



ÉTAT DES LIEUX NATIONAL 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

Rapport de Synthèse - Avril 2012

réseau
Samdarra

Santé mentale, précarité,
demandeurs d'asile et
réfugiés en Rhône-Alpes

Chargés d'étude :
Marc VIGNAL, psychosociologue, responsable d'étude
Malorie GENY-BENKORICHI, psychologue

Le Réseau Samdarra a été créé en Novembre 2007 en Rhône-Alpes, suite à une recherche-action de l'ORSPERE-ONSMP (Observatoire Régional sur la Santé et la Précarité en Rapport avec l'Exclusion, et Observatoire National sur la Santé Mentale en Situation de Précarité) sur la santé mentale des demandeurs d'asile en Rhône-Alpes. Le dispositif est rattaché au centre hospitalier Le Vinatier, à Bron, en périphérie de Lyon. Il bénéficie depuis fin 2010, de financements pérennes de l'ARS pour le poste de la coordinatrice, 0.3 ETP de psychologue, et 0.2 ETP pour le poste de médecin psychiatre responsable. Les actions sont rendues possibles grâce à diverses subventions annuelles (Fonds Européens pour les Réfugiés, Conseil Scientifique du Vinatier, INPES, OFII).

Ses missions :

- Faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile et réfugiés (prévention, sensibilisation, formation, promotion de la santé mentale)
- Soutien aux professionnels des différents champs d'intervention (formation, groupes de travail et d'échanges, séminaires cliniques, participation au développement de projets locaux.)
- Faciliter la construction de réponses coordonnées entre les professionnels des différents champs d'intervention, en réponse à des besoins de santé mentale.
- Promouvoir l'importance de la considération de la dimension psychosociale dans la souffrance et la vulnérabilité psychique des demandeurs d'asile et réfugiés.

Contact : Gwen Le Goff, coordinatrice : gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr Téléphone : 04.37.91.50.93.
Site : www.samdarra.fr

Sommaire

INTRODUCTION	6
I- DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	7
MÉTHODOLOGIE D'INVESTIGATION	7
DÉFINITIONS.....	9
II - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DE L'ÉTUDE : UN CONTEXTE GÉNÉRAL ÉVOLUTIF MAIS PLUTÔT PEU FAVORABLE À LA PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE DES RÉFUGIÉS ET DEMANDEURS D'ASILE	10
UNE RECONFIGURATION DE LA POLITIQUE DE L'ASILE SUSCEPTIBLE D'AFFECTER LES MARGES DE MANŒUVRE DES STRUCTURES D'ACCUEIL.....	10
UNE DÉMOGRAPHIE INÉGALE DE L'OFFRE DE SOINS ET UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE	12
III- DIAGNOSTIC ET ANALYSE	14
UN CONSTAT CENTRAL : UNE PROBLÉMATIQUE MULTIPLE, INTERSTITIELLE, CIRCULAIRE ET DE NOMBREUX DÉTERMINANTS.....	14
UNE STRUCTURATION SYSTÉMIQUE DU RAPPORT CONSTRUITE SUR QUATRE NIVEAUX DE COMPRÉHENSION	15
1) LA VULNÉRABILITÉ D'UN PUBLIC EXPOSÉ À L'EXIL, À LA VIOLENCE, À LA PRÉCARITÉ, AUX DEUILS ET À L'ATTENTE (NIVEAU 1 : LES USAGERS)	17
a) <i>Du point de vue des professionnels.....</i>	<i>18</i>
1. A chaque étape du parcours migratoire, de nouveaux facteurs de vulnérabilisation	18
2. L'attente et l'inactivité : symbole du temps suspendu de la procédure d'asile.....	19
3. La délicate période de la réponse.....	20
b) <i>Du point de vue des demandeurs d'asile et réfugiés, bénéficiaires du DNA</i>	<i>21</i>
1. Une problématique du lien.....	21
2. Découverte et adaptation.....	22
3. Représentations culturelles du soin psychique et du soignant	22
4. Vivre dans des structures collectives.....	23
5. La relation d'aide, l'accompagnement : plusieurs effets sur les demandeurs d'asile.....	24
6. Inactivité, attente : un sentiment de temps suspendu	24
7. Une ressource à part : le recours à la religion	25
2) DES PROFESSIONNELS TIRAILLÉS ENTRE UNE FONCTION INSTITUTIONNELLE À ASSUMER ET UN INVESTISSEMENT ÉTHIQUE DE LA PROFESSION (NIVEAU 2 : LES STRUCTURES)	27
a) <i>Les structures du DNA</i>	<i>27</i>
1. Intervention sociale dans le DNA : un accompagnement vers quoi ?.....	27
2. Soutenir, contenir, faire pilier à la santé mentale	28
3. Comment distinguer la fragilité, de la souffrance, de la pathologie ? Qui traite quoi ?	28
4. Des limites professionnelles floues et déstabilisantes	29
b) <i>Les professionnels de psychiatrie publique : d'autres difficultés.....</i>	<i>29</i>
1. Un public nécessitant une évolution des pratiques.....	29
2. Une population mobile.....	30
3. Un rythme de soins particuliers.....	30
4. Interprétariat: la ressource fondamentale difficilement accessible	30
5. La demande inversée.....	31
6. Dimension culturelle du soin psychique	31
7. Facteurs cumulatifs de vulnérabilité.....	32
8. Politiques de santé et pratiques cliniques : tension entre deux logiques.....	32
9. De la dissolution des cadres professionnels vers l'impuissance	33
10. Primum non nocere : forte conflictualité éthique	34
11. Les certificats médicaux.....	34
12. Engagement personnel, engagement citoyen : comment préserver les cadres ?	35
c) <i>Des difficultés communes mais non partagées.....</i>	<i>35</i>
1. Impact du positionnement et du portage institutionnel	36
2. Prise en charge de sujets Versus Prise en charge d'un public	36
3) UNE SATURATION DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE FRAGILISÉ PAR LE MANQUE DE RESSOURCES ET DE COMPÉTENCES ADAPTÉES OU SPÉCIALISÉES (NIVEAU 3 : L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE D'ACTION).....	37
a) <i>Une prédominance des modalités de prise en charge linéaires, ponctuelles, et informelles</i>	<i>38</i>
b) <i>Une prédominance des dimensions idéologiques, éthiques et déontologiques dans les pratiques... ..</i>	<i>41</i>
c) <i>Des cultures professionnelles qui peuvent se rencontrer, se croiser ou s'entrechoquer</i>	<i>41</i>
d) <i>Des voies d'améliorations : la prise en charge collective, le rôle de soutien des acteurs sociaux et la</i>	<i>41</i>

promotion de la santé mentale	42
4) LES QUESTIONS DE FOND (NIVEAU 4 : LE MÉTA NIVEAU)	43
a) Droit commun ou prise en charge spécialisée ?	43
b) Souffrance psychosociale : A quel opérateur légitime s'adresser ?	45
c) Quelle public-cible pour une amélioration de la prise en charge de la santé mentale ?	46
d) Les déterminants culturels de la santé, représentations, croyances et pratiques	47
5) EN SYNTHÈSE : LA PRISE EN CHARGE RÉGULÉE OU « MODÈLE DE L'AJUSTEMENT MUTUEL »	49
a) Une modélisation dans la lignée des perspectives mésosystémiques	50
b) Le champ des représentations : le système nerveux du « mésoniveau »	51
1. Les systèmes de représentation : phases d'ajustement	51
2. Le système de représentation de la situation : la question des attributions causales	51
3. Le système de représentation des acteurs impliqués (rôle, attentes, compétences...)	52
4. Le système de représentation de la réponse appropriée ou de la prise en charge	52
5. Passer de représentations globales à une représentation globale collective	53
IV- RECOMMANDATIONS	54
1) UN RECADRAGE DE LA PROBLÉMATIQUE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE	54
2) LES INÉGALITÉS SOCIOCULTURELLES DE SANTÉ : VERS UN ÉLARGISSEMENT DU PARADIGME DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ	55
3) FAVORISER L'ARTICULATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES COMPÉTENCES ET DES RESSOURCES	56
a) Développer les ressources locales et les compétences, former et qualifier les acteurs	56
b) Sortir les professionnels de l'isolement et de la prise en charge « personnelle »	57
c) Pour rompre avec le « bricolage » : une action en synergie au niveau local et au niveau interinstitutionnel national	58
4) S'INSPIRER DES APPROCHES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	59
a) « Travailler avec plutôt que travailler pour »	59
b) Le champ psychosocial, un axe de développement à privilégier	59
5) DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE	60
a) Sensibiliser à l'impact de la symptomatologie post-traumatique sur la procédure et inversement ..	60
b) Interroger les représentations du demandeur d'asile au sein des institutions concernées et au sein de la société	61
6) POUR UN PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE RÉGULÉE	61
a) Mise en adéquation des représentations, des attentes et des « pouvoirs » des différents acteurs	61
b) « La prise en charge régulée » : un dispositif en rupture avec les pratiques de régulation dominantes	62
V- PRÉCONISATIONS	63
1) DÉVELOPPEMENT DE PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DES RÉFUGIÉS ET DEMANDEURS D'ASILE	63
2) DÉVELOPPEMENT DE PÔLES DE RESSOURCES ET DE COORDINATION LOCAUX « ASILE ET SANTÉ MENTALE » OU « EXILÉS ET SANTÉ MENTALE » OU « MIGRANTS ET SANTÉ MENTALE »	63
a) Quels rôles ?	64
b) Quelle légitimité, quel positionnement ?	65
c) Qui ? À quelle échelle territoriale ? Quel financement ?	65
3) CRÉATION D'UNE COORDINATION NATIONALE « EXILÉS ET SANTÉ MENTALE » OU « MIGRANTS ET SANTÉ MENTALE »	66
POUR POURSUIVRE LA RÉFLEXION	67
REMERCIEMENTS	68
STRUCTURES AYANT CONTRIBUÉ À L'ÉTUDE	70
LEXIQUE	72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73

PRÉAMBULE : SANTÉ MENTALE DES DEMANDEURS D'ASILE, ENTRE NÉCESSITÉ DE PRISE EN COMPTE ET DIFFICULTÉS DE PRISE EN CHARGE

Les difficultés liées à l'accueil, au soutien et aux soins liés à la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés sont à la fois le bain originel et l'objet du Réseau Samdarra. Sa création en novembre 2007 (*voir encart ci-dessus*) résultait d'ores et déjà des difficultés exprimées par les professionnels du champ social et de l'asile, tout particulièrement depuis l'arrivée massive en Rhône-Alpes des réfugiés fuyant les guerres et conflits dans les Balkans dans la fin des années 90.

La création de ce dispositif est une progression symboliquement forte en termes de reconnaissance locale et institutionnelle de la souffrance psychique des personnes contraintes à l'exil. Elle est la validation par la DRASS puis par l'ARS Rhône-Alpes, de la nécessité d'améliorer la considération et les interventions concernant la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés. Elle s'inscrit par ailleurs dans une dynamique d'attention croissante des pouvoirs publics comme du champ scientifique envers la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés.

La nette dimension psychosociale de cette problématique nourrit notre volonté de baser nos actions et projets sur l'articulation des différents champs professionnels concernés. Cette pluridisciplinarité des acteurs qui composent le Réseau Samdarra, renforce chaque jour notre conviction de la richesse que constitue une pluralité de regards et de référentiels portés sur un même objet.

Dans cette perspective, cette investigation a été un terrain riche en rencontres, en échanges et en réflexions. L'expertise et l'expérience de chaque acteur rencontré sont venues non seulement alimenter cet écrit, mais également contribuer à la dynamique croissante autour de la question de la vulnérabilité psychique des personnes sollicitant l'asile en France.

Nous tenons à remercier les membres très actifs du groupe de travail qui s'est réuni mensuellement, les membres du comité de pilotage national qui ont contribué à la mise en place du cadre de ce projet puis à son évolution. Nous voulons aussi remercier chaleureusement les quelques 400 professionnels qui sont venus nourrir fondamentalement cette étude en participant aux entretiens collectifs, ou au remplissage du questionnaire.

Si les réponses les plus adaptées reposent sur des dynamiques collectives, leur élaboration dépend tout autant de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés.

Nous avons pensé et porté ce projet dans cette perspective : merci donc à tous d'y avoir contribué.

Dr Halima ZEROUG-VIAL

Praticien Hospitalier, Psychiatre, Centre Hospitalier Le Vinatier,
Responsable du Réseau Samdarra

INTRODUCTION

Cet « État des lieux national de la prise en compte et de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil », est un projet subventionné sur un an par le Fonds Européen pour les Réfugiés et le service de santé publique de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.

Il découle d'un projet d'étude du Réseau Samdarra sur l'accès aux soins et les parcours de soins des demandeurs d'asile et réfugiés en souffrance psychique, sur la région Rhône-Alpes. Les constats et questionnements qui nourrissaient ce projet sont venus résonner avec les difficultés et interrogations de plusieurs équipes de CADA (Centre d'Accueil et de Demande d'Asile). Le service de santé publique de l'Ofii a alors proposé un partenariat avec les médecins référents afin d'élargir l'investigation au territoire national.

La responsabilité de cet état des lieux a été confiée à Marc VIGNAL, psychosociologue consultant, qui a assuré la réalisation de cette étude aux côtés de Malorie GENY-BENKORICHI, psychologue chargée de projets au Réseau Samdarra. Ce choix de faire appel à un consultant s'est imposé à la fois dans une logique référentielle et méthodologique, mais aussi en vue de porter un regard extérieur et neuf sur l'objet de cette étude. L'équipe a été renforcée par Marion BEROUD, stagiaire psychologue chargée de la réalisation du volet auprès des demandeurs d'asile et réfugiés et par Marguerite PREVOST, Médecin en santé publique, chargée de la recherche documentaire.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a également accompagné ce projet mensuellement pendant un an, et un comité de pilotage national s'est réuni en début, milieu et fin de projet, pour soutenir l'organisation de l'étude, suivre l'évolution de l'investigation et maintenir une dynamique de travail interinstitutionnelle au fil de sa progression.

