont bien mais qui ne sont pas forcément des formations. Cela nous amène plus à penser qu'à expliquer comment il faut faire.

– ***Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge de cette population c'est-à-dire des « migrants avec un parcours de demande d'asile » et qui auraient un état de stress post-traumatique ?***

– Il faut que je fasse des propositions de dispositifs ?

– *Ce qui vous vient, si c'est des dispositifs, c'est des dispositifs. Si c'est d'autres pistes, c'est d'autres pistes. Il n'y a pas de contraintes...*

– OK. Je pourrais parler éventuellement des moyens qui sont donnés et qui font que ces personnes, elles sont accueillies dans des situations qui ne sont pas forcément très rassurantes, que ce soit dans les pays d'Europe en général, en France ou jusque dans les CADA. Parce que ce n'est pas forcément des conditions idéales, idéales, parce qu'il y a peu de travailleurs, parce qu'il n'y a pas de soins ou en tout cas, même un psycho qui y serait de temps en temps. Je pense qu'un psycho qui y serait un jour par semaine dans un CADA, cela permettrait de rassurer l'équipe, d'au moins, de parler des situations les plus

difficiles et que visiblement, cela existe peu... Il faudrait sûrement qu'il y ait plus de formations sur ce public-là et son, et justement, son accès aux soins, ou les pathologies qu'ils peuvent avoir, que ce soit le post-traumatique, ou autres, envers les médecins traitants, je pense. Parce que c'est des gens qui vont aller en premier lieu chez les médecins traitants, plus que chez les psys. Et malheureusement, maintenant, des médecins traitants qui « font les psys », il y en a plus autant que peut-être passé un temps. Parce que peut-être que cela ne les intéresse plus, peut-être qu'ils ont trop de boulot, je ne sais pas, quelles sont exactement les raisons. Mais, je pense qu'il faudrait qu'il y ait une information, une formation, une prévention qui soit faite à l'égard de ces gens-là parce que c'est des acteurs de premier rang. Comme je pourrais dire qu'il faudrait qu'il y ait plus de formations au niveau des citoyens parce que je pense que, dans les états de stress post-traumatiques, il est important que les personnes puissent retrouver une certaine forme de sécurité. Et cette forme de sécurité, elle se trouve essentiellement, dans le lieu dans lequel elles arrivent. Moi, je parle essentiellement du CADA. Mais aussi, dans le lieu où elles arrivent, quand c'est la ville, les écoles qui se trouvent à côté de ces structures et qui reçoivent une certaine quantité de gamins issus de cette immigration. Alors, les gamins, ils ne sont pas eux-mêmes porteurs du syndrome de stress post-traumatique, mais ils en portent quelque chose de l'héritage familial. Enfin, bon, bref, je pense qu'il y a quelque chose à faire au niveau de la santé, au niveau des acteurs de première ligne. Au niveau de nous, moi-même, au niveau de ma formation, je n'ai pas du tout eu de travail sur les migrants. Je ne sais pas si c'est dû à la fac dans laquelle j'étais, ou si c'est partout comme ça. Même si je sais qu'on tend à évoluer avec des masters d'interculturel qui, je pense, sont très bien mais, je pense qu'il n'y en a pas encore assez. Politiquement, on a décidé que le monde devait être assez libéral. On ne peut pas être d'accord pour juste faire circuler les marchandises sans prendre en compte que les Hommes vont suivre, parfois, de manière un peu obligée et de manière dramatique. Qu'est-ce que je pourrais dire d'autre pour améliorer ? Enfin, ce que je veux dire par là, avec ce que je viens de dire là, c'est surtout... je pense que les choses doivent être améliorées de façon globale. C'est difficile de dire que c'est absolument sur la formation ou absolument sur le fait qu'il y ait plus de monde en CADA. Moi, je pense que c'est l'accueil qui est mis à mal actuellement, en France, en tout cas. Et ça, c'est un peu difficile d'avoir une solution magique pour

savoir comment cela va évoluer.

– *Et est-ce que vous verriez un intérêt dans la mise en place de dispositif plus spécialisé dans le psychotrauma ?*

– Oui, oui. Moi, j'ai tendance à penser que les dispositifs de groupe, c'est quelque chose d'intéressant quand même pour ces personnes-là. Je pense que c'est intéressant pour elles parce que, comme je le disais, c'est la possibilité de rompre un certain isolement. Je pense que ce serait intéressant aussi de former les travailleurs, [...], que ce serait intéressant de former les travailleurs à des travaux groupaux, je pense que l'on n'est pas assez formés là-dessus. Voilà... Après, vous parliez de dispositif de soins ?

– *Plutôt de soins mais après, cela peut être autre chose, si vous avez d'autres idées ?*

– Oui, je pense que le travail de groupe, ce que je voulais dire, c'est que cela peut être thérapeutique mais que ce n'est pas forcément un travail que thérapeutique. Je me souviens que j'avais vu une conférence où ils expliquaient, je crois que c'était au Rwanda, où ils avaient fait des groupes de parole où ils réunissaient les bourreaux et les victimes dans les mêmes groupes de parole. Et que ça, c'est quelque chose qui est différent dans notre pays, puisque l'on est plus un pays d'accueil qu'un pays où la guerre, où les traumas se sont passés. Mais, je pense que ce sont des dispositifs qui se trouvent aussi dans les lieux, qui se trouvent en fonction de la culture et qui peuvent être hyper intéressants. Je pense, que par rapport au trauma mais aussi par rapport à la compréhension qu'on en a, au niveau éthno, on n'est pas assez formés et que l'on n'a pas assez accès aux psychiatres. Peut-être que c'est parce que l'on est un peu isolé [ici] mais je ne sais pas si [dans d'autres villes], il y a beaucoup d'ethnopsychiatres qui permettent, avec qui on peut travailler pour ces choses-là. Je sais qu'en ethno, il y a des groupes qui sont faits, et où il y a des choses très intéressantes. Il faut aussi favoriser la pluridisciplinarité face à ces questions-là. Voilà, après, je ne sais pas si je réponds en termes suffisamment précis en termes de dispositifs mais voilà.

– *Ça marche. Est-ce qu'il y aurait un point que nous n'aurions pas abordé et qui vous semblerait important ?*

– ... Non, je pense que... comme ça, je ne vois pas...

– *Merci beaucoup alors. Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions...*