



Soigner des migrants précaires en psychiatrie publique

Nicolas Chambon

(sociologue, Centre Max Weber, Réseau Samdarra et Orspere)

Pierre Cochet

(étudiant en sociologie à Lyon II en stage au Réseau Samdarra)

Gwen Le Goff

(Coordinatrice du Réseau Samdarra)

Quoiqu'encore en cours, cette enquête à la Pass [Permanence d'Accès au(x) Soin(s) et de Santé] du Centre Hospitalier Le Vinatier, pose de cuisantes questions qui touchent au travail social croisé avec les problématiques de santé mentale des «migrants précaires» dont ce dispositif s'occupe. Les professionnels se retrouvent au carrefour d'attentes contradictoires : des institutions qui restreignent les moyens, des usagers de plus en plus nombreux et aux multiples souffrances. Ce qui contraigne les soignants à toujours jouer dans «l'écart» et le débordement sous l'injonction et l'exigence de leur propre éthique.

Nous vous proposons de partager quelques questionnements à partir d'une étude - en cours - de la Permanence d'accès au(x) soin(s) et de santé (PASS) de l'hôpital du Vinatier à Bron dans le Rhône. Pour cet article nous documentons la problématique du soin des migrants précaires en psychiatrie publique, au regard des spécificités du public et d'un contexte institutionnel particulier.

La Pass du vinatier

La Pass du Centre Hospitalier Le Vinatier a été créé en 2010 dans le cadre d'un appel à projets émanant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit, dans le code de la santé publique, l'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de Permanence d'Accès aux Soins de Santé par les établissements de santé « visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. » La définition officielle des missions des Pass¹ laisse aux établissements publics de

santé une marge importante d'interprétation. D'un établissement à l'autre, l'organisation des PASS n'est pas homogène et les missions qu'elles assurent ont elles aussi des formes diverses. Les différences peuvent porter sur l'activité, le fonctionnement, la forme et la taille des équipes; l'inscription dans leur environnement est très variable en fonction de l'institution où elles sont situées. Au Vinatier, l'équipe est constituée de 9 professionnels qui interviennent à la Pass sur un temps cumulé de 2,60 équivalent temps plein. Les professions représentées sont les suivantes : une assistante sociale, deux psychiatres, une psychologue, une cadre de santé, une secrétaire, une infirmière et deux médecins généralistes. Le temps de travail est donc très morcelé, mais le poste central est celui de l'assistante sociale, la seule professionnelle du dispositif à temps complet. Cette répartition du temps de travail a connu de nombreuses fluctuations depuis l'ouverture de la Pass en janvier 2009. A l'origine, la PASS fonctionnait avec deux professionnels à temps complet : un médecin généraliste et une assistante sociale. Notre étude vise à comprendre les problèmes du dispositif, dans une dynamique de recherche opérante ; autrement dit qu'elle engage une perspective de résolutions de ces problèmes. Un des partis pris a été de dire qu'il existe des écarts entre ce que font les professionnels et leurs prérogatives, entre ce que viennent chercher les usagers et ce qu'on peut leur offrir, et enfin entre les attentes des institutions et la réalité de l'activité du dispositif. Notre perspective est d'interroger ces écarts et de comprendre ce qui les constituent et s'il importe de les réduire.

Le public de la Pass

Les patients qui viennent à la Pass du Vinatier sont quasi exclusivement des migrants. Notez que dans une démarche pragmatiste,

respectueuse de la conception des acteurs, nous utiliserons la terminologie de « migrant précaire »² car c'est la plus constative et elle permet d'interroger les vulnérabilités de cette population (administratives, sociales, psychiques...). Au vu de notre enquête, si dans d'autres Pass ce public est majoritaire, la proportion n'est pas toujours aussi forte qu'au centre hospitalier Le Vinatier. Il est très difficile de caractériser plus précisément le public, entre les demandeurs d'asiles, les déboutés, les « étrangers malades »... Nous avons en effet pu constater une difficulté à classer précisément pour les soignants les différents patients en fonction de leur situation administrative vis-à-vis du droit au séjour. Ils adoptent alors l'appellation « demandeur d'asile »³, bien que cela ne soit pas toujours le cas. En effet les statistiques internes du service ne mentionnent pas le statut administratif des patients. En 2012, 800 personnes sont venues consulter à la Pass.

