

Roman PétrouchinePédopsychiatre
Orspere-Samdarra
Lyon**Julia Maury de Feraudy**Psychologue
Orspere-Samdarra
Lyon**Halima Zeroug-Vial**Psychiatre
Directrice de l'Orspere-Samdarra
Lyon

« Il faut du psy! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires

Cet article est un essai cherchant à définir les souffrances dont on parle chez le migrant précaire¹. Il prétend également réfléchir aux modalités d'exercice d'un soin psychique ajusté aux particularités de la souffrance des populations migrantes.

Sans nier la fréquence, la complexité et la gravité du phénomène psychotraumatique dans ces populations (ni la fréquence des phénomènes de résilience), nous avons à cœur de mettre en évidence trois apories dans ce qui serait l'assimilation de la souffrance des migrants à l'état de stress post-traumatique (ESPT) entendu au sens strict, tel que le définit le *DSM-V*².

Première aporie

La perception de la causalité unissant l'événement et le phénomène psychotraumatique est pensée ici sur un mode déterministe strict. L'élément étiologique est un événement traumatogène réel, extérieur à la personne. Il n'est plus question d'un « trouble de personnalité » préalable ou d'une vulnérabilité préexistante, pouvant donner sa couleur clinique particulière à l'ESPT. Or, chez le migrant précaire, une expérience traumatique risque de réactualiser l'expérience traumatique précédente. Le terme de « trauma complexe » paraît en ce sens plus adapté.

Deuxième aporie

Dans le *DSM-V* se retrouve l'idée selon laquelle cet événement traumatisant, unique ou éventuellement cumulatif, est intense, catastrophique, ne figurant pas dans la gamme des expériences humaines habituelles. C'est notamment à cet endroit que l'ESPT se différencierait du trouble de l'adaptation. Or la ligne de fracture entre un événement à l'origine d'un « trouble de l'adaptation » ou d'un « ESPT » ne nous paraît pas toujours claire en pratique clinique. Il nous semble en ce sens souvent difficile et peu pertinent de différencier un événement traumatique d'un événement précarisant. Les formes multiples de précarité (diverses en qualité et en intensité) dans lesquelles le migrant précaire vit peuvent participer de la pérennisation, de la réactualisation voire de la création de sa souffrance.

Troisième aporie

Dans la description de l'ESPT, le clinicien, dans son positionnement, est pensé comme clairement extérieur à l'événement traumatisant, dont il ne participerait d'aucune façon. Son mode d'intervention est clairement extérieur aux modalités d'apparition ou de pérennisation du phénomène psychotraumatique. Or, face au migrant, le clinicien n'est pas extérieur à l'événement stressant, il en est le témoin :

demandeurs d'asile non hébergés, non régularisés, sans droit social. Une forme d'interventionnisme social est toujours possible : gîte, couvert, rédaction d'un certificat médical... Le soignant est confronté non pas à un état de stress qui serait postérieur au traumatisme, mais à un psychotraumatisme en train de se faire devant lui.

« Il faut du psy ! » : cette affirmation est principalement portée par les intervenants sociaux travaillant dans le champ de l'asile. Cet « appel au psy » peut être entendu comme celui d'un recours face à la précarisation des dispositifs d'hébergement et la saturation des dispositifs de droit commun (hôpital, notamment) qui placent les travailleurs du social dans des cadres professionnels de plus en plus fragiles. S'ajoute à cela la mission d'écoute et d'accueil de ces histoires de vie chaotiques, de ces récits sordides, qui n'est pas sans effet pour l'intervenant pas toujours armé pour les recevoir. Le travailleur social se retrouve confronté dans sa pratique à des situations impossibles à vivre et à résoudre. Le désengagement de la puissance publique concernant le devenir des personnes migrantes fait peser un vécu de lourde responsabilité sur les professionnels du champ de l'asile, engagés souvent personnellement dans ces accompagnements. Ceci générant souffrance, épuisement, et se traduisant notamment par un turn-over important dans les équipes de travailleurs sociaux. Ces facteurs cumulés alimentent un climat d'urgence, conséquence d'une insécurisation généralisée des publics et des professionnels qui les accompagnent.

