



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE Santé Société migration

Prise en charge du trouble de stress post-traumatique en permanence d'accès aux soins psychiatrique

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Dr Morgan FAHMI

CONRAUD Maud

Année 2024-2025

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE


ORSPERE SAMDARRA
Observatoire national de la santé mentale, de la violence et des crises


**UNIVERSITÉ
JEAN MONNET**
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Table des matières

Glossaire	4
Introduction	5
Contexte	7
Méthodologie adoptée	9
I. La clinique post-traumatique en permanence d'accès aux soins.....	11
1. Du TSPT aux ACE (adverse childhood experiences) : un champ clinique vaste.....	11
a. Des événements d'intensité et de fréquence variées	11
b. Place du corps dans la clinique post-traumatique en PASS	12
2. L'effet de l'insécurité persistante sur la clinique et les perspectives de soins	15
a. Insécurité persistante avant l'arrivée en France	17
b. Investir le temps de la demande d'asile	19
c. La nécessité d'une stabilité pour les soins du psychotrauma	21
II. La mise en récit en consultation en PASS	23
1. Le récit traumatique	23
a. L'indicibilité, l'amnésie et l'insécurité : ce qui empêche le récit.....	23
b. Un récit investi de différentes missions.....	26
2. Impact clinique de l'évocation des événements traumatiques	31
3. Des temporalités et des attentes qui divergent.....	32
III. Effets sur les soignants de la pratique psychiatrique en PASS dans un contexte post-traumatique	34
1. Le traumatisme vicariant, ou travailler avec l'anxiété	34
a. Définitions	34
b. Des redéfinitions multiples et dynamiques	36
2. L'empathie, boussole ou œillère ?.....	37
a. Contours de l'empathie.....	37
b. Limites de l'empathie en PASS psy.....	38

3. Passer de l'empathie à la considération	40
<i>Conclusion</i>	44
<i>Bibliographie</i>	46

Glossaire

ACE : adverse childhood experiences

AME : aide médicale d'état

ADA : allocation pour les demandeurs d'asile

CADA : centre d'accueil pour les demandeurs d'asile

CNDA : cour nationale du droit d'asile

CIM : classification internationale des maladies

CIMADE : comité inter-mouvements auprès des évacués (nom historique)

CSS : complémentaire santé solidaire

DIU : diplôme inter-universitaire

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

HUDA : hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

NET : narrative exposure therapy

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

OFPRA : office français de protection des réfugiés et des apatrides

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PUMA : protection universelle maladie

TSPT : trouble de stress post-traumatique

Introduction

Les troubles psychiatriques sont définis de façon variable à travers le temps, car ils émanent de visions de l'individu, du psychisme et de la norme qui sont socialement construites.(1) Ainsi, le nombre de pathologies mentales a varié dans les différentes versions du DSM, référentiel mondial qui les liste.

Parmi ces troubles, le trouble de stress post-traumatique est un diagnostic qui a émergé au XXème siècle.(2) Il s'agit d'un diagnostic qui pointe comme cause de la pathologie la survenue d'un événement traumatique, chez quelqu'un qui va développer par la suite des symptômes spécifiques. Cette clinique comporte :

- Des intrusions, soit des reviviscences et des cauchemars rappelant l'événement vécu, qui n'a pas été intégré dans les circuits mnésiques habituels et qui refait donc surface sans que son souvenir ne soit sollicité par la personne ;
- Des mécanismes d'évitement pour ne pas être confronté au souvenir traumatisant. Ces évitements peuvent être comportementaux (ne pas retourner dans certains lieux évocateurs par exemple) ou cognitifs (fournir des efforts de distraction, plus ou moins conscients, pour ne pas réévoquer intérieurement ce qui est douloureux) ;
- Des altérations négatives de la cognition et de l'humeur, qui comprennent une tristesse, un découragement, une indifférence mais aussi fréquemment un ressenti de culpabilité ;
- Des modifications de l'éveil et de la réactivité, qui vont pouvoir se manifester par une hyperréactivité (par exemple dans le cas de l'hypervigilance), ou, au contraire, par une absence de réaction ou d'implication (notamment, dans les symptomatologies dites dissociatives).

Ce diagnostic de trouble de stress post-traumatique, bien que récent, est d'ores et déjà considéré comme un enjeu de santé publique. En effet, sa prévalence vie entière est estimée à 9% de la population générale dans une étude menée aux Etats-Unis. Son retentissement sur le fonctionnement de l'individu peut être majeur, et il nécessite donc une prise en charge.(3)

Pour pouvoir être considéré comme la cause d'une symptomatologie post-traumatique, un événement doit remplir certaines conditions, précisées dans les manuels de référence des diagnostics psychiatriques. Dans le DSM, la personne doit ainsi avoir été exposée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cette exposition inclut aussi bien le fait d'avoir été soi-même directement atteint que d'avoir été témoin pour autrui des violences en question. La CIM 11 est quant à elle plus large dans sa définition, incluant une vision plus « subjective » : « *Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants* ».

Ces événements jalonnent malheureusement nombre de parcours des personnes qui migrent de leur pays vers un autre, aussi bien dans le pays d'origine que lors de la migration, ou encore dans le pays d'arrivée.

Ainsi, en exerçant auprès d'une population précaire, en particulier issue de la migration, tout soignant en santé mentale sera confronté à cette symptomatologie post-traumatique, dans un milieu par ailleurs soumis à des contraintes multiples, aussi bien temporelles que thérapeutiques, que nous aborderons dans ce travail. Notre recherche tâchera de répondre à la problématique suivante : **Quelles sont les conditions du soin du psychotraumatisme face à l'instabilité du parcours migratoire ?**

Nous aborderons ainsi successivement la question de clinique spécifique retrouvée au cours des consultations en permanence d'accès aux soins de santé, puis la question des récits et de leurs buts, et, enfin, les effets de la clinique post-traumatique sur les acteurs du soin.

Contexte

Les questionnements soulevés par ce travail prennent leur source dans l'activité de consultations que j'effectue pour la permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique de l'hôpital de Mulhouse.

Cette consultation est spécifiquement dédiée aux personnes n'ayant pas de couverture sociale, ou une couverture sociale incomplète, ce qui compromet leur accès aux soins. Ces prises en charges sont censées être temporaires et interstitielles : elles ne se substituent pas au droit commun et sont supposées être une passerelle, dans l'attente d'accéder à celui-ci.

De fait, l'immense majorité des patients qui sont reçus dans le cadre de ces consultations sont des demandeurs d'asile primo-arrivants, qui auront droit à la PUMA et à la CSS une fois qu'ils auront passé trois mois sur le territoire français. La prise en charge à la PASS se poursuit tant que les droits ne sont pas en place.

J'exerce dans ce cadre en tant que psychiatre et médecin référent de l'équipe mobile psychiatrie et précarité (EMPP), d'où émane cette activité. Les soignants de l'EMPP sont amenés à partager ces temps de consultation avec moi ; surtout, ils ont une activité de permanence dans les lieux d'accueil ou d'hébergement, et sont en première ligne pour repérer les personnes sujettes à des troubles psychiatriques, et à les orienter. Ils construisent ainsi un maillage qui permet aux patients d'être revus entre deux consultations médicales, ou encore d'avoir des entretiens dans des lieux « tiers », non hospitaliers.

La ville de Mulhouse est proche de la frontière suisse et de la frontière allemande. Elle est ainsi l'une des portes d'entrée du territoire français par voie terrestre. De plus, elle a un passé industriel encore récent, qui a mené à des vagues d'installation d'ouvriers, notamment dans les années 1970. C'est ce qui explique son historique avec les mouvements migratoires, et l'existence de dispositifs multiples pour accueillir les personnes de nationalité étrangère. Sont ainsi déployés sur l'agglomération plusieurs

associations (dont l'ADA et la CIMADE), un accueil de jour, de multiples HUDA et CADA. C'est au sein de ce maillage que se situe l'activité médicale et sociale d'accès aux droits des permanences d'accès aux soins de l'hôpital.

Les consultations psychiatriques de la PASS ont lieu sur un rythme mensuel, et permettent la dispensation immédiate des médicaments prescrits. Actuellement, le poste de psychologue n'est pas pourvu, et le suivi est donc uniquement infirmier et médical. Mon rôle est donc d'évaluer la clinique présentée par les patients, de faire des propositions thérapeutiques, pour l'essentiel médicamenteuses, et si cela semble opportun, d'apporter un appui médical pour certaines des démarches administratives ou d'hébergement des patients, par le biais de la rédaction de certificats.

Je suis arrivée à ce poste (qui m'occupe, par semaine, une demi-journée pour les consultations et une demi-journée pour la coordination et la réunion d'équipe) plus ou moins par hasard : quand je suis revenue dans le pôle qui m'emploie à la fin de mes études, le psychiatre qui occupait cette activité de façon sporadique allait partir, et ils cherchaient un remplaçant. Je n'avais jamais travaillé dans la précarité, ni ne m'étais engagée à titre militant. Je n'avais pas non plus de formation spécifique. J'ai donc appris au fil du temps l'existence de l'OFPRA, les différentes étapes de la demande d'asile, les spécificités de la procédure Dublin. J'ai suivi avec inquiétude les questionnements sur la poursuite de l'existence de l'AME.

Très vite, il a paru évident que la pratique de la psychiatrie dans ce domaine allait mener à la prise en compte indispensable des parcours (notamment administratifs et sociaux) des patients. Une approche purement symptomatique ou neurobiologique ne peut suffire à appréhender la complexité de ce qu'ils vivent, ni à percevoir leur immense difficulté à se projeter dans l'avenir. L'incertitude et l'instabilité de leur situation sont partie prenante de leur vécu et on ne peut faire l'économie de s'y attarder, au risque de passer à côté de certains facteurs de pérennisation de leurs troubles, mais surtout à côté de ce qui se joue de primordial pour eux.

Dans le même temps, cette prise en compte renvoie rapidement à un vécu d'impuissance, car en tant que soignant, nous n'avons quasiment aucun levier pour influencer sur ce parcours, notamment en tâchant d'ouvrir un horizon qui risque d'être empêché par un refus administratif. De même, si l'on essaie d'instaurer une forme de sécurité et de stabilité pendant le temps de la prise en charge, ces efforts peuvent être mis à mal par des décisions de déménagement d'une structure d'accueil à une autre, ce qui ne garantit pas la poursuite du suivi, ou encore un refus de l'OFPPRA et de la CNDA.

Les difficultés qui parsèment cette pratique sont nombreuses. Rapidement, on peut citer les limites immenses de la prise en charge du handicap psychique ou mental dans ce contexte, a fortiori quand la personne présente des troubles du comportement ; les difficultés d'articulation avec les soins somatiques ; les ruptures de suivi qui sont nombreuses ; la barrière linguistique, parfois diminuée par la présence d'un interprète mais pas toujours ; la synchronisation délicate entre tous les intervenants qui peut mener à des rendez-vous manqués (très fréquents).

