

François Journet

Psychiatre
Villefontaine

ÉCARTS HUMAINS. OUVRIR LES FRONTIÈRES DE LA PSYCHIATRIE

1 L'Ordre des médecins lance une campagne de valorisation de la profession de médecin. (2015, 2 octobre). Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1647>

2 Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ; Centre Médico-Psychologique (CMP).

3 Protection Universelle Maladie (Puma).

4 Aide Médicale d'État (AME).

5 Les médecins conventionnés en secteur 1 et 2 doivent appliquer les tarifs opposables.

6 En 2016, 22,9 psychiatres pour 100 000 habitants en France, quand le Congo-RDC, selon l'OMS, comptait 0.066 psychiatre et 0.015 psychologue pour 100 000 habitants en 2013, soit 44 psychiatres et 10 psychologues pour près de 68 millions d'habitants (OSAR - Mai 2013). Une moyenne qui dissimule des inégalités de territoire.

« Jamais tu n'avais vu nulle part l'administration et la vie à ce point imbriquées, tellement imbriquées qu'on avait parfois le sentiment que chacun avait pris la place de l'autre. » (Kafka, 1926)

« La main qui ne répond pas pousse au suicide. » (Tchicaya U Tam'si)

En octobre 2015, l'Ordre des médecins publie une vidéo véhiculant « un message de fierté » destinée à valoriser l'exercice quotidien de la médecine¹. Les personnages du film n'ont rien du mandarin aux honoraires exorbitants, du spécialiste refusant la CMU (Couverture Maladie Universelle) ou du racketteur d'étrangers malades : ils exercent une médecine moderne avec humanité, en accord avec le serment d'Hippocrate récité en voix off. « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* » dit la voix, tandis qu'apparaît au-dessus du médecin, le logo de Médecins du Monde. Cette image, exonérant le praticien de son serment dans l'exercice habituel, n'assigne-t-elle pas le patient précaire aux réseaux caritatifs, ainsi promus spécialistes de l'accueil de ce public ? Plus généralement, le patient précaire, qui sera ici un migrant précaire, n'est-il pas présumé usager de structures, sinon caritatives, du moins publiques, Pass ou CMP², inapte à intégrer le réseau de soin privé ?

Le droit commun ne se limite pas au public. Les bénéficiaires de la Puma³ (pour les demandeurs d'asile) ou de l'AME⁴ (pour les personnes déboutées de l'asile) ont accès à la psychiatrie privée conventionnée qui nous intéresse ici⁵. Mais qu'en est-il en réalité ? Est-il raisonnable, souhaitable, d'accueillir ces patients en souffrance psychosociale dans l'isolement d'un cabinet de psychiatrie, quand les spécialistes soulignent l'importance du travail collectif ? Et comment franchir l'obstacle de la saturation des cabinets, qui n'a rien à envier à celle des structures publiques ?

Le Nord-Isère, où j'exerce, reflète une situation générale dans un pays pourtant riche en psychiatres⁶ avec guichets fermés ou avec des délais d'attente à six mois en libéral. Cette saturation implique un « tri » des patients selon des critères qu'on aimerait préciser puisqu'ils détermineront l'accès in fine chez le libéral : comment encourager à recevoir ces patients ?

Une expérience en libéral

Je reçois des patients demandeurs d'asile, réfugiés et/ou déboutés, originaires principalement d'Afrique sub-saharienne, souvent francophones avec de fréquents et graves problèmes traumatiques⁷.

Une approche non spécifique de psychiatrie générale, un cadre géographique excentré des pôles administratifs, des CADA aux équipes investies, des associations engagées auprès des étrangers précaires, un profil particulier de patients : dans ce contexte, le premier problème tient, selon moi, de la précarité au long cours accablant ces patients. Ceci m'a conduit à des modifications inédites dans ma pratique : échanges poussés avec les interlocuteurs sociaux, juridiques, associatifs, certificats multiples et complexes, tolérance maximale dans la gestion des rendez-vous manqués, reportés, aménagements et agir multiples, attention aux besoins primaires des patients, ceci sous l'œil sadique du surmoi professionnel en ébullition.