La dimension collective et pluridisciplinaire a donc littéralement porté le déroulement de cette investigation. Nous avons souhaité permettre une confrontation des pratiques, favoriser les échanges, les débats et la réflexion collective y compris dans le cadre du recueil de données. Notre objectif a été d'accompagner un processus d'évaluation collective et non d'évaluer. En ce sens, la réalisation de cet état des lieux s'est basée sur l'expertise et l'expérience des acteurs de la santé mentale et de l'asile. C'est un travail qui a duré près d'une année et qui nous a conduits à rencontrer plusieurs centaines de personnes, sur l'ensemble du territoire national.

Ce rapport vient synthétiser les constats, résultats et propositions issus de ce travail. En tant que tel, il peut s'inscrire comme support de réflexion, de réflexivité, et de développements éventuels de dispositifs et de pratiques dans les champs concernés par la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés.

Gwen LE GOFF, coordinatrice du Réseau Samdarra
Malorie GENY-BENKORICHI, psychologue au Réseau Samdarra, chargée d'étude
Marc VIGNAL, psychosociologue consultant, responsable d'étude.

I- DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Méthodologie d'investigation

Le cadre d'investigation a été élaboré à partir des échanges avec le comité de pilotage national, et le groupe de travail local¹. Ces discussions ont permis de délimiter l'objet de cet état des lieux : il porte sur les personnes bénéficiaires du Dispositif National d'Accueil (soit toute personne pouvant prétendre à une place en CADA ou CPH², ou à un service des plateformes d'accueil), et les réponses proposées et/ou attitudes adoptées face aux manifestations de leur santé mentale.

Par ailleurs, la configuration méthodologique initiale reposait sur quatre phases (exploratoire, qualitative, quantitative, documentaire) validées par le comité de pilotage au cours de la première réunion, en mai 2010 :

La première phase d'investigation exploratoire se voulait volontairement ouverte et peu directive afin d'affiner le champ de l'investigation et de préparer le déroulement de la suite de l'état des lieux. Elle a consisté au déroulement de 8 entretiens collectifs dans différentes régions de France, regroupant une dizaine de professionnels de l'hébergement et certains de leurs partenaires soignants (pour un total de 54 professionnels rencontrés).

La phase d'investigation qualitative s'est basée sur la même méthodologie de rencontres interprofessionnelles, à partir d'une grille d'entretiens semi-directifs. Une quarantaine d'entretiens collectifs ont été menés dans les différentes régions de France.

Au total, **367 professionnels** ont participé à la phase qualitative : **129 CADA** ont été représentés, **32 structures de soins**, **50 structures « autres »** (Plateforme d'accueil, dispositifs mineurs isolés, CPH, AUDA...).

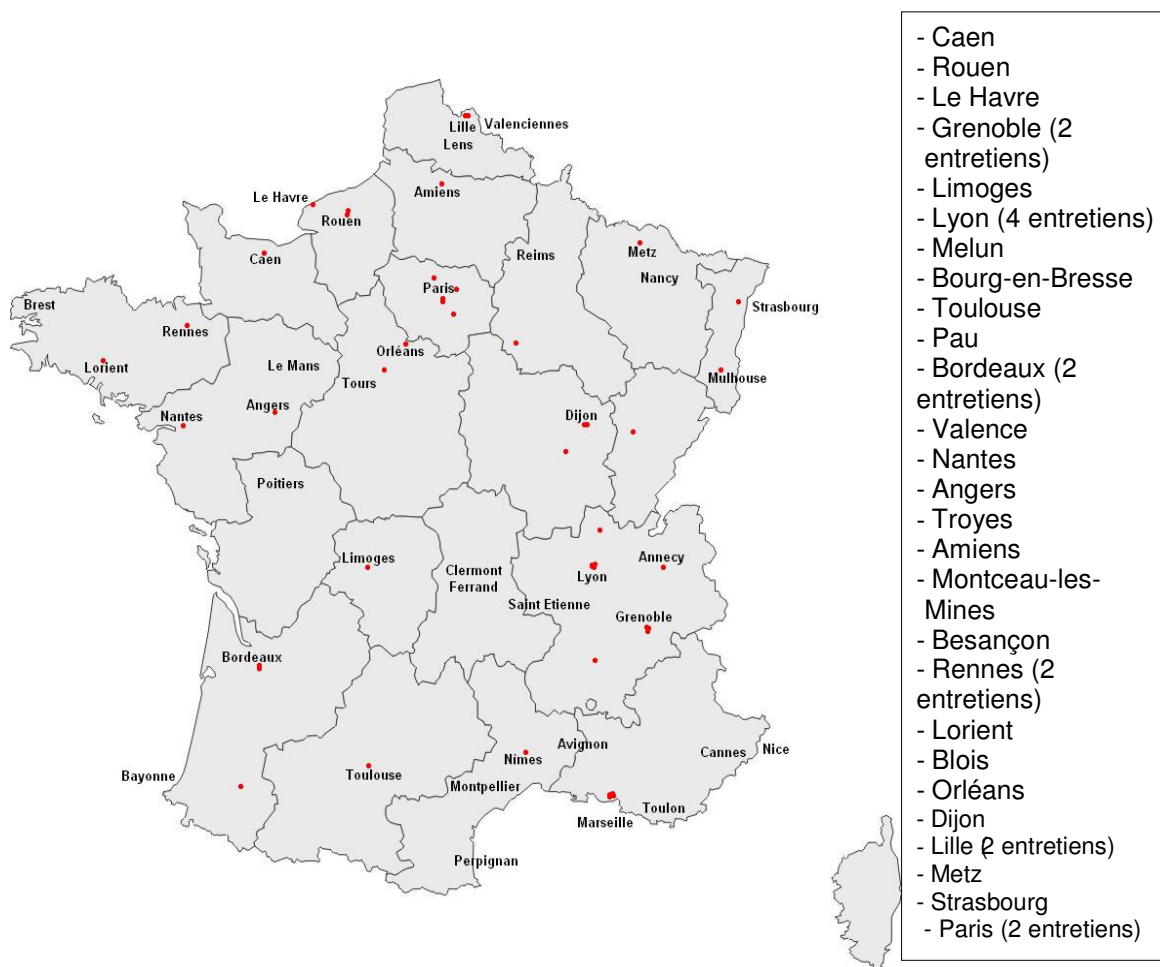
129 CADA sur 271 (soit 47% des CADA) ont été représentés dans les entretiens de la phase qualitative.

Au cours de cette phase qualitative, nous avons pris conscience assez rapidement que cette étude ne pouvait se dispenser du point de vue des professionnels de la psychiatrie publique, régulièrement mentionnés dans la phase exploratoire, mais aussi et surtout, du point de vue des personnes en demande d'asile ou ayant demandé l'asile. Bref, il nous fallait prendre davantage de distance et de hauteur, élargir le champ de l'étude pour que notre investigation puisse rendre compte de la complexité de la problématique.

¹ Voir la liste des participants dans les remerciements, en fin de rapport

² Voir le lexique en annexe (CADA : Centre d'accueil pour demandeur d'asile, CPH : Centre provisoire d'hébergement, proposé aux réfugiés.)

Cartographie des entretiens qualitatifs réalisés :



La configuration initiale a donc été complétée par ces deux autres volets.

La phase quantitative visait à prendre la mesure, à objectiver les réalités décrites dans le cadre de la phase d'investigation qualitative. Un questionnaire a été transmis à l'ensemble des CADA et CPH. 87 questionnaires nous ont été retournés, soit environ un tiers des structures.

Enfin, **la phase de recherche documentaire** s'est inscrite en parallèle du recueil de terrain, pour proposer une revue des données épidémiologiques disponibles au niveau international. Ce volet a pour vocation d'élargir le champ de compréhension de la problématique à l'aide de données descriptives, de bilans, d'études, de rapports et de travaux de recherche.

Définitions

PRISE EN CHARGE ET PRISE EN COMPTE :

Par le terme « prise en charge », nous considérons l'ensemble des formes d'action ou d'intervention des professionnels et bénévoles concernant directement des actes de soin et/ou le soutien à la santé mentale.

La notion de « prise en compte » renvoie plus globalement à l'attention particulière qui peut être portée à la question de la santé mentale dans tous les champs d'intervention : que ce soit en termes d'impact des différentes actions/interventions professionnelles sur l'équilibre psychique du « bénéficiaire de l'acte », ou à l'inverse, l'impact de l'état de santé mentale de la personne sur ses capacités à répondre aux attentes des professionnels.

SANTÉ MENTALE :

Le terme « santé mentale » renvoie à différentes définitions selon le référentiel qui y est associé. Pour l'OMS par exemple, la santé mentale est un « état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ».

Dans cet écrit, nous utiliserons le terme santé mentale au sens proposé par Jean Furtos lorsqu'il définit la santé mentale «suffisamment bonne, comme étant la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte, c'est-à-dire la capacité d'investir et de créer dans cet environnement donné, y compris des productions atypiques et non normatives ». Nous nous inscrivons donc dans une approche globale, psychosociale, de la santé mentale, qui considère l'impact des facteurs environnementaux sur la santé psychique, le bien-être. Ainsi, l'habitat, les liens sociaux, le travail, les repères socioculturels, sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur le psychisme.

Par cette définition, nous considérons comme « acteurs de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés», tous les professionnels et bénévoles qui interviennent auprès de ce public : quel que soit leur champ d'intervention, leurs actions peuvent apporter une écoute, un soutien, une réassurance, un étayage, jusqu'au soin en ce qui concerne les psychothérapeutes et autres soignants.

PERSONNES RÉFUGIÉES, DEMANDEURS D'ASILE ET DÉBOUTÉS :

Si les **personnes réfugiées**, peuvent être définies par le fait d'avoir quitter leur pays pour échapper à un danger et demander refuge dans un pays d'accueil, nous avons choisi dans ce rapport d'utiliser ces termes par rapport aux statuts administratifs et juridiques, à savoir :

- L'article 1 A2 de la convention de Genève, qui définit le réfugié comme : « Toute personne, qui, craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve en dehors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays [...] ». Un réfugié est donc celui qui est persécuté, en raison de ses opinions politiques, mais aussi en raison de sa race, de sa nationalité, de sa religion, ou du seul fait que son comportement est socialement réprimé dans son pays.
- Une personne en **demande d'asile** (que nous pourrions également appeler requérant l'asile, ou sollicitateur d'asile), est en cours de procédure pour obtenir une protection en tant que réfugié.
- Une personne **déboutée** du droit d'asile est une personne à qui l'on n'a pas accordé le statut de réfugié.

II - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DE L'ÉTUDE : UN CONTEXTE GÉNÉRAL ÉVOLUTIF MAIS PLUTÔT PEU FAVORABLE A LA PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE DES RÉFUGIÉS ET DEMANDEURS D'ASILE

Le contexte dans lequel notre investigation s'inscrit est évolutif et changeant mais il nous semble plutôt peu favorable, dans ses tendances actuelles, à une meilleure prise en compte de cette problématique.

Cet état des lieux ne portait pas spécifiquement sur cette dimension contextuelle, mais nous ne pouvions que la prendre en compte dans la mesure où elle constitue « en soi » un élément à intégrer dans l'équation menant à un fonctionnement « suffisamment bon » du système d'intervention.

Une reconfiguration de la politique de l'asile susceptible d'affecter les marges de manœuvre des structures d'accueil

Depuis le lancement de cet état des lieux en mai 2010, le contexte général de l'asile (contexte géopolitique, politique de l'asile, politique de l'immigration,...) a subi de nombreux changements et des évolutions majeures dans une direction qui semble a priori plutôt peu favorable à la problématique étudiée.

La politique de l'immigration et de l'asile est en partie déterminée par le contexte géopolitique mais elle est également très sensible aux fondements idéologiques qui sous tendent les choix et les orientations politiques.

La politique de l'asile est donc susceptible de connaître à court, moyen ou long terme un certain nombre de changements, de remaniements et d'évolutions quant au cadre formel qui en régit le fonctionnement et qui détermine les moyens dont disposent les acteurs de l'asile et du champ sanitaire et social pour accomplir leur mission d'accueil et de prise en charge des réfugiés et demandeurs d'asile.

À l'heure où nous écrivons ces lignes, un projet de réforme de la politique de l'asile vient d'être présenté à la presse par le ministre de l'Intérieur, ce projet comprend notamment l'annonce d'une diminution du budget de l'asile. Cette diminution des moyens n'était pas d'actualité lorsque nous avons débuté cet état des lieux, mais une première réduction des budgets alloués aux structures d'accueil a été actée en 2010 (durant le déroulement de la phase d'investigation qualitative). Elle est programmée pour se poursuivre dans les années qui viennent.

Cette réduction des moyens vient affecter les marges de manœuvre des acteurs de la santé mentale et de l'asile et réduire les moyens humains et financiers dont ils disposent pour assurer la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile.

Une profonde inquiétude a été exprimée par les professionnels rencontrés à propos des conséquences pragmatiques de cette diminution des moyens : la suppression de postes de psychologues, d'animateurs, et la réduction des budgets d'interprétariat laissent entrevoir un impact majeur sur la problématique étudiée. Ces réformes laissent présager une évolution restrictive de la configuration des structures d'accueil tendant vers une « mise à l'abri » des personnes : des missions qui se réduiront à l'accompagnement aux formalités administratives et juridiques et moins de temps et de personnels disponibles pour une considération, et/ou une intervention envers la vulnérabilité et la souffrance psychique des personnes en demande d'asile, réfugiées, ou déboutées de leur demande.

La demande d'asile en chiffres...

(D'après les données du rapport 2010 de l'OFPRA et au 31/12/2010) :

Réfugiés :

160 518 personnes actuellement sous protection Ofpra en France (à partir de 1973),

dont **80 881 en Ile de France (IDF)** et **13 830 en Rhône Alpes** (hors mineurs accompagnants)

Déboutés : entre 2006-2010, **101 769** personnes déboutées de leur demande d'asile en France.

Nouvelles demandes d'asile :

(Hors apatrides et mineurs accompagnants)

- nouvelles demandes **2010** : 16 547 en IDF, 3 662 en Rhone Alpes, et **36 749 en France**.