Méthodologie adoptée

J'ai décidé de ne pas mener d'enquête de terrain auprès des patients, ceux auxquels je fais référence ici étant dans une situation de grande vulnérabilité, et les questions de secret médical et de consentement étant trop délicates à prendre en compte avec les différences de culture et de langue. Je ne voulais pas bousculer l'équilibre fragile que l'on ménage semaine après semaine pour leur permettre de dire ce qu'il leur semble opportun de dire, en impliquant de nouveaux enjeux de diffusion.

En réalité, la question de la prise en charge du trauma psychique en permanence d'accès aux soins de santé est sans doute l'une des raisons qui m'a menée à m'inscrire à ce DIU. J'ai donc décidé de colliger l'avancée de mes réflexions grâce au contenu des cours qui nous étaient transmis, et aux lectures qui m'ont accompagnée tout au long de cette année. Il s'agira donc essentiellement d'un travail théorique, bien qu'ancré dans ma pratique habituelle.

Ce travail se déclinera en abordant successivement la clinique post-traumatique en permanence d'accès aux soins ; la possibilité de la mise en récit dans ce lieu ; les temporalités divergentes en jeu ; enfin, les effets de cette pratique sur les soignants, et en rebond, sur les soins.

I. La clinique post-traumatique en permanence d'accès aux soins

1. Du TSPT aux ACE (adverse childhood experiences) : un champ clinique vaste

Comme décrit précédemment, le trouble de stress post-traumatique répond à une définition clinique précise.

Mais les patients que l'on est amené à rencontrer en PASS manifestent des symptômes bien plus divers dans les suites des événements qu'ils ont vécus, et qui les ont marqués. Le champ du traumatisme psychique s'étend finalement de façon plus vaste, que ce soit en termes des types d'événements causant des symptômes psychiatriques, ou en termes de conséquences cliniques.

a. Des événements d'intensité et de fréquence variées

En écoutant les récits des personnes suivies, on note ainsi que les événements douloureux, qui provoquent par exemple des ruminations et des insomnies, peuvent remplir les critères de l'événement traumatique comme décrit dans le DSM, ou bien constituer, comme de façon infraliminale, ce qu'on l'on nomme des événements adverses(4). Ils surviennent alors souvent dès l'enfance. Ils sont rassemblés sous l'acronyme ACE, en anglais pour *adverse childhood experiences*, et bien que plus difficilement caractérisables car plus diffus, plus subtils, ont montré avoir des conséquences certaines sur la santé des individus à l'échelle de leur vie.(5) Ils semblent constituer une forme de stress qui se chronicise et mène à des conséquences aussi bien physiques que psychiques.

Parmi les événements qui peuvent constituer des expériences adverses, certains reviennent régulièrement dans les récits des patients demandeurs d'asile :

- Maltraitance dans l'enfance, dont violences physiques, sexuelles et émotionnelles, négligences physiques et émotionnelles, exposition à ces violences au domicile

- Difficultés au sein du foyer, dont pauvreté, décès d'un parent, d'un frère ou d'une sœur, séparation longue due à une mutation ou à l'immigration
- Victimisation par les pairs, dont rejet par ces pairs
- Violences communautaires, dont le fait d'être témoin de bagarres ou de combats physiques, être témoin de violences avec armes.(6)

Il est alors impossible d'établir de lien de causalité univoque entre un événement et un symptôme, puisque ces événements viennent en myriade et ont des conséquences polymorphes, au long terme.

Ainsi, les ACE augmentent, ne serait-ce que sur le plan de la santé mentale, le risque de survenue de trouble bipolaire, de trouble borderline, de trouble dépressif et anxieux, de dépendance aux substances, de troubles psychotiques, de trouble de stress post-traumatique, de trouble du comportement alimentaire, ainsi que le risque suicidaire.(6)

Il existe une forme de continuité entre les ACE et le trauma complexe : ils partagent en effet leur caractère répété, l'induction d'un stress chronique et cette difficulté à pointer un événement précis comme fondant la clinique présentée. La prévalence du trauma complexe a été évaluée à 30% dans une étude australienne auprès de personnes réfugiées et réinstallées.(7)

b. Place du corps dans la clinique post-traumatique en PASS

Lorsque les patients viennent consulter la première fois en PASS psy, ils ont souvent une demande qui peut paraître un peu décalée des motifs de consultation habituels en psychiatrie : en effet, la plainte est régulièrement plutôt centrée sur une symptomatologie corporelle.

La demande prend ainsi la forme du soulagement d'une douleur, d'une tension interne ou de problèmes de sommeil dans la majorité des cas.

Il est rare que les patients pointent un événement en particulier comme l'élément déclencheur de leur souffrance ; souvent, ils sont au bout d'un parcours qui les a profondément malmenés, et ce à de multiples occurrences.

Dans ce contexte, le corps est le véhicule des stigmates des difficultés traversées, que ce soit en termes de cicatrices ou de symptômes subjectifs. Il porte la marque des carences, des violences, de la tension qui ont été éprouvées(6).

D'une façon générale, bien que ce ne soit pas les symptômes les plus fréquemment décrits, les liens entre symptomatologie corporelle et traumatisme sont connus, notamment dans le domaine de la douleur chronique. Ainsi, pour Pellissier, les troubles somatiques résulteraient de la mémorisation d'indices sensoriels ressentis au moment du traumatisme(8).

Le corps resterait ainsi potentiellement le seul mode d'expression de ce qu'il s'est passé, quand la personne ne peut plus utiliser la parole : *« Il existe des traces mnésiques traumatiques, des sédiments somatiques d'émotions, des sensations, des images, qui ne peuvent prendre sens : cette vacuité du sens correspond à une impossibilité du sujet face au traumatisme à l'élaborer mentalement, à le mettre en pensées et en mots »*(9).

Le psychotraumatisme complexe serait plus pourvoyeur de somatisation que le trouble de stress post-traumatique.(10)

D'une façon générale, les patients atteints de trouble de stress post-traumatique sont particulièrement sujets à présenter une alexithymie, qui est la difficulté à identifier et verbaliser les émotions ressenties.(11) Une étude a pu montrer dans une population de patients traumatisés une diminution des émotions conscientes, une difficulté de description des émotions par le langage, ainsi qu'une pensée externalisée ou opératoire (moins à même de prêter attention au vécu interne et plutôt tournée vers les événements extérieurs).(12)

Ainsi, dans le même temps, les patients peuvent se trouver être coupés de leurs perceptions corporelles et de leurs émotions, et éprouver des symptômes corporels qui sont donc au premier plan.

Il peut aussi exister une participation « culturelle » à la manifestation de la souffrance, que l'on nomme les idiomes de détresse. Il s'agit des moyens ou des canaux culturellement

reconnue de communication, par lesquels les membres d'un groupe ethnoculturel expérimentent, interprètent et communiquent leur expérience de la souffrance. (13)

En complément de ces observations, je formule aussi une hypothèse : dans une situation où les individus ne peuvent pas s'appuyer sur le maillage sociétal et culturel dans lequel ils ont grandi, et dans l'instabilité qu'ils traversent encore au moment où ils consultent en PASS psy, le périmètre minimal que les personnes habitent se réduit peut-être à celui de leur enveloppe corporelle, ce qui pourrait expliquer l'expression majoritairement physique de leur mal-être.

D'autres explications encore peuvent être évoquées : une forme de pudeur, les récits traumatiques étant difficiles à verbaliser à quelqu'un d'inconnu. C'est l'une des observations faites par Camille Schmoll dans le cadre de son étude ethnographique, *Les damnées de la mer* : « *Quand on a affaire à des parcours aussi heurtés que ceux de ces femmes, des « vies exposées à la violence du monde », un sérieux problème se pose : celui de la restitution des atrocités vécues. L'ampleur du traumatisme est telle que certaines femmes, par un mécanisme de refoulement bien connu, n'en feront pas état. D'autres utiliseront des métaphores ou des ellipses. D'autres au contraire me raconteront les faits dans les moindres détails et me demanderont de publier leur histoire, pour ensuite me prier de ne plus jamais aborder la question avec elles.* » (14). Certaines paroles ne peuvent ainsi se dévoiler que dans le cadre d'un suivi qui s'inscrit dans la durée, avec la possibilité de l'élaboration d'un lien de confiance entre la personne et le soignant. Le symptôme physique pourrait alors jouer le rôle d'un point d'accroche, signifiant le besoin d'aide et de soutien, sans pour autant obliger à tout décrire.

Enfin, la barrière linguistique, fréquente, et la barrière culturelle dans une certaine mesure aussi, jouent possiblement un rôle dans les difficultés de compréhension interpersonnelle et donc de création du lien. Certains actes peuvent revêtir une signification toute particulière dans une société donnée, le rendant parfois d'autant plus indicible. L'approche occidentale factuelle peut sembler manquer de valeur symbolique, ou rester aveugle à certaines dynamiques familiales ou communautaires en lien avec un récit. Dans ces conditions, le patient peut ne pas trouver l'écho dont il aurait besoin

auprès d'un thérapeute non coutumier du sens et des implicites dont sont émaillés un récit de vie.

2. L'effet de l'insécurité persistante sur la clinique et les perspectives de soins

Au cours de leur parcours migratoire, les personnes vivent dans une grande incertitude, concernant leur devenir à court comme à long terme.

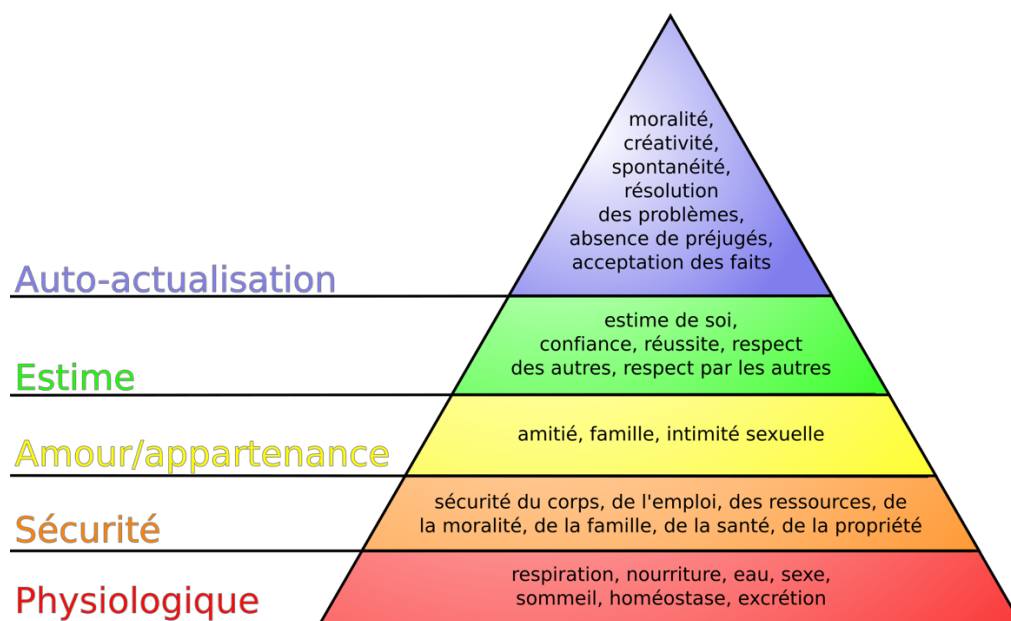
En effet, par le caractère officieux de leur arrivée en Europe, toute planification professionnelle, en termes d'hébergement, d'emploi ou même de localisation géographique devient illusoire.