Pour distinguer dans cette bousculade ce qui relevait ici d'aspects personnels et d'aspects communs, j'ai interrogé divers intervenants sociaux et soignants familiaux de cette clinique. En retour à un questionnaire réalisé à cette intention⁸, un collègue explique : *« les symptômes étaient générés par le contexte inadmissible de l'attente et de l'interdiction de travailler infligées aux demandeurs d'asile »*. Sa réaction rejoint de nombreux témoignages : *« Au début, j'étais désespéré, je rentrais malade chez moi le soir car je ne croyais pas qu'un tel niveau de misère existait en France »* - un généraliste - (Le bulletin de l'Ordre national des médecins, 2016), *« l'impression que je ne soignais plus des malades mentaux, mais des victimes de la folie du monde »* - un psychiatre de Pass - (Tremblay, 2016), *« Je me pose la question du sens du soin psy quand tout le reste est aussi écrasant... c'est complètement fou... »* - une assistante sociale en CMP - (Geny Benkorichi et Vignal, 2012).

Ces témoignages convergents décrivent une émotion conjuguant désespoir, sentiment de folie du monde, révolte. Je relie cette émotion à l'écart séparant le monde familial du soignant du monde importé par les patients. Ce deuxième monde mêle deux dimensions : l'une, l'éthos du malheur du pays d'origine où pauvreté, maladie et violence politique ont pour premiers remèdes les croyances magico-religieuses (Tonda, 2002), l'autre, le produit d'une application dévoyée du droit des étrangers en France que dénonce le rapport du Défenseur des droits (2016). Un malheur lointain, un autre proche, faisant du monde qui soutient et légitime le soignant (l'état de droit du pays d'accueil), un univers insensé, mauvais.

Ce sentiment de folie des mondes lointains et proches au cœur de l'émotion du soignant atteste d'une intériorisation par celui-ci d'une souffrance du migrant d'origine socio-politique. Cette contrainte objective externe percute une pratique habituelle visant la singularité psychique au moyen d'un échange intersubjectif à l'abri du monde. Mais si le choc peut sidérer, l'émotion mobilise, motivant le témoignage, la dénonciation de ce que fait le pays d'accueil aux patients, quand on attend qu'il garantisse contenance et sécurisation.

⁷ Quelques suivis avec interprète grâce à une enveloppe de l'ARS ad hoc.

⁸ Réalisé en 2015 : <http://usdmhd.eu/doc/Retour%20QDA.pdf>

Vulnérabilité du libéral

Le rapport du réseau Samdarra sur l'état de la santé mentale des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil (2012) expose les difficultés des soignants du public. Un libéral s'y reconnaîtra: «*évolution des pratiques*», «*conflictualité éthique*», «*adaptation de la limite entre engagement personnel ou citoyen*». Mais au-delà de la concordance des problèmes, la manière d'ajuster ces écarts relativement à une pratique habituelle ne diffère-t-elle pas selon le cadre privé/public ?

Si l'angoisse du praticien en CMP quant au lieu de résidence du patient appartient au public, la souplesse d'aménagement des limites professionnelles/privées ne dépend-elle pas plutôt du rapport singulier qu'a le soignant relativement à son émotion ? Dans quelle mesure, l'écart *public/privé* ou *structure collective/structure individuelle* conditionne-t-il les écarts à la norme dans une pratique de soin ?

L'exercice libéral confronte à une borne économique (le paiement à l'acte ne rémunère que la consultation effective) et, surtout, à la solitude. Quand l'équipe se réduit au praticien, sans cerbère à la porte du patron, ni filtre hiérarchique ni protocole institutionnel, le dispositif thérapeutique et ses règles sont à la merci du seul praticien.

