

DIU Santé, Société et Migration

Université Claude Bernard, Lyon 1

Année universitaire 2013 – 2014

*LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE AUPRES DES
DEMANDEURS D'ASILE AU SEIN D'UNE
PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE
SANTÉ*

Caroline KHALIL

Interne en psychiatrie,

Troisième année

Université de Bourgogne

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	p.2
II. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE.....	p.2
1. REPERES SOCIO-POLITIQUES.....	p.2
a) Précarité, santé, exil	
b) Principe d'égalité, rôle social de l'hôpital et loi de lutte contre les exclusions	
2. PRESENTATION DE LA PASS.....	p.7
a) Localisation et organisation	
b) Qui sont les patients bénéficiaires ?	
c) Objectifs et missions	
d) Soins psychiatriques	
3. PRESENTATION DE LA PASS DE DIJON.....	p.10
a) Localisation et organisation	
b) Consultations psychiatriques	
III. CAS CLINIQUE : MONSIEUR A.....	p.13
1. PRESENTATION.....	p.13
2. DISCUSSION.....	p.16
a) Approche clinique	
b) Origines et exil	
c) L'exclusion	
d) Les fonctions du sort	
e) bouleversement identitaire et système de lutte	
f) La lutte contre la folie	
g) Conclusions de l'analyse	
3. PRISE EN CHARGE ET RELATION THERAPEUTIQUE.....	p.22
IV. AUTOUR D'UNE PSYCHIATRIE SPECIFIQUE DANS LE CADRE DE LA PASS.....	p.24
1. REFLEXIONS GENERALES.....	p.24
2. APPLICATIONS PRATIQUES : LE PARCOURS THERAPEUTIQUE.....	p.25
a) La relation thérapeutique	
b) Démarche diagnostique	
c) Le soin face au chaos	
d) La psychothérapie	
3. LE CADRE DE LA PASS.....	p.28
a) Accueil et repère	
b) Les limites	
V. CONCLUSION.....	p.30

BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

De l'exil à l'asile, l'individu parcourt un trajet difficile, voire destructeur. La terre d'asile est certes le refuge d'une vie menacée dans le pays d'origine, mais elle est également source d'autres menaces. L'individu exilé, qui devient généralement demandeur d'asile, se retrouve avec une vie à reconstruire alors qu'il ne dispose d'aucune ressource. Et, tant que cette nouvelle vie ne bénéficie pas de fondations solides, l'individu déraciné et démuné reste vulnérable. Cette fragilité met en danger sa santé, tant physique que mentale.

Observant l'inadaptation des structures de soins « classiques » face aux besoins des personnes démunies, les organismes de la santé ont mis au point des structures facilitant le recours au système de santé de ces personnes. Dans cette optique les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées. Elles dispensent de soins à visée physique et psychique.

Cette présentation traitera des soins à visée psychique et plus particulièrement de la prise en charge psychiatrique de personnes majoritairement en demande d'asile, personnes exilées de leur terre d'origine et exclues de leur terre d'accueil, au sein des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), à partir d'une expérience de six mois en tant que consultant psychiatrique à la PASS de Dijon.

Le psychiatre, lorsqu'il se retrouve face à un sujet étranger et de surcroît, exclu, peut se trouver lui-même démuné. La pathologie prend un visage qu'il ne connaît pas, les problématiques psychiques diffèrent de celles rencontrées dans la pratique « courante », et les outils thérapeutiques nécessitent d'être revisités. Comment le domaine psychiatrique s'insère-t-il dans le cadre des PASS ? Quelle place pour la psychiatrie dans le domaine de l'exil et de l'exclusion ? Pourquoi et comment le psychiatre doit-il adapter sa pratique ?

Dans la première partie, nous présenterons, après avoir défini les liens entre santé mentale, exil et exclusion, les permanences d'accès aux soins de santé et leurs objectifs en matière de santé générale et mentale. La deuxième partie rendra compte d'une pratique psychiatrique illustrée à partir d'un cas clinique. La troisième et dernière partie s'ouvrira sur une réflexion sur cette pratique dont la spécificité tient à son public, les demandeurs d'asile.

II. PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

1. REPERES SOCIO-POLITQUES

Chez les populations migrantes, en demande d'asile principalement, l'arrivée dans le pays d'accueil est bien souvent synonyme de précarité. Absence de revenus, absence de logement, absence de droits, enferment le migrant dans une nouvelle vie précaire où le quotidien est synonyme de survie. Dans ce contexte, ses états psychique et physique sont mis à l'épreuve. L'individu, alors en situation d'exclusion sociale, a plus difficilement recours au système de santé. Précarité, souffrance psychique,

souffrance physique s'alimentent mutuellement à la manière d'un cercle vicieux tant que l'individu ne peut pas accéder à des soins.

Et c'est pour rompre ce cercle vicieux que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, qui accueillent principalement des demandeurs d'asile, ont été créées.

a) Précarité, santé, exil

Avant de présenter les permanences d'accès aux soins de santé, il est nécessaire de définir brièvement quelques notions qui constituent le fondement de leur création.

- Précarité et exclusion sociale :

Ces principes, bien souvent au cœur de l'actualité, concernent des individus dans leur environnement social. Le terme « précarité » remonte à la fin des années soixante-dix, période où les grandes mutations planétaires ont remis en cause les modèles sociaux de l'Europe occidentale. Wresinski, dans le rapport qu'il a présenté au nom du Conseil économique et social en 1987, a défini la précarité comme « *l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ». Les « sécurités » dont il est question dans cette définition se réfèrent principalement à l'emploi, au logement, aux revenus, à la famille.

La précarité ne peut être définie qu'en lien avec une société donnée, c'est une notion subjective et relative dont le « seuil » varie d'une société à une autre. Les recherches sur les chiffres de la précarité en France aboutissent toutes aux chiffres de la pauvreté. La pauvreté est une notion objectivable (le revenu est la principale variable) par enquête, et ponctuelle ; il s'agit de calculer les revenus des individus d'une société à un instant T. L'évaluation de la précarité ne saurait se cantonner au niveau de pauvreté : la situation de précarité n'est pas figée, elle s'inscrit dans le temps, elle est définie par son évolution sur la durée, et par le degré de fragilisation des instances sociales. Son évaluation reposerait donc sur une mise en perspective dynamique et croisée des différentes instances (l'emploi, la famille, le logement) et leur place sur une imagée « échelle de sécurité ». De plus, les difficultés d'estimation sont majorées par le fait que les personnes concernées par la précarité font partie d'une population hétérogène, mobile, non recensée et échappant aux cadres administratifs officiels.

Si la situation de précarité se prolonge et s'aggrave, elle risque d'aboutir à l'exclusion. Le Haut Comité de Santé Publique considère qu'un exclu est une personne qui, malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas – parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a plus l'énergie de faire les démarches nécessaires – des possibilités d'aide (revenu, logement, santé) correspondant le plus à sa situation. Au sens strictement légal, les sans-papiers sont les seuls exclus, puisqu'au niveau légal ils ne peuvent pas bénéficier des droits correspondant à leur situation. En théorie, tous les autres « exclus » devraient pouvoir, à un titre ou à un autre, bénéficier d'un dispositif d'aide sociale, mais la réalité est différente. L'exclusion peut être économique (chômage de

très longue durée), ou sociale (absence de soutien familial, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés). Outre l'absence de ressources financières et d'aides adaptées, l'exclusion pose surtout le problème de l'émergence, chez l'individu qui la subit, d'un sentiment d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraîne une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. Cette souffrance peut aboutir à un renoncement, tant psychique que physique, à un désinvestissement de sa propre santé, qui aggrave une vulnérabilité déjà présente aux maladies organiques et psychiques.

- Santé et précarité :

Nous allons d'abord nous intéresser à la santé globale. Il est un fait indéniable que la situation de précarité met en péril la santé de ceux qui la subissent. En France, l'espérance de vie d'une personne sans abri est de 43 ans.

Les facteurs explicatifs reposent principalement sur les conditions de vie. La Charte d'Ottawa (1986) énonce : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir un droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ». La précarité fragilise donc la santé si l'individu ne dispose pas des ressources citées. L'insalubrité d'un logement, sa vétusté, l'absence d'électricité peuvent être à l'origine de pathologies respiratoires, maladies infectieuses, saturnisme, intoxication au CO. L'accès limité à l'éducation aboutit à une méconnaissance des informations de prévention dans le domaine de la santé. L'absence de ressources financières mène, entre autres, à une mauvaise hygiène alimentaire - d'autant plus en cas de logement insalubre - qui elle-même nourrit les maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle.

La situation de précarité met donc un frein à la perspective d'une « bonne santé », et ce frein est renforcé par la forte tendance à un non recours au système de santé. C'est pourtant pour les groupes de population les moins favorisés que les soins médicaux ont l'impact le plus fort car ces soins sont souvent le seul recours possible pour préserver un capital santé, tandis que les autres groupes peuvent s'appuyer sur des ressources sociales et environnementales plus solides, ce qui rend la part des soins relativement moins influente pour leur état de santé. La raison principale de ce non-recours aux soins est évidemment financière, même si la réforme de la CMU en 1999 a facilité l'affiliation d'une partie des plus pauvres à l'assurance maladie. Les autres causes à énumérer sont la perception des soins comme secondaire (surtout pour les maladies chroniques qui n'engendrent pas de gêne immédiate), les difficultés d'accès aux praticiens en ville, les problèmes de transport, le cloisonnement des professionnels de la santé, la complexité et la lourdeur administratives des institutions et le manque d'adaptation des structures hospitalières à l'accueil des plus démunis.

Pour ce qui est de la santé mentale plus spécifiquement, la vie précaire et l'exclusion y sont intimement liés, tant dans un sens que dans l'autre.

En 2009, le groupe de recherche SAMENTA a procédé à une estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement en Ile-de-France. L'enquête montrait que le tiers de cette population souffrait de troubles psychiatriques sévères, dont 15% de psychoses, 7% de troubles dépressifs graves, 12% de troubles anxieux et 21% de troubles de la personnalité. 22% déclaraient avoir fait une tentative de suicide dans leur vie.

Les ressources insuffisantes, le quotidien de lutte, la perte de sécurités fondamentales sont des facteurs de stress majeurs pour les personnes démunies, pouvant induire ou aggraver nombres de maladies psychiques. A l'inverse, une maladie mentale grave peut précipiter l'individu dans une situation de précarité, voire d'exclusion. Dans de tels cas, la perte des sécurités peut être rapide : conflits familiaux et désinvestissement de l'entourage, difficultés à assumer son emploi du fait de la maladie pouvant aboutir à une perte d'emploi et donc des ressources financières, incapacités à gérer la vie administrative et financière, etc. Dans le cas d'une désinsertion socio-professionnelle secondaire à une maladie mentale, si le malade est en lien avec le système de soins, des démarches d'aides sociales peuvent être entreprises (Allocations Adulte Handicapé, etc). Si, par contre, le malade échappe au système de soins et au système social, il court à l'exclusion. En bref, le rapport entre maladie mentale et précarité/exclusion n'est pas une ligne nette, il s'agit surtout de deux entités mêlées qui s'alimentent l'une et l'autre, et, plus elles se mêlent plus il devient difficile de les distinguer, de les séparer et de les remettre en forme.

- Exil :

Il s'agit à présent de lier la santé et la précarité aux populations migrantes, et plus précisément aux demandeurs d'asile et sans-papiers. Ce lien doit être mis en évidence puisqu'une grande partie des personnes en situation précaire est aussi en demande d'asile. L'enquête menée par SAMENTA en 2009 et citée ci-dessus retrouvait dans la population étudiée 60% de personnes nées à l'étranger.

L'exil, dans le contexte de la fuite du pays d'origine dans lequel la vie est menacée et de la recherche d'un refuge, se fait souvent dans l'urgence et implique l'abandon des ressources fondamentales (famille, logement, emploi, biens matériels et financiers). La personne exilée se retrouve dans le pays d'accueil où elle doit repartir à zéro et tout reconstruire. Elle se retrouve donc sans ressources, en situation précaire : sans domicile, sans revenus, sans emploi et sans proches susceptibles de l'étayer. A cela s'ajoutent des phénomènes de précarisation spécifiques du fait de leur statut juridique pour les étrangers en situation irrégulière. Cette nouvelle situation de précarité est préjudiciable à sa santé tant psychique que physique, santé déjà fragilisée par d'éventuelles pathologies fréquentes des pays en voie de développement, par les traumatismes ayant précipité l'exil, par l'exil lui-même dont les conditions représentent souvent un risque vital pour l'individu, par le stress de l'arrivée dans un pays inconnu et les conditions de vie qui l'y accueillent. Le recours aux soins est entravé d'une part par les raisons citées plus haut, mais aussi par des facteurs surajoutés tels que la barrière de la langue, l'incompréhension du système administratif, les variations d'ordre socio-culturelles et les différences de représentations de la maladie et du soin.