C'est la raison pour laquelle lorsque cela est possible, les migrants choisissent de transiter par des pays à l'aide de visas et de documents d'identité. L'impact du caractère illégal d'une migration est énorme sur les individus, au cours de leur trajet notamment : *« Un visa autorise l'entrée dans un pays, et permet d'arriver et de voyager légalement à l'intérieur de celui-ci. Un visa valide offre de meilleures chances d'échapper à l'exploitation. A l'opposé, voyager sans visa augmente le risque d'être arrêté et expulsé par les autorités, ou exploité et maltraité par ceux qui proposent des services de migration illicites, tels que les passeurs ou les trafiquants, qui agissent en grande partie en dehors des systèmes réglementés. Deuxièmement, avec un visa, le transit a plus de chance de se dérouler de manière sûre et planifiée, et présente davantage d'options sur le plan par exemple de la durée du voyage, du mode de transport et des compagnons de voyage (le cas échéant). »*(15)

Par définition, les demandeurs d'asile sont arrivés sur le territoire européen de façon illégale, et demandent dans un second temps la régularisation de leur présence, en formulant une demande de protection dans le pays où ils se trouvent. En France en tout cas, ils sont alors inclus dans le dispositif national d'asile (DNA), qui est un système administratif et social complexe, impliquant notamment les préfectures, l'OFII et tout un réseau d'hébergement. Le fonctionnement de ce système est assez rigide, avec des possibilités de sortir du DNA en cas de refus ou d'irrespect de certaines des modalités qu'il comporte. En cela, les demandeurs d'asile enchaînent une période d'incertitude

pendant leur trajet avec une période de perte de contrôle au cours de laquelle ils ne peuvent plus décider de leur lieu de vie, de leur activité professionnelle, de leur hébergement.

Ainsi, tous les étages de la pyramide de Maslow deviennent des besoins difficiles à garantir. En particulier, les besoins de sécurité, qui se définissent par un environnement stable et prévisible, sans anxiété ni crise, sont sérieusement compromis au cours d'une période qui peut durer plusieurs années. Il en est de même des autres étages de besoins, qui sont globalement tous affectés par la coupure avec l'environnement habituel ainsi que la désinsertion sociale causée par le déplacement. Partir consiste à laisser le cercle de soutien par les tiers, et donc à diminuer les possibilités de faire appel au réseau des proches en cas de difficulté.(16)



Représentation de la pyramide des besoins selon l'interprétation de la théorie de la motivation du psychologue Abraham Maslow - Par A3nm —CC BY-SA 4.0,

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=91140246>

Dans le même temps, les difficultés liées à la migration sont telles que les pressions ayant mené au départ sont souvent majeures, dépassant largement les uniques ressorts économiques pourtant décriés dans les médias.(16)

Ainsi, l'incertitude et les difficultés de projection dans l'avenir mènent à la décision de la migration, mais sont aussi sa résultante.(17)

a. Insécurité persistante avant l'arrivée en France

Les personnes reçues en PASS psy témoignent régulièrement de périodes prolongées de violences vécues, et ce avant leur arrivée en Europe.

On retrouve cette caractéristique parmi les victimes de violences intrafamiliales, qu'elles aient été victimes d'inceste, contraintes à un mariage forcé, ou exposées à des violences intra-familiales ou conjugales.

De façon moins intime et dépassant le cadre familial, bon nombre des personnes reçues témoignent de périodes d'emprisonnement au cours de leur trajectoire, notamment en Lybie, ou encore de périodes longues au cours desquelles elles ont craint des exactions diverses, par exemple du fait de leur appartenance ethnique. C'est aussi l'absence de sécurité apportée par un état de droit qui peut être pointée comme ayant manqué.

La migration reste donc une réalité plurielle, hétérogène, avec différents processus et parcours migratoires qui ont en commun l'exposition à la souffrance.

Un phénomène plutôt récent mais pertinent pour décrire aussi les difficultés rencontrées par les personnes avant leur migration est celui de « *low intensity conflicts* » : il s'agit de la survenue sur un territoire donné de multiples épisodes de massacres, viols, enlèvements, tortures ou exécutions sommaires, dans un contexte où les affrontements directs entre militaires diminuent. Ce type de conflit touche particulièrement les populations civiles, mène à une menace à la fois constante et imprévisible, d'où un ressenti d'impuissance pour les personnes concernées. L'ennemi est difficile à identifier, et les attaques difficiles à prévenir. (6)

Par ce biais, les mécanismes d'adaptation individuels sont dépassés. Les événements traumatiques ne sont plus isolés mais inscrits dans une suite indéfinie, dont l'issue est incertaine.(6)

Il va sans dire que pendant le temps de la migration en elle-même, cette incertitude est particulièrement prégnante. L'objectif d'arrivée varie en fonction des circonstances et des événements qui surviennent au cours du parcours ; ni la sécurité physique, ni la sécurité financière, ni la sécurité affective ne peuvent être garanties pendant un temps qui peut se prolonger.

Une fois arrivées dans le pays considéré comme « accueillant », les personnes ont donc déjà éprouvé une déstabilisation et un manque de repères de façon chronique. Alors qu'on pourrait s'attendre à une forme de soulagement dans la fin que trouve alors leur périple, leurs démarches administratives ne font que débiter, des déplacements vont encore être amenés à se produire, la possibilité de se projeter reste très limitée. Si tant est qu'ils aient pu développer des moyens d'adaptation à la violence à laquelle ils étaient exposés, pour survivre, l'arrivée en Europe peut entraîner une désillusion douloureuse et participer aux facteurs déclenchants d'une décompensation psychiatrique.

Ainsi, la souffrance sociale liée aux facteurs post-migratoires est l'occasion d'événements traumatiques supplémentaires, et peut mener à la chronicisation des troubles. On retrouve parmi les nouveaux facteurs adverses la confrontation à la précarité, à l'isolement, au racisme, aux discriminations, aux difficultés d'accès aux soins, à la crainte de devoir retourner dans son pays d'origine.(18)

Plusieurs études épidémiologiques récentes ont pu montrer le rôle spécifique des discriminations raciales dans les disparités de santé, par l'effet notamment de la privation de droits et de la dévalorisation de soi.(19)

Les vulnérabilités liées à l'exil sont donc séquencées en plusieurs échelles spatio-temporelles :

- Le pays d'origine, dont les conditions politiques, économiques et/ou environnementales peuvent pousser un individu à émigrer ;

- Tout au long de la trajectoire migratoire, notamment dans les institutions frontalières, des camps de rétention et des foyers d'accueil, et donc dans le pays d'arrivée ;
- Le sujet humain, où s'incarnent des vulnérabilités systémiques selon une temporalité et une géographie intérieure qui lui est propre (20).

b. Investir le temps de la demande d'asile

Une fois arrivée en France, la personne formule dans la majorité des cas une demande d'asile. En effet, devant les restrictions d'accès régulier à la migration, il ne reste souvent comme seule option que d'utiliser des voies irrégulières pour se rendre dans un autre pays, puis d'y demander dans un second temps une régularisation par ce biais.(15)

Le temps de la demande d'asile est à la fois long et complexe. En effet, les étapes se succèdent les unes après les autres dans un ordre très normé, et les personnes incluses dans le dispositif national d'asile doivent se plier à des contraintes qui se sont progressivement accumulées au niveau législatif: interdiction de travailler (1991), obligation d'accepter l'ensemble de l'offre de prise en charge des conditions matérielles d'accueil de l'OFII pour pouvoir accéder à celles-ci (notamment, obligation de respecter l'orientation directive vers une autre région si celle-ci est faite) (2015), mise en place d'une carte de paiement et non plus de retrait pour l'utilisation de l'allocation demandeur d'asile (2019) ... Ces différents dispositifs rendent d'autant plus dépendants les demandeurs d'asile, et mènent à une forme de désaffiliation et de disqualification : « *[Les personnes migrantes] sont assignées à occuper une place marginale au sein de la société en raison de dispositifs d'intervention paternalistes (Brodiez-Dolino 2016). Ces analyses sont étayées par des notions telles que la « désaffiliation » (Castel 1991), qui désigne le processus d'affaiblissement des liens sociaux accompagnant l'absence d'emploi, ou encore la « disqualification » (Paugam, 1991), qui renvoie à la rupture avec les modes ordinaires de solidarité dans certaines situations de l'existence, positionnant alors les individus dans des zones d'exclusion sociale et de fragilité.* »(20)

Cette déstructuration des parcours, notamment au niveau géographique à travers les orientations données par l'OFII sans prise en compte du tissu social potentiel de la personne, mène à une précarisation importante des individus : *« L'attrait du chez-soi dépasse de loin le seul confort matériel. La vie des pauvres se caractérise par une grande vulnérabilité. Leurs revenus restent souvent volatiles et leur santé est précaire : il leur est donc très utile de pouvoir compter sur l'aide de tiers quand cela est nécessaire. Plus on a de relations et moins on est exposé en cas de coup dur. Il est possible d'avoir un réseau là où l'on part, mais ce réseau est généralement plus dense et plus fort là où l'on a grandi. Si vous partez, vous (et votre famille) risquez de ne plus y avoir accès. C'est pourquoi seuls les gens vraiment désespérés, ou suffisamment aisés, se permettent de prendre le risque du grand départ. Pour ceux qui veulent émigrer à l'étranger, le confort et les relations jouent un rôle identique, à une différence près : ils sont encore plus importants. Quand ces personnes partent, il leur faut souvent le faire seules, et abandonner tout ce qui leur est cher ou familier, pour de nombreuses années. »* (16)

Ainsi, les décisions possibles concernant son propre devenir sont réduites. En particulier, sans même parler de la situation des personnes en centre de rétention, le périmètre de mouvement et les possibilités d'activités et d'interactions des demandeurs d'asile sont restreints, comme le décrit Camille Schmoll : *« Dans les centres d'accueil, la dilatation du temps s'articule à une rétraction de l'espace. »* (14)

De plus, les personnes sont amenées à faire des rencontres qui ne sont pas forcément souhaitées, et dans le meilleur des cas où elles sont favorables, non pérennes : *« Cette expérience rend difficile la projection dans une vie future ; elle crée des attaches sans permettre d'ancrage. »*(14)

Dans l'ensemble, cette période est vécue à la fois comme un soulagement, permis pour les personnes dont les besoins primaires sont préservés, et comme une nouvelle épreuve, de par l'incertitude et les difficultés qui lui sont inhérentes. C'est ce que Sydney Gaultier qualifie **d'accueil paradoxal**, soit un accueil dans lequel on se sent à la fois protégé et menacé ou insécurisé.(21)

Reconnaître cette épreuve comme telle, alors même qu'elle n'était pas prévue et que l'attente d'une amélioration a été le moteur du parcours difficile qui a été effectué, est particulièrement coûteux psychologiquement : *« Toute migration est une plongée dans l'inconnu. C'est pourquoi les gens répugnent particulièrement de s'y aventurer, même quand ils ont pu économiser de quoi en couvrir, en principe, les nombreux frais financiers. Migrer est incertain, pas seulement risqué. En outre, un grand nombre d'études montrent que les humains détestent faire des erreurs. Le monde est semé d'incertitudes, dont la plupart échappent au bon vouloir du commun des mortels. Ces aléas les rendent malheureux, mais pas aussi malheureux peut-être que d'avoir fait eux-mêmes un choix les plaçant, du fait de sa seule malchance, dans une situation plus mauvaise que celle dans laquelle ils se trouveraient s'ils n'avaient rien fait. Le statu quo, le maintien des choses en l'état, est un critère de comparaison naturel. Tout perte par rapport à celui-ci est particulièrement douloureuse. Ce concept a été baptisé l'aversion à la perte par Daniel Kahneman et Amos Tversky. »* (16)

c. La nécessité d'une stabilité pour les soins du psychotrauma

On voit ainsi rapidement combien la situation des demandeurs d'asile ne peut amener ni à une sensation de stabilité, ni à une sécurité intérieure.