Cette personnalisation est une opportunité et une vulnérabilité. Elle favorise l'investissement du patient si elle ne l'affole pas, mais fragilise le praticien dans sa capacité à penser quand s'imposent dans l'espace thérapeutique des éléments traumatiques ou projectifs ET la réalité externe qui enveloppe inextricablement le patient.

L'effraction traumatique doublée du fardeau des priorités de survie du sans-droit auront toute *chance* de franchir la frontière du dispositif habituel. *Chance* comme risque mais aussi comme espoir car cette intrusion est la porte que ce patient nous propose, avec qui il s'agit de soutenir cette *reliance* à *l'humanité* dont parle Roisin (2014), malgré, parfois, son apparente dé-subjectivation.

Mal lointain, mal proche

Monsieur A. debout, mime son arrestation d'une violence inouïe, les tortures abjectes. Horrifié, je ne peux détourner le regard : l'acteur requiert un spectateur. J'ai changé d'univers, je suis à l'intérieur d'une douleur. Suis-je un voyeur sidéré, coupable de non-assistance à cet homme violenté, le bourreau jouissant de son pouvoir, un autre lui-même dissocié, observant son propre anéantissement ? Comment faire, au-delà de la tourmente de dégoût, rage, impuissance, incrédulité, désespoir, honte d'appartenir à l'espèce humaine ?

Des patients, au contraire, taisent, éludent. Certains, distanciés, gelés, d'autres agités entrent sans frapper, franchissent notre espace de sécurité physique, un regard affolé où l'on croit lire la violence. Échanger est difficile quand l'être semble réduit à une écorce, dépourvu d'une substance à partager.

D'autres, comme Monsieur B., sans papier, petit-fils d'un héros de l'indépendance du Congo assassiné, sont d'une délicatesse remarquable. Son respect chaleureux fait mal. Lui qui dort dehors, peine à se nourrir, vient un jour le visage déformé par un abcès considérable en attente d'un rendez-vous dentaire quatre jours plus tard. La vision de sa fiancée enceinte qui fut battue à mort le hante mais il se comporte comme si protéger son interlocuteur était prioritaire.

« Ça me dérange », « ça me fatigue », disent ces hommes épuisés, poursuivis chaque nuit par des militaires dont les silhouettes persistent dans la chambre au réveil hurlant. Un autre, évoquant sa famille disparue, se frappe violemment la tête : « ça me fait très mal ! » Exfiltrée en catastrophe pour éviter le pire après son incarcération, cette femme qui a laissé 4 enfants au pays me dit avoir appris la veille que sa fille de trois ans était malade : disant ceci elle se met à vomir.

Cet écrasement par le traumatisme psychique, les souffrances de l'exil, du deuil, dénudent, arrachent les oripeaux socio-psychologiques qui nous identifient. Ne reste qu'un socle résumant notre humanité commune, qui fait des étrangers que nous sommes, des frères. Un sentiment de retour à l'essentiel émerge.

La relation thérapeutique débutante s'institue dans un ressenti contradictoire d'étrangeté et de familiarité, de distance infranchissable et d'étonnante proximité. Ce patient n'est pas ce fou étrange qu'il craint de devenir, il a la figure du messager maudit. Il n'annonce pas une pathologie déconnectée de l'histoire du monde, il nous contraint à voir ce qui doit rester enfoui.