Un public en souffrance

La caractéristique commune à toutes les situations des patients que nous avons pu observer : l'inquiétude. Ils sont malades, angoissés, et bien souvent en situation d'extrême précarité. On constate selon les statistiques du service pour l'année 2012, que pour 550 patients dont la situation vis-à-vis du logement est connue, 34% sont « sans domicile », et 28.5% sont en « hébergement provisoire ». La Pass du Vinatier, qui, selon la définition institutionnelle des Pass issue de la circulaire du 17 Décembre 1998 est sensée accueillir « *les personnes démunies* », et à pour mission de « *permettre un accès aux soins effectif à l'ensemble de la population* » devient de fait un dispositif de soins aux migrants précaires.

Pour le Réseau Samdarra le parcours migratoire et administratif peut avoir des conséquences sur la santé mentale. Il existe

« une puissante synergie négative (qui) impacte fortement la sante mentale des réfugiés et demandeurs d'asile »⁴. Dans une tradition psychosociale, la santé mentale est fortement liée aux problématiques sociales. C'est alors la précarité sociale, l'expérience de la violence, de traumatismes, de l'attente qui vont être entendues comme étant des facteurs de vulnérabilisation, pouvant entraîner une souffrance psychique et psychosociale. Dans cette optique, l'exil, les effets des procédures administratives, les différences culturelles impactent la santé mentale de ce public. Et pour certains s'ajoute la contrainte de devoir se raconter⁵ dans le cadre d'une demande d'asile. Cette population cumule alors les vulnérabilités. À un niveau médical, il y a d'ailleurs un enjeu à faire reconnaître la particularité de certaines pathologies⁶.

Qu'est-ce que soigner à la Pass ?

Qu'est ce que soigner ces migrants dans un contexte de précarité ? Ici le dispositif est caractérisé par le bas seuil d'exigence pour y accéder. Le lieu est en effet ouvert à tous, même si la plupart du temps les usagers sont orientés par des partenaires. La Pass a une activité à la croisée du médical et du social, et les professionnels qui reçoivent les patients sont une assistante sociale, des médecins, des infirmières et une psychologue. Mais même pour l'assistante sociale, c'est la santé qui est en première ligne : Elle s'occupe de « patients ». Elle s'adapte à leurs spécificités, à leurs demandes, comme à l'organisation de la structure. Elle a pour mission le suivi global de la situation des patients. Et ce suivi dépasse largement la seule situation sociale : « Je ne peux pas décrire ma fiche de poste ». Pour elle, « la mission la plus importante, c'est l'accueil ». C'est d'ailleurs elle qui réalise le premier accueil et sa porte reste, la plupart du temps, ouverte.

Concrètement, elle établit un premier bilan de la situation du patient en fonction de sa santé : sa pathologie, ses suivis en cours et de sa situation sociale : ses conditions d'hébergements, son origine géographique, les démarches administratives en cours, en particulier concernant la couverture médicale universelle (CMU) ou l'aide Médicale d'Etat (AME). C'est elle qui oriente ensuite les patients selon leurs besoins. De ce fait, elle est inévitablement amenée à poser une forme de diagnostic qui va au-delà de la situation sociale, et qui déborde largement sur le médical. Elle donne les rendez-vous avec le médecin, l'infirmière, la psychologue, le psychiatre, ou pour une échographie, une IRM, un scanner... Elle peut également orienter vers le réseau de partenaires institutionnels extérieurs au service.

Pour l'assistante sociale, la communication avec les patients allophones n'est pas toujours évidente. En l'absence d'interprètes (qui interviennent sur le temps des consultations médicales ou psychologiques), il faut développer des stratégies de communication : communication non verbale, avec des signes, on parle avec les yeux, avec les mains... Lors de nos périodes d'observations, les patients sont venus accompagnés d'un compatriote afin de faciliter la communication.

