

Dominique Coulot

en lien avec l'équipe du Centre de santé Essor

Forum réfugiés Cosi

Médecin psychiatre

Villeurbanne

L'ENTRETIEN DE PREMIER ACCUEIL AU CENTRE DE SANTÉ ESSOR

« Le discours, la justice, la droiture éthique, tiennent d'abord à l'accueil. L'accueil est toujours accueil au visage. » (Derrida, 1997, p. 79)

« Tous les chagrins peuvent être supportés si on les transforme en histoire ou si l'on raconte une histoire sur eux. » (K. Blixen, citée par Arendt, 1989, p. 333)

La condition de réfugié

À l'origine du terme réfugié se trouve le verbe « fuir » et le « chercher refuge ». Les motifs de la fuite et du demandeur de refuge sont variables mais ont tous en commun une violence structurelle, politique, économique, culturelle. L'étranger, le réfugié, abandonne la plénitude de son être de citoyen « habitant de son pays » pour vivre ailleurs où, dépouillé de ses droits, il demande asile et protection. Le refuge suppose l'accueil et l'hospitalité qui ne se déploient non dans la plénitude d'un droit universel mais trouve ses limites dans les « les lois de l'hospitalité » (Derrida et Dufourmantelle, 1997) : politiques nationales, acceptabilité de la société, capacités d'hébergement, d'assistance sociale et sanitaire.

Adossée à l'association Forum réfugiés-Cosi, l'existence du centre de santé Essor est intégrée dans la stratégie des programmes de protection et d'intégration des demandeurs d'asile et bénéficiaires de protection internationale. En réponse à des besoins spécifiques de santé identifiés chez les personnes relevant de la demande d'asile (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005), la mission d'assistance psychologique s'est structurée historiquement d'abord au sein des différents lieux d'hébergement et depuis 2008 dans un lieu unique. Le centre de santé, acteur reconnu du réseau de soins, a accueilli 504 personnes en 2015 et réalisé depuis son ouverture plusieurs milliers de consultations.

L'évolution du contexte international et la multiplication des zones de conflits actualisent tragiquement les enjeux de l'accueil et des besoins de santé de personnes en rupture d'appartenance, dont le parcours d'exil est marqué par la violence. L'organisation des soins dans le droit commun apparaît peu préparée, mal dimensionnée et ne répond pas suffisamment à une demande qui trouble les repères

nosographiques. Répondre de manière spécifique à des besoins de santé identifiés nous paraît ainsi impliquer de nombreux enjeux :

- Pertinence de l'action dans une ouverture à une clinique de la rupture et du traumatisme.
- Permanence du dispositif d'accueil et de soin dans la précarité du séjour.
- Enjeux éthiques du soin inconditionnel dû à la personne souffrante et migrante.

Au-delà des particularités culturelles, des difficultés de transposition du langage, que puis-je apprendre et comprendre de celui qui m'apparaît étranger et exposé dans la précarité de son existence ? Quelles réponses apporter ? Au regard d'une clinique de la singularité, modulée par le contexte, comment recevoir et qualifier la demande de soins dans un cadre d'écoute ouvert et ajusté ?

L'autre étranger qui vient perturber notre histoire et déranger notre « chez-soi » nous paraît interroger plus généralement notre relation à l'altérité. Altérité des objets du monde où j'habite, altérité d'autrui absolument « Autre ». Relation à l'Autre qui s'ouvre originellement dans le langage. Après avoir situé notre regard dans son cadre d'exercice et à partir d'une phénoménologie de la relation à autrui pensée comme éthique et « philosophie première » par Emmanuel Levinas (1990, p. 11), nous déroulerons dans le temps d'un premier entretien d'accueil, illustré par des observations cliniques, les dimensions propres à l'évaluation d'une demande de soin. Nous évoquerons ensuite dans la continuité et la cohérence d'un parcours de soin, les limites d'une prise en charge au sein de notre structure. Nous terminerons sur la question du positionnement du professionnel dans la relation de soin.