Ces africains sont messagers d'une histoire oubliée, niée, commune au pays d'accueil et d'origine au travers des colonisations et des indépendances. Ils portent la désillusion fondamentale, désespérante, de cette possibilité qu'a l'homme de transgresser les tabous anthropologiques (Roisin, 2014)⁹. Ils rendent compte de *l'espèce humaine*, pour reprendre le titre du livre de Robert Antelme, de ce qu'évoque Nancy Huston (2014) : « Pourquoi Gary s'est-il suicidé ? L'une des raisons, j'en suis convaincue, était son extrême lucidité devant ce qu'il appelait L'affaire homme. Gary savait et ne supportait pas de savoir une chose que la majorité d'entre nous préfèrent ignorer : que l'inhumain fait partie de l'humain. »

Ce malheur lointain désormais à l'intérieur du cabinet, en nous, est doublé d'une autre désillusion, celle de la réalité du pays d'accueil, vécue comme trahison. « *Je suis comme un insecte* » dit C. Déboutée, Mme E., attend sa mise « à la rue » avec ses quatre enfants : quand elle arriva en France, sans nouvelle du mari certainement assassiné, elle crut être sauvée, n'aurait jamais imaginé les complications administratives. « *Je vis, je vis !* » répète ce patient pour expliquer qu'il s'oblige à un éternel présent dont il n'y a rien à dire, immédiateté sans passé ni avenir, afin d'oublier ce passé et cet avenir qui le torturent. Sans droit de travail, aucun avenir n'est imaginable : l'impuissance du soignant paraît totale.

Emmanuel Declerck (2014) dit : « Me basant sur les théorisations de Freud sur le *Nebenmensch* et celles de Ferenczi sur la deuxième personne secourable, j'avancerai ensuite l'hypothèse que ce n'est pas toujours uniquement l'impact du coup initial traumatisant et déstructurant dans le pays d'origine qui est au cœur de

9 « Tout être humain et toute société pour s'instaurer instituent les interdits liés aux formes du cannibalisme, l'interdit de l'inceste, interdits qui prescrivent la confrontation à la présence de l'Autre, le renoncement à la toute-puissance pulsionnelle, l'inscription de la différence dans la régulation de la vie affective. » (Roisin, 2014)

l'étiologie de la souffrance et de son maintien, mais parfois également la possible défaillance de la deuxième personne supposée secourable, à savoir les conditions de vie dans la nouvelle terre d'accueil, la procédure d'asile, etc.»

Monsieur F. se révolte contre le refus de reconnaissance par la CNDA¹⁰. Il s'agit, dit-il, non de lui-même, mais de l'injustice : « *Je pourrais être mort, un autre serait à ma place et demanderait l'asile.* » Mais quand il obtient un titre de séjour comme « étranger malade », c'est grâce au ministère de l'éducation nationale mobilisé pour cet homme très actif dans le domaine scolaire et associatif, ce qui lui fait dire : « *ce titre a été donné par des Français à d'autres Français !* »

Statuts de réfugiés et titres de séjour refusés, parole de l'exilé niée, certificat du thérapeute « méprisé », comme le dit Monsieur G. au parcours juridique kafkaïen depuis 2009 : soupçon et stigmatisation qui frappent l'exilé contaminent ses accompagnants, dont le thérapeute amené à douter de sa raison. Quand le mensonge est promu vérité par l'instance juridique, le socle de références et valeurs dont le soignant tire légitimité et sécurité vacille.

Ouvrir les frontières de la psychiatrie

Fondre ces exilés dans une clinique à part pourrait contribuer à cette massification médiatique qui les déshumanise. Au-delà de problèmes communs à l'exil, c'est un être irremplaçable dont on veut soulager la douleur, une relation unique dans un espace de confiance que l'on veut établir.

Mais s'il s'agit de ne réduire un humain ni à un objet de soin standard ni à une situation juridique, cette dernière m'importe cependant. Parce qu'elle conditionne la santé du patient. Parce que nous sommes, lui et moi, liés.

Ainsi, m'importe le sort de Monsieur A. dont la femme, ayant appris en Guinée qu'il avait été refusé à l'Ofpra¹¹, a fui avec leurs enfants sans laisser de trace ; au jour de la réponse positive de la CNDA, il se jette sur moi, pleurant, criant, m'embrassant, nous remerciant tous, moi, la France, le Cada : « *Vous m'avez sauvé la vie !* » Ainsi m'importe le sort de patients sans abri qui témoigneront plus tard de l'importance du lien et de ces entretiens qu'on avait crus dérisoires à l'aune des impératifs de survie. Retours émouvant qui font sens.