Face à l'angoisse des patients, et au-delà de l'accueil de qualité qui est offert, l'assistante sociale rassure et encourage, de manière permanente. Cette dimension de son intervention à la PASS du Vinatier est prépondérante et chronophage. Elle participe au soin du patient. Ils sont inquiets, angoissés, elle les rassure. Ils sont découragés, elle les encourage. Et cela va de paire avec une autre dimension très importante de son travail auprès des patients, qui consiste à expliquer comment les choses fonctionnent en France. Elle rassure, mais explique aussi

ce qu'est la réalité, ce à quoi les patients doivent s'attendre à faire face : « *En France ça se passe comme ça...* ». Il y a une omniprésence de cette volonté d'expliquer honnêtement ce qu'il en est des circuits administratifs, des traitements institutionnels des situations des patients, et cela déborde parfois sur le médical. L'assistante sociale doit être experte, pédagogue, et elle doit s'armer de patience. Elle adopte une posture dont on peut dire qu'elle déborde des prérogatives habituelles, officielles, institutionnelles de l'assistante de service social, même en secteur hospitalier. L'assistante sociale est le centre de gravité de la PASS du Vinatier. Il nous semble que son rapport éthique à son intervention l'amène naturellement à dépasser ses fonctions. Elle nous confie : « *Si je ne le fais pas... qui le fera ?* »

Du côté médical, la médecin que nous avons rencontrée apprécie son temps de travail à la Pass où elle soigne des pathologies « qu'elle ne voit pas ailleurs ». En revanche, cela est beaucoup plus difficile pour les psychiatres et la psychologue avec qui nous avons eu des entretiens. Alors qu'une des missions de départ est de pouvoir réorienter vers le droit commun, il y a une impossibilité aujourd'hui à pouvoir le faire. C'est compliqué pour les professionnels de trouver des praticiens qui acceptent de suivre ce public. L'association Forum Réfugiés a créé le « Centre Essor »⁷ à l'automne 2007, mais il sature aujourd'hui. Une psychiatre de la Pass nous confie que ce public « fait peur... (...), on a de la peine avec les secteurs des hôpitaux psychiatriques. Quand ils voient « sans papiers », pfflout ils ont tendance à... ». De fait, les professionnels soignants sont amenés à soigner, à défaut d'orienter.



Mais ce public est aussi difficile à soigner. Les pathologies ne correspondent pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. Une psychiatre du dispositif nous a confié : « Faut voir qu'on a des situations de détresse et des situations médico-psychologiques énormes... », une de ses collègues renchérissant « on est confronté à la barbarie, voilà, de ces gens civilisés qui se retrouvent dans des histoires de guerre, de règlements de compte, nous, on voit de la psychiatrie lourde, même très lourde, on fait de l'expertise pénale et tout, mais cette barbarie du monde sauvage, on ne la connaît pas aux urgences habituellement, il faut voir (...) les patients de la Pass pour la connaître hein. » Elle voit « des atrocités chez des gens qui, antérieurement, n'ont pas de pathologies mentales, ou ne sont pas disposés à en avoir ». C'est d'ailleurs souvent aux urgences (à côté de la Pass) que ce public est vu alors que selon la médecin ce n'est pas le lieu.

Des professionnels en difficulté

Les difficultés identifiées dans ce dispositif ne sont pas récentes. D'après nos entretiens les professionnels de la Pass se sont sentis débordés par la demande et ce, à peine quelques mois après l'ouverture de la Pass.

Le médecin généraliste à temps complet au moment de l'ouverture s'est vite senti submergé par les demandes. Ainsi, le fait d'être repéré comme disponible, à l'écoute dans un lieu accueillant a fait augmenter la demande : « J'étais une espèce de phare dans la tempête puisque du lundi matin 9 heures jusqu'au vendredi 19 heures j'étais là. Même pour les patients, n'importe quand ils passaient, ben j'étais là. Ils n'avaient qu'un seul nom à retenir c'était le mien. Alors, bon c'est facile. » Cette situation a entraîné le départ du jeune médecin du service. Depuis, plusieurs se sont succédés. Le turn over est important. Même la psychiatre présente depuis près de deux ans a réduit son temps de consultation à la Pass qui semblait l'absorber de plus en plus, comme le souligne la chef de service qui vient l'épauler : « On y va, et quand on y va, on s'enquille des demi-journées, on ne chôme pas, on voit 10-12 (patients), on oublie de manger, on travaille beaucoup donc, de façon très engagée... ». Tous les professionnels nous ont fait part de ce sentiment de « débordement ».