- nouvelles demandes **2009** : 14 535 en IDF, 3 344 en Rhône Alpes, **33 076 en France**

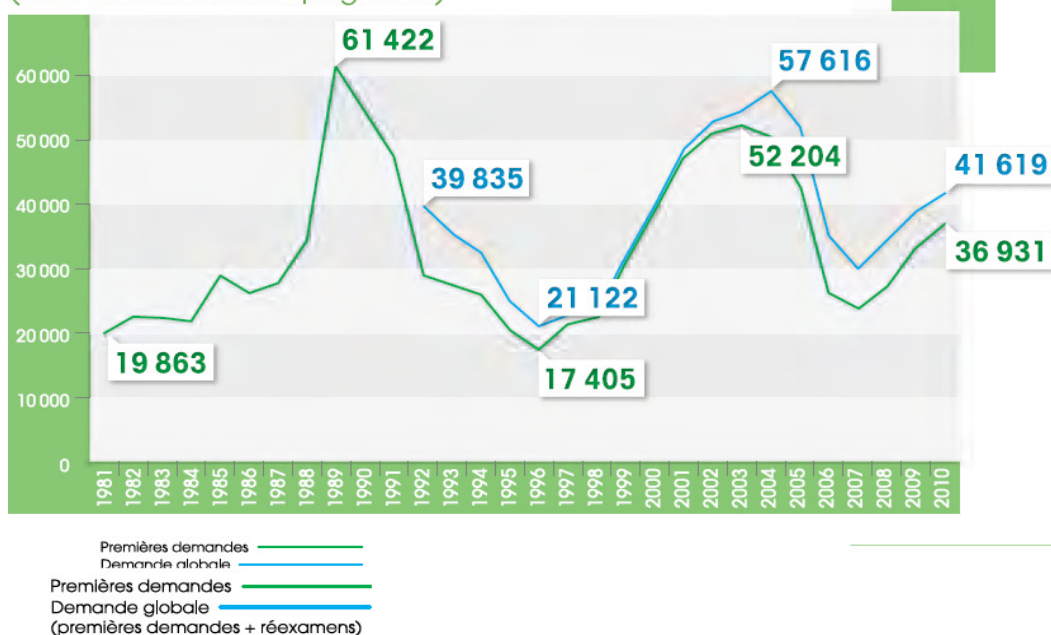
- **Total des nouvelles demandes en France en 2010, dont apatrides et mineurs accompagnants : 52762**
- **Total des admissions OFPRA + CNDA = 10 340**

Hébergement des demandeurs d'asile et réfugiés (D'après le rapport d'activité 2010 de l'OFII) :

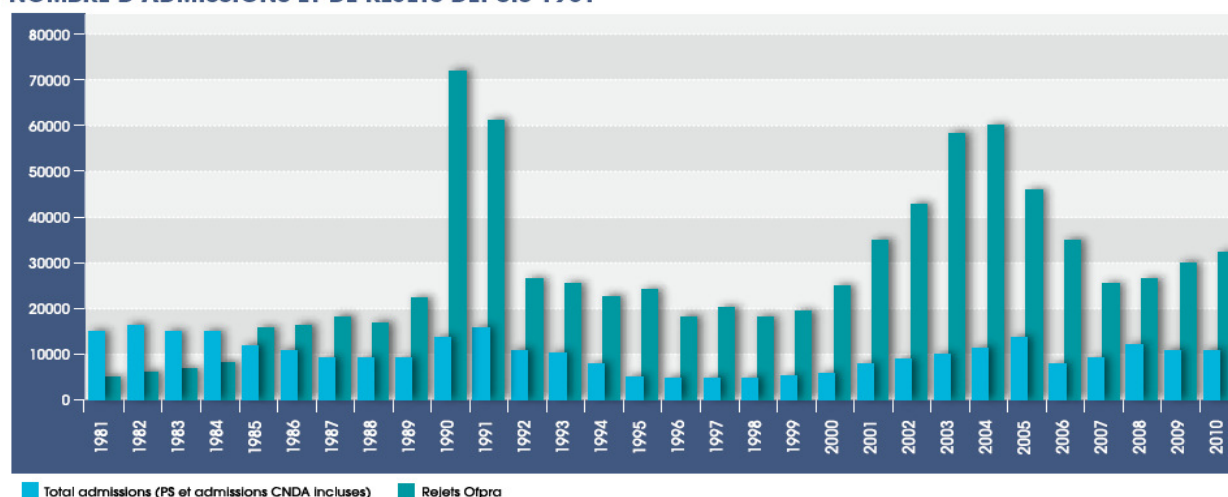
- 279 cadras ouverts soit 21 308 places d'hébergement. Soit une capacité d'accueil de 28.3% du flux.
- 28 Centres Provisoires d'Hébergement (pour réfugiés) soit 1083 places
- Durée moyenne de séjour en 2010 : 586 jours

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DEMANDES DE PROTECTION INTERNATIONALE EN FRANCE DEPUIS 1981

(Hors mineurs accompagnants)



NOMBRE D'ADMISSIONS ET DE REJETS DEPUIS 1981



Le graphique ci-dessus illustre les taux d'obtention/refus de statut de demandeurs d'asile. En vert sont indiqués les rejets par l'Ofpra, en bleu le total des admissions (incluant les accords obtenus à la Cour National pour la Demande d'Asile) : depuis la fin des années 80, le nombre de rejets dépasse largement le nombre de demandes. (2010 : 52 762 demandes, 10 340 admissions). Les personnes dont la demande est rejetée sont appelées « déboutées » de la demande d'asile. Ils ne bénéficient plus ni de droit au logement, ni de l'Allocation Temporaire d'Attente.

Une démographie inégale de l'offre de soins et une réforme du système de santé publique

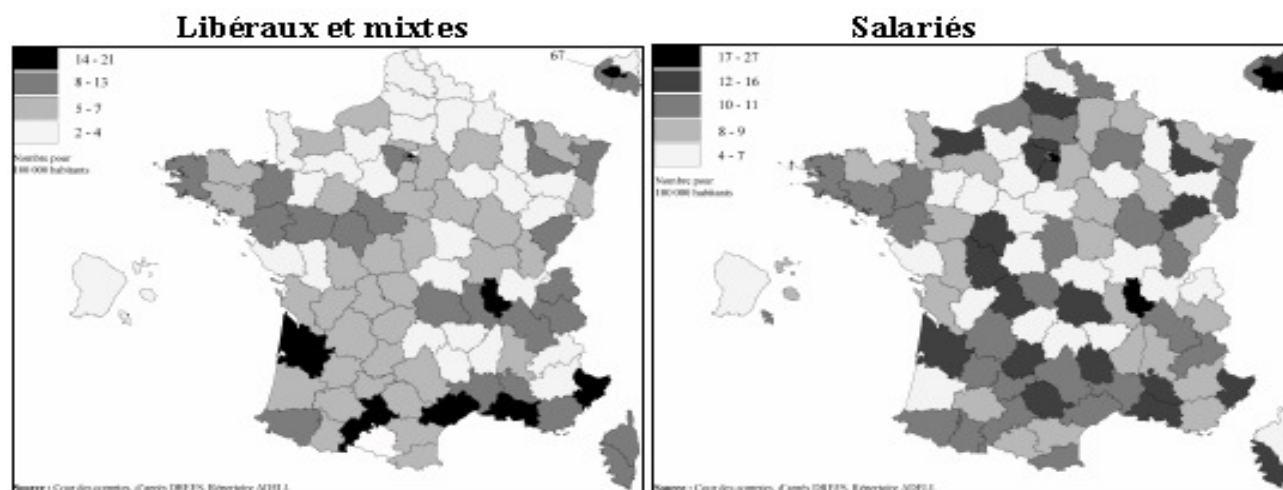
La situation actuelle de la psychiatrie publique est caractérisée par une démographie des psychiatres déficitaire et préoccupante, et par des structures de santé publique débordées. Ce qui se traduit de manière pragmatique par un allongement des délais d'accès à un suivi pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, et par un nombre important de territoires où les besoins de soins psychiatriques et/ou de soutien psychologique ne peuvent être couverts.

Le rapport de décembre 2011 de la Cour des Comptes évaluant les effets du plan « psychiatrie et santé mentale (2005-2010) » pointe du doigt la question des disparités territoriales en termes de démographie psychiatrique : « Les disparités territoriales de l'offre de soins demeurent ainsi une caractéristique persistante de la psychiatrie française. Si certaines différences peuvent répondre légitimement à des différences objectives entre territoires (bien que celles-ci ne soient jamais évaluées), cette situation est d'autant plus dommageable aux patients que la proximité est essentielle à la qualité de l'offre de soins et que l'égalité des chances commande que celle-ci soit, quantitativement et qualitativement, aussi corrélée que possible avec les besoins. [...] A côté de progrès remarquables, des situations difficiles perdurent [...]. Les hospitalisations inadaptées, les transferts de patients du fait de suroccupations, les ruptures de résidence notamment pour les populations précaires ou pour les personnes incarcérées, l'articulation alternative à l'hospitalisation, trop peu développés, ou le chaînage encore défaillant avec les structures médico-sociales exposent à des risques élevés de perte d'efficacité de soins, par ailleurs souvent onéreux »³

³ « L'organisation des soins psychiatriques : Les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010) », pp49-50, Décembre 2011, rapport public thématique disponible sur le site de la Cour des comptes http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPT/Rapport_public_thematique_soins_psychiatrie.pdf

Les déséquilibres de répartition se sont légèrement accentués entre 2000 et 2010. Les écarts vont du simple au décuple entre Gironde (21), Bouches-du-Rhône (20) et, à dominante rurale, Eure ou Vendée (2). La Guyane n'a aucun psychiatre libéral.

Carte 5. Psychiatres, au 1er janvier 2010, pour 100 000 habitants



Pour les salariés, hospitaliers ou non, hors Paris (27 pour 100 000 habitants), les écarts vont du simple au quintuple entre Val-de-Marne (20) ou Rhône (19), et Indre ou Loir-et-Cher (5).

Par ailleurs, depuis 2010, le champ de la santé publique, et notamment de la santé mentale, n'est également pas épargné par les remaniements institutionnels. La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire a généré une profonde reconfiguration sur le fond et la forme des fonctionnements hospitaliers, et plus globalement de la gestion et de la prise en charge des questions de santé publique. Cette loi est à l'origine de la création des Agences Régionales de Santé dont l'objectif est de résoudre le clivage curatif versus préventif, et sanitaire versus médico-social. Pourtant, si l'on se réfère aux revendications des associations de patients et aux soignants, les ARS n'en sont encore qu'aux balbutiements de leurs potentialités.

D'autres nouveautés ont intégré progressivement le paysage sanitaire, notamment la reconfiguration des modes de gouvernance dans les hôpitaux, la tarification à l'acte, ou encore les réformes concernant les soins sous contraintes...

Ces modifications profondes des fonctionnements hospitaliers notamment, ne viennent pas faciliter la disponibilité des professionnels pour penser ou développer les pratiques auprès des patients présentant des tableaux « marginaux » comparativement à l'ensemble de la patientèle « classique » : les personnes en situation de grande précarité, les personnes contraintes à l'exil, font partie de ces situations cliniques peu abordées dans le cadre des formations initiales, ou dans les ouvrages de références nosographiques (DSM, CIM). Leurs situations psychosociales révèlent régulièrement les failles de la sectorisation hospitalière. Ces profils de patients viennent donc déstabiliser la prise en charge et le fonctionnement institutionnel habituel.

L'ensemble de ces difficultés va inévitablement freiner voire bloquer la prise en charge des personnes contraintes à l'exil par des structures saturées ou en voie de saturation.

⁴ La carte correspond au nombre de CMP ou unité de consultations du secteur en psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire, pour 100 000 habitants, par département.

III- DIAGNOSTIC ET ANALYSE

Précision : Nous avons réalisé une quarantaine d'entretiens collectifs auprès des acteurs du Dispositif National d'Accueil (et des quelques partenaires soignants et bénévoles conviés à participer). Ces entretiens ont été enregistrés, mais le nombre de participants et la quantité des entretiens ne nous ont pas permis de pouvoir identifier les auteurs des différents verbatim relevés. Une très grande majorité des participants étaient des intervenants et travailleurs sociaux en CADA.

Le problème ne s'est pas posé pour les entretiens individuels auprès des demandeurs d'asile et réfugiés, ou pour les entretiens auprès des professionnels de psychiatrie.

Un constat central : Une problématique multiple, interstitielle, circulaire et de nombreux déterminants

Le processus de prise en compte et de prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile implique une multitude d'acteurs (le demandeur d'asile, son entourage, les professionnels et bénévoles du champ de l'asile, les professionnels de santé, de la santé mentale, les professionnels de champ social, de l'hébergement, de l'urgence, les institutions, les associations, les instances politiques locales, départementales, régionales, nationales, européennes,...).

Il s'agit également d'une problématique qui concerne différents registres et champs professionnels (santé publique, psychologie, psychiatrie, social, associatif, prévention, éducation, insertion, hébergement, logement, urgence,...) et qui mobilise des cadres de références professionnels, culturels, éthiques, déontologiques et idéologiques singuliers.

Cette dimension « multiple » nous a conduits à élargir le champ de notre investigation. C'est là une composante importante de la problématique que nous avons intégrée dans l'élaboration de nos recommandations.

Mais **cette problématique est également interinstitutionnelle ou interstitielle** : elle se situe à l'articulation entre ces multiples acteurs et leurs champs d'interventions propres. On retrouve à propos de la population issue de la demande d'asile la même configuration que pour les publics concernés par la politique de la ville et pour lesquels il existe des dispositifs interministériels spécifiques à destination des personnes résidant dans les quartiers « classés ». Ces dispositifs prévoient une approche globale de la problématique, incluant des actions sur les questions de santé, sur l'éducation, les discriminations, l'urbanisme, etc.

La problématique de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile concerne également différentes dimensions et déterminants : précarité sociale, santé, logement, hébergement, insertion, discrimination... et aucun acteur ne peut revendiquer le statut et la position d'expert sur l'ensemble de ces facteurs.

Combinées avec le cloisonnement qui caractérise le mode de fonctionnement de nos institutions, les caractéristiques de cette problématique conduisent assez naturellement à une juxtaposition des expertises, des champs et des cadres de référence professionnels. Cette juxtaposition constitue une variable importante à prendre en compte dans la mesure où elle peut venir compliquer la prise en charge, cette configuration produisant de manière assez naturelle ce que l'on appelle le syndrome de la « patate chaude » que nous avons rebaptisée sous la dénomination de « prise en charge linéaire ».