Le temps et le cadre

Un travail d'autoévaluation du fonctionnement du centre nous a permis d'imaginer un dispositif de premier accueil fonctionnant de manière pluridisciplinaire, avec interprète dès que nécessaire. Mené le plus souvent à trois, médecin, psychologue, cheffe de service, il consiste en un entretien semi-structuré, au sein d'un lieu garantissant la confidentialité et le professionnalisme des intervenants. En pratique, l'atmosphère de bienveillance et la retenue dans l'investigation permettent d'installer un espace de confiance où peuvent s'exprimer les plaintes et symptômes, et se formuler les besoins. L'évaluation clinique réalisée dans ce premier temps débouche rarement sur la qualification d'un trouble psychique au sens des classifications actuelles. En dehors d'un syndrome de reviviscence traumatique, la symptomatologie observée, plus ou moins envahissante et invalidante, est le plus souvent aspécifique. Formes communes de l'anxiété avec ses expressions somatiques, affects et repli dépressif, troubles du sommeil. La monotonie de cette clinique entre en contraste avec la singularité des situations et la détresse exprimée et oblige notre regard à se déplacer vers l'expérience vécue. Expériences des violences subies, des deuils et des ruptures, expériences du rejet et de la déchéance sociale, des espoirs déçus.

Cerner une réalité mouvante, quitter le sol assuré des objets de la psychiatrie et de

modèle psychodynamiques éprouvés ne consiste pas à « faire table rase » d'un savoir constitué. Nous garderons à l'esprit l'existence de pathologies psychiatriques nosologiquement identifiables et relevant des ressources de la psychiatrie institutionnelle.

Observation :

Mme B., d'origine albanaise, est arrivée récemment en France avec son mari et un fils majeur. Reçue une première fois, sa présentation et le caractère ancien des troubles amènent à une évaluation clinique individuelle. Ralentie, apragmatique, Mme B. vit cloîtrée depuis 10 ans, alitée chez elle, dépendant entièrement de son entourage proche. Le contact est désaffectivé, le discours très pauvre. La symptomatologie évoquant une organisation psychotique déficitaire, nous tentons de l'adresser au CMP.

Les limites et frontières avec une qualification psychiatrique abusive peuvent être mouvantes et se déplacer brutalement dans les aléas d'une existence précarisée. Il ne s'agit pas non plus de s'absorber dans une pure réceptivité d'une étrangeté à découvrir. L'étrangeté n'est pas un accident, elle renvoie à la manière et aux modalités dont se présente le monde. Un monde déjà constitué des objets dont on parle. Dans cette approche contextuelle, ouverte sur la singularité, la pensée d'Emanuel Levinas nous paraît fournir quelques repères à la fois théoriques et éthiques.

L'altérité de l'Autre

L'expérience que nous avons de la pratique de la relation humaine et du soin psychique nous enseigne que l'autre ne se laisse pas facilement circonscrire dans les objets d'un savoir constitué, qu'il nous « déborde » en permanence, débordement des représentations de la totalité d'un savoir. Dans la relation à Autrui, le désir de connaître suppose la question d'un inconnu, d'un inconnu qui se révèle non comme une partie d'une totalité qui serait comme un reste à conquérir, mais altérité qui se présente comme un absolu, un infini. Comment cet infini peut-il prendre sens ?

Dans son « essai sur l'extériorité », Emmanuel Levinas (1990) pose la subjectivité comme « l'événement » de l'accueil d'Autrui, comme « hospitalité ». Changement de position du moi face au monde et de « l'égoïsme » qui oriente le monde. L'Autre étant absolu, distinct de tous les autres *étants*, se donne à moi, non comme un objet, une représentation, une vérité à dévoiler, mais s'ouvre dans le langage. Dans cette perspective, mettre la parole à l'origine de la vérité, la relation à l'autre ne peut être que morale. L'autre dans son appel s'adresse à mon attention, attention souveraine « qui n'est pas attention à quelque chose parce qu'elle est attention à quelqu'un. » (Levinas, 1990)

Pour Emmanuel Levinas l'événement de cette révélation, l'expérience première c'est le « visage » d'Autrui. Le visage est plus que sa manifestation plastique, les « choses » qui nous entourent n'ont pas de visage. Au-delà de toutes les caractéristiques objectives, culturelles, c'est l'expérience pour la conscience à la fois de l'altérité radicale et de la nudité toujours offerte à la prise de pouvoir et à la

violence. Donné initialement dans le domaine du savoir et de la représentation, le visage dans son « épiphanie » s'en arrache et s'impose alors dans sa transcendance et sa vulnérabilité.