Ce manque de stabilité, tant matérielle qu'émotionnelle, engendre chez les personnes exilées une précarité psychique supplémentaire. Les repères temporels sont fragilisés, et la possibilité de se projeter dans l'avenir devient incertaine. Souvent, ce quotidien suspendu, rythmé par l'attente et l'imprévisibilité, tend à exacerber l'angoisse et la fatigue morale. Les démarches administratives, les contraintes spatiales et l'absence d'ancrage social constituent autant d'obstacles à la reconstruction de soi, rendant d'autant plus difficile la consolidation d'un sentiment de sécurité intérieure. C'est ce que Jean Furtos a nommé la clinique psychosociale, qui peut mener, dans sa forme extrême, au syndrome d'exclusion sociale.(22)

Dans ce contexte, la prise en charge psychologique s'avère complexe : l'instabilité du cadre de vie, l'absence de réseau de soutien pérenne et l'incertitude du lendemain freinent la possibilité d'un travail thérapeutique.

En particulier dans les approches thérapeutiques centrées sur le traumatisme, le consensus en termes de prise en charge est de toute façon d'amener dans un premier temps des outils de stabilisation, et ce une fois la sécurité de la personne garantie.(23)

Dans le cas des demandeurs d'asile, la complexité de la tâche peut sembler insurmontable au clinicien, qui doit donc prendre en compte dans le même temps des tableaux cliniques inhabituels et parfois sévères, des spécificités culturelles et linguistiques à chaque fois différentes, ainsi que la situation sociale et administrative de la personne en face de lui, pour ne pouvoir ensuite apporter que des réponses très partielles, les thérapies au plus haut niveau de preuve étant impossibles tant que les situations des personnes ne sont pas stabilisées. Les recommandations australiennes de prise en charge du TSPT sont ainsi explicites sur l'accumulation de ces freins à la prise en charge, et, une fois ceux-ci pris en compte, sur le caractère aspécifique des principaux outils à la disposition des thérapeutes.

*« In treating refugees and asylum seekers with PTSD, the practitioner is faced with a number of considerations over and above the individual's traumatic experiences, including language, ethnocultural, sociopolitical, and community issues, as well as the person's current psychosocial situation. For asylum seekers there is the additional stressor of insecure residency status. It is not uncommon for practitioners to feel overwhelmed by these social-cultural complexities. In some cases, the practitioner may disregard the complexities and proceed as though they did not exist. This is unlikely to result in appropriate treatment or the establishment of a collaborative therapeutic relationship. The middle ground, in which the practitioner is aware of the contextual issues at each point in treatment and how they shape the client's experience, but is not diverted from delivering effective treatment, is ideal. **The practitioner's genuine interest and respect are the most effective tools** for building trust and the positive*

therapeutic relationship needed to help the individual recover from their traumatic experience. »(23)

II. La mise en récit en consultation en PASS

1. Le récit traumatique

L'EMDR et la thérapie par l'exposition prolongée sont deux des thérapies centrées sur le trauma aux meilleurs niveaux de preuve en termes d'efficacité.

L'une comme l'autre, elles s'appuient sur le récit de l'événement traumatique, auquel on porte une attention particulière, l'amélioration clinique émanant de la désensibilisation provoquée par le côtoiement répété et volontaire du souvenir de l'expérience traumatique, ce qui permet sa réintégration progressive.

Plus spécifiquement pour les réfugiés et demandeurs d'asile, deux autres thérapies ont été conceptualisées, la thérapie NET (Narrative Exposure Therapy) et la thérapie par le témoignage. Nous n'y avons malheureusement pas accès à Mulhouse, car il n'y a pas de soignant formé.

a. L'indicibilité, l'amnésie et l'insécurité : ce qui empêche le récit

Il existe cependant des freins individuels importants à cette mise en récit dans un but thérapeutique :

- L'indicibilité
- L'amnésie traumatique
- L'insécurité persistante

L'indicibilité

Les difficultés à dire ce qu'on a vécu font partie du tableau de psychotrauma lui-même :
« *Pour des raisons inhérentes à la blessure psychique, les symptômes psychiatriques des personnes psychotraumatisées restent le plus souvent marqués d'indicibilité : il s'agit d'un symptôme psychotraumatique en soi qui limite la sensibilité diagnostique en*

référence à la séméiologie psychiatrique et à la psychopathologie. A partir de l'analyse systématisée de leur discours, nous avons défini une nouvelle approche clinique des patients blessés psychiques : le syndrome psycholinguistique post-traumatique témoigne de la blessure du langage constitutive du trauma. Inversement, vers les soins, c'est la parole qui permet de s'extraire des reviviscences. »(6)

Il existe, de plus, des effets d'indicibilité occasionnés spécifiquement par la violence interpersonnelle volontaire, autrement dit, par la cruauté : « *Les essais sur l'incommunicabilité de l'expérience concentrationnaire (Pollak, 1990) ou les travaux sur les effets psychiques de la torture (Sironi, 1999), ont ainsi en commun de souligner l'impossibilité de dire, quand la violence extrême a pour effet de faire taire* ». (18)

L'amnésie traumatique, et autres distorsions mnésiques associées

Parmi les effets du psychotrauma, on retrouve notamment **la dissociation**, que l'on peut comprendre comme étant une perturbation ou une discontinuité dans l'intégration normale de certaines fonctions telles que la conscience, la mémoire, la perception ou l'identité. (24)

Parmi les manifestations de la dissociation, on retrouve l'amnésie dissociative, qui est son versant mnésique. Elle se caractérise par l'incapacité à se rappeler une information autobiographique, incompatible avec un oubli que l'on pourrait qualifier de « normal ». (24)

Ainsi, dans le trouble psychotraumatique, il existe un « pattern mnésique pathognomonique », qui associe à la fois une amnésie d'origine dissociative, qui mène à l'oubli de certains éléments en lien avec le psychotrauma, et, à l'inverse, une hypermnésie qui mène à la reproduction automatique, irrésistible et inopportune de certains autres éléments (se manifestant notamment par les reviviscences, les cauchemars, l'hypervigilance...). (24)

L'un dans l'autre, il peut devenir extrêmement difficile pour la personne traumatisée de faire un récit qui soit chronologique, uniformément informatif, mais aussi uniformément affectivé : *« Dans le cas où la dissociation apparaîtrait tardivement, c'est-à-dire immédiatement après ou dans les heures suivant l'événement traumatique (càd quand la victime réalise après coup le risque vital encouru), on peut supposer que les effets de la dissociation seront davantage visibles sur le versant émotionnel que sur le versant mnésique. En effet, la victime se souviendra précisément et explicitement de l'événement vécu, mais en parlera avec un détachement émotionnel incongruent avec le caractère traumatique de la situation vécue. Dans ce cas, la dissociation peut également être utilisée comme une stratégie pour mettre à distance les émotions déplaisantes générées par le vécu de l'événement traumatique ».*(24)

L'insécurité

La mémoire implique la reconstruction dynamique des représentations mentales de nos souvenirs. Autrement dit, le processus mémoriel est vivant, et s'inscrit dans le vécu présent de la personne qui se remémore. Il n'est donc pas possible de détacher les impressions et les nécessités du présent vécu de la façon dont la personne se raconte. A fortiori, dans une situation d'incertitude où l'avenir est trouble et où le même récit se trouve être attendu dans divers buts et dans différentes formes (ce que nous verrons dans la partie suivante), parler de ce qu'on a vécu, faire le travail d'intégration des événements et se définir en tant qu'individu par rapport à ceux-ci est particulièrement ardu.

En somme, l'insécurité concrète peut être un réel empêchement du récit et donc du travail thérapeutique.

*« Pour qu'il puisse enfin parler de sa vie de sans-papiers, pour qu'il s'engage dans ce projet dont il est l'initiateur, il a fallu attendre qu'il régularise sa situation administrative. Comme si l'instabilité, le doute permanent quant à l'avenir caractérisant sa vie de sans-papiers ne lui permettait pas de s'engager dans ce projet à long terme. Il fallait d'abord parer au plus urgent, avoir l'esprit disponible. **Le sentiment de sécurité que fournissent « les papiers » lui permet enfin de se raconter.** »*(25)

b. Un récit investi de différentes missions

Au cours de la demande d'asile, la personne va trouver plusieurs situations dans lesquelles un récit « de soi », mais surtout un récit des violences qu'elle a connues, va lui être demandé :

- Dans un but administratif, on lui demandera de produire un récit plausible, qui puisse servir de preuve des persécutions subies, et par là, d'authentifier la nécessité d'une protection ;
- Dans un but de soin, comme vu plus haut, on pourra s'attendre à ce que la personne explique son vécu en l'illustrant, d'une part pour mieux comprendre la clinique qu'il ou elle présente, et d'autre part pour pouvoir, dans un deuxième temps, travailler sur les symptômes post-traumatiques en eux-mêmes
- Dans un but plus intérieur à l'individu, et au vu des conséquences majeures de la migration en termes de parcours de vie, la question de la construction de soi et de son identité se pose de façon importante pour les demandeurs d'asile. Quel sens donnent-ils à ce qu'ils ont vécu, comment cela s'incorpore-t-il à l'ensemble de leur vie, quels interstices du quotidien, quels soutiens, quels intérêts, qui font aussi d'eux les personnes qu'ils sont, peuvent-ils y articuler ?