Le cadre juridique flou du dispositif Pass, renforcé par la limite de cadres au sein de l'institution hospitalière, se traduit par une liberté importante pour les professionnels d'interprétation de leurs rôles et missions. Cela permet au dispositif de s'adapter aux particularités du public accueilli. Mais cela se traduit également par des difficultés pour les professionnels qui se retrouvent dans des enjeux de concurrence. Et puis l'institution n'apparaît pas, aux yeux des professionnels, aidante. Pour la direction, ce dispositif « fait un appel d'air ». Il importe alors d'en limiter les moyens pour éviter une augmentation de la patientèle. Mais cette politique se fait au détriment des conditions de travail des professionnels et de la reconnaissance de leur activité.

Le contexte de la demande d'asile

Le débordement sur ce dispositif est, pour certains, dû au contexte d'une saturation de tous les dispositifs d'accompagnements, notamment ceux du Dispositif National d'Accueil (DNA) à destination des demandeurs d'asile. Depuis quelques mois, nous constatons à partir de nos rencontres au Réseau Samdarra une situation régionale « tendue », avec notamment une explosion des arrivées. Cela a pour conséquence une dégradation des conditions d'accueil mais aussi des relations entre partenaires. Pour ce qui est des structures du DNA, les professionnels sont mis en difficulté par la baisse des moyens qui leur sont octroyés, notamment du fait de la mise en concurrence des structures qui répondent à des appels d'offres. Des organismes rationalisent leur action et font baisser les coûts, aidés par les pouvoirs publics qui favorisent cette concurrence. Des acteurs historiques du monde de l'asile critiquent ainsi l'émergence de « CADA discount » devenant des « outils de l'État » qui « cassent les prix » et entraînent une marchandisation de l'aide dans une logique de marché. Selon les professionnels rencontrés, cette rationalisation des coûts se fait, entre autres, au détriment de la prise en charge de la santé mentale. Beaucoup de structures font face à des suppressions de postes, notamment de psychologues.

Les travailleurs sociaux se plaignent de devoir gérer des « problèmes psy », que ce soit dans le champ de l'asile, ou celui plus large de la précarité, avec le constat de ne pas toujours savoir quoi faire. Dans un mouvement général où « confronté à l'extension de la « souffrance psychique », le travail social se voit de plus en plus exposé à des problématiques de santé mentale »⁸ les professionnels de l'accompagnement ont la sensation d'être en « limite de compétences » selon les mots d'une éducatrice de CADA.

Un débordement social

Les dispositifs sanitaires du droit commun se retrouvent ainsi en situation de devoir gérer une demande croissante. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) saturent et n'arrivent plus à répondre à la demande. Il se pose aussi la question de l'évaluation de cette souffrance. Qu'est ce qui est du ressort de la psychiatrie ? Pour une psychiatre, il y a un débordement social et administratif qui les met en difficulté : « ce qui apparaît progressivement, c'est que la demande est extrêmement croissante, alors c'est une demande en fait à plusieurs niveaux, d'abord il y a des vrais états de détresse, des vrais états psychiatriques qui sont en lien avec la fragilité de l'exil ou du poly traumatisme (...) et puis il y a aussi la question des sollicitations administratives pour avoir le statut d'étranger malade ou bien de faire valoir des conditions humanitaires exceptionnelles, donc qui nous impose nous de faire des évaluations extrêmement rigoureuses, des certificats, pas à la va-vite, rigoureux, bien pensés (...) Circonstanciés, documentés, qui nous oblige à bien connaître le pays, les conditions de soin, donc c'est un vrai travail, c'est pas... c'est pas de l'urgence en 3 lignes quoi, c'est une vraie mission professionnelle. » Ce que nous comprenons ici, c'est que le soin ici demande beaucoup de temps et de compétences. De fait dans les parcours de migrants, après être débouté du droit d'asile, certains demandent le « titre étranger malade » et sollicitent les médecins de la Pass pour obtenir un rapport médical.