Si nous évoquons l'idée de problématique interstitielle, nous pourrions également parler de problématique « marginale », c'est-à-dire présente dans les différents champs, mais à la marge de ces différents champs. Si la schizophrénie relève pleinement du champ de la psychiatrie, quid de la souffrance psychosociale liée à l'exil... relève-t-elle ou pas de la psychiatrie, du champ social ? Des deux ? Cette position « à la marge » de la problématique de la santé mentale est une composante non négligeable de l'équation.

La problématique est également circulaire dans le sens où elle se trouve en rupture avec un modèle linéaire « cause / conséquence » aristotélicien qui n'est pas adapté pour comprendre ou intervenir sur les problématiques complexes à l'instar de celle qui nous préoccupe.

La relation entre la santé mentale et le travail par exemple a été fréquemment évoquée au cours des entretiens, les observations des professionnels à propos de cette relation illustre parfaitement la notion de circularité. Le fait de travailler va avoir sur les demandeurs d'asile un impact positif sur la santé mentale, pour autant, il est clair que l'état de santé mentale est un déterminant puissant qui peut dans le cas d'un psychotraumatisme empêcher la personne de se concentrer, d'apprendre et aussi... de travailler.

Bref, l'état de santé mentale impacte la vie sociale, la vie affective et relationnelle, l'insertion et réciproquement la vie professionnelle, la vie sociale, affective, relationnelle, professionnelle affectent notre santé mentale. Cette circularité est une dimension qu'il convient d'intégrer.

La problématique, enfin, est souvent « hors cadre », les cadres de référence professionnels, culturels, les cadres pour penser (représentations, théories, paradigmes, idéologies,...) et les cadres pour agir (modalités d'intervention, pratiques, positionnement, rôles,...), ne sont souvent pas ou peu adaptés pour intervenir auprès de ce public ou pour prendre en charge leur santé mentale.

Certains professionnels peuvent être amenés à intervenir en dehors de leurs missions, à sortir de leurs cadres de référence professionnels, à introduire une rupture dans leurs pratiques pour assurer une prise en charge appropriée. Pour d'autres acteurs, ce sont les problématiques des demandeurs d'asile qui ne coïncident pas avec la vision qu'ils peuvent avoir de leurs missions.

L'investigation réalisée dans le cadre de cette étude nous a permis d'appréhender la complexité de cette problématique et surtout de pointer le fait qu'il s'agisse d'une problématique multidéterminée pour laquelle aucune solution simple ne peut être envisagée. Aucune réponse unique focalisée sur une seule dimension ne peut agir efficacement et nous arrivons donc à la même conclusion que pour le précédent point : nos recommandations pointeront la nécessité de proposer un changement au niveau du système et non sur une seule de ses composantes.

Une structuration systémique du rapport construite sur quatre niveaux de compréhension

La phase exploratoire auprès des acteurs de la santé mentale et de l'asile et la phase d'investigation qualitative auprès des acteurs du DNA et de leurs partenaires nous ont amenés à dresser un premier constat : le processus de prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile implique une multitude d'acteurs qui renvoient à différents niveaux de compréhension. Tous ces niveaux de compréhension sont également des niveaux d'action, autrement dit une intervention peut être envisagée sur chacun de ces registres afin d'améliorer la prise en charge de la santé mentale, même s'il apparaît que certains sont plus opérants, plus pertinents ou plus puissants que d'autres.

La volonté de comprendre les modalités d'organisation et le déroulement des processus de prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile nous a incités à identifier et distinguer plusieurs niveaux :

- Le niveau individuel,
- Le niveau organisationnel,
- Le niveau local ou interinstitutionnel,
- Le méta niveau.

La prise en compte ou la prise en charge de la santé mentale peuvent être abordée à chacun de ces niveaux qui sont « en soi » déterminant dans le processus. Mais elle se joue généralement dans l'articulation entre ces différents niveaux et à l'intérieur d'un cadre délimité par ce que nous nommons le méta niveau.

Toute préoccupation ou action de soutien ou de soin psychique se joue tout d'abord au **niveau de l'utilisateur**, niveau des représentations, des croyances, des pratiques de santé qui apparaissent

fortement déterminées par la dimension culturelle. Elle se joue ensuite à un **second niveau, celui des institutions, des structures** d'accueil ou structures de soins qui à travers leurs cadres de référence professionnels, leurs pratiques, leurs actions et les modalités de prise en compte peuvent intervenir sur la santé mentale. **Le troisième niveau concerne l'articulation et les relations entre les différents acteurs** concernés par la problématique, c'est le niveau d'action où se mettent en place et s'organisent les systèmes de prise en charge opérationnelle.

Le quatrième niveau est un « méta » niveau, il détermine fortement tous les autres niveaux et renvoie aux différents cadres qui régissent cette problématique et ses acteurs, qu'il s'agisse du niveau idéologique via les représentations, théories et paradigmes qui permettent de penser et d'agir ou bien du cadre formel, la politique de l'asile et la politique de la santé publique qui déterminent les choix, décisions et orientations mais aussi des moyens et des marges de manœuvre des acteurs de la santé mentale et de l'asile.

Si nous avons volontairement dissocié ces différents niveaux pour faciliter notre travail d'analyse, il est clair que dans la réalité, **ces registres sont tous déterminants, qu'ils s'articulent et interagissent**. Aucun niveau ne peut permettre, pris de manière isolé, de rendre compte et de comprendre les modalités de prise en charge de la santé mentale et leurs dysfonctionnements. C'est pourquoi les recommandations que nous allons effectuer prennent en compte ces différents niveaux et l'interaction entre ces niveaux pour proposer **une action en synergie**.

D'autres études et d'autres champs mettent en exergue la pertinence de ces quatre niveaux d'analyse.

Ils rappellent par exemple la logique du modèle écologique dans le champ psychosocial. Selon cette approche, le comportement d'un individu est soumis à l'influence réciproque entre les différents systèmes qui constituent son environnement, et ses caractéristiques individuelles propres. Ces différentes « couches » systémiques s'emboîtent les unes dans les autres, et interagissent les unes avec les autres. Il s'agit alors d'évaluer les difficultés, les vulnérabilités comme le produit de l'interdépendance de ces différents niveaux systémiques.

L'individu, le sujet dont on parle est l'**ontosystème**⁵, au centre de cette « niche écologique »⁶.

Le second niveau est le **microsystème**, constitué des individus que la personne côtoie régulièrement, ou avec lesquelles elle a un lien direct. (la famille, les amis, les collègues, les intervenants sociaux, soignants).

Le **mésosystème** correspond ensuite au système de relations entre les microsystèmes. S'intéresser à ces mésosystèmes, vise à essayer de comprendre la nature des liens entre ces différents groupes, et d'évaluer leur impact sur l'évolution, la vie de l'individu. Par exemple, les conflits entre un travailleur social et un médecin.

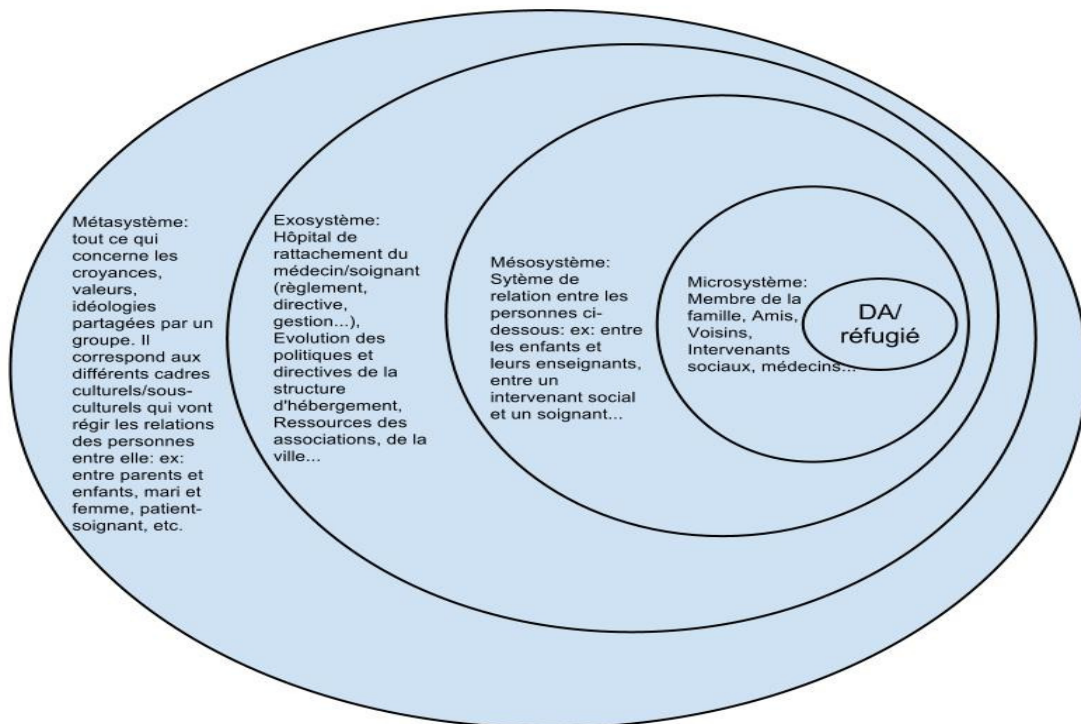
L'**exosystème** correspond aux environnements où n'évolue pas forcément le demandeur d'asile mais qui peuvent influencer sur son existence. (ex : les directives institutionnelles gouvernementales qui vont impacter sur les possibilités d'actions des structures locales, les directives au niveau du Dispositif National d'Accueil ou des préfectures, etc.)

Enfin le **macrosystème** regroupe l'ensemble des croyances, des représentations, des idéologies partagées par un groupe, et qui constitue son cadre culturel.

⁵ D'après Robert Pauzé PhD à l'Université de Sherbrooke, Canada, l'ontosystème comprend « l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu »

⁶ On appelle niche écologique cet ensemble de systèmes encastrés.

Ainsi, dans notre cas, si nous plaçons par exemple une personne en demande d'asile au cœur du modèle :



Dans une même logique de classification systémique, au Québec une équipe de recherche propose une lecture de ces 4 mêmes niveaux comme les « niveaux du pouvoir d'agir ». Cette traduction de la notion d'« empowerment » définit le processus d'augmentation du pouvoir personnel, collectif ou politique de manière à ce que les individus, familles, ou collectivités puissent avoir une emprise sur l'amélioration de leurs situations. Pour Jean-Pierre Deslauriers⁷ et son équipe, cette notion du pouvoir d'agir se travaille à la fois au niveau individuel, au niveau du groupe, de la communauté et de la société.

Il peut être intéressant de garder cette notion de « développement du pouvoir d'agir » en tête, comme synonyme ou élément intrinsèque d'une amélioration de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés. (Et plus largement comme un vecteur de la progression du tout « agir » professionnel.)

1) La vulnérabilité d'un public exposé à l'exil, à la violence, à la précarité, aux deuils et à l'attente (NIVEAU 1 : les usagers)

Les différentes phases de l'investigation ont fait apparaître une puissante synergie négative qui impacte fortement la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile. L'histoire de chaque demandeur d'asile est unique et singulière. Certaines sont d'une violence absolue, d'autres si on les place en perspective avec les plus extrêmes peuvent paraître moins dramatiques. Et pourtant, l'ensemble des récits et des situations qui nous ont été rapportés par nos interlocuteurs (intervenants sociaux, soignants, réfugiés et demandeurs d'asile) font état d'un point de convergence majeur : le

⁷ Deslauriers J-P., (2007-04), Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir personnel et collectif, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (Céris), Université du Québec en Outaouais, Série Pratiques Sociales numéro 15.

parcours de vie des demandeurs d'asile peut être décrit comme une accumulation et une succession de traumatismes et d'événements traumatisants, ainsi que de pertes, de crises et de changements.

a) Du point de vue des professionnels

1. A chaque étape du parcours migratoire, de nouveaux facteurs de vulnérabilisation

Au cours d'une période qui peut durer plusieurs mois ou bien souvent plusieurs années les demandeurs d'asile vont rencontrer, côtoyer ou être victimes de la guerre, de la violence politique, de la persécution, de la barbarie, de la torture puis ils vont connaître l'exil et son lot de deuils, de pertes, de changements et de ruptures dans des conditions de vie ou de survie caractérisées par une précarité sociale, par l'errance et la quête d'un hébergement et d'une situation stable.

« D'autant qu'il y a un temps beaucoup trop long...ils ont parfois pu passer, des semaines, des mois voir des années avant d'arriver ici... nous on dit primo-arrivant, mais primo-arrivant en France, parce que le parcours avant est bien plus long. Si on prend les soudanais du Darfour, ils vont travailler parfois 4, 5 ans en Libye pour pouvoir payer le trajet jusqu'à l'Europe... ils n'en peuvent plus... ».

Pour une grande majorité de personnes venant chercher asile en France, l'Europe de l'Ouest représente l'eldorado, une terre de liberté et de droits, qui pourra leur offrir la sécurité et l'espérance d'un avenir plus serein. L'arrivée sur le territoire est régulièrement synonyme d'une grande désillusion.

« Ils arrivent en France avec des illusions... quand ils arrivent en France ils découvrent la réalité... ils voulaient des maisons avec jardin... ils viennent avec beaucoup d'illusions, d'attentes... »

Une fois sur le territoire, la personne en quête d'un refuge doit se rendre en préfecture afin de solliciter une autorisation provisoire de séjour. Dans un second temps, elle pourra se rendre dans une plateforme d'accueil pour y déposer sa demande d'asile. Les personnes déjà vulnérabilisées par leur parcours et expérience migratoire, doivent ensuite affronter la grande précarité de l'arrivée sur le territoire.

Même pour le tiers des demandeurs d'asile accédant à une place en CADA, l'entrée en structure d'accueil ne signifie pas pour autant la fin des épreuves : la procédure de demande d'asile exige la production d'un récit susceptible de réactiver des souffrances profondes qui ne seront pas toujours entendues ou reconnues et pour lesquelles une prise en charge adaptée n'est pas toujours possible.