En termes de morbidité, les données épidémiologiques concernant le public migrant sont rares. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à vingt mille patients exilés, suivis entre 2000 et 2006, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies : psycho-traumatismes, maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 % des cas) et maladies chroniques.

Dans le lien santé-précarité, on se voit déjà là confrontés à un triple problème : la situation de précarité même, les difficultés en terme de santé qu'elle engendre (la maladie pouvant elle-même alimenter la situation de précarité) et le recours insuffisant aux soins (qui perpétue les deux problèmes précédents). Lorsqu'on axe le regard sur l'exil, la santé se voit compromise par des

facteurs supplémentaires. Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins des Français et des étrangers en séjour stable.

b) Principe d'égalité, rôle social de l'hôpital et loi de lutte contre les exclusions

La mise en place des PASS, à travers la loi de juillet 1998, repose avant tout sur la mise en action du droit constitutionnel à la protection de la santé.

Le droit à la protection de la santé est reconnu par le préambule de la Constitution de 1946. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ; ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945. La valeur constitutionnelle de ce droit est l'existence d'un service public hospitalier. Ainsi, le Code de la santé publique impose aux établissements assurant le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé.

Depuis sa création, ce droit fondamental s'est heurté à des réalités paradoxales, notamment au niveau des services hospitaliers. Principal lieu d'accueil des personnes en situation de précarité, l'hôpital joue un rôle central dans le système de soins. Alors que jusqu'au XX^{ème} siècle, sa mission principale était l'accueil des plus démunis, les progrès du siècle dernier en matière de techniques et savoir médicaux ont peu à peu effacé les attentes sociales vis-à-vis de l'hôpital au profit du développement de lieux de références avec des structures de plus en plus spécialisées en matière de soins. Cette course à l'équipement et à l'excellence a ensuite été freinée par une crise économique du secteur publique nécessitant des restrictions budgétaires visant à contenir l'explosion des dépenses de santé. Actuellement, les services hospitaliers sont donc soumis à une injonction paradoxale : assurer une fonction technico-médicale, centrée à la fois sur la modernisation de son plateau technique et la gestion des contraintes financières, tout en retrouvant son rôle social, directement lié à sa fonction de service public.

Dans la deuxième moitié du XX^{ème}, les pouvoirs publics s'étaient montrés réticents à engager des démarches afin de tenter de rééquilibrer ce double rôle attendu de l'hôpital. Les personnes en situation de précarité continuaient de se rendre aux urgences en cas d'aggravation d'un problème médical ou social, puisqu'il s'agissait là du seul recours que certaines personnes pouvaient envisager (les bénéficiaires de l'aide médicale d'état, par exemple). Et, dans ces cas-là, on se rendait bien compte que la prise en charge à proposer était insuffisante. Une prise en charge globale ne pouvait être envisagée, par manque de personnel, de formation du personnel, de transdisciplinarité, de temps.

Le droit à la protection de la santé n'a jamais été remis en cause, mais son application insuffisante auprès des groupes les plus démunis a creusé des inégalités majeures en matière de santé, d'autant que les phénomènes de précarisation s'accéléraient à la fin du XX^{ème} siècle. Parallèlement, l'hôpital dans son rôle social s'est fait de plus en plus discret.

En 1998, suite à la publication d'un rapport du Haut Comité de Santé Publique mettant en garde le gouvernement contre une montée en puissance des phénomènes de précarisation et leur conséquence sur la santé, dans ce contexte où le droit à la santé était fragilisé, la loi du 29 juillet 1998, « loi de lutte contre les exclusions » a été mise en place. Elle s'inscrit dans un programme d'action publique touchant à l'emploi, au logement, la santé, l'éducation, la culture. La santé est envisagée sous l'angle de la santé publique : les mesures ne concernent pas seulement les soins dispensés mais aussi les mesures d'éducation à la santé, de prévention. Elle privilégie donc une approche globale de la santé impliquant un décloisonnement des actions et une mise en réseau des compétences. La loi consacre « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies » comme un « objectif prioritaire de la politique de santé. ». La loi tend donc à corriger les inégalités sociales de santé au nom du droit à la protection de la santé, en replaçant l'hôpital dans son rôle social et en facilitant l'accès aux soins aux personnes démunies.

Dans cette optique, la loi est accompagnée de plusieurs mesures :

- La couverture maladie universelle (CMU) : qui garantit un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne résidant de façon stable et régulière sur le territoire français, ainsi qu'un droit pour les plus défavorisés à une couverture complémentaire gratuite avec dispenses d'avance des frais du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier, et des frais supplémentaires concernant les soins dentaires et certains dispositifs médicaux (CMUc).
- L'aide médicale d'état (AME) : qui, dans la définition du gouvernement « assure une protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France ». Elle concerne les étrangers vivant sur le territoire depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un certain seuil.
- Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) : ont pour finalité d'améliorer l'accès effectif à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, par le biais d'actions concrètes mises en place par les différents acteurs locaux (services de l'état, agences régionales de l'hospitalisation, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé, etc.) afin de développer la coopération entre les différents partenaires, dans un souci de décloisonnement des interventions.
- Les Permanences d'Accès aux soins de Santé

2. PRESENTATION DE LA PASS

« Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. » Article L.6112-6 du Code de la Santé Publique.

a) Localisation et organisation

Selon les localités, les PASS peuvent être accolées ou non à l'hôpital, elles le sont le plus souvent. Généralement situées dans les établissements publics de santé pour 80% d'entre elles, et plus particulièrement au sein des services d'urgence, elles permettent un repérage plus rapide des personnes en situation précaire. Elles deviennent ainsi un lieu visible d'accueil, d'information, d'orientation et de soins de ces patients. Les établissements de santé doivent également permettre de faciliter la circulation de ces malades, depuis la PASS vers les différents lieux de soin de l'hôpital. Cette configuration intra hospitalière PASS-urgences implique donc un travail en commun des deux équipes pour une fluidité optimale dans l'accompagnement et les soins de ces patients.

Les PASS ont généralement des équipes pluridisciplinaires composées de personnel médical, infirmier, d'un travailleur social et parfois d'un psychologue. Le médecin a vocation généraliste, sauf dans les PASS spécialisées (PASS-psy, PASS buccodentaires) et propose des consultations d'urgence ou de suivi. Les consultations, examens complémentaires et traitements sont dispensés gratuitement. Les travailleurs sociaux accompagnent les patients dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. La présence d'une activité sociale au sein des équipes fait de la PASS une cellule de prise en charge médico-sociale, une interface entre les deux domaines, et permet de faciliter l'accès non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux associatifs ou institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

b) Qui sont les patients bénéficiaires ?

Les patients adressés dans les PASS sont des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, qui ont besoin de soins externes et ne peuvent y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude, ou de leurs conditions de vie (désocialisation, difficultés à s'orienter, absence de logement). Les patients peuvent être adressés par le service des urgences par où ils transitent souvent, ou par les acteurs externes (Préfecture, services sociaux, etc).

En 2008, une enquête descriptive portant sur 581 patients a été menée par 5 PASS parisiennes afin de décrire le public qui consultent sur des dispositifs.

Les consultants étaient des hommes pour 65% avec un âge moyen de 46 ans. Sur le plan social, 80% étaient nés hors de France, 50% n'avaient pas de logement stable, 42% étaient inactifs ou au chômage et 18% n'avaient aucun revenu et 29% consultaient dans ces structures pour raisons financières. Sur le plan médical, 64% n'avaient aucun suivi médical régulier, 62% n'avaient pas de médecin traitant déclaré, 18% présentait une pathologie psychiatrique et 52% était porteur d'une pathologie chronique.

c) Objectifs et missions

Les PASS ont pour principale vocation d'envisager la prise en charge des patients selon une approche globale (de la prévention à l'accompagnement social) et transversale (mise en réseau, décloisonnement). Dans cette optique, les objectifs s'établiront sur trois niveaux :

- **Après des patients** : il s'agit d'abord d'offrir un accès aux soins aux personnes malades, grâce aux consultations médicales et à la prise en charge infirmière de la PASS, mais aussi aux consultations dispensées dans l'établissement, sachant que tout patient doit pouvoir accéder à ces consultations, et à l'accompagnement dans toutes ces démarches. Une fois l'accès aux soins engagé, il s'agit ensuite d'assurer la continuité des soins sur l'avenir et de s'assurer que les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement, c'est à ce moment qu'intervient le travailleur social pour faciliter l'accès aux droits et par là même l'accès au logement et à des conditions de vie qui permettent au patient précaire d'être suffisamment étayé par le système médico-social pour poursuivre les démarches de soins. La finalité de ces actions est le retour à l'offre de soins de droit commun, renvoyant à l'un des objectifs essentiels des PASS : ne pas enfermer le patient bénéficiaire dans un système de soin parallèle et discriminant. Puis, au-delà de l'accès aux soins, il s'agit de l'accès à la santé, et cela passe par les démarches de prévention essentiellement.
- **Après des professionnels de l'établissement** : les PASS ont également pour mission d'intervenir pour l'information, la sensibilisation et la formation du personnel de l'établissement de santé, afin d'orienter efficacement les patients démunis tout au long du parcours de soins et d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs de l'établissement. Cela renvoie plus globalement à la mission du service public hospitalier, à travers les PASS, d'agir en tant qu'acteur de santé publique (en offrant un accès aux soins et à la santé des personnes en situation de précarité), et cela implique une sensibilisation adéquate du personnel soignant à la santé du public précaire, au sein de l'hôpital. Il s'agit également à travers ces actions de développer une mise en réseau optimale et un décloisonnement des soins.
- **Après des partenaires extérieurs à l'établissement** : dans l'optique de transversalité et de prise en charge globale, les équipes des PASS ont pour objectif de développer la mise en réseau, non seulement des acteurs de l'hôpital mais aussi des intervenants extérieurs, du système sanitaire, social ou agissant dans le domaine de la précarité au sens large.

Si l'on reprend la problématique développée plus haut selon laquelle la situation de précarité, la santé et le recours aux soins s'entraînent mutuellement dans une spirale négative, ces actions sur trois niveaux mises en place par les PASS y répondent directement : accueil du patient dans le système hospitalier à travers la PASS, prise en charge de la précarité et accès aux droits, initiation des soins et pérennité du suivi, avec une mise en réseau des différents systèmes calquée sur les mailles qui entourent les concepts de précarité, maladie et non recours aux soins. Le patient précaire est ainsi envisagé dans sa globalité.

d) Soins psychiatriques

En ce qui concerne l'accès plus spécifique des populations précaires aux soins psychiatriques, il s'est avéré nécessaire de créer des permanences spécialisées, les PASS psy. Les premières PASS psychiatriques sont nées en 2009, il en existe actuellement 41. L'équipe de ce type de structure est généralement composée d'un psychiatre, un infirmier et un travailleur social. De même que les PASS ont pour objectif de fluidifier le parcours de soins du patient à travers l'hôpital général, les PASS psy ont pour objectif de favoriser la coordination PASS – établissements de psychiatrie. Elles permettent également de renforcer la compétence des services sociaux à l'intérieur de ces établissements. Ce type de PASS permet une prise en charge spécifique, centrée sur la dyade précarité – santé mentale.

Les PASS, psychiatriques ou générales, travaillent en lien étroit avec les EMPP (Equipes Mobiles Psychiatrie et Précarité). Ces dispositifs ont été créés suite à une circulaire du 23 novembre 2005, il en existe actuellement 126. Leur création a suivi l'observation du phénomène d'exclusion et le non recours aux soins qui le caractérise. Pour les raisons que nous avons déjà abordées, les personnes en situation d'exclusion tendent à échapper au système de soins, système par ailleurs peu adapté à leurs conditions de vie, et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit de pathologies psychiatriques. L'accès au système d'hospitalisation, aux consultations, aux médicaments est souvent compliqué et représente une nouvelle barrière face au reste de la société. De ce postulat, les EMPP ont été créées dans une dynamique « d'aller vers », sans attendre une demande qui n'a pas la possibilité de s'exprimer. Ces équipes, composées de psychiatres, infirmiers et parfois travailleurs sociaux, ont donc pour vocation d'aller vers l'exclusion et agir auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce sont des équipes mobiles qui se déplacent dans la rue, les squats, etc. Elles ne se substituent pas au droit commun, mais veillent à la continuité des soins afin d'éviter des ruptures préjudiciables aux projets de vie et de réinsertion.