A chacune de ces attentes correspond aussi des formes de normes, permettant à la narrativité du récit d'atteindre son but. De la même façon que les visées diffèrent, les formes attendues diffèrent elles aussi.

Missions et attentes par l'administration

Au niveau de l'OFPRA et de la CNDA, les officiers de protection et les magistrats ont pour mission de faire la part entre les personnes qui nécessiteraient d'être protégées, et celles arrivées en Europe pour des raisons considérées comme moins « impérieuses ». Devant la faible proportion de demandeurs d'asile ayant en leurs mains des preuves matérielles de ce qu'ils ont vécu, c'est la cohérence, la plausibilité, le caractère circonstancié et détaillé de leur récit, qui va permettre d'accorder du crédit à celui-ci.

Il sera ensuite confronté aux informations connues concernant le pays d'origine, pour s'assurer de la possibilité que le récit soit « véridique ».

Il se trouve que ces attendus de cohérence, notamment sur le plan chronologique, de détails riches, de précision, sont justement les éléments qui vont être potentiellement altérés par la restitution d'une mémoire traumatique, comme nous l'avons vu précédemment.

Par ailleurs, même si les officiers de protection sont désormais de plus en plus formés au psychotrauma et à ses manifestations, il est arrivé que l'émoussement affectif présenté par certains demandeurs d'asile au moment du récit des violences subies les desserve, dans le sens où il rendait incongruents le contenu des violences et leur apparente absence de retentissement émotionnel. Ces récits peuvent alors paraître suspects, non incarnés, et discréditer leurs auteurs.

Enfin, ces attendus peuvent paraître plutôt logiques dans la société française actuelle, mais pas forcément pour les populations nouvellement arrivées, qui ont toujours évolué dans d'autres normes sociales. Les demandeurs d'asile nécessitent alors un accompagnement social pour se repérer dans un système qui initialement leur échappe. Pour ce faire, ils sont amenés à rencontrer différents acteurs, qui vont tâcher de faire connaître les nécessités auxquelles doivent répondre les récits, pour que ceux-ci deviennent « entendables » par l'administration :

*« Pour produire son récit dans le cadre des procédures requises, le demandeur d'asile est généralement accompagné par des intervenants sociaux qui ont la connaissance du format et des faits et situations qu'il importe de faire valoir dans l'histoire de la personne requérante. **Ce récit est alors formaté pour les administrations et ne laisse pas de place pour une autre écriture de l'histoire de vie.** Il importe en effet pour les intervenants sociaux d'accompagner cette demande, d'offrir les conditions optimales permettant l'obtention de l'asile, par un suivi administratif, social et sanitaire. Concrètement, cela passe par l'aide à la rédaction du récit, l'explication des démarches, l'aide aux recours... L'individu est alors « cadré » sous un angle administratif. »(26)*

Ce « cadrage » participe somme toute à une forme de « déshumanisation administrative ».

Les effets de cette mise en norme sont multiples.

Tout d'abord, ils **dépossèdent la personne de son vécu**, quand bien même cela est fait par des personnes bien intentionnées, ayant le souci de favoriser la réussite des démarches de régularisation initiées : *« Cela nous interroge sur la place du savoir et le concernement de la personne migrante, ici en partie dépossédée de la possibilité de dire par elle-même. Cela nous interroge aussi sur l'activité de l'interprète, puis de l'intervenante sociale, qui, sachant ce qu'elle sait, se sent dans l'obligation éthique de faire médiation. Alors que la narrativité propre des demandeurs d'asile est en tant que telle confisquée (Chambon, 2018), et que les acteurs qui cherchent à les soutenir procèdent à la mise en normes du récit, normes ajustées aux contraintes rhétoriques des procédures administratives, les médiations présentées dans cet article, pouvant paraître à bien des égards abruptes, relèvent les limites de l'objectivation (notamment pathologique). »*(26)

Un autre effet est celui de **la disqualification du vécu traumatique raconté**, si la demande d'asile se voit refusée : *« Si l'on fait le constat que ce sont environ deux tiers des demandeurs d'asile qui se voient refuser le statut de réfugié (après le passage à l'OFPPA et à la CNDA), on en conclut que le récit est généralement évalué de manière « négative ». Souvent pour le migrant, il s'agit alors de reconsidérer une stratégie en vue de rester sur le territoire. Cet instant fait aussi rupture, et l'individu requérant se retrouve dépossédé de son histoire ou plus précisément de celle qu'il vient de raconter et qui avait aussi pour exigence d'être singulière. Les personnes déboutées de la demande d'asile sont aussi déboutées de leur histoire. »*(26)

Pour les personnes qui n'ont jamais raconté ce qu'elles ont vécu avant de devoir élaborer le récit pour l'OFPPA, comme la femme mentionnée dans cet extrait, il peut s'agir d'une invalidation occasionnant elle-même une **recrudescence des symptômes** traumatiques : *« Or, que pourrait-il se passer si Era était déboutée de l'asile ? Ce rejet peut signifier, dans le vécu d'Era, une non-reconnaissance sociale de sa souffrance et constituer une violence supplémentaire, de nature institutionnelle. D'ailleurs, un*

médecin du Méda précise : « Il y a le traumatisme du refus, et **il y a le traumatisme par la disqualification** par ce refus. » »(27)

Le récit aux prises avec le soin

L'écoute et la validation des patients sont les piliers de la prise en charge en santé mentale.(28) Pour pouvoir accueillir ainsi le vécu des patients, il est primordial pour le soignant d'avoir le sentiment d'accéder à quelque chose d'authentique et de sincère. Ceci rentre en conflit avec la réputation de « **récits stéréotypés** » que l'on peut parfois entendre de la part des personnes qui ont reçu de multiples témoignages de personnes demandeuses d'asile.(29) Les demandeurs chercheraient à formater leur expérience pour rendre leur demande de protection plus efficace et moins risquer d'être déboutées.

Comme nous l'avons vu plus haut, une transformation du récit est de toute façon nécessaire en prenant en compte les attendus de la démarche à l'OFPPRA, ce qui participe possiblement de l'impression de répétition décrite par les auditeurs. Cette transformation peut donc aussi avoir des effets sur la façon dont la personne présente son parcours dans un cadre de soins, et par là, modifier aussi la réception potentielle de son discours : « *Le récit porte ainsi l'empreinte de la procédure qui le requiert. C'est cette histoire qu'on raconte, qu'on se raconte, suscitant souvent l'incompréhension d'intervenants (notamment en santé) qui peuvent douter de la sincérité du propos devant son caractère « stéréotypé ».* »(26)

Il est pourtant important de mesurer qu'il existe une part de fiction indissociable de la narration(26), elle-même en lien avec le dynamisme inhérent à la mémorisation, qui reconstruit sans cesse le rapport qu'on entretient à nos souvenirs, et donc notre façon de les relater.

On peut même mettre en lien cette narrativité avec l'individualité qui persiste malgré les contraintes, et qui est tout aussi malmenée par les assertions de mensonge que par une exigence de vérité : « *Au vu de notre enquête, on peut avancer que la capacité narrative du migrant est alors en partie niée par la présupposition même selon laquelle ce qui est*

dit est vrai. En vis-à-vis et en contrepoint de la suspicion du mensonge des migrants, du côté des institutions étatiques, il y a dans la présomption des soutiens à recueillir la vérité de l'histoire de ces migrants, c'est-à-dire dans leur manière de réhabiliter leur récit en le plaçant tour à tour sous le signe de la vérité, un déni de la capacité qu'ont les migrants à se raconter ; un déni symétrique de celui des institutions. »(26)

Par ailleurs, tous les soignants ne sont pas à l'aise avec les limites de leur rôle, qui diffèrent des soins usuels dans l'activité spécifique auprès d'une population de demandeurs d'asile par son interaction courante avec différents dispositifs judiciaires ou administratifs, en tout cas hors soins, notamment par le biais de la rédaction de certificats médicaux.

A travers ces appréhensions, se joue la question de **l'instrumentalisation**, et de celle de ce que le patient viendrait « réellement » chercher dans le cadre du suivi. :

« Même lorsque la demande semble explicite, elle peut être considérée, par certains soignants, comme la conséquence d'une instrumentalisation du soin du fait qu'elle s'accompagne de la demande d'une attestation médicale, dans le cadre d'une procédure administrative. [...] Pour certains des professionnels rencontrés, c'est un marqueur fort d'une instrumentalisation du soin et d'un manque d'intérêt et d'engagement pour la démarche thérapeutique. [...]. Le soignant attendrait du patient un désintéressement total quant aux répercussions juridiques d'une prise en charge médicale et d'une forme de pureté morale incompatible avec une perspective stratégique (Wang, 2017). Sans être l'apanage de l'accompagnement des publics migrants en situation de précarité, les sollicitations de certification interrogent les soignants sur le sens et les attentes du patient quant à l'accompagnement proposé. »(18)

On peut aussi concevoir ce rôle charnière comme rejoignant celui de la **clinique de l'intercession**, qui consiste à « *intercéder auprès de puissances qui échappent au contrôle du sujet, et qui ont le pouvoir de métamorphoser son existence* »(30) c'est-à-dire à user de son rôle médical pour produire des documents qui pourraient mener à des modifications des conditions d'existence réelle des patients suivis. A titre personnel, je n'ai aucun souci à rédiger des certificats médicaux à la demande des patients ou de leurs accompagnants du secteur social, partant du principe que je n'y ferai figurer que des

éléments factuels et que je considère comme certains. Ces démarches peuvent en revanche renvoyer le soignant à sa propre impuissance lorsqu'elles échouent.

L'espace thérapeutique va chercher notamment à sortir des normes de récit attendues par l'administration, et donc, laisser la personne exprimer ce qu'elle veut.

Construction identitaire au-delà des traumatismes vécus

Le récit de soi a aussi un rôle existentiel qu'il ne faut pas oublier, et qui ne recouvre pas uniquement les difficultés traversées, les stigmates qu'elles laissent, ni même les facteurs de résilience qui perdurent. La personne en face de nous ne se limite pas à ces éléments, et il est important de ne pas l'y réduire : *« Les vies vécues sous condition d'immense dénuement, d'immense destruction, d'immense précarité, ont sous ces conditions d'immense dénuement, d'immense destruction et d'immense précarité à se vivre, chacune est traversée en première personne, et toutes doivent trouver les ressources et les possibilités de reformer un quotidien : de préserver, essayer, soulever, améliorer, tenter, pleurer, rêver jusqu'à un quotidien : cette vie, ce vivant qui se risque dans la situation politique qui lui est faite. »*(31)

Il est ainsi important de respecter l'individu qui prend des décisions qui le concernent pour des raisons qui lui appartiennent, et donc, d'accepter de façon inconditionnelle sa façon de se raconter : *« De même, quand Mansour ne suit pas mes conseils, c'est pour faire valoir ce à quoi il tient : son honnêteté. Le refus de Mansour, c'est le refus d'être jugé à l'enseigne des autres. »*(26)

2. Impact clinique de l'évocation des événements traumatiques

Pour permettre une amélioration clinique suite à l'évocation des événements traumatiques, il est considéré comme nécessaire de disposer d'un hébergement stable, d'un cadre sécurisant et d'un étayage, à distance des enjeux administratifs et juridiques.(18)

Non seulement l'efficacité de l'approche serait majorée dans ces conditions, mais il existe aussi des effets secondaires à l'exposition aux traumatismes passés : recrudescence anxieuse, troubles du sommeil majorés, ou encore dérégulation émotionnelle.(11) A noter néanmoins qu'il existe un débat sur le caractère certain de cette stabilité avant de débiter les soins centrés sur le trauma.(32)

Dans ces conditions, il est recommandé de pouvoir revoir les patients rapidement en cas de besoin après une séance, de se rendre disponible et de s'ajuster en tant que thérapeute. Ces conditions sont difficilement remplies si les patients sont susceptibles d'être relogés à distance de façon imminente, ou si la présence d'un interprète est nécessaire et doit être anticipée pour permettre l'échange.