*« Dans la justice, une femme qui a vécu un viol, elle ne raconte qu'une fois son récit, c'est filmé et c'est sur ça qu'on se base...en comptant les préparations et les temps d'entretien, **un DA qui a vécu un événement traumatisant va raconter son histoire au moins quatre fois pendant sa demande d'asile dans des détails et sa parole ne suffit pas, il va en plus falloir fournir des certificats...** c'est une période où les personnes sont beaucoup plus fragiles... ce qui était apaisé peut ressortir à ce moment-là aussi...»*

« Je suis allé voir une fois, c'est effarant... Ils doivent déballer en 10 minutes leur histoire et on leur pose des questions, on leur demande des détails que nous en tant que soignant on oserait jamais leur demander...»

Les contraintes formelles de la procédure, le langage utilisé (par exemple: « rejet » de la demande d'asile plutôt que « refus »), les questions posées, l'attitude des officiers de l'OFPPRA⁸, la dimension perçue comme arbitraire de certaines décisions, la remise en question de la véracité du récit ou des événements vécus, la suspicion de mensonges sont de nature à affecter profondément les demandeurs d'asile, à générer de la souffrance et de l'incompréhension.

« "Rejet", les termes employés c'est violent... c'est la remise en question de la véracité de leur propos... ils ont été persécutés, c'est avéré, ils en portent les stigmates et ils n'ont pas été reconnus comme réfugiés... ils sont en colère... ils sont tellement blessés par ça que même s'ils obtiennent une régularisation par d'autres moyens ils vont déposer une autre demande d'asile pour avoir la reconnaissance ... c'était pas que pour avoir des papiers ni pour avoir une meilleure situation économique en France... »

2. L'attente et l'inactivité : symbole du temps suspendu de la procédure d'asile

La période qui suivra le dépôt du dossier ou du recours est un espace où le temps est suspendu : l'attente, la crainte d'une réponse négative produisent de l'angoisse, l'inactivité et l'incertitude déclenchent une profonde souffrance psychique et psychosociale⁹, et plus le temps passe et plus l'état de santé des demandeurs d'asile va s'aggraver. C'est là encore un point sur lequel convergent le vécu et les expériences des demandeurs d'asile et réfugiés, les intervenants sociaux et les soignants.

« Pour moi le gros problème parmi ces réfugiés, surtout pour les jeunes, c'est l'inactivité, ils tournent en rond dans leur chambre, à cogiter sur ce qui s'est passé, et ce qui pourrait encore se passer... »

« On s'était fait la remarque, au niveau santé mentale, les gens arrivaient, se posaient, ils allaient mieux et puis avec les dossiers qui traînaient des années, par contre il y avait une dégradation... les gens se dégradent et ont même peur de sortir de l'établissement... c'est terrible, les gens se désinsèrent totalement... l'autonomisation est difficile... rester à rien faire, c'est destructeur... et même quand ils ont retrouvé du travail, ils n'arrivent pas à reprendre un rythme aussi facilement... »

L'impact du travail sur la santé mentale est un sujet qui a été abordé très régulièrement au cours des rencontres. C'est une variable qui paraît extrêmement déterminante en ce qui concerne la santé mentale du demandeur d'asile.

Les effets psychosociaux (identité, statut social,...) et psychologiques du travail rémunéré ou bénévole semblent également puissants : ils peuvent affecter positivement et sur le long terme l'intégration sociale du demandeur d'asile. Ils permettent aux hommes de maintenir leur statut de « père nourricier », tout en les inscrivant dans un rythme quotidien qui permet d'atténuer l'attente.

« Chez nous, sur la région, ils obtiennent des cartes de séjour temporaires donc ils peuvent se mettre au travail assez rapidement et moi ce que je constate c'est que quand ils travaillent ils vont mieux... c'est réel... c'est au bon vouloir du préfet... moi je me dis franchement que si on ré-autorisait les DA à travailler, il y aurait un autre visage dans nos établissements... »

⁸ Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides

⁹ Par souffrance psychosociale, nous entendons une souffrance psychique causée par des facteurs sociaux, environnementaux vulnérabilisant (inactivité, promiscuité ou insalubrité ou absence de logement, violence administrative ou institutionnelle, précarité...)

En revanche, l'impact négatif de l'impossibilité de travailler peut être tout aussi puissant. Les conséquences en termes de santé, ou de santé mentale sont particulièrement problématiques sur le long terme. Il s'agit là d'une problématique circulaire : si le travail impacte positivement la santé, l'absence d'activité salariale, ou à minima bénévole, attaque les assises narcissiques en contraignant la personne à l'assistanat. Cette inactivité déstabilise le statut social de « chef de famille », et oblige à subir l'attente et le sentiment de passivité, d'inutilité. L'absence de travail engendre donc progressivement un repli sur soi, une défaillance de l'estime de soi, des attitudes dépressives... Or, pour trouver un travail il vaut mieux être en bonne santé.

« Parce que moi je vois la différence entre ceux qui travaillent et ceux qui sont complètement en attente inactive... à partir de un an de présence sur le territoire ou quand ils sont en recours CNDA ils ont le droit de travailler par contre, ils doivent demander l'autorisation à la DDTE et ici ils l'obtiennent jamais... ils passent leur temps à attendre... ils se décalent complètement si on leur donne un RV à 10h, c'est trop tôt, ils sortent des chambres à 11h... Nous on a des familles... le fait d'avoir des enfants, d'avoir des obligations, ça te maintient un peu mais en tant que parent et homme dans la famille ils prennent un coup... ils perdent leur place... »

3. La délicate période de la réponse

La réponse positive ne représente pas uniquement le soulagement d'une régularisation. L'obtention du statut de réfugié signifie aussi l'injonction de trouver rapidement un logement, un travail et une place dans la société. L'angoisse s'est juste déplacée, elle ne résulte plus de l'attente mais du lendemain et du poids des responsabilités nouvelles. Souvent pris en charge par la structure d'accueil, le demandeur d'asile va devoir désormais trouver ou retrouver une autonomie et être en capacité, dans un environnement social difficile, de construire une vie nouvelle. Sans oublier les événements traumatiques qui se faisaient plus ou moins discrets durant cette période d'incertitude et de survie, et qui viennent parfois refaire surface au moment où les choses se stabilisent. C'est aussi une période sensible où le demandeur d'asile réalise le fait de ne plus pouvoir retourner dans son pays. C'est pour ces raisons qu'une réponse favorable est aussi un moment qui peut nécessiter un soutien psychologique.

« On a parlé des DA, mais la souffrance elle s'arrête pas forcément quand on a le statut, il y a une part de soulagement mais il y a aussi quelque chose de difficile à vivre, et quand les gens sont relogés et dans des démarches d'insertion, d'emploi, de formation... la souffrance elle est encore là, on n'est pas à l'abri d'un pétage de plombs ... »

« Quand c'est positif c'est à eux de se prendre en charge, c'est eux qui vont être obligés de prendre les rennes de toute la cellule familiale... je pense que c'est au moment de la réponse qu'ils ont besoin le plus de soutien avec un psy... au moment de la réponse on voit souvent les gens plonger... c'est très violent... »

Par ailleurs, la réponse négative signifie le plus souvent un retour à la précarité et la clandestinité et parfois un retour au pays. Le choc du « rejet », de la non reconnaissance de leur histoire, la vie de clandestin, la grande précarité, la peur, qui s'ajoutent aux vécus traumatiques, et à la déstabilisation des statuts familiaux, sont tout autant de raisons qui expliquent également la nécessité d'un soutien dans ce contexte de grande vulnérabilité psychique.

« En ayant un refus... ils ont du mal à comprendre pourquoi... comment la personne qui les a reçus à pu mettre en doute... c'est très violent, ils ont du mal à accepter... quand quelqu'un a vécu des choses terribles et qu'il est débouté de sa demande d'asile, ça veut dire que ce qu'il a vécu est nié... »

ça c'est terrible... l'Ofpra c'est 90% de refus, en gros il leur dit ce que vous avez vécu c'est pas vrai... ça réenclenche beaucoup d'angoisse... faut à nouveau raconter sa vie, apporter des preuves ... »

Les différentes étapes que nous avons présentées brièvement dans cette synthèse représentent des situations qui peuvent affecter profondément la santé mentale des demandeurs d'asile. Si la période pré-CADA semble marquée par la prédominance du psychotraumatisme liée aux violences subies, la période de la procédure (en CADA ou hors CADA) semble elle, se caractériser par la présence de « stress », d'angoisse et de dépression symptomatique d'une souffrance psychique et psychosociale.

b) Du point de vue des demandeurs d'asile et réfugiés, bénéficiaires du DNA

Nous avons souhaité compléter le regard des professionnels sur la santé mentale des demandeurs d'asile, par le témoignage des demandeurs d'asile et réfugiés eux-mêmes. Si de nombreux points se recoupent, quelques éléments nouveaux viennent affiner la lecture.

1. Une problématique du lien

Les demandeurs d'asile ont évoqué à plusieurs reprises auprès de Marion Beroud, psychologue stagiaire chargée de ce volet de l'étude, la mise à mal des liens de filiation :

« Ici le climat est très froid, mais dis moi, comment ... En Angola, on lave les bébés 2 fois par jour ou 3 fois par jour, mais ici, on lave les bébés comment ? Dis-moi ? Parce que, oh la la, je ne sais pas comment on fait avec les bébés en France, je sais comment on fait en Angola, mais pas en France. (...) En Angola quand tu accouches, c'est ta mère qui s'occupe du bébé. Alors ici pour moi c'est très difficile. Je suis encore jeune. » Mme Dahlia (elle tient sa fillette de deux semaines dans ses bras)

La place du sujet dans sa lignée, dans sa communauté, son groupe d'appartenance primaire est remise en question par l'exil. Et la place du sujet dans le groupe humain l'a parfois été, dans les événements qui ont amené les personnes à s'exiler et à demander l'asile dans un autre pays. Il y a rupture du contrat narcissique (AULAGNIER, 1975) ; le sujet n'est plus cet enfant du couple, du clan, de la tribu ; il n'est plus le bienvenu dans le social. Le demandeur d'asile « attaqué » par les siens, « non protégé » par sa famille, par la « mère patrie » s'en remet à une société étrangère à qui il demande d'être accueilli, adopté. Dans ce passage entre une inscription et une désinscription familiale, sociale, culturelle, les fondements de ce qui fait l'identité du sujet se trouvent ébranlés, mis à mal, et cette situation est en elle-même un facteur de vulnérabilité psychique non négligeable. »

« Exilés, ces adultes peuvent se trouver confrontés à une déliaison de l'ordre symbolique. Là où ils étaient membres d'une lignée, membres d'une communauté, là où ils étaient les fils et les filles du groupe (groupe famille ou communauté), ils se retrouvent le plus souvent seuls. Ils sont les « premiers ». Ils ne sont plus que parents. Et cet ordre symbolique bousculé peut être source de nombreuses difficultés, en particulier dans l'éducation des enfants et dans l'accès à la parentalité (et spécialement à la maternité) en exil. » (MORO, 1994)

La situation des pères de famille, la difficulté qu'ils rencontrent à assurer ce rôle est revenu à plusieurs reprises. S'ils ont fui leur pays parce qu'ils étaient victimes de violences et menaces politiques, ils se retrouvent aussi parfois coupables aux yeux de leurs épouses de les avoir contraintes à cette vie d'exilés.

« Ma femme et mes enfants, maintenant ils sont en danger au Kosovo, et puis on n'a plus rien. Et j'ai vu, moi, le 115 avant qu'ils arrivent, ce n'est pas un endroit pour les enfants. Si la réponse est

négative, je ne sais pas ce que je ferai avec eux. Je dois trouver une solution, je suis leur père. » M. Merouane

« Parfois, mon mari, je le condamne. Je me dis que c'est de sa faute si j'ai cette vie là aujourd'hui. J'ai fui mon pays parce qu'il était en danger, je l'ai suivi. Mais je n'en serais pas là si il n'avait pas fait de politique ! » Mme Capucine

2. Découverte et adaptation

Ce volet de l'étude a permis d'aborder également la confrontation au nouveau, à l'inconnu de cette « terre d'asile ». Le climat, les codes socioculturels qui régissent le quotidien, le rapport à l'autre, doivent être appropriés.

« Il neigeait quand je suis arrivée. Je n'avais jamais vu la neige. J'avais froid, je n'avais pas de vêtement chaud, pas d'endroit pour dormir. J'ai commencé par tousser beaucoup. Ça m'a fait peur. » Mlle Lila

« Les gens du CADA m'ont expliqué les Restos du cœur. J'y vais deux fois par semaine chercher de quoi manger. Avec les produits du Resto, je cuisine à la française ; ce n'est pas évident hein, ils donnent des boîtes de choses que je ne connais pas, quand tu goutes ça pour la première fois, tu n'aimes pas le goût hein, mais on va s'habituer... c'est des choses nouvelles. » Mme Capucine

Et dans certaines circonstances, les différences culturelles sont trop déstabilisantes, l'étrangeté trop inquiétante.

« Tu sais en Iran, si tu bois, la police t'emmène en prison. Au 115, il y a beaucoup de gens qui boivent beaucoup, ils venaient me parler, j'avais peur ! Trop peur ! » Mme Rose

3. Représentations culturelles du soin psychique et du soignant

Les rencontres interculturelles mettent également en lumière différentes représentations sociales de la santé (notamment mentale), de la souffrance psychique et des soins à apporter. Qu'il s'agisse de la prévalence des croyances magico-religieuses, de l'impact historique d'une utilisation des hôpitaux psychiatriques à des fins répressives, ou d'une représentation communément partagée selon laquelle « les psys c'est pour les fous », la confiance accordée aux psychologues et psychiatres n'est pas toujours acquise d'emblée.