La loi de lutte contre les exclusions a donc aboutit, concernant les soins psychiatriques, à la mise en place de deux types de structure essentiels : les PASS psy et les EMPP, dont le travail est axé sur la santé mentale en situation de précarité et d'exclusion, la vocation ultime est la stabilisation de la maladie et le retour au système de droit commun, et tandis que l'une est mobile, l'autre est un repère spatial fixe. Dans la lutte contre l'exclusion, la psychiatrie a donc vu son champ d'action s'élargir. En dehors de ces deux structures, certaines PASS générales organisent des consultations psychiatriques, comme c'est le cas à Dijon.

3. PRESENTATION DE LA PASS DE DIJON

a) Localisation et organisation

La PASS de Dijon a ouvert en avril 2002. Elle est implantée au sein du CHU, situé en périphérie du centre-ville. La PASS est rattachée au service d'urgences, elle est accolée à celui-ci. L'équipe est composée d'une assistante sociale à plein temps, qui évalue l'intégralité des patients qui se présentent à la PASS et les accompagne dans l'ouverture de leurs droits, d'une infirmière à mi-temps qui gère les soins d'hygiène, pansements, injections, prises de sang, délivrance de traitements ainsi

que les informations éducatives et préventives concernant la santé. Les consultations médicales s'étalent sur trois demi-journées et sont effectuées par deux médecins. Enfin, un agent d'accueil assure l'accompagnement des patients dans les démarches administratives, les consultations au sein du CHU, les prises de rendez-vous médicaux, etc. La PASS a accès à l'ensemble du plateau technique du CHU : consultations spécialisées, examens de biologie, d'imagerie, délivrance gratuite des médicaments. L'équipe de Dijon insiste sur la dimension d'accès aux soins dans ses objectifs et l'importance de veiller à ne pas enfermer les patients dans un dispositif parallèle et discriminant à terme. Ainsi, les consultations médicales et sociales sont sur rendez-vous, comme dans un cabinet classique de médecine générale, pour faciliter la transition ultérieure.

Avec la régionalisation de l'accueil des demandeurs d'asile, suite à la création du guichet unique en mai 2009, la Préfecture de Côte d'Or a vu le nombre de demandeurs d'asile exploser de 627% entre 2007 et 2012. Et même s'il est actuellement possible d'effectuer une demande dans d'autres villes de Bourgogne, Dijon reste référent et se situe d'ailleurs dans les premières villes françaises par rapport aux demandes d'asile. Dans ce contexte, la majorité des patients se présentant à la PASS sont demandeurs d'asile et parmi ces patients, la majorité est en provenance soit de l'Europe de l'est (Kosovo, Albanie, Arménie), soit de l'Afrique (Nigeria, RDC, Soudan, Centrafrique). Les consultations à la PASS sont passées de 427 en 2006 à 1159 en 2012. En conséquence de cette augmentation des demandes, on a constaté une augmentation du délai pour que les patients reçoivent leur premier rendez-vous à la préfecture, sachant qu'avant ce rendez-vous aucune prise en charge sociale en dehors de la PASS, ni aucun hébergement n'est possible. C'est donc à ce moment que les patients y sont adressés, soit par les urgences, soit par la Préfecture. La PASS reçoit également les personnes « sans papiers », mais aussi des étudiants, des jeunes adultes sans ressource et rupture sociale, des retraités et les personnes en situation d'exclusion sociale.

b) Consultations psychiatriques

A Dijon, les médecins de la PASS se sont vite retrouvés démunis face aux problématiques psychiatriques rencontrées lors de leurs consultations. Ils remarquaient une symptomatologie spécifique, avec des signes atypiques (hallucinations, plaintes somatiques) qu'ils n'étaient pas en mesure de prendre en charge à un niveau de médecine générale. Les patients étaient alors souvent adressés à la consultation psychiatrique des urgences. Avec l'augmentation de l'afflux des patients, l'équipe de la PASS et les psychiatres des urgences (des internes le plus souvent) se sont heurtés à une problématique organisationnelle, ces derniers gérant à la fois les urgences et les consultations de la PASS, et, dans ce contexte, les urgences avaient tendance à être traitées en priorité tandis que la PASS était secondaire. On observait donc une priorisation des consultations alors qu'il s'agissait en réalité de deux missions distinctes qui ne pouvaient partager le même espace temporel et d'investissement. Face à cette situation, en 2012, les médecins de la PASS se sont réunis avec le responsable médical des urgences et le responsable du pôle psychiatrie et ont créé un poste de consultations psychiatriques.

Deux internes de psychiatrie sont affectés aux urgences du CHU chaque semestre. L'un d'eux est affecté à la PASS et y effectue une demi-journée de consultations toutes les deux semaines, à jour fixe. Les patients lui sont adressés par le médecin généraliste de la PASS lorsqu'il suspecte une pathologie psychiatrique, ou par les structures psychiatriques extérieures au CHU (services

d'hospitalisation, centres médico-psychologiques, psychiatres des antennes médicales d'accueil ou SDAT, psychiatres libéraux) lorsque le patient est en fin de droit, même si un suivi psychiatrique est déjà en place. L'interne de la PASS étant généralement sur place toute la semaine, des consultations en urgence sont parfois demandées par le médecin, l'infirmier ou le travailleur social de la PASS, en dehors des jours de consultation.

Dans tous les cas, l'Aide Médicale d'Etat (AME) conditionne le suivi à la PASS : généralement, la trajectoire de soins d'un patient demandeur d'asile débute entre son arrivée en France et son premier rendez-vous à la préfecture. A ce moment, il ne bénéficie pas d'AME. Il est adressé à la PASS pour la prise en charge sociale et médicale, un suivi y est initié. Après ce premier rendez-vous, il obtiendra l'AME tandis que sa demande d'asile sera en cours. Dès lors, ses droits prendront en charge les consultations de médecine générale et des psychiatres libéraux ou de secteur, ainsi que le retrait des médicaments dans n'importe quelle pharmacie. Donc, une fois l'AME obtenue, le patient est dirigé sur les structures extérieures à la PASS. Lorsqu'il perd l'AME, le circuit recommence à la PASS. Pour ce qui est des consultations psychiatriques, qui nécessitent des repères relativement stables, on se rend déjà compte que ce système médico-social engendre un suivi « haché » qui nécessite une adaptation du travail psychiatrique classique.

Le principal partenaire du psychiatre à la PASS est Ellipses, l'EMPP de Dijon dont l'équipe est composée d'un psychiatre, un interne en psychiatrie, un assistant social, des infirmières et un psychologue. Ellipses met en place son suivi auprès des patients souffrant de pathologies psychiatriques et en situation de grande précarité ou d'exclusion sociale, et va à leur rencontre dans la rue, les squats, et certains foyers d'hébergement d'urgence. Leurs consultations sont gratuites, ils suivent des patients avec ou sans droits sociaux, et, pour ces derniers, les médicaments sont délivrés soit à partir de leur réserve spécifique attribuée par le CHS de Dijon ou par la PASS, l'ordonnance doit alors être retranscrite par l'interne de la PASS. Ellipses est donc une structure particulièrement autonome qui dispose d'une équipe complète et d'un stock médicamenteux, et donc qui ne sollicite que rarement la PASS. Les échanges entre les deux structures sont assez sommaires, et le problème du double suivi des patients se pose fréquemment puisque leur critère d'action vise un public assez semblable (précarité et exclusion pour Ellipses, absence de droits sociaux pour la PASS).

Cette présentation des PASS, et plus particulièrement de la PASS de Dijon nous donne d'ores et déjà un aperçu des tâches qui y sont menées. En ce qui concerne la pratique psychiatrique, le travail y est ambitieux : il s'agit de prendre en charge les personnes exilées et exclues qui ne trouvent pas leur place au sein du système hospitalier « classique » et dont les origines, les événements de vie et les conditions du quotidien requièrent des professionnels une adaptation des méthodes de travail, afin d'élaborer une approche thérapeutique qui prendra en compte le plus fidèlement possible chaque aspect d'une individualité au parcours « hors norme ».

Cette pratique psychiatrique au sein de la PASS sera illustrée au détour d'un cas clinique, avant d'être développée et discutée.

III. CAS CLINIQUE : MONSIEUR A.

1. PRESENTATION

M. A. est un homme de 29 ans, originaire du Nigéria, adressé à la PASS par les urgences où il s'était rendu à plusieurs reprises pour douleurs thoraciques.

Ce patient est né au Nigeria, de parents chrétiens pratiquants, dans un village où chrétiens et croyants vaudou se côtoyaient. Le père possédait une entreprise de cacao, sa mère était femme au foyer, Mr A. est fils unique et entretenait de bons rapports avec ses parents. La famille est anglophone, et alterne anglais et dialecte local au sein du foyer. Son grand-père paternel a eu deux autres fils avec une autre femme, ces fils étant adeptes vaudou.

Mr A. dit qu'il n'a manqué de rien dans l'enfance, il allait à l'école, une école privée semble-t-il et obtenait de bons résultats.

A 18 ans, M. A. travaillait dans l'entreprise de son père et en était l'héritier futur. En 2007, son grand-père paternel décède, et lègue sa fortune à son fils, le père du patient. Les oncles du patient (demi-frères du père), apprenant cela, assassinent alors ses parents pour récupérer l'héritage puis menacent M. A. de mort. D'après M. A., ses oncles le croyaient mort lorsqu'il s'exile en Europe. Il arrive à Malte en 2007 où il vivra jusqu'en 2013. La vie à Malte est difficile, le quotidien est survie, il n'a pas de ressources, il vit dans la rue, trouve difficilement de quoi manger. Sa compagne, qui avait fui avec lui le quitte peu après leur arrivée. Il ne crée aucun contact relationnel pendant son séjour à Malte. En 2013, il croise par hasard le chemin d'un compatriote nigérian, originaire de son village natal, qui le reconnaît. Cette rencontre marque un tournant dans la trajectoire de Mr A., qui prend peur pensant que cet homme informera son village et donc ses oncles, de sa présence en Europe, infirmant sa mort. Il décide à ce moment de poursuivre son exil dans un autre pays, craignant d'être retrouvé par sa famille. On lui propose de se rendre en France, ce qu'il accepte. Il arrive directement à Dijon en décembre 2013. Il n'a entretenu aucun contact avec son pays d'origine depuis son départ.

A son arrivée à Dijon, il se retrouve de nouveau sans repères. Il dort dans la rue où à la gare, mange de temps en temps aux Restaus du Cœur, évite les contacts avec d'autres personnes, passe ses journées seul, à errer.

Sur le plan médical, le patient ne rapporte aucun antécédent personnel ou familial. Peu de temps après son arrivée en France, M. A. commence à se plaindre de douleurs thoraciques violentes, à type de coup de poignard, récurrentes au cours de la journée mais à prédominance nocturne. Il ajoute, à propos de ces douleurs : « c'est comme si on essayait de me tuer ». Ces douleurs sont associées à une angoisse majeure. Inquiet, il se rend trois fois aux urgences en l'espace de deux semaines. A chaque fois, un bilan somatique complet est réalisé et ne retrouve pas d'élément pathologique. Il est ensuite adressé à la PASS pour un suivi généraliste concernant ces douleurs.

Lors de sa première consultation à la PASS auprès du médecin généraliste, il confie à ce dernier voir des choses inhabituelles, des animaux dans la rue, évoquant des hallucinations visuelles. C'est à ce

moment que M. A. m'est adressé en consultation devant la suspicion d'un état délirant et de douleurs thoraciques d'origine psychique.

Lors de notre premier entretien, M. A. semble très tendu. Il garde son manteau tout au long de l'échange, son regard laisse transparaître une certaine angoisse, il est replié sur lui. L'entretien se déroule en anglais, sans interprète. Je lui proposerai plus tard d'avoir recours à un interprète connaissant son dialecte, ce qu'il refusera. Il évoque d'emblée les douleurs thoraciques, qui d'ailleurs ressurgissent lorsqu'il en parle. Il les associe à des cauchemars récurrents très angoissants dans lesquels il voit des poignards, du sang et des inconnus qui le frappent dans la poitrine. Il insiste sur le fait que ces douleurs précèdent l'endormissement et donc les cauchemars. Il rapporte ensuite des « visions », qui apparaissent brièvement et à plusieurs reprises au cours de la journée, lorsqu'il marche, principalement. Il s'agit d'un animal taché de sang qui le regarde, un animal de mauvais augure dans son village qui s'apparenterait à une gazelle. Il dit n'avoir jamais vu un tel animal dans son pays, et rapporte un épisode similaire de « visions » très bref à son arrivée à Malte.