« Il faut du psy ! » : cette affirmation force un concernement des psychologues et des psychiatres eux-mêmes, qui ne va pas de soi. Ceux-ci se trouvent en conséquence embarrassés et questionnés dans leur pratique. Certains affirment l'idée suivante : pour les migrants précaires, « il ne faut pas de psy ! » Pour ces psychologues et ces psychiatres, il est difficile de penser un soin psychique dans des conditions de violence sociale, sans hébergement, sans une sécurisation matérielle de base. La réalité prend toute la place, envahit la pratique du psychologue et du psychiatre. Dans cette perspective, la pratique « psy » leur paraît déspécifiée, voire disqualifiée face au travail social. Ils soulignent que la tyrannie de l'urgence et l'interventionnisme humanitaire ne seraient pas compatibles avec un soin psychique caractérisé par une temporalité lente et un espace d'intervention limité à celui du cabinet de consultation. Ainsi, face à une population pour laquelle les soins primaires ne sont pas garantis, la logique de l'urgence et de l'interventionnisme social prend le pas sur une certaine forme d'activité de pensée et de copensée, qui correspondrait notamment ce que les psychistes pourraient amener d'un peu différencié par rapport au travail social.

Certains vont plus loin encore. Ne pas recevoir de patients migrants est pour eux une posture éthique et existentielle forte

¹ D'après Nicolas Chambon, parler de « migrant précaire » est une manière de sortir des catégorisations administratives peu pertinentes pour le clinicien puisque, le plus souvent, les problématiques de santé mentale ne se résolvent pas avec l'obtention du statut de réfugié et une manière également d'inscrire la réflexion dans l'héritage des travaux de l'Orspere, notamment autour de la clinique psychosociale. La précarité sociale, l'expérience de la procédure, de l'attente, de la migration vont être entendues comme des facteurs 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 mais ne le définissent pas *a priori*. Voir : Chambon, N. (2017). *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens* (Thèse de doctorat, sous la dir. de Michel Peroni, Ecole doctorale Sciences sociales, Lyon).

² American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

et revendiquée. Il s'agit de refuser de psychologiser et de psychiatriser des situations politico-économiques complexes. Il s'agit de refuser de porter par procuration ce que les pouvoirs publics ne voudraient pas porter. Refuser de cautionner le leur de la possibilité d'un soin psychique pour les migrants précaires, illusion qui arrangerait bien les pouvoirs publics.

À l'encontre d'un certain *a priori* qui laisserait penser qu'il existe, chez ce public, une réticence insurmontable à l'idée d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, celui-ci serait plus souvent demandeur d'un « soin psy » qu'on ne le pense généralement. Cependant, la demande de prise en charge telle qu'elle est formulée ou mise en acte par ce public n'a pas grand-chose à voir directement avec un « soin du psycho-traumatisme ». Il ne nous apparaît pas si fréquent que les migrants réclament directement et explicitement un soin qui ferait que les symptômes psycho-traumatiques (reviviscences traumatiques, symptômes dissociatifs...) disparaissent. Ce n'est pas toujours autour d'une demande de réduction de ces symptômes psycho-traumatiques que se problématise, pour le migrant précaire, le sens d'une prise en charge en santé mentale. Nous posons l'hypothèse que ce qui se problématiserait en premier lieu serait plutôt la question même de la « demande », et plus précisément la demande d'un lien social.

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. À ces parcours chaotiques vient s'ajouter la précarité sociale vécue dans le pays d'accueil qui réactualise sans cesse la question de la rupture. Ils vivent au risque constant de se retrouver sans « attaches », désarrimés, déshumanisés. Cet appel au psy pourrait ainsi être entendu comme un appel à la relation humaine, à l'être secourable, le *Nebenmensch* (le prochain, l'être humain proche³); celui qui permet au sujet en détresse (*Hilflosigkeit*), plongé dans la « désaide », de s'inscrire dans une communauté humaine. Il s'agirait d'une demande d'être reconnu et inscrit dans un lien face à la *collision traumatique*, au trop-plein de réalité déshumanisante et destructurante qui laisse un sujet désarrimé de ses attaches symboliques et signifiantes, sans filtre face à un excès de réalité, sans transitionnalité⁴.

