

Mais il s'agit de prises en charge qui nous mobilisent beaucoup, en nous interpellant au niveau symptomatologique, psychopathologique et au niveau technique, avec la nécessité, parfois, de recourir à la présence d'un interprète. La question des liens avec le foyer et plus globalement le rôle de la psychiatrie de secteur dans ce qui est, par ailleurs, un problème de société, sont également en réflexion.

Vignettes cliniques

Première situation

Monsieur X, d'origine congolaise, âgé d'une trentaine d'années, est arrivé en France en juin 2004. Il est suivi au CMP par un psychiatre depuis début octobre 2004, où il a été adressé par la psychologue du foyer et par son médecin.

Il présente initialement des insomnies, des cauchemars très fréquents, ainsi qu'un isolement inquiétant ; il a également des pensées suicidaires, ou plutôt il peut dire qu'il ne sait pas s'il veut vivre ou mourir. Il a aussi des conduites d'alcoolisation.

Il explique qu'il est fils unique, qu'il a perdu sa famille ; sa femme, ses enfants et ses parents ont été tués. Son état était tel qu'il n'a pas pu faire valoir ses intérêts de façon adaptée lors de sa première demande à l'OFPPA, si bien que sa première demande de statut de réfugié a été refusée.

Dès les premiers entretiens, il s'avère qu'il présente un syndrome dépressif sévère ; mais un accrochage se fait, le suivi s'installe, émaillé de soucis somatiques (colique néphrétique, grippe). Son contact est variable avec des moments où il est bien en lien, et des moments où il s'absente, dans une possible reviviscence de scènes traumatiques qui restent muettes mais dont se dégagent de fortes angoisses. Puis progressivement, au cours du suivi, il présente des attitudes de plus en plus régressives ; on suspecte alors un état hallucinatoire.

Au bout de quelques semaines, devant l'aggravation de son état, il est hospitalisé dans l'unité de notre secteur pendant 2 mois ; séjour qui permet une amélioration de son état avec envie de rentrer en contact avec d'autres personnes. Mais il pré-

Demandeurs d'asile en CMP

Nous présentons un travail issu de notre expérience quotidienne de soignantes en psychiatrie de secteur, confrontées à des demandes inhabituelles que sont celles des demandeurs d'asile.

Un foyer de Forum réfugiés accueillant et accompagnant des demandeurs d'asile dans leur attente d'obtention du statut de réfugié est installé sur notre secteur.

Nous avons eu deux rencontres avec leur équipe, depuis deux ans, dont l'une très récemment. Des liens se tissent de plus en plus fréquemment avec l'équipe du foyer : contacts téléphoniques, présence à un entretien.

Cependant, en chiffres, il s'agit d'une faible activité par rapport à l'ensemble de notre file active et des nouvelles demandes. En 2004, sur une file active d'environ 550 personnes au Centre Médico Psychologique (CMP), une dizaine de demandeurs d'asile ont consulté.

sente toujours une incapacité à se projeter dans l'avenir. Cette prise en charge d'une probable psychose post-traumatique a rapidement confronté la thérapeute psychiatre à des vécus et des éprouvés contre-transférentiels particuliers : elle a ressenti une forte empathie inaugurale lors du récit des bribes d'histoire et elle a dû, d'emblée, avoir recours à ses propres ressources de vitalité, à la limite de la position thérapeutique habituelle, pour résister au désespoir déposé dans ces premières séances.

Ensuite, les vécus et les éprouvés sont devenus fortement angoissants dans les moments de repli et de silence-absence de M. X, éprouvés de violence et d'abîme sans mot et sans image. On notait parallèlement l'actualisation de modalités transférentielles régressives, de dépendance, quasi passionnelles, avec des formules à l'emporte-pièce « *Je vais toujours rester comme ça ?* », ou « *Tu es ma famille* », culminant avec « *Je t'aime* », contemporain de l'envahissement délirant productif qui a conduit à

Samira Richer

Psychiatre,
Assistante
des hôpitaux,
CMP de Bron,
CH Le Vinatier

Sihem Redjeb

Infirmière DE,
CMP de Bron

poser l'indication d'hospitalisation. On peut entrevoir ici toute l'intensité des mécanismes d'identification projective à l'œuvre, avec la nécessité pour le soignant d'être en lien avec d'autres membres de l'équipe (au CMP puis avec l'équipe hospitalière) ainsi qu'avec des écrits plus généraux sur ces problématiques (sur les particularités psychopathologiques et sur la distance du thérapeute), pour pouvoir supporter la sidération, contenir les éprouvés bruts et retrouver une capacité d'élaboration active.

Deuxième situation

Il s'agit d'une femme âgée d'une quarantaine d'années. Originaires d'une ex-république d'union soviétique, arrivée en France en avril 2003 avec son fils adolescent et enceinte de 6 mois. Elle accouchera de façon prématurée au bout de quelques jours d'une petite fille, à 7 mois de grossesse. Elle est en seconde phase de demande d'asile, demande faite auprès de la CRR, lorsque nous la rencontrons.