De ce premier contact, on notait une angoisse majeure au premier plan, associée à une humeur à tonalité dépressive, sans idées suicidaires. Les manifestations hallucinatoires étaient partiellement critiquées par le patient qui reconnaissait spontanément que cet animal n'existait pas vraiment. On ne retrouvait ni hallucinations auditives, ni attitudes d'écoute. Par ailleurs, la pensée et le discours étaient structurés, cohérents, sans signe de dissociation. Les plaintes somatiques associées aux cauchemars récurrents prenant parfois la forme de flashes et à une angoisse massive soulevaient l'hypothèse d'un syndrome de stress post-traumatique. Une autre hypothèse était celle d'un trouble délirant, au vu des hallucinations visuelles. Enfin, la question se posait d'un épisode dépressif à expression atypique. A ce moment, la poursuite de l'observation clinique était nécessaire, il reçoit donc simplement un traitement anxiolytique.

Au fil des entretiens, plusieurs éléments viendront préciser le tableau présenté initialement. Au deuxième entretien, un peu plus en confiance, le patient partage son hypothèse : il explique être victime d'un sort vaudou jeté sur lui par son oncle, après que ce dernier ait appris par le compatriote rencontré à Malte que M. A. était toujours en vie. Le sort se manifeste par les douleurs thoraciques et les hallucinations. Lui-même connaissant peu le vaudou, il ne sait pas comment s'en débarrasser. Toutefois, il critique cette hypothèse et semble pris dans une ambivalence entre les croyances culturelles et un certain scepticisme qui le caractérise. En effet, élevé dans une famille chrétienne, il ne connaît le vaudou qu'à travers l'imaginaire collectif, « je n'y crois pas mais je sais que cela existe » me dira-t-il. Il ne remet pas en question le pouvoir du vaudou mais refuse d'avoir recours à un soigneur traditionnel, même s'il s'agissait de la seule solution pour y mettre un terme. Il demandera d'ailleurs de lui-même des examens biologiques et d'imagerie afin d'éliminer une cause organique aux manifestations psychiques. M. A. semble avoir un niveau intellectuel et socio-éducatif élevés, lui permettant d'avoir recours à un certain degré d'élaboration et de rationalisation pour donner du sens aux symptômes qu'il subit. Ainsi, le sort jeté par la famille reste la principale hypothèse selon lui, mais refuse d'y adhérer totalement, cherchant d'autres pistes.

Lors des entretiens suivants, les manifestations hallucinatoires prenaient d'autres formes : il me disait avoir entendu pendant une journée une voix lui disant « tu dois mourir », voix qu'il ne reconnaissait pas. Concernant la vision de l'animal qu'il mentionnait au départ, il reviendra sur son interprétation un peu plus tard : il s'agirait selon lui en fait d'un fantôme. Serait-ce un fantôme de la

famille ? Il ne peut préciser davantage. Alors que l'humeur était de plus en plus dépressive, et que l'hypothèse d'un stress post-traumatique n'était toujours pas rejetée, un traitement antidépresseur a été mis en place. M. A. semblait y adhérer et être observant, cependant, les prises étaient régulièrement interrompues : soit il perdait les médicaments à la gare, soit il ne parvenait pas à prendre le bus pour venir à la PASS, faute d'argent, empêchant le renouvellement d'ordonnance.

Au fil de nos rencontres, M. A. gardait la même présentation qu'au début : en salle d'attente, il était toujours quasiment couché sur la chaise, les yeux fermés, le faciès souffrant. Cependant, une nette évolution dans son discours et ses plaintes se faisait voir. Les plaintes algiques devenaient rares, il mentionnait de temps en temps de fugaces hallucinations, celle de l'animal/fantôme, et surtout, son discours s'orientait nettement sur une autre problématique : celle de sa situation actuelle, et particulièrement de son autonomie.

A plusieurs reprises, il m'a fait part de son devoir « d'assumer ses responsabilités ». Il constatait qu'à son âge, il devait avoir une épouse, des enfants, un travail et subvenir à leurs besoins, puis concluait qu'il ne parvenait même pas à subvenir à ses propres besoins. Lorsque je l'interrogeais sur ses mécanismes de lutte face à l'angoisse, il me répondait invariablement : « Je n'ai pas besoin de me détendre, je ne travaille pas », laissant surgir une note marquée d'auto-accusation. Sur ce sujet, il faisait souvent le lien avec sa masculinité, « je suis un homme, je dois pouvoir m'assumer ». Sa virilité était ébranlée par sa situation sociale et psychique. Il semblait également en train de faire le deuil d'un exil fantasmé, insistant sur le fait qu'il ne menait pas la vie qu'il espérait ici. En fin de suivi, il formulait enfin une demande : celle d'un changement. « J'ai besoin d'un changement » exprimera-t-il plusieurs fois. Il en allait de sa santé mentale, sa crainte principale face à une vie précaire persistante étant celle de sombrer dans la folie. Il se montrait dans un bras de fer avec un psychisme en détresse, tentant de garder la maîtrise de ses pensées à tout prix, pour ne pas s'écrouler. Pour cela, il comptait sur la foi : « Je dois garder la foi, Dieu me donne l'espoir et m'aidera ».

M. A. m'a fait part à plusieurs reprises des difficultés pour venir à la PASS : il n'avait pas d'argent pour prendre le bus ou le tramway, et fraudait la plupart du temps avec la crainte d'être contrôlé. Ceci semblait être un facteur de stress supplémentaire à un quotidien d'insécurité, et se trouvait être également un obstacle à l'observance du traitement. En fin de suivi, je l'ai donc orienté sur l'EMPP Ellipses, qui assure des rencontres au centre-ville. En vue d'une transition progressive, je l'ai revu deux fois après cette réorientation. M. A. s'est d'abord montré très méfiant à l'égard de l'équipe de l'EMPP, et ce, d'autant plus qu'il avait reçu au moment de cette transition une OQTF avec redirection sur le premier pays d'accueil, Malte. Ellipses lui avaient alors proposé de l'accompagner au rendez-vous fixé par l'OQTF, afin qu'ils lui expliquent la procédure. Cependant, M. A. ne comptait pas se rendre à ce rendez-vous, et semblait avoir pris la proposition d'Ellipses comme une tentative de dénonciation à son encontre. Parallèlement à cela, le patient exprimait son désaccord vis-à-vis de la fonction d'accompagnement de la structure. En effet, Ellipses propose en premier lieu un accompagnement et une présentation des divers lieux d'entraide (foyers, restaurants populaires, etc.) pour les personnes en situation d'exclusion. Et cette étape allait à l'encontre de M.A. dans sa lutte pour maintenir son peu d'autonomie, heurtant par la même occasion une fierté personnelle déjà ébranlée par sa situation d'exclusion. Il disait : « Je suis un homme, je n'ai pas besoin que l'on me montre comment me laver ou manger, je peux me débrouiller tout seul ». La rencontre avec les personnes exclues dans ces différentes structures a également été déstabilisante, « je ne suis pas

comme eux », me disait-il. Toutefois, malgré ces premières rencontres qui l'ont bousculé, la dernière fois que je l'ai vu à la PASS, il était d'accord pour poursuivre le suivi avec Ellipses.

Quatre mois après notre dernière rencontre, je m'enquiers de l'évolution de l'état de M. A. auprès d'Ellipses : il poursuit le suivi, et a été admis depuis quelques jours sur un Lit Halte Soins Santé. Alors qu'il était plutôt replié et laconique en début de suivi, il s'est montré de plus en plus revendiquant, accusant notamment les différents intervenants de ne pas pouvoir comprendre sa situation, de ne pas l'aider. Il refuse cependant d'avoir recours aux structures d'aides (foyers, douches, cantines), répétant qu'elles sont « trop sales ». Il reste très isolé et n'a pas établi de contact avec d'autres personnes. L'équipe d'Ellipses n'a pas connaissance de plaintes hallucinatoires ou somatiques.

2. DISCUSSION

a) Approche clinique

M. A. m'a été présenté avec le symptôme « hallucination ». Formée à une pratique psychiatrique purement « occidentale », l'hypothèse d'un délire psychotique m'est venue en premier lieu. Cependant, dans le cadre de la pratique psychiatrique auprès des personnes exilées, les critères diagnostiques et classifications nosographiques hégémoniques tels que le DSM sont des références à utiliser avec précaution et en tenant bien compte du contexte socio-culturel dans lequel les signes s'inscrivent. Il s'agissait ici d'un homme, d'origine africaine, d'origine nigériane, issue d'une famille chrétienne, issu d'un milieu plutôt aisé, ayant vécu deux exils en moins de dix ans et par là même ayant perdu sa terre natale, sa famille, sa maison, ses ressources financières, son travail et son avenir tel qu'il l'avait imaginé.

L'hypothèse du délire psychotique a rapidement été mise de côté : le « délire » reposait sur un signe unique, l'hallucination visuelle. Ce signe était partiellement critiqué, il n'était pas rattaché à une histoire délirante, il n'était pas envahissant, et le patient restait ancré dans la réalité, les pensées et le discours restaient cohérent, logiques et adaptés. Et, au vu du contexte, on imaginait aisément que cette manifestation ne signe pas l'apparition brutale d'une pathologie psychotique mais plutôt qu'elle était en lien avec une problématique de deuil, de stress post-traumatique, de trouble d'adaptation, de dépression ou avec la problématique sociale, dans une ambiance culturelle peu familière à la culture occidentale.

Il s'agissait donc de décrypter le sens des manifestations dont le patient se plaignait, en évitant soigneusement de se référer d'emblée aux cadres nosographiques usuels. Ainsi, lorsque le vaudou est apparu dans le discours, il était à envisager à travers le prisme des croyances culturelles et religieuses et non pas de la psychiatrie stricte. Sans nier ou remettre en question l'hypothèse d'un sort d'origine vaudou jeté contre M. A., nous avons tenté avec le patient d'y chercher un sens. En effet, ce dernier n'envisageant pas de recours à un soigneur traditionnel et au vu de mon absence d'expertise dans le domaine, la quête d'une signification psychopathologique de cet événement était la seule voie possible dans le cadre du suivi de ce patient envahi par une grande détresse psychique. Et ce, d'autant plus que l'on observait au fil des entretiens un amincissement progressif de l'adhésion à cette hypothèse au profit d'une meilleure élaboration autour de cette détresse dont il souffrait.

b) Origines et exil

Dans l'analyse du suivi de M. A., on abordera tout d'abord la vie avant l'exil et l'exil. M. A. se montrait très défensif, voire méfiant à l'évocation de ces deux sujets, il ne les évoquait d'ailleurs jamais spontanément, s'attachant surtout au présent et à l'avenir. Il ne mentionnait jamais sa famille, hormis ses oncles, mais ceux-ci se montraient dans le présent à travers le sort qu'ils lui faisaient subir. Les souvenirs de sa vie au pays étaient-ils trop douloureux et donc immédiatement refoulés, ou la misère du présent ne laissait-elle pas de place à l'évocation du passé ? La seule allusion spontanée à ses racines était la vision qui se manifestait quotidiennement devant lui, « l'animal de mon pays » tel qu'il le mentionnait. Un animal de chez lui, teinté de sang. S'il s'agit là de son principal rappel aux racines, celles-ci sont marquées par la violence et la mort, et l'on comprend cette quête de l'oubli.

Le passé se rappelle également à lui dans ses cauchemars récurrents, entre veille et sommeil, de façon toute aussi violente : il y est poignardé et couvert de sang. M. A. certifie ne jamais avoir été témoin de scènes de meurtre ou d'agression, et il reconnaissait ces cauchemars comme faisant partie du sort qui lui avait été jeté. Par ailleurs, ses parents sont morts poignardés. La dernière fois qu'il les a vus, ils étaient en vie. Bien qu'il dise penser à eux furtivement de temps à autres, c'est bien avec eux qu'il était chaque nuit, avec eux dans leur souffrance et leur mort. Et, lorsque ses parents ont été poignardés, c'est une partie de lui qui était couverte de sang, et c'est ce qu'il revit chaque nuit. La brutalité de l'orphelinat, les menaces de mort et l'exil qui a immédiatement suivi sont à l'origine d'un traumatisme indéniable, qui marque un avant et un après. Ce traumatisme n'est pas encore abordable directement par la pensée ou par les mots, tant il est douloureux. Tout ce qui appartient aux racines et au passé renvoie le patient à ce traumatisme, et il semble s'en défendre à travers une sorte de négation de l'exil, qui se manifeste également par l'évitement de ses compatriotes et peut être le refus de l'interprète.