Les effets du respect de cette nécessaire stabilisation préalable sont malheureusement aussi de limiter les possibilités de recours aux soins : *« Ainsi, lorsque la précarité est évoquée comme un motif de refus de la prise en charge, c'est au nom d'une limite de l'efficacité du soin apporté. Cela conduit, en pratique, à une marginalisation des personnes migrantes, conséquence d'une incompatibilité de l'offre de soins et des caractéristiques liées à la précarité de ce public. Si elles sont prises en charge, ce sera avec une moindre efficacité, sans viser leur rétablissement mais plutôt dans l'idée de proposer de la stabilisation ou de la psychoéducation. »*(18)

3. Des temporalités et des attentes qui divergent

Les patients demandeurs d'asile suivis en permanence d'accès aux soins pour symptomatologie post-traumatique évoluent de façon parallèle dans des systèmes aux temporalités variées :

- Le système administratif de demande d'asile, comprenant notamment l'OFPRA et la CNDA, qui implique plusieurs étapes de démarches, d'attente pendant l'étude des dossiers, de convocations, de réponses, de recours potentiels...
- Le dispositif national d'asile, sensé pourvoir aux besoins les plus primaires des demandeurs d'asile, notamment en termes d'hébergement, mais qui est malheureusement régulièrement saturé et a vu se démultiplier les différents dispositifs qui se succèdent, allant de l'hébergement urgent (type HUDA) à

l'hébergement pérenne (type CADA). Il existe de plus des moyens de solliciter de nouvelles orientations auprès de l'OFII, notamment par le biais de la rédaction de certificats Medzo, ce qui ouvre de nouvelles possibilités de changement de lieu, dans l'intérêt de la santé des personnes.

- Le système hospitalier public avec ses capacités de soins qui diffèrent d'une région à l'autre, avec des délais de consultation, des possibilités de distribution médicamenteuse et d'accès à l'interprétariat qui varient elles aussi. Plus spécifiquement concernant la psychiatrie et les permanences d'accès aux soins, elles sont généralement rattachées aux EMPP (comme à Mulhouse), avec des variations importantes de profil des équipes et d'habitudes de pratiques d'un établissement à l'autre

Au milieu de ces différents systèmes, l'individu est aux prises avec sa propre temporalité interne, le temps psychique étant considéré comme long et ses mouvements comme lents. Notamment, de multiples rendez-vous sont nécessaires pour élaborer une relation de confiance avec un soignant.

A ce croisement, le récit est perçu chaque fois différemment, et les réactions qu'il suscite chez son interlocuteur ne sont pas toujours compréhensibles pour le patient : *« Se raconter sans pouvoir être accompagné dans un travail d'élaboration, de mise en sens, exacerbe la sensation que connaissent les demandeurs d'asile à devoir exhiber leur histoire sans pour autant être socialement entendus. Qui plus est, la temporalité psychique n'est pas en phase avec celle des procédures administratives. Il y a donc lieu de se soucier de l'existence d'un espace psychothérapeutique. »*(27)

Cet espace psychothérapeutique est néanmoins soumis lui aussi à l'instabilité globale des parcours des demandeurs d'asile. Il arrive régulièrement que les suivis en permanence d'accès aux soins soient brutalement interrompus par un changement de structure d'accueil et l'éloignement des patients de l'hôpital.

Dans un cas idéal, la prise en charge psychiatrique permet néanmoins l'ouverture d'un espace de parole qui sera plus sur le rythme de la vie intérieure des individus : *« Le cadre thérapeutique est alors investi comme une « offre de parole », comme le décrit Simeng*

Wang au sujet des réfugiés chinois (Wang, 2017), permettant un lieu d'ancrage pour se raconter et se reconstruire sur une temporalité plus longue ».(18)

III. Effets sur les soignants de la pratique psychiatrique en PASS dans un contexte post-traumatique

1. Le traumatisme vicariant, ou travailler avec l'anxiété

a. Définitions

Le **traumatisme vicariant** est aussi appelé traumatisme secondaire ou traumatisme par procuration. Il s'agit de « *l'effet contagieux du traumatisme sur les personnes travaillant avec les victimes* ».(24) Certaines professions sont particulièrement touchées : il s'agit notamment des pompiers, des forces de l'ordre, et des soignants. Il est important de le différencier du trouble de stress post-traumatique et de tout le champ clinique dans lequel la personne touchée a été directement concernée par l'événement traumatisant. Les reviviscences et cauchemars, notamment, ne sont pas présents dans le traumatisme vicariant, et les prises en charge diffèrent largement elles aussi.(33)

Les soignants, et peut-être d'autant plus les soignants en santé mentale, sont fortement exposés aux **exigences émotionnelles**, qui sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Elles sont particulièrement élevées pour les personnes exposées à la souffrance d'autrui, et font partie des risques psychosociaux identifiés en médecine du travail, et pourvoyeurs de syndromes d'épuisement ou burn-out.(34)

D'une façon générale, recueillir le récit de quelqu'un ayant vécu un traumatisme est exigeant émotionnellement : on peut y apprendre des violences dont on ne soupçonnait

pas l'existence, ressentir par le biais des neurones miroirs l'impact que ces événements ont pu avoir sur le vécu de la personne, et pour autant, se sentir le devoir de rester soutenant et à l'écoute, ce qui serait impossible si l'on est soi-même très affecté. Les personnes ayant vécu des choses trop difficiles ont besoin de les raconter à quelqu'un qui va pouvoir les entendre (et donc, ne pas s'effondrer).

Ce maniement de nos propres émotions a néanmoins un réel coût psychique, et peut mener à l'activation de certains **mécanismes de défense ou de coping**, qui peuvent être plus ou moins matures, adaptatifs ou maladaptatifs. Dans un cas optimal, les défenses impliquées autorisent la perception consciente des sentiments, des idées et de leurs conséquences. On y retrouve l'anticipation, l'affiliation, l'affirmation de soi, l'altruisme, l'auto-observation, l'humour, la sublimation, la répression (suppression).(35)

Un autre effet de ce coût psychique est appelé la **fatigue compassionnelle**, l'empathie pouvant être fournie quand on est disponible mentalement pour lui offrir de l'espace et du temps. Elle peut se traduire par une accoutumance, l'empathie se délitant au fur et à mesure de l'exposition à la souffrance, ou par un évitement, les personnes se détournant de la souffrance des autres pour éviter la détresse personnelle et le mal-être que cela leur occasionne.(36) Il y a alors une perte de la vocation altruiste de l'échange : « *Dans le cas d'une usure empathique, la contagion émotionnelle prend la forme d'une détresse personnelle. Cette dernière est ressentie lorsqu'on cherche à s'imaginer à la place de l'autre, plutôt que lorsqu'on essaie d'imaginer ce que vit l'autre [...] S'il y a bien contagion émotionnelle, dans ce cas, celle-ci n'est pas altruiste, puisqu'elle déclenche des émotions qui ont pour objet le sujet observateur lui-même.* »(36)

On voit donc que la confrontation répétée aux traumatismes des patients mène à un vécu d'anxiété chez les soignants, auquel ils répondront différemment en fonction de leur individualité.

b. Des redéfinitions multiples et dynamiques

Le travail auprès des demandeurs d'asile ayant vécu des expériences traumatiques mène à des reconfigurations internes chez les soignants, à plusieurs niveaux : dans ce que l'on se figure être notre rôle de soignant, mais aussi dans notre vision du monde.

Redéfinition du rôle de soignant

Avoir une approche « technique » des entretiens est compromis dans ce cadre de travail, au vu des difficultés inhérentes à la barrière linguistique, ou à l'impossibilité de mettre en œuvre des thérapies structurées centrées sur le trauma, comme nous l'avons vu plus haut.

Pour ne pas se sentir dans une situation d'impuissance, il y a donc nécessité d'aborder la question du soin sous de nouveaux angles. Des actes qui peuvent paraître anodins peuvent devenir soignants, comme dire aux patients qu'on les croit de façon inconditionnelle, et qu'on accueille leur récit y compris à travers ses fluctuations et reformulations.

Il peut aussi être porteur de prendre en compte les besoins des patients au-delà de leurs symptômes purement psychiatriques, par exemple en se souciant de la reconstruction progressive de leur vie sociale, ou de leur capacité à occuper leurs journées. Connaître le réseau associatif pour pouvoir les orienter auprès d'intervenants plus militants et à l'écart du milieu du soin peut aussi mener à des améliorations réelles et tangibles de leur qualité de vie. Il pourrait s'agir, d'une certaine façon, d'une forme de psychothérapie de soutien qui prendrait en compte les singularités de cette population et de ses besoins.

Enfin, il est parfois question de reconnaître la validité de leurs expériences et de leur vécu en France, même quand ils nous renvoient au caractère inaccueillant ou dur de notre société.

Redéfinition de la vision du monde

En devenant soignant, on adhère souvent à une forme d'idéal, notamment d'égalité d'accès aux soins, ou encore de respect des droits universels de l'Homme. L'ordre des infirmiers et des infirmières du Québec a, par exemple, adopté officiellement comme siennes des valeurs comprenant la générosité envers l'autre, la tolérance et la solidarité.

Les soins que l'on prodigue visent à améliorer la santé des individus, ou à leur apporter du confort pour traverser les épreuves subies dans le cadre de la maladie. La confrontation au psychotrauma de façon répétée vient d'une part confronter à la dureté de la vie, mais aussi à la violence que certains perpètrent volontairement à l'encontre de leurs semblables. Cette prise de conscience peut être effractante et bouleverser les croyances que l'on a au plus intime de soi : que le monde est un lieu sûr, qu'autrui nous aidera, ou encore que les choses s'arrangent toujours.

Il est important, dans ce contexte de déstabilisation, de pouvoir trouver du soutien et un espace de parole qui permettent de recontextualiser les émotions ressenties dans le cadre du travail pour qu'elles ne viennent pas envahir tout l'espace de l'individu.