La demande de soins est faite en avril 2004 par la psychologue du foyer qui a des inquiétudes vis-à-vis de troubles du comportement présentés par Madame Y. qui se plaint beaucoup de douleurs somatiques. Elle est très collée à sa fille, elle rumine beaucoup sur sa famille restée dans son pays d'origine, ne pouvant présenter qu'une histoire très confuse sur les raisons qui l'ont amenée à fuir son pays. Elle présente également des crises d'agitation où il lui arrive de s'en prendre à sa fille, ce qui a entraîné un signalement auprès des services socio-judiciaires. Madame Y. est reçue initialement par deux soignants du CMP ; les entretiens se font au début avec un interprète. Madame Y. met en avant des troubles du sommeil importants, des douleurs, en particulier migraineuses, qui dégénèrent parfois en crises de nerfs. Elle apparaît assez impulsive, anxieuse, faisant part de ses inquiétudes quant à l'obtention de documents de son pays d'origine pour sa procédure, sur la santé de son frère dont elle n'a pas de nouvelle, essayant de cacher sa tristesse à son fils aîné. Son discours est très confus. Elle demande initialement « un traitement de l'oubli ». Elle se présente avec sa petite fille qu'elle allaite toujours et qui reste collée à son sein dans les

premières consultations. La mise en place d'un traitement psychotrope est d'ailleurs délicate dans ce contexte au début.

Madame Y. est d'origine juive, divorcée depuis 1990 ; elle est l'aînée d'une famille de 3 enfants (1 sœur et 2 frères, toujours au pays) ; ses parents sont décédés. Elle s'est mariée avec un homme de confession musulmane qui est devenu intégriste et qui a commencé à la rejeter, elle et sa famille, jusqu'au divorce en 1990. Elle a eu ensuite des difficultés pour trouver du travail et a subi, à plusieurs reprises, des agressions dans le cadre de son travail de couturière en atelier, en particulier une agression avec un traumatisme crânien grave. En 2001, son fils est enlevé par le père pour recevoir un enseignement islamiste. Au bout de 3 mois son fils a pu s'échapper d'un camp d'entraînement militaire. Elle fuit alors à Moscou, dans une situation très précaire où elle accepte l'aide d'un homme dont elle est bientôt enceinte ; cette liaison est interrompue ; elle fuit alors en France avec son fils, craignant toujours que la famille paternelle n'enlève ce dernier.

Lors des premiers mois de prise en charge, quelques tensions sont réactivées par la mise en place d'une aide éducative pour sa fille, Madame Y. craignant qu'on ne lui enlève son enfant. Mais, petit à petit, le sevrage ayant permis la mise en place d'un traitement antidépresseur et anxiolytique ainsi que des liens entre foyer, PMI et CMP, son état s'améliore, et un suivi régulier s'installe. Quelques mois plus tard, la situation se fait plus critique : l'anxiété grandissant devant l'imminence de la réponse du recours auprès de l'OFPPRA. Finalement c'est un refus. Je la revois au bout de 15 jours après un contact avec le personnel du foyer qui me faisait part de leur inquiétude. En effet, après une première réaction de désarroi puis un apaisement relatif, son état s'est aggravé ; elle est extrêmement déprimée, me faisant part de phobies d'impulsion suicidaire ; elle se rend compte qu'elle est moins attentionnée envers sa fille et qu'elle peut mettre en danger leurs vies en traversant la rue, par exemple. Devant cette menace d'effondrement, une hospitalisation lui est proposée ; elle accepte, mais cela nécessite d'organiser un placement pour la petite. L'organisation de

l'hospitalisation se précipite et Madame Y se rétracte, de nouveau envahie par la crainte de ne pas retrouver sa fille et appréhendant la séparation. Je serai alors obligée d'intervenir à domicile avec une infirmière et l'équipe du foyer pour organiser cette hospitalisation dans l'unité de notre secteur. Elle durera environ un mois, permettant un apaisement notable de son état.

A sa reprise de contact en ambulatoire, je lui fournirai un certificat pour une demande de carte de santé, permettant l'obtention d'un statut précaire mais légal, en France, dont elle attend la réponse ; un autre recours possible était encore en cours (modification de la loi).

Deux, trois mois plus tard, la situation dégénère de nouveau. La procédure s'est encore soldée par un échec. La présence au foyer est alors remise en question, mais le départ évité in extremis. Actuellement, des recherches sont menées pour trouver un autre foyer d'accueil, ce qui est très compliqué. Nous sommes en lien avec nos partenaires ; dans cette situation de sursis, nous nous sentons bien impuissants. Madame Y. est moins confuse et contient son angoisse dans un lien très suivi avec le CMP.

Ainsi ce parcours nous semble illustrer cette difficulté d'accès à une histoire, constituant la « boîte noire du traumatisme » à respecter, l'incertitude diagnostique secondaire aux symptômes de brouillage et de confusion, puis l'instauration d'une relation toujours précaire où notre place de psychistes est difficile à trouver, à maintenir, dans une situation d'urgence sociale. Nous nous sommes interrogés sur les risques d'enfermement dans un statut de malade mental pour cette femme et sur le risque d'une chronicité générée dans cette situation.