« Voir des docteurs professionnels ? D'aller voir un psychologue ? Je ne sais pas ce qu'ils font ces gens. Tu parles tu parles, tu parles, mais la vraie psychologie, c'est quand tu maîtrises bien ton intellect ; quand tu ne peux pas contrôler tes pensées, personne ne va contrôler à ta place (...) La personne qui ne peut pas contrôler ses émotions c'est la personne qui doit aller voir un psychologue. Moi je sais bien contrôler ma pensée et mes émotions ce n'est pas pour moi. Une fois j'ai essayé, j'ai parlé à mon médecin, il m'a dit tu ne dors plus parce que tu raisonnes trop. C'est pas facile pour une personne de ne pas raisonner, de ne pas penser. » M. Charles

4. Vivre dans des structures collectives

La grande majorité des personnes que nous avons rencontrées ont fait l'expérience de la vie en collectivité dans des structures gérées par le DNA. Nous avons vu apparaître des perceptions radicalement différentes selon la situation familiale des personnes.

Les personnes isolées ont principalement attiré notre attention sur le côté « vivant » du CADA collectif et des bénéfices qu'elles pouvaient en tirer.

« Je suis seule moi ici. Alors les voisins, c'est bien. Quand tu veux voir du monde, il y a toujours quelqu'un, pour boire un café. Tous les enfants du CADA me connaissent. Ils me font rire. Ils m'appellent Lila-Bonbon. » Mlle Lila

Pour Lila, être entourée, entendre le bruit des autres, voir les enfants jouer, ça lui apporte beaucoup. Du réconfort, de l'apaisement.

Les moments les plus difficiles sont les moments de solitude. Ce propos nous a été rapporté dans de nombreux entretiens. C'est dans ces moments là que les personnes « pensent », « raisonnent », qu'elles ne sont pas « tranquilles ». Chez les personnes isolées, les moments de solitude sont plus fréquents.

« Heureusement ici, j'ai ma copine. Le soir, ça va jamais, c'est le soir que ça va pas tu sais, c'est difficile. Mais moi, tous les soirs, je parle avec ma copine F. On discute, on rigole. Elle est toute seule aussi. C'est mon amie au CADA. » Melle Violette

Les rencontres avec des personnes hébergées en famille nous apportent un autre regard sur la situation de vie en collectivité. En effet, dans le discours des parents, cette situation est souvent décrite comme un poids supplémentaire, quelque chose de plus à gérer au quotidien. Ils nous ont fréquemment fait part de leur difficulté à vivre avec d'autres : les disputes entre enfants, les confrontations de modèles culturels, éducatifs, les tensions...

« Les conditions de vie, c'est comme ça, il faut faire avec. Il faut partager les douches et les toilettes, il y a les gens qui claquent les portes et qui réveillent le bébé. » Mme Églantine

« Beaucoup de monde, beaucoup d'enfants, beaucoup de bruit. Pour les devoirs, mon fils trouvait le calme dans la salle de bain, seulement ! Il allait s'enfermer là-bas pour travailler. » Mme Sophia

La qualité de l'isolation des logements, l'espace disponible est bien entendu à prendre en compte pour se faire une idée de la qualité de vie de ces personnes ; mais nous pouvons également penser que les familles sont souvent dans une dynamique d'autoconservation qui s'exprime par un repli sur soi ; par une très grande proximité entre les membres de la famille et peu de liens avec les autres.

Il est plus difficile pour eux que pour des personnes seules ou en couple de « s'échapper » lorsque la vie en collectivité devient pesante.

Pourtant d'une manière générale, l'idée de pouvoir partager, échanger, discuter, sortir avec d'autres est perçue comme propice à « faire descendre le stress ».

Cette vie en collectivité, les conditions d'accueil dans les CADA viennent aussi faire émerger des difficultés d'ordre narcissique et des pertes de repères en lien avec un bouleversement des conditions de vie habituelles des personnes qui peut être extrême. Ce bouleversement est parfois en rapport à un important déclassement économique et social auquel il faut faire face autant financièrement que

dans la vie quotidienne. Il s'agit pour certaines familles de faire un grand écart entre leurs habitudes de vie et leurs nouvelles conditions, ce qui se surajoute à la nécessaire adaptabilité dont nous parlions plus haut, et qui ne se fait pas sans peine.

« Moi en Iran, j'avais beaucoup d'argent. Je n'ai jamais rien demandé à personne. Je ne suis pas une mendiante ! (...) Pour moi ce n'est pas facile parce que moi en Iran, [mon mari] donnait de l'argent à une dame pour laver chez moi ; je sortais de la maison et quand je rentrais elle avait tout lavé. Moi ici je dois laver les toilettes que les autres voisins laissent sales ! Oh ! ». Mme Rose

Ce déclassement social est également alimenté par l'interdiction d'exercer une activité salariée et l'impact de cet interdit d'un point de vue narcissique et du côté de l'équilibre du système familial.

5. La relation d'aide, l'accompagnement : plusieurs effets sur les demandeurs d'asile

Dans toute situation d'accompagnement, bien connu du domaine du médico-social, une des principales difficultés réside dans le subtil équilibre entre aide/dépendance et autonomisation. Bien réussir son accompagnement serait de trouver une relation de bonne dépendance. Mais dans le contexte de l'asile, difficultés de compréhension et urgence sont des facteurs qui ne favorisent pas toujours le soutien à l'autonomisation des personnes, et le risque d'infantilisation n'est jamais loin.

« Parfois je me sens diminué. (...) même au CADA, ici on vous déconsidère. Je le vois dans la manière dont quelqu'un te parle, tu sens qu'on te montre que tu ne connais rien, que c'est lui qui connaît parce que toi, tu es un demandeur d'asile. Mais moi je connais, je peux comprendre, je suis allé à l'université ! » M. Charles

6. Inactivité, attente : un sentiment de temps suspendu

L'inactivité insiste sur l'élasticité du temps qui passe. La dimension d'attente est très importante dans le DNA (KOBELINSKI, 2010)

« Ici tu ne peux pas faire de projet, « je veux une maison », « je veux un travail », tant que tu ne sais pas si ta réponse sera positive, tu ne peux pas penser à l'avenir. » Mme Rose

L'accueil en CADA vient augmenter, au jour le jour, le quotient de prévisibilité des personnes en demande d'asile. Contrairement à la vie dans la rue, elles savent où elles dormiront, ce qu'elles vont manger, ce qui les attend le jour suivant... Mais l'attente d'une réponse qui arrivera par lettre recommandée fige le temps et ne permet pas de se projeter dans l'avenir. Prisonniers d'un présent inconfortable, les demandeurs d'asile sont suspendus à l'attente de ces décisions (OFPRA, CNDA). Ils n'ont aucune maîtrise du présent, ni de l'avenir. Le temps pour les demandeurs d'asile est le même que celui dont parle Z. BAUMAN (1999) à propos des vagabonds, quand il écrit qu'ils « sont écrasés par le fardeau d'un temps abondant, redondant, inutile, qu'ils ne savent pas comment remplir ». Les demandeurs d'asile se trouvent dans une situation similaire. Le temps est long, ils ne font « rien ».

« On attend. La réponse de la CNDA, on a fait un recours. Ça fait une année. On a eu la réponse de l'OFPRA en 9 mois ; là c'est plus long. Il faut attendre, encore, encore, encore. »

L'absence d'activité salariée est vécue majoritairement comme un frein au bien-être des personnes en demande d'asile. L'objet social qu'est le travail représente en effet à la fois une ressource financière,

une valorisation personnelle, une occupation, un facteur de renforcement des liens sociaux... Les bénéfices seraient multiples.

« L'occupation ça éviterait les psychologues. L'occupation de l'individu c'est quelque chose ! C'est aussi de la personnalité ; de la dignité, de la fierté ; quelqu'un qui a fait quelque chose, en fin de journée il sent qu'il a fait quelque chose ; moi je ne suis pas là pour sentir que je suis un touriste. Je ne suis pas ça dans ma tête ! Je ne suis pas un touriste ici en France. » M. Ibrahim

Dans les familles, les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à cette situation. Même si les femmes avaient un emploi dans leur pays d'origine, elles acceptent en général mieux l'inactivité, se consacrant pleinement aux tâches ménagères, à l'éducation des enfants quand elles en ont, ... elles sont « toute-mère », « toute-ménagère ». Les hommes vivent plus souvent cette inactivité comme une atteinte narcissique importante : manque de reconnaissance des compétences, « inutilité » pour la famille comme pour la société, réseau social affaibli...

« Je n'ai plus de travail, je ne fais que du ménage, je prépare à manger. Je ne fais que ça. Et mon mari qui ne fait rien. Etre là, toujours ensemble, à ne rien faire, à penser beaucoup... ça rend les choses difficiles pour le couple. Heureusement que parfois il sort prendre un café. Il voulait venir aussi à l'entretien, j'ai dit non, je veux être un peu toute seule de temps en temps. » Mme Camélia

7. Une ressource à part : le recours à la religion

Nous voudrions par ailleurs développer ici un point qui est apparu de manière marquante au cours de cette phase de l'étude ; il s'agit d'une ressource évoquée comme telle par les personnes issues de l'asile : le recours à la religion.

Nous avons en effet noté dans la grande majorité des entretiens un recours massif et spontané à ce qui touche la spiritualité. Ce domaine a été très peu évoqué par les professionnels sollicités lors de la phase qualitative, et nous nous demandons dans quelle mesure ils accompagnent ou pas les personnes hébergées dans leur quête de spiritualité.

Lorsque la question de la foi est abordée dans les entretiens, elle est présentée comme un élément à la fois incontournable et absolument central de l'équilibre psychosocial ; nous avons souvent perçu une forme d'agrippement aux valeurs spirituelles, qui apaisent, rassurent, aident à faire groupe, à sortir de l'isolement, qui mettent du sens, rappellent la Loi...

D'autres hypothèses explicatives peuvent être suggérées :

- la dimension communautaire : retrouver, recréer un lien social, une appartenance là où les expériences récentes ne sont que ruptures. Il est question d'attachement à une communauté religieuse, de créer un nouveau réseau de trouver des frères, des sœurs, des pères... une famille, de se resituer dans une lignée, ne pas être seul. Les demandeurs d'asile apprécient le fait de ne pas être considérés, dans ces moments là, comme des personnes en situation de précarité, ni en demande d'asile. Seulement des membres de la communauté, « comme les autres ».

« Quand j'ai des soucis, je parle beaucoup à une copine française. Elle est Témoin de Jéhovah ; elle s'occupe beaucoup de moi, elle vient me voir, elle me console. Dès que j'ai un problème je peux l'appeler, elle me reconforte (...) Je l'ai rencontrée quand j'étais au centre de transit. Elle cherchait des personnes à qui parler de la bible. Elle m'a demandé 2 minutes pour parler, j'ai dit oui, ensuite elle est venue me voir chaque semaine dans ma chambre. (...) Aujourd'hui c'est comme ma copine, on a une bonne relation. Je n'ai pas d'autre copine, pas de relation. Ici je suis seule, je ne connais personne » Mme Dahlia.

- la réinscription temporelle, dans l'Histoire : se situer dans quelque chose qui perdure depuis des siècles, dans une chaîne temporelle quand le traumatisme, lui, enferme les sujets dans un présent dont ils ne peuvent s'échapper.

« Je vais à l'église trois fois par semaine. Pour le culte, pour un partage de parole, pour un groupe de prière. C'est une activité, c'est du bénévolat.(...) Je suis consolée par la musique religieuse et la parole de Dieu. La parole de Dieu, c'est quelque chose qui ne change pas, depuis des siècles, depuis l'antiquité. Ça me rassure. » Melle Lila.

- retrouver une « bonne mère », retrouver une part d'espoir, quelque chose de « bon » dans une histoire marquée par les difficultés et les incertitudes, quelque chose qui rassure.

« Moi je suis chrétienne. Dans ma vie, si j'ai des soucis, je me mets à genoux, je lève les yeux, je lève les mains et je prie. Je chante des chansons religieuses. Les soucis vont partir. Je sais que mon Dieu va me répondre, il va répondre à mes besoins. Il va faire tout pour que ça marche pour moi. » Mme Violette.

Et nous pouvons supposer également que les récits et préceptes religieux, constituent une part d'explication : ils aident à pouvoir penser l'impensable, trouver un sens à l'insensé, une explication à l'horreur, à la violence de l'Homme sur l'Homme (« ce que j'ai vu n'est pas humain, c'est soit la volonté de Dieu, soit la part du Diable » ; donc si ce n'est pas humain, je ne peux pas m'identifier à ces gens là, ni me projeter dans ces comportements ; je ne suis pas comme ça...)

Il nous est apparu au fil des entretiens qu'il n'existait pas, dans la grande majorité des situations évoquées, une problématique unique, simple, monolithique, mais bien des problématiques de santé mentale intriquées et parfois difficilement dissociables du point de vue des causes et des conséquences. Certaines paraissent plutôt spécifiques au public de la demande d'asile, notamment celles qui relèvent des traumatismes et violences subies, de l'exil, des conditions d'accueil et de traitement de la demande d'asile, alors que d'autres relèvent du champ plus large de la précarité et des problématiques psychosociales ou de pathologies psychiatriques.

L'intrication de ces différents facteurs constitue un tableau clinique complexe, souvent délicat à saisir pour les différents intervenants.

La dissonance entre les vécus traumatiques des requérants, et la procédure d'asile est également un élément influant : alors que parfois l'intensité des souvenirs des violences et pertes subies nécessiteraient de leur laisser le temps de reprendre confiance en l'humain, la procédure d'asile vient empêcher toute cicatrisation en imposant de les raconter, encore et encore, avec le plus de détails possibles.

Compte tenu de ces constats, deux évolutions seraient souhaitables :

D'une part, intégrer une considération pour la vulnérabilité psychique des demandeurs dans la procédure d'asile, et de penser un dispositif qui permette à la personne de livrer les raisons de son exil dans des conditions favorables.

D'autre part, la prise en charge adaptée, psychothérapeutique ou psychiatrique s'avère régulièrement nécessaire voire indispensable au cours de ces différentes phases au même titre qu'un soutien et un accompagnement sanitaire et social. Il serait important de rendre possible l'accès à un dispositif où la parole puisse se déposer librement et indépendamment de la démarche de demande d'asile, où une écoute et un soutien psychique puissent être proposés. L'accès à de telles ressources serait une progression considérable en termes de prévention de décompensation et/ou de la détérioration de la santé mentale. Actuellement, un trop grand nombre de personnes issues de l'asile, en grande

souffrance psychique, ne bénéficient pas de dispositif adapté en dehors des hospitalisations, souvent sous contrainte.