Cette clinique de l'exil comporte une dimension particulière dont atteste la puissance de l'émotion évoquée et que partagent nombre d'intervenants. Non que le soin y soit fondamentalement autre, mais parce qu'il réactive les questions premières inhérentes à la rencontre thérapeutique : hiérarchie des valeurs soutenant le soin psychique, nature du partage et/ou de l'écart entre soignant et patient.

Soutenir l'engagement thérapeutique au nom d'une émotion peut troubler quand la psychiatrie cherche une légitimité scientifique. Dans son livre *Peuples en larmes, peuples en armes*, Didi-Huberman (2016) réhabilite l'émotion, prise au piège de l'hyper-valorisation ou de la dévalorisation. Il souligne sa puissance mobilisatrice entre singulier et collectif, subjectif et objectif, pensée et acte. L'émotion n'est pas passivation, elle n'est pas chair sans conscience. À propos d'une scène du film de

¹⁰ Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

¹¹ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra).

Sergueï Eisenstein, *Le cuirassé Potemkine*, qui est le support de son travail, il écrit : « la douleur subie devient acte, action : un véritable défi de la douleur. La plainte deviendra quelque chose comme une action en justice, ou un acte de justice : elle va porter plainte. L'émotion vaudra fraternisation, au contraire de tout repli, de toute passivité. On comprend ici que le peuple en larmes n'est pas si désarmé que cela, bien au contraire, puisque sa plainte va finir dans un véritable appel aux armes. »

L'émotion exaspérée par la solitude du cabinet n'est-elle pas de cette nature ? Née dans l'intimité d'une relation duelle, elle mobilise, fait sortir du champ parfois étroit, normé, de la spécialité et/ou de la position soignante. Elle relie au monde des intervenants sociaux professionnels ou associatifs, dont on découvre l'engagement et l'importance de l'aide apportée aux patients comme au thérapeute. Elle relie aux mondes d'ici et de là-bas, dont les écarts font écho à nos déchirures internes.

Des patients exilés passent les frontières du cabinet. Ils osent une confiance improbable, témoignent de l'état du monde et de la puissance du désir de vivre, indiquent une possibilité de résistance, questionnent le sens profond du soin et relient au monde collectif : ils ouvrent un chemin d'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Didi-Huberman G. (2016). *Peuples en larmes, peuples en armes. L'œil de l'histoire*, 6. Paris : Les éditions de minuit.

Declerck E. (2014). Sur le sens et le non-sens d'un engagement thérapeutique. Dans L. T. Tovmassian et H. Bentata (dir.), *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, (263-273). Paris : In Press Éditions.

Geny-Benkorichi, M. et Vignal, M. (2012). *État des lieux national de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du dispositif national d'accueil (Rapport de synthèse)*. Lyon : Réseau Samdarra.

Huston N. (2016). *Carnets de l'incarnation*. Arles : Actes Sud.

Kafka, F. (1926). *Le Château*. Le défenseur des droits. (2016). *Les droits fondamentaux des étrangers en France*. Repéré à http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf

Roisin J. (2014). Les groupes de parole pour victime d'agression et reliance à l'humanité. Dans L.T. Tovmassian, H. Bentata (dir.), *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, (108-125). Paris : In Press Éditions.

Tonda, J. (2002). *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Collection Hommes et sociétés. Paris : Karthala.

Tremblay, V. (2016). *La prise en charge des migrants en santé mentale. Enquête sur l'élargissement du réseau de prise en charge des migrants précaires vers les psychiatres libéraux* (Mémoire de Master 2 de sociologie). Université Lumière Lyon 2.