Etre là et contenir, être en lien avec les partenaires, réfléchir à ces sentiments de révolte où nous rejetons la faute sur une administration, être sensible aux sentiments d'abandon et aux vécus de séparation douloureux, s'interroger sur l'éthique, essayer de trouver un peu de sens dans cette situation absurde et confuse, comme Madame Y. s'y efforce.

Réflexions générales

A partir de ces vignettes cliniques, nous voudrions reprendre quelques réflexions générales et ouvrir quelques axes de discussions.

Concernant le cadre de ces prises en charge, il s'agit donc d'entretiens médicaux ou médico-infirmiers. La présence des interprètes est variable mais non systématique ; il nous est souvent apparu, au bout de quelques entretiens, que cette présence était moins nécessaire et que la qualité de la communication était également soumise aux variations symptomatiques, la barrière de la langue permettant un brouillage protecteur et défensif. Pour le financement des interprètes, il existe une convention entre notre hôpital et une association de services d'interprétariat. Nous avons pu également réaliser des entretiens conjoints avec les partenaires ou même des visites à domicile qui restent rares cependant.

Une des difficultés majeures de ces suivis est d'engager un lien dans une période marquée par une telle précarité, un temps en suspension avec le risque d'une rupture rapide et brutale. Il nous est arrivé d'être en conflit avec l'équipe du foyer au sujet d'un projet d'hébergement, par exemple, éloigné de 50 kms pour une femme suivie depuis plusieurs années sur le CMP. Ce suivi n'avait pas été pris en compte, ni le temps nécessaire pour parler de la séparation. Notons d'ailleurs que, dans bien des cas, l'obtention du droit d'asile conduit à une interruption du suivi de la part de ces personnes.

Ainsi, les interactions entre une temporalité psychique souvent sidérée, nécessitant un travail thérapeutique forcément long et une réalité externe avec son attente, ses à-coups, et ses accélérations sont très complexes.

Nous avons relevé une densité des vécus de rencontre ici et maintenant : rencontres autour de l'offrande d'un gâteau, ou autour des enfants, moments où le langage des gestes et la médiation d'objets sont simplement des temps d'échanges simples, « humains ».

Mais nous sommes parfois dans une interrogation sur le fait d'être utilisé, dans un dernier recours, pour appuyer ces demandes, au risque de psychiatriser des situations de détresse.

Ainsi se forge, dans notre structure, une expérience de soins auprès de cette population pour laquelle notre dispositif habituel est maintenu. Au-delà des points particuliers qui émergent des cas présentés, notre démarche de psychistes dans une orientation psychodynamique est conservée, même si elle est davantage bousculée, chahutée.

Nous avons vu, dans la première situation, mais aussi dans la seconde, que ces prises en charge ont nécessité une élaboration clinique groupale, où les liens avec des théories psychopathologiques ou des travaux spécifiques sur ce sujet ont été précieux ; cette démarche empirique paraît cependant nécessaire dans ces situations.

Les données de la littérature sur ce sujet mettent l'accent sur la situation d'attente et d'incertitude, sur les effets traumatiques, sur la perte des garants méta-psychiques et sociaux (R. Kaès), sur les difficultés de la position du thérapeute entre position soignante et citoyenne (F. Maqueda) et sur les particularités d'entretiens avec interprète (Association Appartenances).

Un autre point nous semble aussi très important.

Nous nous sommes interrogés sur notre empathie « a priori » au début des prises en charge, nourrie de nos histoires de soins antérieures et d'un sentiment de compassion ou de révolte face aux récits de ces situations terrifiantes.

Cependant, nous avons à essayer de penser la dynamique subjective et intersubjective et, en cela, nous avons à nous interroger à un autre niveau que celui de la violence externe décrite, c'est-à-dire au niveau psychique à essayer de penser le travail du négatif et du pulsionnel. Il nous semble indispensable d'examiner ce qu'il en est de l'expression, pour le patient, notamment des motions agressives ; comme il apparaît aussi indispensable d'effectuer un retour sur soi, en examinant ses propres contre-attitudes, en essayant de repérer les mouvements de rejet, d'incompréhension, ou des vécus plus archaïques de peur, voire de terreur, d'une violence encore brute.

Au cours des discussions préparatoires à cette communication*, nous avons aussi évoqué que ces pathologies de l'extrême, de l'agonie psychique comme dirait René Roussillon, nous rappelaient certains cas de psychose ou certains états d'effondrement rencontrés au cours de thérapies dont la dimension d'exil était absente. Les dimensions de l'Étranger, de l'Inconnu et de l'Autre et leurs multiples figures sont convoquées sur des scènes différentes mais sont à reconnaître et à élaborer.

Voilà les quelques enseignements que nous tirons de ces rencontres *qui dérangent* et ne s'oublent pas.

* Intervention initialement préparée pour un atelier des 11^{èmes} Rencontres nationales des CMP (10-12 mai 2005)