2) Des professionnels tiraillés entre une fonction institutionnelle à assumer et un investissement éthique de la profession (Niveau 2 : Les structures)

Qu'ils soient travailleurs ou intervenants sociaux ou soignants, les professionnels rencontrés lors de cet état des lieux ont pu faire part de leurs difficultés liées aux tiraillements entre la profession qu'ils ont apprise dans les écoles ou les facultés, les référentiels théoriques associés, les motivations et valeurs personnelles qui les ont menées vers cette profession, et la réalité de la pratique.

a) Les structures du DNA

Le positionnement des professionnels du Dispositif National d'Accueil tend à se définir à partir d'une confrontation de facteurs multiples qui ne facilite pas le sentiment de cohésion entre les actions du professionnel et le sens qu'il donne à sa profession.

Les intervenants sociaux, éducateurs, assistants sociaux, animateurs, se sont souvent engagés dans ces professions avec des objectifs d'apporter un soutien, d'accompagner vers du mieux-vivre, d'épauler vers le progrès.

1. Intervention sociale dans le DNA : un accompagnement vers quoi ?

L'accueil des demandeurs d'asile et l'accompagnement des réfugiés sont régis par un cadre législatif, et administratif, qui définit une procédure, une temporalité, des droits, et des interdictions.

Seul un tiers des demandeurs d'asile accèdent à une place en CADA. Parmi eux un peu moins d'un tiers obtiendront une régularisation. Tous les autres sortent donc des CADA en tant que déboutés de l'asile, sans droits sociaux ni assistance.

Les équipes essaient donc de penser leurs pratiques en fonction de cette réalité : certains optent pour une priorisation de la qualité du dossier, parfois au détriment des souffrances ravivées par le récit, dans une logique d'un « mal pour la survie ».

« Les résidents nous disent " de toute façon vous ne me donnez pas la possibilité, je peux pas aller mieux, chaque fois vous me ramenez en arrière" dans le CADA, on garde les gens dans le traumatisme, le système fait que à tout moment ils sont obligés d'en parler, de le re-raconter... l'OFPPA, la CNDA, le récit avec nous, les entretiens, les compléments demandés par l'avocat, l'entretien avec l'avocat... plus c'est traumatique mieux c'est pour eux donc on les emmène vers... c'est paradoxal... »

« On est dans un cadre de mission, on essaie de donner un maximum de moyens, la santé mentale c'est un des moyens... quand on associe la demande d'asile et traitement de la souffrance on se décentre de la personne pour aller en faveur d'un objectif, favoriser l'octroi de la demande d'asile croyant que la personne c'est son objectif... or, par expérience, ce n'est pas toujours le cas... »

D'autres considèrent que la demande d'asile et le CADA ne sont qu'une étape, plus ou moins arbitraire, et que l'intérêt est de préparer les résidents à l'après, qu'elle que soit l'issue.

« Nous on a complètement abandonné toute activité occupationnelle, ça les intéressait pas du tout... on a préféré leur payer une partie du transport parce qu'on se rend compte qu'ils sont autonomes, qu'ils n'ont pas besoin du CADA pour s'amuser et ça rentre dans notre logique d'autonomisation... tout est à l'extérieur par choix... »

« Je crois que ce qui est important ce n'est pas tant l'activité sur le CADA, le CADA ce n'est que temporaire, et c'est déjà un espace collectif parfois difficile à vivre...je crois que ce qui est intéressant ce sont les activités qui ouvrent sur la cité, qui suscitent le lien vers l'extérieur... ».

2. Soutenir, contenir, faire pilier à la santé mentale

Même si elle ne nous a pas été présentée en ces termes, une certaine préoccupation de promotion de la santé mentale semble influencer majoritairement sur les choix institutionnels : des actions sont proposées afin de contribuer à restaurer l'estime de soi, à travailler les liens sociaux intra et extra CADA, à reconsolider les résidents en tant que sujet, à les réinscrire dans une « temporalité étirée » ou en d'autres termes, une temporalité qui ne se rétracte plus sur le ici et maintenant.

« On a mis en place un conseil des usagers élu par les DA, c'est un petit groupe de 4/5 personnes qui représentent les autres, ça fonctionne très bien... ils nous disent leurs attentes et on peut leur proposer des animations... autour de la vie quotidienne... un besoin d'emprunter des vélos par exemple parce qu'on n'est pas très bien desservi par les transports... des choses basiques jusqu'à des projets plus importants... ».

3. Comment distinguer la fragilité, de la souffrance, de la pathologie ? Qui traite quoi ?

Au-delà de ces initiatives de soutien à la santé mentale, les difficultés demeurent lorsque tout ça ne suffit pas. Les professionnels rencontrés ont partagé massivement leurs difficultés d'une part à identifier, à diagnostiquer, les troubles pathologiques qui nécessiteraient spécifiquement une orientation vers la psychiatrie publique, d'une souffrance plus diffuse, moins alarmante, mais qui nécessite visiblement un soutien psychique.

« Souvent quand on les repère c'est qu'il y a de grandes manifestations inquiétantes... et on se rend compte que quand on arrive à ces manifestations là c'est qu'on a raté quelque chose... ».

« Au niveau du premier repérage, du diagnostic... on n'a pas les outils, il y a de l'observation, il y a de l'expérience mais on n'a pas toujours les outils qu'il faut...comment des professionnels souvent issus de formations sociales uniquement, peuvent repérer...ça c'est la première difficulté... »

D'autre part, il est parfois difficile de savoir vers qui orienter, soit parce qu'il n'y a pas ou peu de ressources disponibles, soit parce que les professionnels du soin (psychiques et somatiques) non informés ni sensibilisés sur ce public se sentent dépassés, au point parfois d'investir l'intervenant ou travailleur social comme « expert », ou coordinateur des soins.

« Oui et quand bien même on a une demande, on leur dit, ah ben c'est bien, mais débrouillez vous parce qu'on a personne vers qui vous orienter... »

*« Même quand ils (les pompiers) arrivent et qu'ils te disent : « vous voyez bien, c'est une crise d'angoisse... » Ben non, je ne suis pas médecin ! **On nous sollicite toujours sur des compétences qui ne sont pas les nôtres...** et on n'a jamais revendiqué une volonté à jouer les soignants... »*

« On se retrouve parfois, même avec une infirmière scolaire à devoir dire : mais non, je ne suis pas l'interlocuteur pour prendre contact avec le médecin, c'est vous l'infirmière... on doit toujours recadrer les différentes responsabilités ».

4. Des limites professionnelles floues et déstabilisantes

Dans les entretiens, ces difficultés ont découlé régulièrement sur la question des limites professionnelles, des missions, et la vulnérabilisation engendrée par le sentiment de devoir bricoler, faire du « hors cadre ». En tant que dépositaire des récits ou témoignages de profonds traumatismes, d'une souffrance aiguë, comment soutenir la personne ? Comment ne pas se laisser écraser avec elle par ces vécus aux frontières de l'humanité ?

« Moi je me suis déjà vue dans une situation où un demandeur d'asile me dit quelque chose ... je lui ai dit "Je ne veux pas que tu en parles" et où j'ai refusé d'entendre, j'ai dit non... parce que à un moment donné je ne peux pas faire l'éponge de tout... »

« Moi j'ai été aussi confrontée à nos limites...lorsqu'on aborde le récit de vie des personnes, moi je me suis retrouvée face à des personnes qui décrivaient des tortures, des sévices... et à un moment donné mes limites font que je ne suis pas en capacité d'entendre et puis qu'est ce que je vais répondre à ça... on peut entendre les choses mais est-ce que c'est aidant pour les personnes de les laisser dans le vécu traumatique... des entretiens qui duraient deux heures et puis rien... moi où sont mes limites ... »

*« Il y a des gens qui me disent des trucs, j'ai pas besoin de tout savoir sur leur vie... **pour certains on a l'impression qu'il n'y a plus de barrière... ils peuvent tout nous dire, tout nous demander...** parce qu'on intervient sur tous les plans... ils n'arrivent plus à savoir où l'intervention s'arrête... »*

Les échanges autour de ces difficultés d'accès aux soins, de positionnement, ont régulièrement abordé les limites ou défaillances du travail avec la psychiatrie, notamment la psychiatrie publique. En tant que structures et dispositifs publics de santé, et donc basés sur un principe de « soins pour tous » les CMP, les urgences, constituent régulièrement les principales ressources en santé mentale. Mais les fonctionnements institutionnels (sectorisation, organisation stricte des rendez-vous), le manque de moyens de ces structures (financement de l'interprétariat, liste d'attente), et le manque de formation et de sensibilisation font que les liens se mettent difficilement en place.

b) Les professionnels de psychiatrie publique : d'autres difficultés

Nous avons souhaité compléter les discours des professionnels du DNA, par celui des professionnels de psychiatrie publique, pour qui la demande d'asile n'est pas la « spécialité ». Nous y avons trouvé les mêmes questionnements éthiques, déontologiques, les mêmes difficultés à faire avec le hors cadre, à bouleverser les habitudes de pratique...Voici une synthèse de cette investigation :

1. Un public nécessitant une évolution des pratiques

Au cours des échanges, les professionnels rencontrés ont abordé à plusieurs reprises l'incompatibilité des cadres «classiques » de la psychiatrie publique et la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés.

Si la psychiatrie publique n'est pas une institution uniforme et totalement rigide, la relation soignant-soigné repose principalement sur un schéma coutumier d'une « relation duelle, souvent asymétrique, entre un individu souffrant, nécessitant des soins, et une personne socialement et institutionnellement qualifiée pour établir un diagnostic découlant des symptômes observés, pour les

interpréter selon une grille de lecture propre à l'école et à la culture dont il se réclame »¹⁰ (ROSENBAUM, 2010, p. 122)

La prise en charge de la souffrance psychique de personnes issues de la demande d'asile convoque d'emblée une réinterrogation de ces cadres cliniques « classiques ».

« Cela dit nos protocoles sont souvent peu adaptés à ces populations : on est avec nos schémas et démarches de consultations, protocolisés, beaucoup trop rigides et inadéquats. » (Psychologue en psychiatrie publique)

Différents facteurs ont été évoqués plus précisément en tant que freins potentiels à l'accès aux soins ; ceux-ci ne coïncidant pas avec le déroulement habituel d'une prise en charge au sein de la psychiatrie publique. En voici un résumé :

2. Une population mobile

Les demandeurs d'asile sont amenés à changer régulièrement de lieu d'habitation. Parfois même quotidiennement lorsqu'ils sont en hébergement d'urgence. La question de la domiciliation vient alors se heurter à la logique de la sectorisation hospitalière.

« Ce sont des personnes qui déménagent beaucoup, et du coup on ne peut pas suivre les règles de la sectorisation, sinon ce serait des gens que l'on perdrait...alors on est amené à ne pas suivre la règle commune...mais avec les difficultés que ça génère, parce que les personnes peuvent aussi avoir plus de mal à venir, etc. » (Assistante social en CMP)

3. Un rythme de soins particuliers

La dynamique psychique des demandeurs d'asile, réfugiés, souvent fortement liée à la procédure administrative, est une particularité qui interpelle également les professionnels que nous avons rencontrés.

Au cours de leur procédure, les demandeurs d'asile se maintiennent dans un temps suspendu, où seules les réponses des différentes instances en charge de la procédure peuvent venir ponctuer, marquer ce « hors-temps ». La régularisation, bien que généralement perçue comme l'issue tant espérée, marque également la sortie de ce « non-temps », de cette « non-vie » : il s'agit désormais de venir s'inscrire dans un avenir, tout en « faisant avec » le passé. Et ce, avec les contraintes imposées par la régularisation administrative : en obtenant le statut de réfugié, le demandeur d'asile perd également la possibilité de retourner dans son pays. Au-delà des différentes procédures et démarches d'insertion à assumer, un travail de multiples deuils doit alors également s'amorcer...

« Ils se retrouvent avec l'inscription à la sécu, l'appartement, et il y a souvent une période très dure...et parfois des gens qui décompensent... » (A.S. en CMP)

4. Interprétariat: la ressource fondamentale difficilement accessible

La barrière de la langue est également considérée comme un obstacle autant sur le plan pratique que sur le plan déontologique. D'une part, la question de la nécessité absolue de permettre à la personne de s'exprimer dans sa langue maternelle pour des soins en général, mais notamment pour des soins psychiques semble évoluer vers le consensus. De même, le recours aux enfants pour assurer la traduction n'est que très rarement sollicité, les rares exemples abordés ont concerné le volet social du

¹⁰ ROSENBAUM, F., (2010), Les humiliations de l'exil, Editions Fabert, p.122

suivi. Les interprètes professionnels sont réellement considérés comme une ressource précieuse permettant la passerelle entre deux langues, deux cultures.

« Et concernant les interprètes, pour ma part, ils sont une des ressources les plus riches que j'ai pu rencontrer.... j'ai tout appris par les interprètes! » (Médecin psychiatre en psychiatrie publique)

Dans les faits, l'accès à un interprète demeure beaucoup plus difficile...

« Ca dépend du bon vouloir des chefs et des sous-chefs et des sous-sous-chefs... » (A.S. en unité d'hospitalisation)

« Il y a aussi la barrière de la langue...et l'accès aux interprètes...les budgets dans les CMP sont très limités » (A.S. en CMP)

5. La demande inversée

Un autre point vient se heurter aux grands classiques du soin psychique : il s'agit de la question de la demande.

Les demandeurs d'asile et réfugiés, comme un grand nombre de personnes en grande précarité, ont tendance à « déplacer » leur demande : les travailleurs sociaux vont être dépositaires de récits particulièrement douloureux, et les soignants vont être destinataires de demandes de logement, de travail....

Cette attitude peut être particulièrement déstabilisante pour certains soignants non sensibilisés qui peuvent considérer cette demande comme ne relevant pas de leurs compétences, la personne ne semblant pas avoir besoin de soins psychiques.