C'est bien l'éthique qui est « philosophie première » pour Emmanuel Levinas. Une responsabilité qui m'oblige dans le face à face de la socialité. Éthique lucide qui suppose la séparation et l'éloignement. Le tiers accompagne toujours le visage d'autrui et la justice que je lui dois. Le rapport de Moi à Autrui se coule dans les formes du tiers, du « Nous » de la politique et des institutions toujours en menace de tyrannie (Levinas, 1990).

L'entretien d'accueil

Nous avons à dessein placé en exergue cette citation de Jacques Derrida. Lieu de l'altérité, le visage est cette partie du corps qui est nue, vulnérable, exposée à toutes les tentatives de réduire l'autre homme à un objet. De cette faiblesse, « je dois répondre » et ma responsabilité dès lors consiste à ne pas laisser autrui à son dénuement, à « prendre soin du besoin de l'autre » (Levinas, 1991, p.119). Dans cette perspective, l'hospitalité est cela même qui s'ouvre au visage, ce qui précisément « l'accueille ».

L'accueil

« *Bonjour, bienvenue au centre de santé.* » Cette phrase répétée rencontre après rencontre est plus qu'une posture ou formule de politesse. Elle signifie, « nous vous accueillons chez nous » dans notre lieu de travail et engage alors dans l'hospitalité et la promesse d'une écoute. Rien cependant d'une propriété dans ce « chez nous », « l'hôte accueillant c'est en vérité un hôte reçu » (Derrida, 1997, p. 79). Celui qui reçoit est reçu et la demeure s'ouvre alors comme « terre d'asile », lieu non appropriable, « intériorité ouverte ». Franchir le seuil d'un lieu, assurance d'une demeure, mais qui peut être « dérangé », qui peut se laisser désemparer, s'étonner.

La question de la langue du discours

Accueillir autrui avec interprète dans la langue qu'il a choisie, ce « chez-soi chez un autre » (Derrida, 1997) est aussi signe d'hospitalité. L'entretien clinique avec une personne allophone doit faire l'économie de la transparence habituelle des contenus explicites ou implicites d'une langue partagée. Une langue c'est l'ensemble d'une culture, des normes, des valeurs, des significations qui habitent la langue. Dans la réciprocité de l'échange, rythmé par la traduction, où « l'autre me regarde le regarder » (Levinas, 1990), ce qui fait sens déborde largement la neutralité formelle d'un contenu de pensée et requière la volonté de se projeter dans l'expérience d'autrui. Capacité pouvant être fortement sollicitée et être toute ou en partie mise en échec.

Observation :

Monsieur D. arrive à Lyon et est hébergé dans un centre d'accueil. Il parle le kurde et la traduction se fait avec l'aide d'un interprète par téléphone. Nous avons quelques

informations préalables sur le refus de Monsieur de vivre dans un quartier à forte communauté musulmane. Deux entretiens longs et laborieux ne parviendront pas à démêler ce qui ressort de persécutions subies en tant qu'«apostat» ayant renié sa religion d'origine d'avec une sthénicité passionnelle. On apprendra quelque temps après que Monsieur D., en crise, a dû être hospitalisé en urgence dans un service de psychiatrie.

Le corps et le soin

Après présentation des intervenants présents et du fonctionnement du centre, c'est le plus souvent par l'entrée « corporelle » qu'est initié l'échange. Dans le respect de la pudeur et de l'intimité, la maladie, plaintes et symptômes, traitement en cours, permettent de parler de « soi », « à travers soi » des violences et traumatismes subis. La question des troubles du sommeil est la porte d'entrée habituelle à l'évocation des reviviscences traumatiques. De manière plus pratique, cette partie de l'entretien permet de préciser les parcours de soin en cours et vise à garantir la cohérence d'une proposition de soin.

Observation :

Mme A., issue d'une famille de harkis, a fui avec un enfant en bas âge, les discriminations et un mari violent. Elle vit dans la peur d'être rattrapée. Elle exprime un stress continu, des maux de tête quasi permanents, des douleurs « dans tout le corps », « la peur d'être paralysée ». Elle dort mal, fait des cauchemars et se réveille « s'étant faite sur [elle] », pleure abondamment à l'évocation de sa vie en Algérie. Nous lui proposerons tout d'abord un entretien avec un médecin généraliste pour une évaluation et reconnaissance des plaintes somatiques.