Un sentiment d'appartenance à une équipe et les modalités d'organisation de celle-ci semblent aussi importants pour permettre l'épanouissement professionnel.(33)

2. L'empathie, boussole ou œillère ?

a. Contours de l'empathie

D'après *Le Robert*, l'empathie se définit comme étant la capacité à **se représenter** ce que l'autre ressent.

Elle est proche d'autres concepts comme la théorie de l'esprit, la compassion, le mimétisme, la contagion émotionnelle ou encore la sympathie. Même si chacun fait appel à des mécanismes différents, ils ont tendance à se produire de façon concertée. Samah Karaki étoffe donc la définition de l'empathie de la manière suivante : « *Alliance d'une contagion émotionnelle primitive et automatique à la vue de l'émotion d'autrui, et de prise de perspective lente, délibérative et consciente, dans laquelle il ne s'agit plus de*

ressentir les émotions d'autrui, mais de comprendre son point de vue en prenant en compte sa singularité. Ressentir de l'empathie pour autrui peut conduire à se sentir touché par son état et à se comporter de façon altruiste. »(36)

L'empathie est souvent décrite comme l'un des outils du soin, permettant au soignant d'entrer au contact du patient, de se représenter ses besoins, et de préciser son analyse clinique. Il a été défini une spécificité de l'empathie en milieu de soins, que l'on qualifie alors d'**empathie clinique**.(36)

Bien que cela ait déjà été largement critiqué par Hannah Arendt, l'empathie est communément considérée comme étant une aide à la prise de décision **morale et altruiste**, qui permettrait de transcender les préjugés sociaux. Tout l'enjeu du livre *L'empathie est politique*, de Samah Karaki, est de montrer qu'en fait, il y a un paradoxe entre le fait de considérer l'empathie comme universelle et naturelle, et le constat empirique de son caractère très sélectif. En réalité, il n'y a pas de consensus sur le lien entre empathie et action morale, car l'empathie ne se manifeste pas de la même façon pour chacun :(36)

« Ce n'est pas une pulsion émotionnelle qui définit notre empathie envers les autres, ni un contrôle actif de ces émotions. Notre empathie est indéniablement conditionnée par ce que nous avons appris comme étant bon, moral, acceptable : même dans sa forme la plus émotionnelle, implicite et viscérale, l'empathie répond à ce qui est déjà appris, moralisé. Elle est biaisée par des facteurs situationnels et interpersonnels comme la similitude et la familiarité de l'autre. De même, la raison n'est jamais pure, mais toujours liée à l'expérience passée et aux valeurs apprises. Notre cognition dans son ensemble détermine l'étendue du cercle qui réunit nos semblables, selon le périmètre à partir duquel l'« autre » devient autre. Ce sont nos expériences vécues et les cadres historiques et politiques dans lesquels ces expériences ont eu lieu qui se greffent à notre biologie pour définir le périmètre de ce cercle et évaluer la position de l'autre selon une échelle de valeurs. »(36)

b. Limites de l'empathie en PASS psy

Parmi les facteurs influençant le ressenti d'empathie, on retrouve notamment :

- La proximité sociale entre les deux personnes, elle-même influencée par le partage ou non d'une langue et/ou d'une culture communes ;
- L'imprévisibilité, la sensation d'irruption et d'inattendu jouant sur le ressenti émotionnel de la personne qui apprend une information concernant quelqu'un d'autre
- La désindividualisation de certains groupes humains, dans lesquels les individus sont vus comme indifférenciés
- Les processus de déshumanisation : déshumanisation animale, mécaniste, ou infrahumanisation. Par exemple, si l'on considère quelqu'un comme immoral, on ne ressentira pas le même degré d'empathie pour lui.(36)

Ainsi, l'empathie suscitée par les patients peut aussi différer chez le soignant en fonction de ces éléments.

Les discours qui portent sur le sujet des demandeurs d'asile vont participer à la création de ce terrain d'inégalité : *« Ainsi, si nous sommes câblés biologiquement pour avoir plus d'empathie pour ce qui relève de l'humain, pour ce qui est sensible, subjectif et moralement aligné à nos valeurs, les normes sociales et politiques ainsi que les cadres médiatiques dessinent le contour de ces représentations de l'autre [...] Pour étudier comme l'usage des mots façonne nos représentations de l'autre, l'exemple des mots « migrant », « immigré » et « expatrié » est intéressant, car ils sont attribués aux étrangers en fonction de leur statut social et de leur richesse. »*(36)

Les manifestations de l'empathie vont être réduites à différents niveaux en PASS psychiatrique. Si l'on reprend la liste ci-dessus, la proximité sociale est réduite entre des soignants occidentaux et des personnes venues de très loin, avec un contexte culturel et une structure sociétale très différents. Les médias parlent tant de l'arrivée « massive » de « groupes de migrants » que leurs parcours semblent tout à fait prévisibles. De même, nous méconnaissons globalement l'histoire des pays hors Europe ainsi que les événements actuels qui peuvent s'y produire, tout en ayant le sentiment que l'on sait d'ores et déjà que dans telle zone du monde, la vie est compliquée. Cela renforce aussi le caractère prévisible et attendu des catastrophes qui peuvent être décrites.

Enfin, en les nommant de façon systématique sous l'appellation floue de « migrants », qui ne rappelle en rien ce qui a pu constituer leur parcours unique jusque-là, la désindividualisation des demandeurs d'asile s'opère elle aussi.

Ainsi, on se trouve pris dans un système où les personnes victimes et les personnes considérées comme indésirables sont les mêmes : *« Dès lors, les risques associés par les gouvernements aux mouvements migratoires, considérés comme des facteurs de vulnérabilité ou d'insécurité pour les sociétés occidentales, justifieraient des politiques de contention et d'exclusion d'individus considérés par les organismes internationaux comme des « populations vulnérables ». Cette tension entre société du risque et « idéologie morale humanitaire globale » (Agier, 2006) assigne officiellement certains individus au statut de victimes, officieusement à celui d'indésirables, qu'il faut tout à la fois protéger, tout en s'en protégeant. »*(20)

C'est ce système que l'on peut qualifier de paradoxal dans sa construction, mais aussi dans la façon dont il est perçu : c'est le « paradoxe de l'accueil » de Gaultier, auquel la personne peut d'ailleurs répondre par une « **adaptation paradoxale** », résultat de l'injonction à montrer un maximum de volonté à s'intégrer et normaliser sa situation, et par un sentiment de menace par l'expression de sa souffrance. Le symptôme prend une valeur dyssociale qui contredit les efforts d'adaptation.(21)

Le contexte de cette pratique très particulière semble donc être le point de recoupement de multiples facteurs qui vont mener d'une part à des risques d'épuisement compassionnel, et d'autre part à des manifestations d'empathie moins présentes que dans d'autres activités. Sur quel levier peut-on donc s'appuyer pour permettre la mise en lien, l'ajustement et la compréhension entre soignant et patient ?

3. Passer de l'empathie à la considération

On a vu, d'une part, que l'empathie n'est pas une boussole fiable pour prendre des décisions justes, et, d'autre part, que l'empathie peut être aussi bien excessive, et épuiser, que manquante, et entraîner par là des difficultés dans l'élaboration du lien.

De plus, être l'objet de l'empathie des soignants n'est pas forcément soignant, en soi, pour les patients : on attend alors d'eux de devenir une forme de symbolisation de « victime idéale », ce qui est un cloisonnement identitaire qui empêche des manifestations qui viendraient contredire cette version attendue.

Enfin, si l'on réussit à adopter un point de vue très global, les patients demandeurs d'asile sont des exemples des effets des conflits, des discriminations ou encore du réchauffement climatique, qui sont des dangers et des difficultés auxquels est confrontée l'humanité dans son entièreté. Ils viennent finalement nous rappeler notre vulnérabilité partagée : *« Ces discours s'inscrivent dans le cadre plus large d'une prise de conscience généralisée d'une vulnérabilité partagée – non seulement au sein de l'humanité, mais avec le reste du vivant – qui se double d'une volonté globale de mettre fin à une « catastrophe annoncée » qui elle-même se traduit à l'échelle sociétale par un sentiment d'impuissance face à la poursuite, malgré tout, d'une économie destructrice. »*(20)

A cette situation, on peut essayer de répondre à un niveau individuel, notamment en favorisant le soin et en essayant de promouvoir des facteurs de résilience, ou bien requestionner le fonctionnement de nos sociétés et ses effets, l'un ne devant pas occulter l'autre : *« [...] en détournant l'attention du public des causes structurelles de la vulnérabilité, l'injonction à la résilience peut conduire à l'intériorisation de leur condition par les victimes et à ne plus remettre en question l'ordre à l'origine de la catastrophe inéluctable. »*(20) Il faut donc être attentif au risque que la naturalisation de la vulnérabilité et de la résilience soient des facteurs de dépolitisation, faisant peser au niveau individuel des effets de mouvements globaux dans lesquels nous sommes tous pris.

Comme décrit par Magali Reghezza dans son mémoire *De l'avènement du Monde à celui de la planète : le basculement de la société du risque à la société de l'incertitude*, **« l'injonction à la résilience »**, en se concentrant sur les capacités individuelles, masque le véritable enjeu, qui est celui des conditions effectives de développement et de maintien des libertés fondamentales propices à la résilience, au bien-être et à

l'autonomie des individus – ce que Amartya Sen (Sen, 1999) et Martha Nussbaum (2000) ont nommé « **capabilités** ». Dès lors, si une conception capacitaire de la vulnérabilité implique « une reconnaissance de la capacité actancielle des individus, de quelque grandeur qu'elle soit » (Soulet, 2014), elle ne doit pas masquer la nécessité d'une action publique conjointe sur des déterminants structurels économiques et politiques ».(37)

Il paraît donc très important de ne pas limiter ce que l'on connaît des personnes à ce qu'elles ont vécu d'horrible, pour continuer à les observer, et les considérer, en tant qu'humains :

« Tenter de parler des vies qui aussi se tiennent, tentent de se tenir ou ont à se tenir en plein campement ; de migrants qu'on ne saisisait pas seulement par leur invisibilité et leur distance à la plupart de nos vies (eux à qui il arrive cela qui, à nous, n'arrive pas ou plus comme ça) ; mais auxquels on se rapporterait aussi par leurs gestes et leurs rêves et leurs tentatives et leur expérience ; et alors et surtout du mouvement non plus de sidération mais de considération qui devrait aussi nous animer ; de considération, c'est-à-dire d'observation, d'attention, de prévenance, d'égards, d'estime, et par conséquent de réouverture d'un rapport, d'une proximité, d'une possibilité »(31)

Le décalage de focus de deux individus (soignant et patient) qui se rencontrent à une prise en compte un peu plus large de ce qui a pu mener à cette rencontre et des mouvement globaux qui y ont concouru permet de passer progressivement de l'empathie à la considération : « *La compassion est une pitié toute chrétienne pour la vie même, pour sa vulnérabilité. Elle est belle et forte. Mais elle n'est pas ce qu'il nous faut pour percevoir l'égalité des vies dans l'inégale distribution de la précarité [...] Exiger la considération (jusque dans l'émotion de pitié d'ailleurs), c'est demander que l'on scrute les états de réalité et les idées qu'ils énoncent, c'est demander à la fois qu'on dise les choses avec justesse et qu'on les traite avec justice, en les maintenant avant tout dans leurs droits.*»(31)

Ce passage d'une modalité à une autre a un autre impact, qui est de reconnaître des droits là où ils n'existent pas si l'on reste dans le monde des affects : on n'a pas de « droit » à être l'objet de l'empathie d'autrui, c'est-à-dire que l'on ne peut exiger de susciter de

l'empathie chez nos interlocuteurs. On est en revanche toujours un sujet de droit, et de là, on a le droit d'être considéré comme humain et comme sujet d'intérêt.