Toutefois, ces efforts de négation et de refoulement ne permettent pas de lutter contre la totalité du poids du passé, et celui-ci semble resurgir sous des formes déguisées pour lesquelles le patient tente de trouver un sens plus supportable que la réalité brute du passé. Le sort vaudou semble en effet être une métaphore de ce traumatisme : ses oncles lui ont effectivement attribué un sort à travers l'exécution de ses parents, il est désormais astreint à revivre chaque nuit la violence du déracinement et chaque jour à devoir s'adapter à une vie d'exil non choisi.

c) L'exclusion

Au traumatisme de l'exil s'ajoute celui de l'exclusion. Cette problématique s'est révélée prégnante dans la souffrance de M. A.. En entretien, il passait régulièrement des plaintes en lien avec le sort à celles d'un homme exclu. Il apparaissait clair que les deux phénomènes (le sort et l'exclusion) évoluaient de manière interdépendante : comme les grains d'un sablier, le premier s'amenuisant au profit du deuxième, à un rythme égal ; et, on pouvait remarquer qu'il s'agissait au final de traiter du sort de l'exclusion.

L'exclusion est un évènement traumatique qui fait irruption dans le psychisme. Elle est synonyme de perte des contenants psychiques : familiaux, sociaux, culturels. Cette perte d'enveloppes équivaut à une mise à nu, concrétisée physiquement par l'absence d'habitat. Le processus d'exclusion est à l'origine d'un ébranlement identitaire et narcissique. En effet, la personne exclue a, par définition, perdu les objets sociaux qui lui confèrent une place dans la société. Elle est donc mise à l'écart, marginalisée et ce rejet est une agression narcissique directe. Le rejet alimente une désubjectivation amorcée par la perte des contenants : non seulement le sujet se trouve « évaporé » par l'absence des repères primaires, mais il est également rendu invisible par une société qui le met à l'écart. Cette double désubjectivation est à l'origine d'une perturbation intense de l'Image de Soi, cette dernière se construisant à travers le regard de l'Autre au sein de la société et nécessitant un minimum de contenants psychiques. En leur absence, l'image de soi et par là même les assises narcissiques et les repères identitaires sont fortement mis à mal, laissant émerger des sentiments de honte, d'échec, d'humiliation, voire d'indignité. A ce stade, on peut observer chez les personnes exclues la mise en place de stratégies de défense contre la perte d'une place sociale et le vécu angoissant de la désubjectivation.

Concernant le cas de M. A., lorsqu'il a fui le Nigeria en 2007, il était accompagné de son amie. A Malte, il vivait déjà en situation d'exclusion mais la présence de sa compagne restait un soutien qui pouvait palier en partie à la perte d'autres contenants. Lorsqu'elle l'a quitté, peut-être avait-il déjà construit un espace de sécurité grâce à elle, qui lui a permis de s'adapter plus ou moins sereinement à cette rupture. Il semble que son arrivée à Dijon ait été l'évènement déstabilisant ultime : il s'agissait du deuxième exil, et la perte des repères était cette fois totale. L'arrivée dans ce pays inconnu a suscité une angoisse majeure chez le patient dont les mécanismes adaptatifs étaient déjà ébranlés par sept ans d'errance et les traumatismes du passé, il se retrouvait face à la réalité de l'exclusion sans moyens de défense.

Rappelons que M. A. est issu d'un milieu plutôt aisé, ses parents possédaient une entreprise rentable, il les décrit comme bienveillants et était proche d'eux, il a pu bénéficier d'une scolarité jusqu'à sa majorité. Il semblait bénéficier également d'une place sociale assez prestigieuse dans son pays d'origine et ses plans de vie lui garantissaient de la garder. Il se présente soigné dans son allure, son discours reflète une certaine éloquence, un bon niveau intellectuel et d'élaboration. Par ailleurs, il réaffirmait régulièrement ses valeurs et convictions fondamentales : l'Homme et particulièrement l'homme doit « s'assumer », c'est-à-dire qu'il doit pouvoir s'engager dans un travail qui lui permette de subvenir à ses besoins propres (logement, alimentation, hygiène, parures) puis à ceux de sa future famille (épouse et enfants). Il insistait surtout sur la « responsabilité », dans le sens où l'homme est responsable de sa situation quelle qu'elle soit et se devait de rester autonome en écartant toute proposition d'aide (matérielle principalement), renvoyant à une certaine fierté. Il se montrait inflexible face à cette vision du devoir et des responsabilités, et s'accusait de ne pas remplir ce contrat moral. Enfin, il semblait clair que le deuil d'une place sociale favorisée n'était pas achevé.

d) La fonction du sort

Ces schémas de pensée et traits de personnalité ont permis de mettre en relief l'expression de la détresse liée à l'exclusion, et de comprendre les évènements psychiques qui ont surgit chez M. A.. Le processus d'exclusion dans lequel il était désormais engagé, et les conditions de vie qui en

décollaient étaient inacceptables pour lui. Le déclassement social et la perte d'autonomie ont bouleversé un égo aux injonctions morales rigides, et ont fait apparaître un fort sentiment de honte d'abord indicible de par son intensité. Ajoutant à cela les stigmates encore vivaces des traumatismes récents, le stress d'un quotidien de survie, l'absence totale de repères et de perspectives de sortie de cette situation, c'est la survie de toute une identité qui est menacée. Et cette mise en péril des fondements psychiques les plus primaires est à l'origine d'une angoisse extrême qui nécessite la mise en place de stratégies de défense pour lutter contre sa propre désintégration.

La réalité de l'exclusion a donc engendré chez le patient un bouleversement narcissique et identitaire profond, et il n'était pas en mesure de se situer directement face à cette réalité, au risque de se perdre dans une angoisse insupportable. C'est dans ce contexte de crise psychique que le sort vaudou a été suspecté.

Pris dans l'incompréhension d'un sort absurde qui lui était réservé, celui de l'exclusion, il semblerait que le patient n'ait eu alors d'autre recours que celui de « déguiser » la réalité, pour tenter de la rendre plus acceptable. Dans cette hypothèse, le sort vaudou permettait en effet d'identifier un persécuteur dont il serait la victime, en prenant appui sur un motif qui valide cette hypothèse, ce motif étant les intentions de vengeance des oncles au sein d'une affaire familiale meurtrière. Ainsi placé en position de victime, il lui est permis de se dédouaner face à ses propres injonctions morales et de ne pas porter seul la responsabilité d'une faillite narcissique. Dans cette situation, il est impuissant dans la maîtrise de son destin puisque ses oncles détiennent le pouvoir du vaudou, plus puissant que lui. Le pouvoir vaudou étant un pouvoir religieux, il se retrouve impuissant face au divin. Et, en étant victime du divin, il n'y a pas de lutte à envisager puisqu'il s'agit d'une destinée. Et en s'abstenant d'une lutte avec un persécuteur palpable, on économise l'énergie psychique d'un éventuel échec et ses répercussions narcissiques. Par ailleurs, ce recours à une explication logique, sorte de mystification du désarroi, permet de lutter contre l'éclatement des repères et se centrant sur une image, un concept, aussi violents soient-ils. L'image d'une attaque divine est alors plus sensée et contenante que celle du néant et de la destruction absurde.

Autre fonction éventuelle du sort, celle de punition. En effet, M. A. est le seul survivant de la famille nucléaire, ses parents ayant été victime d'un assassinat violent que lui aussi aurait dû subir selon les plans des agresseurs. Replaçons cela dans le contexte culturel et moral : l'homme est responsable de sa vie, ainsi que celle de sa famille. Implicitement, il a un rôle de protecteur/défenseur de la famille, particulièrement des femmes de la famille, sa mère notamment. On imagine ainsi que le patient puisse ressentir une certaine culpabilité, d'une part par rapport à sa vie épargnée, peut être considère-t-il au détriment de celle de ses parents, d'autre part du fait d'avoir failli à sa mission de protection. Or, comme cité précédemment, M. A. n'était en mesure de partager aucun affects négatifs de tristesse ou nostalgie concernant le décès de ses parents, et encore moins de culpabilité. Lorsqu'il est victime du sort vaudou, il est astreint à endurer la violence de leur assassinat chaque nuit, et par là même, il est en quelque sorte puni par une instance mystique de la mort de ses parents et de sa survie. Ainsi, des sentiments de culpabilité intenses peuvent être masqués sous l'apparence d'un jugement supérieur qui rétablit la justice du drame, jugement plus tolérable qu'une auto-accusation directe qui remettrait en question sa légitimité en tant que victime, développée plus haut. Car la culpabilité directe, brute, ouvre la voie de la mélancolie et affaiblit les défenses. Elle pourrait mettre en péril le système de lutte instauré par le patient, et l'on comprend ainsi à quel point il doit s'en défendre.

Le recours à ce système de défense sous forme d'un sort vaudou était plus prégnant dans les moments de grande détresse psychique, il y trouvait là un refuge, un moyen de se recentrer sur un phénomène qui porte un nom et qui a une cause. Et lorsque l'angoisse s'apaisait et certains repères se mettaient en place, le patient était en mesure d'entrevoir des éléments de réalité. A ce moment-là, les mots se détachaient de l'univers mystique pour ouvrir la porte de l'univers affectif, pour concrétiser à travers le discours la souffrance de l'exclusion et l'exclusion elle-même, et donc, le réel.

e) Bouleversement identitaire et système de lutte

C'est seulement lorsque le discours a été décentré de la problématique vaudou qu'il a été possible de constater l'ampleur du bouleversement identitaire, dont le processus d'exclusion semblait la principale cause. Là encore, des défenses ont été mises en place. Il s'agissait surtout de défenses contre un effondrement narcissique. La force de ces défenses était en lien avec une rigueur morale marquée et de solides assises narcissiques. Ces assises ont donc été ébranlées, comme précédemment cité, par le déclassement social et la perte d'autonomie surtout. Il objectivait explicitement le décalage entre sa vision fantasmée de l'homme social et l'homme social qu'il était.

D'abord accusateur envers lui-même, dans une position plutôt dépressive, les aménagements défensifs se sont rapidement orientés vers un rejet de l'Autre exclu. Il évitait à tout prix le monde de l'exclusion : les lieux d'entraide, les douches publiques, tout lieu qui pouvait s'apparenter à un point de rassemblement de personnes exclues. Lorsqu'il y était confronté, les réactions de rejet étaient vives et il insistait immédiatement sur sa non-appartenance à ce groupe social. Le terme *dirty* revenait souvent dans ces cas pour appuyer son refus de contact, révélant la dichotomie : l'Autre est sale, lui est propre. Ce type de défense est de l'ordre de la projection : il s'agit en effet de projeter sur autrui les craintes et les désirs ressentis et intolérables, et dont la représentation consciente serait chargée d'angoisse ou de culpabilité. En somme, il ne pouvait pas tolérer ses pairs exclus puisque ceux-ci le renvoyaient douloureusement à sa propre situation et à sa propre image, qui n'étaient pas encore acceptables à un niveau conscient. Dans ce contexte d'exclusion et de perte de contenants, M. A. aurait pu aller chercher de la contenance auprès de ses compatriotes, ou de personnes dans la même situation que lui, mais aller vers ses pairs l'exposait à un risque d'identification à un groupe stigmatisé que lui-même excluait de sa réalité.

On remarquait bien à travers ce processus une condamnation morale de M. A. par M. A., condamnation indirecte défensive, ou parfois directe, avouée explicitement par le patient. Lorsque le suivi avec Ellipses a débuté, cette dynamique s'est vue renforcée et évoluer. Dès la première rencontre, l'équipe d'Ellipses l'a accompagné dans ces lieux à éviter, auprès des personnes à éviter. Ellipses voulait l'introduire dans « le monde des exclus », et cela a suscité une grande méfiance de la part de M. A.. Et cette méfiance semble avoir perduré au long du suivi, accompagnée de vives revendications adressées à l'équipe concernant cette place sociale intolérable et injustement attribuée, et contre laquelle il lutte avec ferveur. La réalité de l'exclusion ne semble pas encore en voie d'être acceptée. Généralement, la colère précède l'acceptation et il s'agit là d'un moyen efficace de lutte contre l'effondrement.

Les conflits psychiques de M. A. portaient non seulement sur sa nouvelle image sociale, mais aussi sur son image d'homme. Il justifiait la lutte pour préserver son autonomie par son rôle d'homme qu'il

avait à tenir. « Un homme doit s'assumer ». Or, il n'y parvenait plus tellement, et ceci participait grandement à l'ébranlement narcissique. On pouvait observer des mouvements défensifs sur le sujet lors des entretiens, du fait même que son thérapeute était une femme. J'observais par exemple que, à la fin d'un entretien émotionnellement riche, lors duquel le patient était marqué d'une importante vulnérabilité affective et pointait l'instabilité narcissique qu'il subissait, il opérait un changement de posture rapide, reprenant une position haute et entrant dans une dynamique de séduction, permettant ainsi de rééquilibrer le rapport de force homme/femme et renforçant une virilité défaillante. Car, même si sa place dans la société le disqualifie en tant qu'homme, il lui est encore possible de se rassembler narcissiquement autour de son pouvoir de séduction.

f) La lutte contre la folie

Ce séisme identitaire était ponctuellement et furtivement conscientisé puis verbalisé par M. A., nécessitant pour cela un relâchement des tentatives de maîtrise psychique. Cela s'observait plutôt en fin de suivi. Mais ce relâchement signifiait se heurter à la brutalité de la réalité, entraînant par là même une recrudescence anxieuse.