Ainsi, la clinique du migrant précaire n'est pas forcément assimilable à celle de la non-demande. Le migrant n'est pas celui qui ne demande plus rien. Bien au contraire, il est celui

qui n'a pas renoncé. Il lutte, dans sa recherche de lien et d'aide, contre l'expérience de la déshumanisation et de la désaffiliation – expérience associée à celle du psychotraumatisme, à un refus de la précarité de son lien social. Son corps n'est pas un corps anesthésié, désarrimé, réduit au biologique. Au contraire, il s'agit d'un corps qui parle, désire, souffre, appelle; d'un corps qui dit « non » à la misère économique, aux violences politiques, qui cherche à survivre et à vivre. Contrairement au précaire⁵, qui renonce activement au lien social et ne cesse de se rendre invisible socialement, le migrant est quelqu'un qu'on voit, dont on parle. Dans sa quête d'existence et de reconnaissance, il réhumaniserait notre propre lien social.

Pour beaucoup de soignants, ce qui soigne et peut prévenir la décompensation, c'est le lien, appréhendé en-dehors de toute forme de supposée spécificité « psy » : le groupe, la famille, les proches, les pairs, les travailleurs sociaux. Dans les structures d'hébergement, les professionnels repèrent très vite ceux qui s'en sortent le mieux : il s'agit de ceux qui sont le moins isolés socialement. Un infirmier d'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) témoigne : « Lorsque les bénévoles viennent les chercher dans les foyers pour une partie de foot, qu'ils les inscrivent dans une équipe, qu'ils se fédèrent entre eux dans le cadre d'un sport ou autre, ils se sentent en fait inscrits quelque part. C'est ça qui soigne. »

La conception psychanalytique du traumatisme telle que la défend Sándor Ferenczi nous intéresse tout particulièrement. Pour cet auteur, le vécu traumatique y résulte en effet moins de l'événement dans lequel il s'enracine, que d'une absence de réponse de l'environnement face à une situation de détresse. Sándor Ferenczi décrit ainsi une modalité du traumatisme qui met en cause l'objet extérieur en position d'altérité qui a failli dans sa mission de protection, et dénonce à cet endroit l'« hypocrisie professionnelle » du psy et son manque d'authenticité. La conception du traumatisme concerne ici tout autant les réponses qui ont fait défaut que celles qui ont été données de manière inappropriée. Selon lui, le trauma s'inscrit donc au regard d'une protection qui n'a pas pu avoir lieu, et s'apparente, comme le souligne Thierry Bokanowski, à une « expérience négativante du fait des « carences » de l'objet primaire liées à une série de non-réponses de celui-ci face aux besoins affectifs du sujet⁶ ».

En conclusion, penser un soin psychique pour le public migrant précaire nécessiterait, avant toute chose, de s'assurer que la personne est bien en demande de lien social et, si ce n'est pas suffisamment le cas, de recréer, dans l'espace artificiel de la consultation, un univers hospitalier dans un monde inhospitalier. Il s'agirait également de nourrir cette demande de lien en cherchant à l'élargir en dehors de l'espace même de la consultation, en déployant le maillage social.

Ce qui apparaît de manière très nette dans la prise en charge de ces publics, c'est la nécessité d'un travail en réseau, c'est l'idée que « tout seul, c'est impossible », il y a besoin de l'aide d'un autre. Ces prises en charge réintroduisent la figure du prochain, que Pascale Baligand, s'appuyant sur l'œuvre de Sigmund Freud, décrit comme « celui avec qui il devient possible de faire société. Différent du lien à un semblable⁷, le lien avec le *Nebenmensch* est un lien qui vient questionner les fondements de l'appartenance à l'humanité et du droit à une vie libre en un lieu socialement reconnu et symboliquement organisé que cette appartenance suppose⁸. » ▶

³ Freud, S. (1895). *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* (traduit par J. Laplanche). Toulouse : Érès.

⁴ Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

⁵ Colin, V. et Furtos, J. (2005). La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. Dans M. Joubert et C. Louzoun. *Répondre à la souffrance sociale*. Toulouse : Érès.

⁶ Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 745-757.

⁷ Lacan, J. (1986). *Le Séminaire : livre VII. L'éthique de la psychanalyse (1959-1960)*. Paris : Seuil.

⁸ Baligand, P. (2013). La demande d'asile : l'attente du lieu d'un lien social?. *Topique*, 1(122), 64.