L'idée est donc de passer d'un guide par l'affect à un guide par la justice, en passant de l'empathie à la considération.

Concrètement, cela consiste à s'intéresser aux personnes en présupposant le moins possible de leur expérience, irréductiblement différente de la nôtre. Il s'agit de suivre l'invitation de Hannah Arendt à « *faire usage de précaution dans la représentation de l'autre, à entraîner « son imagination à aller rendre visite à l'autre », sans prétendre transférer son expérience à soi* ». (36)

L'idée d'un positionnement soignant à la fois plus juste et plus pérenne serait alors d'accorder temps, intérêt, curiosité et écoute à l'expérience d'autrui, en essayant de réduire autant que possible nos propres attendus concernant cette rencontre, et de pouvoir se laisser surprendre par ce qui advient dans ce cadre.

Conclusion

La clinique post-traumatique présente des particularités en permanence d'accès aux soins : adversités multiples qui prédisposent à des psychotraumas complexes, plus grande fréquence de l'expression corporelle de la souffrance, maillages culturel et sociétal différents entre le patient et le soignant, qui mènent à une hétérogénéité et une complexité particulières.

Les effets de l'insécurité persistante, aussi pré- que per- et post-migratoire, sont aussi à prendre en compte, que ce soit pour l'évaluation clinique ou pour les propositions thérapeutiques.

A travers les échanges que l'on a avec les demandeurs d'asile, ils sont amenés à nous faire le récit de leurs parcours, récit qu'ils doivent formuler auprès de multiples intervenants et instances, avec des attendus et des effets toujours différents. Ces récit sont alors remaniés par les contraintes qui pèsent sur eux, mettant en lumière l'illusion impossible (mais communément partagée) d'une mémoire qui se devrait d'être stable et identiquement réactivée dans chacune de ces situations.

L'intérêt du soignant en PASS psy peut être alors d'essayer, autant que possible, d'ouvrir un espace de parole apte à accueillir, de façon presque radicale, tous les récits qui y sont déposés, avec leurs fluctuations, leur part de mystère, leur cohérence propre, leur charge émotionnelle et leurs contradictions.

Cette pratique peut malmenager les soignants qui y participent par sa dureté, dureté qui émane à la fois de l'exposition répétée à des témoignages de violences subies, et de l'impact des choix sociétaux sur les parcours des personnes soignées, ces choix allant parfois à rebours de l'intérêt des soins.

L'impact émotionnel suscité chez les soignants peut alors être si grand qu'il peut mener, parfois, à un épuisement compassionnel. Du fait de son caractère arbitraire et modulable, l'empathie peut aussi, à l'inverse, venir à manquer. Nous avons essayé de

montrer ici en quoi des principes de justice sociale et de droit universel pouvaient, alors, guider notre attention et notre écoute de façon plus équitable et pérenne, en reconnaissant à chacun la même légitimité et la même dignité.

En recréant « *un univers hospitalier dans un monde inhospitalier* »(38), à défaut d’avoir des certitudes, il est possible d’accéder à une forme de considération et de reconnaissance mutuelles qui seront au cœur du soin.

Bibliographie

1. Quétel C. Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours. 2017.
2. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime. Nouvelle préface 2011. Paris: Flammarion; 2011. (Champs).
3. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 2016;51(8):1137-48.
4. Oh DL, Jerman P, Purewal Boparai SK, Koita K, Briner S, Bucci M, et al. Review of Tools for Measuring Exposure to Adversity in Children and Adolescents. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract*. 2018;32(6):564-83.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1 mai 1998;14(4):245-58.
6. Tarquinio C, Auxéméry Y. Manuel des troubles psychotraumatiques: théories et pratiques cliniques. Malakoff: Dunod; 2022. (Psychothérapies).
7. Liddell BJ, Nickerson A, Felmingham KL, Malhi GS, Cheung J, Den M, et al. Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Profiles in Traumatized Refugees. *J Trauma Stress*. déc 2019;32(6):822-32.
8. Canini F, El-Hage W, Garcia R. Le trouble de stress post-traumatique. Villers-lès-Nancy: LaRéponseDuPsy-Mona éditions; 2017. (Savoir pour soigner).
9. Allaz AF, Institut UPSA de la Douleur, éditeurs. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Rueil-Malmaison: Institut UPSA de la Douleur; 2003. 159 p.
10. Astill Wright L, Roberts NP, Lewis C, Simon N, Hyland P, Ho GWK, et al. High prevalence of somatisation in ICD-11 complex PTSD: A cross sectional cohort study. *J Psychosom Res*. 2021;148.
11. Mengin A, Rolling J, Baubet T, Vaiva G. Le grand livre du trauma complexe: de l'enfant à l'adulte fondements, enjeux cliniques, psychopathologie, prise en charge. Malakoff: Dunod; 2023.
12. McCaslin SE, Metzler TJ, Best SR, Liberman A, Weiss DS, Fagan J, et al. Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: cross-sectional and prospective findings. *J Trauma Stress*. juin 2006;19(3):361-73.
13. Massé R. Souffrance psychique et détresse existentielle: la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques. *Revue médicale suisse* [Internet]. 2008 [cité 9 août 2025]; Disponible sur: https://classiques.uqam.ca/contemporains/masse_raymond/souffrance_psychique_detresse/souffrance_texte.html
14. Schmoll C. Les damnées de la mer: femmes et frontières en Méditerranée. Paris: La Découverte; 2020. 247 p. (Cahiers libres).
15. État de la migration dans le monde 2024. 21 mai 2020 [cité 21 juill 2025]; Disponible sur: <https://publications.iom.int/books/etat-de-la-migration-dans-le-monde-2024>
16. Banerjee AV, Duflo E, Jaquet C. Économie utile pour des temps difficiles. Paris: Éditions du Seuil; 2020. (Les livres du nouveau monde).
17. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011;
18. Goff GL. Soigner le trauma des migrants dans les centres régionaux de psychotraumatisme : entre enjeu de santé publique et épreuves pratiques. *Rev Fr Aff Soc*. 9 déc

2024;243(3):193-213.

19. Fassin D. De l'inégalité des vies. Paris: Collège de France Fayard; 2020. (Leçons inaugurales du Collège de France).
20. Gleizes S. Les hotspots de la vulnérabilité et de la résilience, étude exploratoire [Internet]. 2022 oct 17 [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: <https://chaire-philosophie.fr/les-hotspots-de-la-vulnerabilite-et-de-la-resilience/>
21. Gaultier S. Paradoxe de l'accueil et adaptation paradoxale : les Mineurs non accompagnés entre protection et insécurité. In: Mineurs non accompagnés [Internet]. In Press; 2023 [cité 25 juill 2025]. p. 55-79. Disponible sur: https://shs.cairn.info/article/PRES_GAUTI_2023_01_0056
22. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Mental'idées. sept 2007;
23. Silove D, Bryant R, Forbes D, Kenardy J, Kulkarni J, McDermott B, et al. The Australian PTSD Guidelines - Refugees and asylum seekers [Internet]. 2021 [cité 23 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/08/Chapter-9-7.-Refugees-and-asylum-seekers-1.pdf>
24. Canini F, El-Hage W, Garcia R, Abgrall G, Chaudieu I, Lévy DR, et al. L'ABC des psychotraumas : approches biologiques et cliniques des psychotraumas. Paris: Ellipses; 2024.
25. Kanouté I, Courant SL. Écrire la vie d'Ibrahim Kanouté, le « roi des sans-papiers ». In: Alexandre-Garner C, Keller-Privat I, éditeurs. Migrations, exils, errances et écritures [Internet]. Nanterre: Presses universitaires de Paris Nanterre; 2012 [cité 23 juill 2025]. p. 35-48. (Chemins croisés). Disponible sur: <https://books.openedition.org/pupo/2057>
26. Chambon N. Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits. Sujet Dans Cité - Rev Int Rech Biogr. 2018;N°9(2):63.
27. Chambon N, Petrouchine R. « Faire cas » du traumatisme dans une consultation d'expertise médicale auprès de demandeurs d'asile. Rhizome [Internet]. 2020 [cité 21 juill 2025]; Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://shs.cairn.info/article/RHIZ_075_0141/pdf%3Fflang%3Dfr&ved=2ahUKEwiv3pXi282OAXtT6QEHTOILnoQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw3W03JTngQYHxJuz_Atcl09
28. Aïm P. Écouter, parler, soigner: guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants. Paris: Estem-Vuibert; 2015. (Sciences du soin).
29. Kronlund S. Dans la tête des officières de protection de l'OFPPRA [Internet]. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-pieds-sur-terre/dans-la-tete-des-officier-es-de-protection-de-l-ofppra-5993314>
30. Nathan T. Secrets de thérapeute. Paris: l'Iconoclaste; 2021.
31. Macé M. Sidérer, considérer: migrants en France, 2017. Lagrasse: Verdier; 2017.
32. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety*. mai 2016;33(5):359-69.
33. Blavier A. Le traumatisme vicariant [Internet]. Cn2r Centre national de ressources et de résilience; 2024 [cité 2 août 2025]. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2024/04/Dossier_scientifique_trauma_vicariant.pdf
34. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.
35. Chabrol H, Callahan S. Mécanismes de défense et coping. 4e éd. revue et actualisée. Malakoff: Dunod; 2024. (Univers psy).
36. Karaki S. L'empathie est politique: comment les normes sociales façonnent la biologie des sentiments. Paris: JC Lattès; 2024. (Nouveaux jours).
37. Reghezza M. De l'avènement du Monde à celui de la planète : le basculement de la

société du risque à la société de l'incertitude. Mémoire d'habilitation à diriger les recherches, volume inédit [Internet] [thesis]. Université Paris 1- Panthéon Sorbonne; 2015 [cité 4 août 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01255031>

38. Petrouchine R, Feraudy JM de, Zeroug-Vial H. « Il faut du psy ! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires. Rhizome. 2018;6970(3):25-6.

39. Petrouchine R, Maury de Feraudy J, Zeroug-Vial H. « Il faut du psy ! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires. Rhizome. déc 2018;(69-70).