La crainte de la folie était prégnante chez le patient dans ces moments-là. « Je dois rester fort sinon je deviendrai fou », ou « Je pense que je deviens fou », a-t-il répété à plusieurs reprises. Il est connu que l'on retrouve dans la clinique des attaques de panique le sentiment de « devenir fou ». En effet, l'angoisse est destructurante, morcelante et le sujet a alors l'impression de perdre son unité et sa raison. Parallèlement, l'on développé plus haut la déstructuration psychique qu'entraîne la perte des contenants en situation d'exclusion. On observe donc ici ce qui semble être le cercle vicieux de l'angoisse de déstructuration : le sujet exclu ayant perdu ses repères psychiques est morcelé dans son unité psychique et son identité. Ce morcellement favorise la crainte de l'annihilation et de la désobjectivation, et cette crainte est à l'origine d'une grande angoisse qui nécessite la mise en place de systèmes de défense. Lorsque ceux-ci sont dépassés, l'angoisse ressurgit, et à son acmé, relance le sentiment de morcellement et la crainte plus générale de désobjectivation. M. A. semblait piégé dans ce cercle qui, malgré la mise en place d'un solide système de lutte, le projetait dans un état de stress permanent.

Lorsqu'il exprimait cette crainte de la folie lors des paroxysmes anxieux, d'abord il s'en remettait à Dieu, comme s'il était le défenseur ultime d'un psychisme critique. Car, à ce stade, l'univers religieux restait le seul repère immuable. Puis il ajoutait ensuite qu'il devait rester fort, comme il l'était « avant », signifiant avant l'exil. Ainsi, il revenait aux sources du Moi, il tentait de rassembler l'image cohérente et structurée qu'il avait connu de lui avant l'éclatement identitaire, cette image positive et forte qu'il avait perdue. Ces tentatives étaient souvent vaines, dépendantes des mouvements anxieux, mais on observait toutefois une lutte active de restructuration, appuyée par les solides fondations narcissiques, qui témoignait de ressources suffisantes pour éviter l'effondrement, voire l'effondrement dans la folie.

g) Conclusions de l'analyse

Pour résumer le cas de M. A., prenons comme point de départ la notion de traumatisme. Trois évènements traumatiques ont ponctué ces dernières années une vie jusque-là plutôt paisible : l'assassinat de sa famille, l'exil et l'entrée dans la vie d'exclu. Quelle est leur place dans ce que M. A. nous donne à observer ?

Derrière les plaintes atypiques présentées par le patient, on ne peut que soulever l'hypothèse d'une pathologie traumatique, et particulièrement celle du syndrome de stress post-traumatique. Cette pathologie concerne les sujets ayant été soumis à un traumatisme majeur, et regroupe des signes cliniques spécifiques inclus dans le syndrome de répétition : il s'agit d'une reviviscence répétée de l'épisode traumatique sous la forme de cauchemars de répétition et de souvenirs envahissants de l'épisode traumatique, une hypervigilance avec réactions de sursaut et des impulsions agressives qui reproduisent symboliquement la scène de violence. A ces signes, s'en ajoutent d'autres, non spécifiques et variés tels que les troubles dépressifs, psychosomatiques, l'anxiété, l'asthénie, les troubles sexuels et les plaintes somatiques hypochondriaques.

Dans le cas de M. A., les signes faisant évoquer un tel trouble, hormis le contexte effectivement traumatique, sont les cauchemars de répétition, les plaintes somatiques et l'anxiété. En ce qui concerne les cauchemars, il ne s'agit pas d'une authentique reviviscence puisque le patient n'a pas assisté aux scènes de violence, ils semblent plutôt en lien avec d'autres problématiques telles que le deuil et les conséquences de la trajectoire migratoire. Pour ce qui est des symptômes moins spécifiques, ils ne peuvent pas confirmer à eux seuls une telle pathologie. Sans pouvoir l'écarter totalement au vu du contexte, on peut affirmer que les manifestations présentées par M. A. ne relèvent pas d'une authentique pathologie traumatique qui serait au premier plan. Toutefois, il semble clair que les évènements traumatiques n'ont pas été entièrement métabolisés par le patient et qu'ils participent à ses difficultés de restructuration.

En effet, le patient nous a montré que les mots ne pouvaient être entièrement posés sur les traumatismes et les deuils. L'indicible mène à d'autres voies de communication, plus tolérables psychiquement. M. A. est alors retourné à ses racines pour dire, la détresse a emprunté une image familière de son pays d'origine (l'animal et le vaudou), le temps de trouver les mots. Cette image a également servi de repère au milieu d'une déstructuration identitaire liée non pas au déracinement seul, mais aux conséquences de toute une trajectoire migratoire. L'exil « de vie ou de mort », le voyage, les rencontres inopportunes, l'arrivée sur une terre promise dont l'image fantasmée se heurte à la réalité, les dangers du quotidien, le quotidien de l'exclusion. Cette trajectoire a été menée par un individu avec ses représentations singulières, individu « entre-deux » : entre deux systèmes culturels, entre deux mondes. Le patient nous donnait à voir la lutte contre la perte de Soi, avec la folie qui menace ; lorsque l'on devient étranger à soi-même, en terre étrangère.

3. PRISE EN CHARGE ET RELATION THERAPEUTIQUE

Les suivis psychiatriques ambulatoires « usuels » sont souvent initiés à la demande du patient, qui déclare le classique « J'ai besoin de parler ». M. A. n'a jamais formulé une telle demande. Au contraire, il exprimait bien souvent son scepticisme vis-à-vis de l'utilité du suivi : « Pourquoi dois-je

vous parler ? », « A quoi bon parler, ça ne changera pas les choses ». De plus, il lui semblait difficile, voire inopportun, d'accepter l'aide proposée, proposée par une femme qui plus est. Cette fierté ajoutée à une probable méconnaissance des domaines de psychologie et psychiatrie et de leurs fonctions auraient pu désengager le patient du suivi.

Or, M. A. s'est présenté à la majorité des rendez-vous programmés. Il prenait les transports en commun pour se rendre à la PASS, au risque d'être contrôlé. Quand la peur d'un éventuel contrôle était trop forte pour se déplacer, il revenait quelques jours après pour prendre un nouveau rendez-vous. Lorsqu'il arrivait, il s'installait toujours sur la même chaise. En entretien, c'était à moi d'engager l'échange, il ne parlait pas spontanément, mais cette méthode plutôt dirigiste semblait lui convenir, lui n'étant pas accessible à une méthode de verbalisation libre et spontanée qu'il aurait pu vivre comme angoissante. Malgré une certaine méfiance lors des tous premiers entretiens, le patient a par la suite fait preuve d'une étonnante liberté de parole, et les attitudes défensives dans la relation thérapeutique restaient assez discrètes pour ne pas empêcher cette liberté d'échange. Il tenait toutefois à réaffirmer régulièrement ses doutes quant à l'utilité du suivi lors d'accès de révolte fugaces qui semblaient plutôt faire écho à un sentiment d'impuissance, paroxystique à ce moment-là, vis-à-vis de la détresse qu'il vivait. Puis il reprenait.

On voyait bien qu'il n'avait jamais effectué un tel travail auparavant, que la visée et les intentions du suivi lui étaient obscures malgré les explications, mais il continuait à venir et à parler librement. La PASS lui offrait un espace de parole, qu'il tentait d'appréhender et de manier. Au fil du suivi, ce lieu devenait un espace de sécurité assez rassurant pour poser les mots qui véhiculaient tant d'effroi. Il se l'appropriait et révélait une véritable volonté d'échange et de quête d'un sens à ce qu'il vivait.

De mon côté, il s'agissait surtout de traduire. Traduire les mots, les manifestations, tout ce que le patient me donnait à voir. Comprendre sans remettre en question ses certitudes, et comprendre sans enfermer le sens dans un cadre culturel ou nosographique précis. Pourtant, la tentation était grande de dresser des conclusions rapides pour agir et proposer une solution immédiate pour apaiser la souffrance du patient. Il s'agissait également d'accepter une part d'impuissance : en tant que thérapeute, je ne pouvais ni changer ses conditions de vie, ni accélérer son travail d'acceptation. Mon travail avec M. A. a donc consisté à, tout d'abord, offrir un espace d'écoute aussi rassurant que possible et établir une alliance thérapeutique de confiance, puis de le guider dans son cheminement de pensée en veillant à suivre son rythme, tenter de juguler les débordements anxieux. Si, au fil de nos rencontres, son état s'était aggravé, si les systèmes de lutte avaient été dépassés, j'aurais entrepris des démarches plus actives : hospitalisation, traitements sédatifs, etc. Mais le suivi évoluait globalement dans le sens d'une compréhension plus claire des événements par le patient et d'un état légèrement plus apaisé. Car les étapes qu'il passait, aussi anxiogènes soient-elles, étaient nécessaires au travail d'acceptation de la réalité et secondairement, au remaniement d'une identité propre.

Le cas de Monsieur A. est un aperçu de la pratique psychiatrique auprès des demandeurs d'asile, et nous montre déjà qu'il s'agit là d'un art clinique délicat qui nécessite du temps pour comprendre les plaintes, pour les traduire, et qui nécessite également une prise de recul suffisante de la part du psychiatre pour observer une situation complexe dans son ensemble, sans la réduire à une problématique unique.

IV. AUTOUR D'UNE PSYCHIATRIE SPECIFIQUE DANS LE CADRE DE LA PASS

L'expérience des consultations psychiatriques à la PASS a été source de nombreuses réflexions autour d'une pratique qui sort des cadres communs. Qu'est-ce qui fait sa spécificité ? Et, s'il s'agit d'une pratique renouvelée, sur quels principes s'appuie-t-elle ?

1. REFLEXIONS GENERALES

La pratique psychiatrique auprès de personnes exilées renvoie systématiquement à l'association de la santé mentale et du culturel. Or, dans ce domaine, les approches sont aussi vastes que complexes. Anthropologie clinique, ethnologie et ethnopsychiatrie, psychiatrie transculturelle et psychiatrie sociale, et autres sont autant de courants théoriques et d'applications pratiques qui s'entremêlent sans pouvoir s'affranchir d'une subjectivité qui estompe les limites de chaque champ. Car c'est justement de cela dont il s'agit, l'étude du sujet. Un sujet complexe par essence, fait d'une somme d'entités biologique, psychique, sociale et culturelle. Tout médecin a le devoir éthique et déontologique de prendre en compte le sujet dans son universalité, à travers toutes ces entités, et ce, peut être d'autant plus dans le domaine de la psychiatrie. Ainsi, partant de ce principe, toutes les pratiques psychiatriques ne devraient-elles pas être transculturelles ?

Or, on y revient, il s'agit là d'une pratique complexe et le psychiatre qui se lance dans ce domaine se trouve face à des questions de taille : comment articuler entre elles les dimensions biologiques, psychiques, sociales et culturelles ? Comment comprendre cet Autre étranger et décrypter son langage ? Comment différencier symptôme et expression culturelle ? Ou autrement dit, quelle est la part de normal et de pathologique dans ce que le sujet nous donne à voir à travers son langage propre ? Comment adapter la prise en charge et les soins ? Ces questionnements renvoient plus généralement à un paradoxe de la psychiatrie transculturelle. La psychiatrie est une science médicale, rationnelle, mais la prise en compte des éléments culturels implique de donner sens à des manifestations souvent irrationnelles et ainsi effacer les limites entre normal et pathologique. L'accent est ici mis sur l'importance de mettre à distance l'ethnocentrisme de la pratique psychiatrique, en insistant sur le risque de psychiatrisation d'une manifestation qui n'aurait autre valeur que moyen de communication socio-culturel certes irrationnel pour le thérapeute étranger au sujet, mais non pathologique. Néanmoins, cette position peut diriger le psychiatre vers un autre extrême : celui du relativisme culturel, dont le risque est cette fois de nier une authentique pathologie psychiatrique sous couvert d'interprétations uniquement culturelles d'un symptôme présenté par le sujet. La psychiatrie transculturelle et sa pratique se situent donc sur une échelle des extrêmes, de l'ethnocentrisme au relativisme culturel, et c'est précisément sur cette échelle que se situent les enjeux thérapeutiques les plus complexes.