Le quotidien et le temps de la procédure

« L'étranger est d'abord étranger à la langue du droit dans lequel est formulé le devoir d'hospitalité, le droit d'asile, ses normes... » (Derrida et Dufourmantelle, 1997)

Où en êtes-vous dans la procédure d'asile ? Du dépôt de la demande de protection à la décision définitive, il peut s'écouler de nombreux mois vécus dans l'inactivité. Dans cet intervalle, c'est un « à venir » par nature incertain, ponctué par les échéances de la procédure, qui sert d'horizon. L'exploration de la vie quotidienne permet alors de préciser les ressources mobilisées, dans cette position d'attente et d'inactivité : isolement d'un monde extérieur perçu comme hostile ou mobilisation autour des soins et la scolarité des enfants, l'apprentissage de la langue.

L'expression des affects

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? L'exploration de la vie intérieure ouvre à l'expression de la souffrance psychique. Précisément la souffrance renvoie à l'inas-surable réfractaire à l'ordre d'un sens, éprouvé dans l'impuissance ou la révolte. Les pertes matérielles, symboliques, s'expriment dans des sentiments de dévalorisation ou d'indignité : n'avoir pas su ou pas pu protéger les siens. Le deuil à faire ou toujours possible de ceux, enfants, parents, qui sont restés au pays.

Observation

Mme M. est une femme d'origine camerounaise arrivée depuis peu à Lyon et adressée par une ONG locale. Elle s'effondre rapidement à l'évocation de son périple à travers l'Afrique, la traversée de la Méditerranée. Victime de toutes les violences, elle a dû abandonner dans sa fuite ses trois enfants. Ignorante même des possibilités d'une demande de protection, elle exprime un état de total abandon où « plus rien ne tient ». Situation de détresse absolue où Mme M. se trouve comme dénouée de tout lien social, affectif, matériel, en danger de sombrer dans l'anonymat de la rue. Sa demande est de retrouver un minimum de sécurité, « d'être tranquille ».

Reconnaître ce qui a été dit et demandé et formuler une réponse.

Que pensez-vous de venir parler de vous avec un professionnel ? Permet de préciser les modalités d'entretiens ultérieurs avec un psychologue ou d'un rendez-vous avec un médecin, projeter une rencontre où l'intimité peut se dévoiler dans une rencontre duelle garantie par le secret professionnel. Proposer un soin d'ordre psychologique n'entre pas forcément dans les représentations culturelles. Pour certain, ce peut être la possibilité même du partage de l'intériorité psychique avec un autre, étranger, qui pose question. Pour d'autres dans le décalage d'une arrivée récente et de l'urgence de l'adaptation à de nouvelles normes d'existence, ce n'est manifestement pas « le moment ».

Une brève synthèse sur ce qui a été échangé conclut l'entretien avec la promesse d'une réponse rapide formalisée.

Observation :

Mohamed, jeune homme d'origine soudanaise, a évoqué avec le chargé d'opération un parcours d'exil extrêmement dangereux et potentiellement traumatisant. Emprisonné, torturé dans son pays, il est de nouveau persécuté en Lybie. Parvenant à embarquer, il survit miraculeusement à un naufrage en Méditerranée pour rejoindre Paris où il subsiste « à la rue » avant d'arriver à Lyon. Lors de notre entretien, Mohamed « va bien », il est désormais en sécurité, n'exprime aucune souffrance, ne présente aucun symptôme. Nous nous quittons en l'assurant de notre disponibilité future « au cas où », dans l'éventualité qu'à distance se manifeste « l'après coup » du traumatisme.

Construire une proposition de soin

Dans un second temps, au cours d'une réunion hebdomadaire avec les autres professionnels de l'équipe, une réponse est élaborée et formalisée par un courrier. Près des trois quarts des entretiens d'accueil débouchent sur un rendez-vous auprès d'un professionnel. Proposition pouvant se limiter à un nombre de séances limitées à l'exploration de la demande et à l'expérimentation d'une rencontre basée sur la parole. Par la suite, les rencontres ultérieures permettent de préciser les modalités les plus pertinentes de suivis, prises en charge médicales, individuelles ou partagées, avec les autres professionnels (médecins, kinésithérapeutes, art-thérapeutes).