La réorientation est aussi rendue difficile par la crainte des professionnels à prendre en charge ce public comme l'explique une psychiatre « il y a une hostilité pour ces patients qui (...) n'est pas une hostilité idéologique, c'est lié à la pénurie, c'est une gestion de pénurie, c'est-à-dire, pas eux, parce que les autres on y arrive pas...

donc ... voilà qu'on a pas d'accroches sur un logement, qu'on pas d'engagement à rester durablement... sur un lieu, qui en plus pour lesquels en plus il faut solliciter des interprètes... c'est assez lourd... et qui sont... sont pas forcément... sont pas non plus des malades psychiatriques avérés, c'est des pathologies de l'exil souvent, c'est la grande détresse. (...) un bon français qui a vécu les mêmes traumatismes (...) il a une autre prise en charge. Il y a une inégalité ». Un ancien médecin de la Pass affirme aussi que « personne ne voulait les prendre sachant que dans deux mois, ils pouvaient déménager ».

La difficulté s'étend même dans la manière d'orienter ce public. Selon ce même ancien médecin de la Pass, dès qu'un collègue accepte de voir ses patients, il va avoir tendance à lui envoyer le maximum de patients, le débordant par la même occasion. Il est alors vite « spammé » selon ses termes. Et puis il nous confie que c'est très fatigant d'être « toujours en train de discuter » car ce n'est pas un « bon public ». En effet, ce public ne se plie pas forcément au cadre du soin, à sa temporalité longue, et à la rigueur qu'il impose (horaires des rendez-vous, régularité des rencontres...). Sur le même registre prédomine la sensation de ne pas connaître l'étranger qui vient en consultation, d'accueillir un individu dont on ne sait qui il est, d'où il vient, occasionnant une difficulté à se représenter sa situation et son vécu...

Nous avons ici documenté la souffrance des usagers de la Pass, mais aussi celles des professionnels et plus généralement du dispositif. Cette recherche est en cours, mais il nous semble intéressant pour la suite d'interroger ce que cette figure⁹ du migrant précaire nous dit des orientations politiques de la psychiatrie publique. Alors qu'il y a un refus exprimé notamment par l'Agence Régionale de la Santé, de vouloir travailler

sur un registre populationnel (en accord avec l'idéal républicain, l'individu est pensé sans ses attaches communautaires), quelle place a cette figure particulière dans l'hôpital ? Ainsi, considérer le migrant précaire comme une figure pourrait justement être une manière, pour la psychiatrie publique, d'être en accord avec l'idéal égalitaire de la santé publique. Nous prenons le parti de dire que la Pass est un dispositif et donc le lieu de l'adaptation de l'institution¹⁰, plus souple, à échelle réduite, plus proche des usagers, « au front ». Il nous renseigne donc sur l'évolution attendue des problématiques institutionnelles. Autrement dit, ce qui s'expérimente sur ce lieu concourt à la connaissance des problématiques d'accueil de l'étranger, notamment dans l'hôpital public ■

1. Circulaire du 17 décembre 1998 précise qu'il s'agit de : « permanences hospitalières médico-sociales dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux soins, et à l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficultés ».
2. Migrant et non étranger car cela met en exergue le caractère migratoire qui semble être important pour le soignant.
3. Ce que fait d'ailleurs Frédéric Ballière dans *Le recours aux soins des demandeurs d'asile*, à partir de son expérience à la Pass.
4. Geny-Benkorichi Malorie, Vignal Marc, *État des lieux nation de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, Publication du Réseau Samdarra, 2012, p.16
5. Nous avons documenté les effets de cette injonction à se raconter lors de la 5ème journée du Réseau - Samdarra *Récits et paroles de migrants en quête d'asile, Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ?*
6. Comme le « stress post-traumatique » que l'on retrouve dans le DSM 4 (DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, la référence actuelle de la nosographie psychiatrique)
7. Le centre est situé à Villeurbanne. L'objectif est d'« accueillir les victimes de tortures et de

traumatismes liés à l'exil et de proposer gratuitement des consultations médico-psychothérapeutiques aux demandeurs d'asile et aux réfugiés. »

8. Ion Jacques, Laval Christian, Ravon Bertrand, « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social », in Génard Jean Louis et Cantelli Fabrizio (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, DGLJ, 2007, p.158
9. Le numéro 48 de la revue Rhizome porte sur cette thématique
10. Ion Jacques, Ravon Bertrand, « Institutions et dispositifs » in *Le travail social en débat(s)*, La découverte, 2005, p.71-85. Et donc prendre le contre pieds de la thèse de Dubet sur le déclin de l'institution.