La problématique clinique ainsi située, le psychiatre se trouve dans l'obligation de redéfinir sa pratique: il s'agira de résister à l'appel d'un ethnocentrisme rationnel, familier et donc rassurant pour se plonger dans la culture de l'Autre, rester au plus près de sa singularité, décoder son langage et tenter de découvrir avec lui le sens des manifestations qu'il propose, tout en gardant une certaine rigueur scientifique. Il devra osciller entre l'objectivité médicale et la subjectivité du rapport à l'autre et ce mouvement perpétuel de « réglage clinique » pourrait-on dire, donne naissance à autant de

pratiques cliniques que de thérapeutes investis dans ce domaine, d'où la difficulté à conceptualiser les abords culturels de la psychiatrie.

Ainsi, le psychiatre dans sa pratique doit se démunir de ses repères théoriques, ou du moins prendre le recul nécessaire pour les critiquer, se détacher de ses certitudes et se retrouvant sans autre choix pour comprendre son patient que de délaisser son cadre culturel familier pour en découvrir un autre, étranger. Il perd alors sa position de savant et se retrouve amputé d'une partie de ses repères cliniques et en terrain étranger face à un sujet lui-même en perte de repères sur une terre étrangère. Ces aménagements positionnels de la relation thérapeutique sont nécessaires à l'enquête clinique d'une part, permettant au psychiatre de préciser les interactions contexte culturel – manifestations cliniques, et à l'établissement de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique d'autre part. Là encore, le thérapeute oscille sur une échelle allant de la position savante, paternaliste du médecin qui dirige et rassure à une position plus égalitaire dans laquelle deux sujets aux univers culturels d'origine différente tentent d'établir un langage commun pour se découvrir et se comprendre.

Cette relation thérapeutique n'obéit pas aux mêmes codes que celles engageant deux sujets partageant le même système culturel. Le patient et le thérapeute doivent faire preuve de plus grands efforts d'adaptation à l'autre. Du côté du patient, la légitimité de l'instauration d'un suivi psychiatrique ne va souvent pas de soi. Bien que la psychiatrie soit un champ de la médecine qui ait trouvé sa place dans le monde occidental, se heurtant encore toutefois à des résistances en lien avec son image stigmatisante, elle reste une discipline obscure et quasi-inexistante dans certaines parties du monde. Ainsi, la plupart des patients venant d'Afrique ou d'Europe de l'Est n'ont jamais été en contact avec un psychiatre ou un psychologue, et ne se sont probablement jamais posé la question de recevoir ou non de tels soins. Dans ce contexte, le suivi est rarement motivé par le patient seul et ce dernier n'est pas en mesure de formuler une demande de soins claire. Les premiers pas de la relation thérapeutique vont donc être marqués par un certain climat de confusion : le patient va chercher à définir le rôle du soignant qui lui fait face, à comprendre ce que ce dernier attend de lui, il peut alors se montrer plus ou moins méfiant, et le psychiatre, quant à lui, devra tenter de décrypter puis déceler les éventuelles plaintes, voire les demandes de soins souvent déguisées. Cette initiation des soins requiert alors pour le patient un espace suffisamment apaisant pour faciliter les premiers échanges, espace que la PASS par exemple est en mesure d'offrir.

2. APPLICATION PRATIQUE : LE PARCOURS THERAPEUTIQUE

a) La relation thérapeutique

Ces réflexions générales étant initiées, comment les intégrer à une pratique dans le cadre de la PASS ? Comme précédemment cité, il existe autant de pratiques psychiatriques dans le domaine transculturel que de psychiatres. Or, il ne s'agissait pas uniquement du facteur culturel, il était également à aborder le traumatisme, l'exil, l'exclusion, l'identité et la santé mentale. La faculté de médecine de dispense pas de formation systématique sur ces thèmes, alors, lorsque l'on se retrouve face à ces problématiques en tant que jeune médecin, la création d'une nouvelle pratique clinique tient au bricolage. Il faut alors avoir recours aux connaissances théoriques, aux expériences cliniques antérieures, aux expériences personnelles également, et à un certain bon sens.

Dans les relations thérapeutiques interculturelles, le patient et le soignant recherchent automatiquement un « signal de fréquence » commun, ou un langage commun afin de se débarrasser des barrières de communication qui pourraient empêcher le travail psychothérapeutique. Cela nécessite des efforts d'ajustement des deux côtés. Et ce processus nécessite parfois la mise en valeur de l'identité culturelle du soignant, si une partie de cette identité facilite la communication et la compréhension mutuelle dans l'espace thérapeutique. J'ai réalisé l'existence de ce processus jusque-là inconscient au cours des consultations, lorsque les patients questionnaient mes origines. Je suis d'origine libanaise, mon nom est arabe. Particulièrement attachée à la position du thérapeute neutre, voire sans identité face à son patient, mes origines étaient à taire dans la relation thérapeutique. Puis, j'ai tenté de les envisager comme outil d'adaptation interpersonnelle, dans un cadre professionnel. Le patient doit être reconnu dans son altérité mais celle-ci ne doit pas être un frein à l'échange, dans le cas où le patient aurait le sentiment de ne pas pouvoir être compris. Ainsi, lorsque le thérapeute signe lui-même son altérité, les barrières culturelles s'estompent et l'échange en est facilité. Il s'agit avant tout de trouver la position thérapeutique optimale entre deux extrêmes : la « neutralité objective » du thérapeute et l'alter ego.

b) Démarche diagnostique

Créer une alliance thérapeutique équilibrée et adaptée à chaque sujet donc, et commencer le travail psychiatrique. La phase d'évaluation diagnostique nécessitait la prise en compte des facteurs culturels, des traits de personnalité, du parcours de vie, de la situation sociale actuelle, des signes cliniques, sans réduire le patient à un seul de ces éléments et en tentant de les articuler afin de donner un sens à l'expérience qu'il vivait. On en vient ici à la question posée précédemment, comment différencier symptôme et expression culturelle ? En réalité, culture et psychopathologie ne s'opposent pas et ne sont pas à différencier. Les traits présentés ne sont pas ou culturels ou pathologique. En revanche, les traits pathologiques s'expriment toujours au moyen d'éléments empruntés à la culture. Comment faire interagir culture et pathologie ? Pour illustrer cette réflexion, prenons le cas de Mme M.

Mme M. est d'origine brésilienne, elle vit en France depuis un an. Deux mois avant notre rencontre, elle avait appris le décès de son père qui avait eu lieu quatre mois plus tôt, au Brésil. Sa mère avait donc attendu deux mois avant d'en informer sa fille. Depuis plus d'un mois, la patiente voyait régulièrement son père au cours de la journée et celui-ci lui parlait et lui demandait pourquoi elle n'était pas venue voir sa dépouille. La patiente était souvent en pleurs tout au long de la consultation, et exprimait de la colère vis-à-vis de sa mère qui ne l'avait pas prévenue immédiatement.

Dans le cas de Mme M., on relève donc, si l'on se place dans la clinique psychiatrique occidentale des hallucinations visuelles et auditives. Si l'on envisage l'hypothèse d'une pathologie délirante, l'étape primordiale est d'analyser les mécanismes de cet éventuel délire. Car, bien que le contenu d'un délire diffère d'une culture à l'autre, les mécanismes restent universels. Ici, les manifestations sont survenues dans un contexte traumatique, la patiente restait cohérente, organisée, les hallucinations survenaient dans les moments où elle pensait à son père, elle les critiquait, et elle n'était pas envahie par ces manifestations. En revanche, elle était envahie par une profonde tristesse associée à des idées de culpabilité et d'autoaccusations, en lien avec le fait qu'elle n'ait pas pu dire au revoir, au moins symboliquement à son père. La pathologie psychotique était donc ici à éliminer, cependant

l'ensemble du tableau ne relevait pas d'une expression culturelle seule. Mme M. souffrait probablement d'un état dépressif en lien avec un deuil problématique, qui nécessitait des soins d'ordre psychiatrique.

Ainsi, l'approche plutôt anthropologique dans la démarche diagnostique ne peut supplanter une évaluation clinique rigoureuse, et le clinicien doit être en mesure de ne pas confondre culture et pathologie, afin d'apporter les meilleures chances thérapeutiques. L'objectif sous-tendu de cette démarche est de discriminer le normal du pathologique, le pathologique renvoyant à la maladie et plus généralement à la souffrance. La question fondamentale du clinicien devrait alors être : ce patient est-il en souffrance, et, si oui, comment le soigner ? Car, même s'il est essentiel de reconnaître les modalités d'expression culturelle dans un tableau clinique, la finalité de cette démarche est d'adapter au mieux les soins pour apaiser la souffrance.

c) Le soin face au chaos

Les patients qui consultaient à la PASS étaient des personnes en souffrance, personnes qui ne se réduisaient pas à des êtres culturels. La grande majorité des patients suivis avaient vécu un exil traumatique et vivaient en situation d'exclusion. La souffrance psychique était le résultat du déracinement, des ruptures familiales, de deuils inachevés, de la trajectoire migratoire, des traumatismes, du quotidien de survie, de l'isolement social, etc. Tous étaient alors dans un processus d'adaptation aux bouleversements identitaires, à l'absence de repère, à la peur, aux ruptures et abandons. Et ce processus, tant qu'il n'est pas achevé est promoteur de détresse psychique.

Pour le thérapeute, ces formes de souffrance sont source d'impuissance. La pratique psychiatrique « classique » concerne les sujets dont les repères fondamentaux sont plutôt stables. La souffrance psychique est alors le fait de troubles « internes ». Des éléments externes peuvent être facteur déclenchant ou aggravant d'un trouble, mais l'apparition ou la majoration de ce trouble implique une vulnérabilité psychique préexistante. Et cette vulnérabilité n'est accessible que par des moyens thérapeutiques, médicamenteux et/ou psychothérapeutiques, moyens dont le psychiatre est en théorie en possession et définissent son rôle. Or, lorsque celui-ci est confronté à des sujets exilés et exclus, la problématique s'inverse. La majorité de ces personnes n'avait souffert d'aucun trouble psychiatrique avant les éventuels traumatismes et l'exil. La structure psychique et les repères internes étaient relativement stables, mais les événements extérieurs et la perte des repères environnementaux étaient responsables de la déstabilisation d'une structure psychique jusque-là stable.

Citons ici une phrase de Monsieur K., originaire du Kosovo où il était DJ reconnu et menait une vie confortable, exilé en France après avoir été agressé physiquement par la mafia puis menacé de mort : « Au Kosovo, j'étais DJ, j'étais célèbre, je gagnais bien ma vie. Puis on m'a frappé. Et maintenant je suis en France et je prends des médicaments (antidépresseurs) ». Ce constat posé avec une certaine résignation par M. K. illustre parfaitement cette rupture : les événements extérieurs font effraction dans le psychisme à travers le traumatisme et causent sa perte.

Le thérapeute est impuissant face à l'environnement du patient. Il ne peut reconstruire les repères physiques, et ce n'est pas son rôle. Comment peut-il soigner alors ? Comment apaiser la souffrance quand le chaos externe persiste ? Cette question relève effectivement d'un paradoxe face auquel le psychiatre peut se trouver démuni. Prenons l'exemple de l'exclusion : les patients qui consultaient à la PASS se plaignaient avant tout de leurs conditions de vie, qui étaient mises en avant dans

l'élaboration de leurs troubles. Ils étaient angoissés car ils ne parvenaient pas à se nourrir et à nourrir leur famille, faute de ressources financières. Certains étaient angoissés car ils ne savaient pas où ils dormiraient le soir même. Ils étaient tristes ou en colère car ils avaient perdu une place sociale convenable. Ils souffraient d'insomnie car ils avaient peur d'être agressé pendant la nuit, ou parce qu'ils dormaient à six dans une chambre. Et ainsi de suite. Ici, des facteurs externes, en lien avec une situation d'exclusion, sont cause de souffrance psychique. Tant qu'ils persistent, ils alimenteront cette souffrance. Il faudrait donc sortir de cette situation d'exclusion pour sauver le psychisme en détresse. Mais, sortir de l'exclusion nécessite un minimum de force et de ressources psychiques, affaiblis par l'exclusion même. Et là se trouve le paradoxe de l'objectif thérapeutique : le psychiatre se trouve face à une souffrance qu'il doit traiter, souffrance déterminée par des éléments externes sur lesquels il n'a aucun pouvoir. La première étape pour le thérapeute est alors d'accepter cette impuissance, la deuxième est de se rappeler son rôle propre.

d) La psychothérapie

La psychiatrie a pour vocation de soigner par le travail psychique. Cela s'applique également aux problématiques liées à l'exil et l'exclusion. Lors des consultations à la PASS, il s'agissait avant tout d'accompagner les patients à travers ce qu'ils vivaient. Accompagner et guider dans la quête d'un sens à leur détresse, accompagner dans les bouleversements identitaires, accompagner dans la reconstruction de soi. Comme dans tout travail psychique, la parole avait une place primordiale. Les mots permettaient de donner du sens, de rassembler les idées, de nommer la souffrance. Au-delà de cela, dans un contexte de désobjectivation lié à la perte des repères, les mots permettaient de partager et ainsi faire exister les affects propres, les idées, les pensées, les opinions, et ainsi se réaffirmer en tant que sujet propre. Les consultations offraient un espace de parole ainsi qu'un temps de parole consacrés au patient, espace contenant où il pouvait laisser parler sa détresse pour ensuite l'apaiser. Concrètement, il s'agit dans un premier temps d'apporter un mieux-être en situation de crise psychique, puis d'aider le patient à travers la verbalisation du chaos à trouver des issues psychiques permettant au moins de rendre plus supportable l'insupportable, au mieux de restaurer des repères psychiques solides.