Un certain nombre de personnes reçues sont, au regard de la symptomatologie, orientées vers la psychiatrie de secteur (dépressions majeures, troubles psychotiques, addictions sévères) ou la psychiatrie libérale quand la langue le permet. L'accès aux CMP reste conditionné aux ressources mobilisées en interprétariat et aux règles de la sectorisation. Pour un certain nombre, la demande de soins portée par l'entourage social ou médical ne rencontre pas l'adhésion à la proposition de soins, ou arrive « trop tôt » au regard de situations familiales et sociales trop précaires, de maladies somatiques en cours d'exploration. Dans tous les cas, un travail de liaison est assuré avec les entours médicaux et sociaux comportant la proposition de réévaluer la situation à distance. Enfin, des demandes spécifiques (violences faites aux femmes, périnatalité) peuvent se partager avec les autres acteurs du réseau social ou associatif.

Prendre soin, une question éthique

Dans le temps du soin soumis aux aléas de la procédure administrative et de sa propre violence, la relation d'aide ne peut faire l'économie d'un positionnement éthique où le soignant s'engage avec ses propres convictions et détermine les limites de son action.

Dans le souci, la préoccupation, la sollicitude, comment puis-je me situer comme professionnel du soin ? Si ce que me commande le visage, l'Autre, est « sans mesure et sans fin », « ma responsabilité est infinie envers lui » (Levinas, 1990, p. 235). Dans cette proximité de la relation, Emmanuel Levinas maintient la rationalité du face à face qui n'est pas confusion ou implantation dans autrui. « Le tiers me regarde dans les yeux d'autrui » (Levinas, 1990, p. 234). Le rapport authentique à autrui maintient la séparation garante de l'émergence de soi et de l'autre où peut se déployer la relation éthique (Arbib, 2015, p. 95). Position singulière d'un face à face qui me concerne et m'implique où un tiers administratif vient forcer les limites et oblitérer l'avenir ; rien de plus incertain que l'obtention d'une protection.

Dans cet accompagnement en regard de l'impersonnel de la règle administrative et de la violence de l'arbitraire répond « la capacité d'être affecté » (Worms, 2010) par celui qui est exposé dans son existence et qui nous demande secours. Participation à la détresse qui n'est pas confusion mais lucidité sur ce qui me concerne et de ce qui peut se porter de la souffrance de l'autre, assurer la promesse d'une présence. Sur ce fond de provisoire et d'indéterminé, le soin institué dans un « îlot de sécurité », peut alors se donner le projet d'une reprise du désir et de la faculté d'agir. Ouvrir l'avenir à la puissance d'agir c'est aussi tout le sens de l'action éthique guidée par l'idée que l'humanité puisse *effectivement* devenir meilleure (Minkowski, 2013, p. 106).

Accueillir la demande de soin, c'est d'abord donner l'occasion de se raconter, transmettre, témoigner, de l'injustice et de la violence. C'est aussi ouvrir le temps vers un retour à la communauté humaine du Droit, de retisser des liens, de se « raccommoder » avec le monde. Temps futur peut-être de la réconciliation ou du pardon de l'impardonnable. « L'impardonnable consisterait à priver la victime de ce droit

à la parole, de la parole même, de la possibilité de toute manifestation, de tout témoignage. La victime serait alors victime, de surcroît, de se voir dépouillée de la possibilité minimale, élémentaire, d'envisager virtuellement de pardonner à l'impardonnable.» (Derrida, 1999, p. 13)

Nous resterons toujours étonnés par la capacité des personnes à réinvestir un possible de la vie au regard du tragique des histoires qui nous sont rapportées dans l'intime de la parole partagée.

BIBLIOGRAPHIE

- Antenat N. (2003). Respect et vulnérabilité chez Levinas. *Le Portique*, 11. URL : <http://leportique.revues.org/558>
- Arbib D. (2015). *La lucidité de l'éthique*. Paris : Herman éditeurs.
- Arendt, H. (1989). *La crise de la culture*. Paris : Folio Essais.
- Derrida, J. (1997). *Adieu à Emanuel Levinas*. Paris : Gallilée.
- Derrida, J. et Dufourmantelle A. (1997). *De l'hospitalité*. Paris : Calman Levy.
- Derrida, J. (1999, décembre). Le siècle et le pardon. *Le Monde des Débats*. URL : <http://hydra.humanities.uci.edu/derrida/siecle.html>
- Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, pp. 1309–14.
- Levinas, E. (1991). *Entre nous. Essai sur le penser - à - l'autre*. Paris : Grasset.
- Levinas, E. (1990). *Totalité et infini*. Paris : Le livre de poche.
- Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu*. Paris : PUF Quadrige.
- Worms, F. (2010). *Le moment du soin*. Collection Éthique et philosophie morale. Paris : PUF.