Ce travail psychique peut ne pas être compris par le patient d'emblée, mais s'il est un tant soit peu efficace et apaisant, il l'investira et s'en trouvera valorisé. Mais, on y revient, les conditions de vie ont un déterminisme majeur sur la santé mentale, et, pour les personnes exclues, la prise en charge psychiatrique ne suffit pas et doit impérativement être complétée d'une prise en charge sociale. L'organisation de la PASS répond à cette injonction. L'abord médical est systématiquement associé à l'abord social. Car les personnes ne sont pas uniquement malades ou uniquement exclues, mais ce sont des sujets complexes au parcours de vie mouvementé.

3. LE CADRE DE LA PASS

a) Accueil et repère

Le patient reconnaît la PASS comme structure de soins, de par sa proximité avec les services d'urgences. Mais, contrairement à ces derniers, elle favorise grâce à son organisation particulière la prise en charge de patients particuliers. On a vu précédemment que le travail psychothérapeutique avec

les personnes exilées implique une adaptation mutuelle entre le médecin et le patient, et cette adaptation nécessite du temps et un espace calme. Bien qu' accolée aux urgences, la PASS ne suit pas son rythme et se coupe de l'ébullition et l'effervescence de l'hôpital. Il s'agit d'un espace hors temps, et suffisamment contenant pour que les patients se permettent de laisser parler leur détresse. Les personnes consultant à la PASS sont majoritairement en situation d'exclusion, la plupart n'a pas de domicile fixe et est en perte de repères tant physiques que psychiques. La PASS constitue alors un repère physique fixe, facilitant le travail de reconstruction d'une part par sa permanence rassurante et contenant, d'autre part en donnant accès au sujet à un espace de parole libre, et enfin en agissant sur les déterminants sociaux.

b) Les limites

Toutefois, cette mission de structure d'accueil fixe est mise en échec par les contraintes administratives et légales. En effet, comme évoqué dans la première partie, le suivi des patients à la PASS est conditionné par l'acquisition de l'Aide Médicale d'Etat. Lorsqu'elle est acquise, le patient doit réintégrer le système de soins de droit commun, il est alors réorienté sur d'autres structures. Cette réorientation marque une nouvelle rupture dans le parcours du sujet. En ce qui concerne le suivi psychiatrique, cette rupture est un préjudice majeur dans le parcours de soins. En effet, l'on a évoqué précédemment les efforts d'adaptation de la part du patient et du psychiatre que nécessite la construction de l'alliance thérapeutique. Lorsque le patient est suffisamment en confiance pour livrer son histoire de vie, le thérapeute doit être en mesure d'assurer une permanence du suivi le temps du travail psychique du patient. Cette permanence est primordiale pour le patient qui, lorsqu'il livre ses affects au cours du suivi, se trouve en proie à une certaine vulnérabilité psychique. On a vu dans le cas de M. A. que, lorsque l'indicible commence à être dit, on peut observer des phénomènes de recrudescence anxieuse. Dans ce cas, le patient doit pouvoir retourner régulièrement à la contenance de l'espace thérapeutique. Or, lorsque cette permanence est rompue, il peut se trouver dépossédé de son histoire, de ses affects, ayant à lutter seul contre l'angoisse. Car, bien que la réorientation psychiatrique soit systématique, elle implique une nouvelle période de mise à l'épreuve du thérapeute avant d'avoir de nouveau accès au travail psychique, travail qui recommence alors à zéro. Les soins généraux à la PASS nécessitent une certaine continuité mais la relation thérapeutique détermine en moindre mesure l'amélioration clinique. Les résultats des examens cliniques et complémentaires peuvent faire le lien entre deux médecins. Les conditions de suivi administratives ne sont donc pas un obstacle majeur dans la continuité des soins. Mais l'organisation devient problématique lorsqu'il s'agit d'un suivi psychiatrique, et elle a tendance à répéter les ruptures et abandons d'un sujet vivant l'exil.

La PASS remplit ses missions d'accueil des personnes démunies, de prise en charge globale, d'accès aux droits sociaux et à la santé. Son rythme et son organisation s'adaptent aux problématiques liées à la précarité et à l'exclusion, les équipes sociales et soignantes étant familiarisées avec ces conditions. Mais, en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique, cette organisation nécessite des adaptations supplémentaires. L'injonction du retour au système de droit commun part de la volonté louable de lutter contre les discriminations qu'engendrerait la création d'un système de soins parallèle destiné à un public particulier. Mais cette injonction est néfaste pour le suivi psychiatrique et plus globalement pour le travail psychique du patient qui se retrouve continuellement interrompu. L'équipe de la PASS de Dijon remarquait que de plus en plus de patients continuaient le suivi avec l'EMPP lorsqu'ils étaient dépourvus d'AME. Ce phénomène peut trouver son explication dans la

continuité des soins : l'EMPP offre des conditions de suivi moins strictes que la PASS, et les événements administratifs et légaux ne remettent pas en question le suivi, qui peut alors être poursuivi le temps nécessaire à l'amélioration psychique.

Cette incohérence organisationnelle est symptôme d'un enjeu doublement complexe. Historiquement et encore actuellement, la psychiatrie est un champ de la médecine à part. Sa pratique requiert un rythme particulier, des méthodes de soins particulières. Ses patients sont encore bien souvent stigmatisés, non seulement par la société mais aussi par le reste du milieu médical. Et il en est de même pour les patients étrangers en situation d'exclusion. Lorsque ceux-ci nécessitent des soins psychiatriques, ils sont alors victimes d'une double stigmatisation. Pour ces personnes, l'accès à la santé répond à deux enjeux : il s'agit de trouver une structure de soins unique adaptée à la fois aux méthodes psychiatriques et aux problématiques sociales.

La PASS de Dijon est adaptée aux soins généraux et à l'aide sociale destinés aux personnes exclues, mais l'organisation des soins psychiatriques est en décalage avec une des vocations fondamentale de la PASS : le retour à l'offre de droit commun. Les consultations psychiatriques mises en place permettent une prise en charge plus adaptée que celle proposée aux urgences, elles permettent de prendre plus de temps pour gérer la crise psychique, mais la crainte de voir le suivi interrompu par l'AME rend le travail psychothérapique plus incertain. Il faudrait alors soit se défaire de l'injonction administrative le temps des soins, soit avoir recours d'emblée aux EMPP. Enfin, les PASS psy semblent être un bon compromis.

V. CONCLUSION

Le préfixe commun à « exil » et « exclusion » pourrait suffire à résumer la condition des individus exilés et exclus. Ils sont hors de leur terre natale et hors de leur terre d'accueil. Ils tentent de se construire un refuge sur cette dernière mais restent en dehors de la société. Et cette marginalisation empêche la reconstruction après l'exil. L'état d'exclusion met en péril la santé sous toutes ses formes. La santé mentale n'échappe à ce danger, au contraire. Le sujet exilé porte bien souvent les stigmates psychiques de traumatismes ayant menacé sa vie et ayant mené à l'exil, et le quotidien de l'exclusion n'offre pas de sécurité suffisante, tant psychique que matérielle, pour gérer les conséquences psychiques de ces traumatismes, auxquels s'ajoute la violence et la peur du quotidien.

La société d'accueil a le devoir moral d'une part de lutter contre les exclusions, d'autre part de permettre à tout individu séjournant sur son territoire d'accéder aux structures de santé. Or, les individus souffrant de l'exclusion ne parviennent pas à trouver leur place au sein du système de soins commun qui n'est pas en mesure de répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé. Car, pour cette population, la santé est étroitement liée au parcours de vie, aux origines et représentations de la santé et la maladie, et aux conditions de vie. Dans ce cas plus que jamais, le sujet doit être en pris en charge dans sa globalité, et c'est à cette injonction qu'a tenté de répondre le monde de santé en créant les permanences d'accès aux soins de santé.

Les PASS ont un fonctionnement parallèle à celui du système hospitalier classique. Elles permettent aux individus en situation d'exclusion de bénéficier de soins somatiques, psychiques et d'une prise en

charge sociale. Elles agissent ainsi sur l'ensemble des déterminants de la santé afin de donner aux individus les meilleures chances de réintégration sociale et de pérennité de la santé en rompant le cercle vicieux santé – exclusion. Leur vocation n'est pas d'enfermer l'individu dans un système de soins à part et ainsi accentuer la marginalisation, mais bien de le réadapter au système classique.

La psychiatrie est en elle-même une spécialité médicale à part dont le sujet d'étude est le psychisme, entité vague, en perpétuel mouvement et ne pouvant répondre à un rationalisme absolu. Sa pratique renvoie donc par essence à une certaine subjectivité. Cette discipline est une science de l'irrationnel, et c'est cet antagonisme qui fait toute sa complexité. Se rattachant à sa condition de science médicale, elle tend à se diriger vers un objectivisme prenant forme à travers des démarches diagnostiques et thérapeutiques insérées au sein de classifications cliniques organisées et référencées. Elle reste toutefois une discipline en marge du reste de la médecine, et, lorsqu'elle s'intéresse aux populations marginalisées, elle creuse encore cet écart.

La pratique psychiatrique auprès des demandeurs d'asile se confronte à une réalité socio-culturelle : la psychiatrie classique ne répond pas non plus aux besoins spécifiques de cette population en matière de santé mentale. Elle nécessite la prise en compte à égale mesure des problématiques psychiques, des événements traumatiques, des déplacements, de l'exclusion et de ses conséquences, des représentations et expressions culturelles, puis identifier leurs interactions pour donner un sens à la souffrance et la maîtriser avec une prise en charge adaptée. Cet exercice nécessite un remaniement profond des pratiques classiques qui elles, peuvent se référer plus aisément à un cadre psychopathologique commun du fait du moindre impact des facteurs environnementaux sur le psychisme.

Le cadre de la PASS facilite cette adaptation de la pratique psychiatrique, en mettant l'accent sur la prise en charge globale du sujet, permettant ainsi d'atténuer la violence de l'exclusion. Elle offre également au sujet « hors de tout » un espace dédié et un temps dédié, qu'il consacrerait, en puisant dans la ressource immuable de la parole, à mettre en mots sa vie, ses peurs et ses espoirs, ses émotions, son identité fragmentée, pour ainsi se reconstruire en tant que sujet.

BIBLIOGRAPHIE

BAUBET Thierry, MORO Marie-Rose. *Psychopathologie transculturelle*. Ed. Elsevier Masson. 2^{ème} édition, 2013. 297 p.

BOUSSAT Stéphane. Psychiatries « transes-culturelles ». *Perspectives Psy*, 2005/1 - Vol. 44, p. 14 à 30, ISSN 0031-6032

DE GAULEJAC Vincent, TABOADA LEONETTI Isabelle. La désinsertion sociale [Déchéance sociale et processus d'insertion]. *Recherches et prévisions*, N. 38, décembre 1994. Pauvreté Insertion RMI. pp. 77-83

DOUVILLE O., GALAP J. Santé mentale des migrants et réfugiés en France. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 37-880-A-10.

GILBERT Camille. Le droit à la protection de la santé des personnes démunies mis en œuvre par les permanences d'accès aux soins de santé. *Droit, Déontologie et Soins*. Juin 2004, vol 4, n°2

KAPSAMBELIS Vassilis. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Ed. Quadrige/PUF. Paris, 2012. 1143 p.

KOVESS-MASFETY Viviane. *Précarité et Santé Mentale*. Ed. Doin. Paris, 2001. 103 p.

NICOL Yvonne. Patients précaires : complémentarité entre PASS et équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). *Urgences2013,SFMU*.

STANOJEVITCH Elodie, VEISSE Arnaud. Repères sur la santé des migrants. *La Santé de l'Homme* n°392. Novembre-Décembre 2007. P. 21-24