« Il y a aussi un décalage entre ce qu'ils viennent chercher au CMP et ce que l'équipe peut leur apporter et dans quels cadres de pratiques...parce qu'on voit bien comme il est délicat de les amener à travailler autour du traumatisme, ça je pense que maintenant tout le monde a bien pris cette mesure là...mais eux arrivent avec des problèmes très immédiats : comment dormir, comment manger, comment scolariser les enfants, comment leur trouver des loisirs, comment faire avancer le dossier... » (Médecin psychiatre en psychiatrie publique)

6. Dimension culturelle du soin psychique

Au-delà du déplacement de la demande, la représentation culturelle du soin psychique peut également influencer sur l'attitude de la personne souffrante. Le soignant entre généralement en relation avec un patient à partir d'un cadre clinique acquis en formation puis par l'expérience. Il s'appuie sur des référentiels théoriques, des connaissances nosographiques, une éthique et une déontologie. Tous ces éléments sont marqués par la culture de son corps professionnel, et de sa société d'appartenance. Ils sont les repères, les codes, qui permettent la communication et le lien entre un patient et un soignant dans cette même société.

« Par rapport au fait de faire la démarche d'aller voir quelqu'un tout seul dans un bureau en face c'est quand même des codes culturels qu'on ne partage pas avec énormément de pays, des pays desquels ils sont originaires. » (AS en CMP)

Les patients en exil de leurs terres, de leurs pays, de leurs familles, ne partagent parfois pas ces codes et repères. Ils entrent dans la relation de soin avec leurs propres représentations du psychisme, de la maladie mentale, du « psy ». Ces différences dans l'appréhension d'une même situation viennent parfois complexifier le tissage du lien thérapeutique.

« Et aussi ce qu'on ne mesure pas, dans le cadre d'une consultation, c'est le fait que le métier de pédopsychiatre est complètement inconnu voir affolant pour pas mal de gens dans pas mal de pays...j'ai en tête une famille tchétchène, j'ai été surprise : le père était terrifié, terrorisé : il ne voulait pas lâcher sa femme, qui venait avec ses trois enfants en consultation...il était terrifié dans la salle d'attente, il ne voulait pas entrer dans mon bureau, parce que « pédopsychiatrie », il n'était pas fou, mes enfants ne sont pas fous, etc. » (A.S. en CMP enfants)

7. Facteurs cumulatifs de vulnérabilité

Les situations cliniques sont donc en soi particulièrement complexe : la dimension traumatique peut s'ancrer à la fois dans la période pré-migratoire, où souvent un premier événement traumatique a suscité la fuite, puis le parcours d'exil est souvent ponctué de violences, ou de situations potentiellement très dangereuses. Enfin, l'arrivée en occident, souvent associée à une situation de grande précarité, peut également être à l'origine de troubles anxieux, ou du développement du syndrome de stress post-traumatique (troubles du sommeil, céphalées, angoisses...).

« c'est aussi compliqué parce que ces enfants peuvent aussi présenter une pathologie qui pourrait être liée au vécu dans le pays....c'est difficile de savoir ce qui relève des aspects environnementaux...ou ces enfants qui ont des personnalités autistiques...ou des troubles envahissants du développement.... » (A.S. en CMP enfants)

Ces différentes strates traumatiques ou vulnérabilisantes viennent brouiller la démarche de diagnostic : par quel bout prendre les choses ? La dimension chronologique se superpose au degré d'impact des différents événements traumatiques. La grande précarité sociale s'ajoute aux pertes et aux deuils, et régulièrement aux expériences de violences et de tortures. D'un point de vue nosographique, la catégorisation des troubles est délicate. Le syndrome de stress traumatique apparaît comme incomplet aux yeux de nombreux soignants, notamment en ce qui concerne les troubles successifs à des expériences de tortures et violences. Depuis la fin des années 90, est apparue la notion de syndrome traumatique complexe. (voir plus loin, page 59).

8. Politiques de santé et pratiques cliniques : tension entre deux logiques

Les professionnels intervenant au sein de la psychiatrie publique sont pris depuis plusieurs années entre une dynamique d'évolution des politiques de santé imposant une logique comptable et gestionnaire et une rentabilité des établissements de santé d'une part, et par ailleurs, le constat d'une nécessaire adaptation des cadres cliniques et hospitaliers « classiques » aux publics « en marge » tels que les personnes en grande précarité et/ou issues de l'asile¹¹. Ces deux tendances à l'évolution progressent à contresens l'une de l'autre, et les soignants et travailleurs sociaux des hôpitaux tempèrent à hauteur du possible les tensions qui découlent de ces décalages entre politiques et réalités cliniques.

« De plus en plus en psychiatrie publique, avec la politique de soins actuels, tout est calculé, telle pathologie, tel temps d'hospitalisation, il faut du turn-over...il faut que ça tourne...alors que cette

¹¹ Voir l'article de Jean-Paul SEGADÉ, directeur général du CHU de Clermont Ferrand, dans le Rhizome n°30 de mars 2008 : « Logique administrative et logique de soin : une opposition à tenir »

population demande de doubler le temps d'investissement de psychiatre, d'AS...un certain nombre de chef de service pourrait dire "mais attendez vous n'avez vu qu'un patient alors que vous pourriez en voir deux ? "...c'est une logique comptable aujourd'hui... » (Médecin psychiatre en psychiatrie publique)

Par ailleurs, le bain constitutionnel dans lequel les institutions publiques françaises évoluent, les soumet aux risques d'une considération uniformisée de l'usager-allocataire-patient, ne laissant que peu de place aux singularités culturelles. Une lecture ethno-centrée et/ou disciplino-centrée de problématiques psycho-sociales, ne permet qu'une compréhension réductrice. Les professionnels témoignent de cette nécessité de faire appel à d'autres éclairages, et d'autres grilles de lecture.

« Il y a aussi quelque chose de la maltraitance qui vient du système public et dont on fait partie...c'est un peu paradoxal de se dire comment on va les accueillir quand le système politique ne les accueille pas et que nous-mêmes on fait partie d'un service qui dépend de l'état..... » (Assistante sociale en CMP)

9. De la dissolution des cadres professionnels vers l'impuissance

Confrontés à l'inadaptation actuelle de la psychiatrie publique pour accueillir la souffrance psychique des demandeurs d'asile et réfugiés, et soumis au durcissement des systèmes de gestion hospitalière, les soignants et les travailleurs sociaux hospitaliers sont également confrontés individuellement, dans leur pratique quotidienne, à une clinique différente, complexe, déstabilisante.

Du travail avec un interprète à la question du certificat, en passant par les dimensions interculturelles et post-traumatiques, les positionnements cliniques sont à reconsidérer, de nouveaux référentiels complémentaires doivent être mobilisés... Le professionnel doit renoncer au confort de ses acquis et de son expérience pour affronter une clinique nouvelle, où il se retrouve lui-même en situation de « presque novice ».

Ils évoluent alors dans ce que Valérie COLIN et Jean-Baptiste POMMIER ont nommé « une zone d'indétermination professionnelle et de la relation intenable » : « Dans cette zone, de la pratique, on ne peut plus faire appel à des théories de la pratique du métier, on ne peut plus se référer aux catégories sociales pour les acteurs du champ social, et aux catégories nosographiques pour les acteurs du champ sanitaire, on ne peut plus exercer le métier tel qu'on l'a appris ». (COLIN & POMMIER, 2008, p. 9)¹²

« Je crois que c'est pour ça qu'on se sent parfois en grande difficulté : il y a un traumatisme évident à considérer mais en même temps dans une situation sociopolitique tellement complexe et massive que c'est compliqué de circonscrire vraiment notre place.... » (A.S. en CMP)

« Je me pose la question du sens du soin psy quand tout le reste est aussi écrasant...c'est complètement fou, complètement fou... » (A.S. en CMP)

Comment doit-on travailler ? Comment se positionne t-on quand ce n'est plus le patient qui est fou, mais sa situation qui est fondamentalement folle ? Face à la massivité des situations déposées dans un cadre institutionnel défaillant, la notion d'impuissance émerge régulièrement dans les discours.

¹² Voir également le rapport de recherche : Réseau Et Politique De Santé Mentale : Mutualisation Et Spécificités Des Compétences, (FURTOS, COLIN, & POMMIER, 2002)

« La question de la zone d'ombre c'est tout le temps : il y a toujours des parties que l'on ne comprend pas... » (Psychologue PASS)

« Je crois que la principale difficulté c'est le sentiment d'impuissance que l'on a...de ne pas pouvoir aider ces gens, d'assister à leur souffrance... » (Médecin psychiatre hospitalier)

10. Primum non nocere : forte conflictualité éthique

Face au délitement des cadres professionnels et institutionnels, et face à la complexité et la massivité des problématiques présentées par cette patientèle, les questionnements éthiques prennent une place importante.

Le sentiment d'impuissance que nous évoquions ci-dessus s'associe régulièrement à deux postures opposées : « Je ne peux pas, donc je ne fais pas », ou « Je m'engage, 'sans filet', en l'absence de cadres institutionnels, professionnels me permettant de définir les limites que je m'impose ».

De tels tableaux psychosociaux que sont ceux des demandeurs d'asile et réfugiés, complexes, noués de toute part, peuvent en effet générer dans un premier temps soit une réaction défensive de fuite ou de rejet, parfois étayée par le cadre institutionnel et politique, ou une réaction d'engagement au-delà des missions professionnelles habituelles. Souvent privés, pour reprendre les termes de Pierre DELION, « d'un bon objet d'arrière-plan exerçant une fonction phorique « good enough »¹³ permettant de penser dans de bonnes conditions les adaptations nécessaires à la prise en charge de la souffrance psychique des personnes issues de l'asile, les professionnels s'aventurent, au gré de leurs expériences transférentielles, tâtonnent, éprouvent.

Ce pas à pas à l'aveuglette peut parfois se transformer en un engloutissement lorsque la relation vient happer l'assistante sociale, le psychologue, la psychiatre, et qu'aucune source d'étayage suffisamment solide n'est disponible pour les retenir.

« Avec les réfugiés ça fait exploser nos cadres ! On est vraiment dans quelque chose qui relève de la survie, de l'engagement personnel, des choses qui font exploser...enfin je me suis retrouvée à faire des choses pour des patients que je ne fais absolument jamais ! Avec une patiente j'en suis arrivée à lui laisser mon numéro de portable ! Parce que je savais qu'elle allait peut-être être expulsée et j'étais en train de lui faire une autorisation de séjour pour soin...donc voilà. Je lui ai laissé mon numéro personnel ! » (Médecin psychiatre hospitalier)

« Peut être qu'on est aussi dans cet engagement personnel aussi parce qu'il n'y a aucun cadre spécifique établi pour accueillir cette population là qui a quand même une spécificité importante » (Médecin psychiatre hospitalier)

11. Les certificats médicaux

De même que la procédure « étranger malade », la question du certificat médical interroge les soignants : régulièrement, ils sont sollicités, plus ou moins courtoisement, par les avocats, les travailleurs sociaux, les patients, pour fournir un certificat attestant des troubles ou pathologies dont souffrent leurs patients en voie de régularisation. Dans un premier temps, il s'agit pour le soignant de pouvoir comprendre ce dont il s'agit : dans le cadre de la procédure « Etrangers malades » un rapport médical peut être demandé aux médecins agréés ou praticiens hospitaliers. Il sera ensuite transmis à un médecin inspecteur de l'ARS qui confirmera ou non l'avis donné par le premier médecin. Le

¹³ Actes du colloque AMPI du 8 et 9 Octobre 2010 : Ça continue... - « **Pour que ça continue : la fonction phorique** » - Pierre Delion

médecin traitant peut également être sollicité pour fournir un certificat médical ou le dossier médical.

Dans un autre cadre, les médecins peuvent se voir demander un certificat médical pour enrichir le dossier de demande d'asile. Ce certificat n'a rien d'obligatoire juridiquement. Il peut éventuellement renseigner sur l'état psychique et physique de la personne, ce qui peut permettre d'expliquer certains comportements et attitudes par rapport à la procédure d'asile (contenu du récit, troubles de la mémoire, discours dépourvu d'affects...)

Cette demande de certificat suscite plusieurs mouvements parmi les soignants: il peut par exemple susciter une sorte de crainte du détournement de la fonction soignante pour des enjeux juridiques, administratifs, et va susciter une attitude de méfiance ou de rejet.

« C'est vrai qu'après ça met dans une position un peu bizarre le fait d'avoir l'impression que ça passe par nous le fait que l'on régularise ou pas nos patients ...dans le soin, ça met le médecin dans une espèce de toute puissance qu'il ne doit pas avoir. » (Médecin psychiatre hospitalier)

12. Engagement personnel, engagement citoyen : comment préserver les cadres ?

Cette réflexion quant à l'éthique repose donc majoritairement sur la question des limites. Mais se pose également la question du mode d'investissement d'un suivi, d'un soin...Est-on réellement sur un engagement professionnel, où va-t-on au-delà ? Est-ce que le citoyen qui est secoué par ces situations ne prend parfois pas le dessus ? Comment se réapproprier des cadres d'intervention ? Quels repères, quels garde-fous peut-on trouver ?

« C'est bien que ça (situation où un interne posait la question de est-ce qu'il fallait prévenir la police parce qu'un patient était sans papier avec une obligation de quitter le territoire) puisse être posé, et parlé en équipe.... parce que dans les équipes il peut toujours y avoir des mouvements comme ça de dire, ben nan, on doit pas le soigner, qu'il rentre chez lui... fin voilà quoi, dans un mouvement de ras le bol ou d'impuissance.....ça peut susciter le rejet » (Médecin psychiatre hospitalier)

« C'est ce qu'on disait : c'est une position citoyenne.... » (Psychologue PASS mobile)

c) Des difficultés communes mais non partagées

L'ensemble des acteurs de la prise en charge semblent concernés par un certain isolement, et par un régulier sentiment d'impuissance.

Parce qu'ils sont souvent seuls face à une personne en souffrance, parce qu'il est difficile de trouver une prise en charge adaptée et/ou de réponse de la part des institutions, parce que ces professionnels ne disposent pas à eux seuls des compétences ou des moyens pour soutenir ou aider le demandeur d'asile, ils peuvent se retrouver progressivement à s'engager au-delà de leurs missions professionnelles, en dehors du cadre contenant de la profession, pour investir parfois personnellement un suivi.

C'est ce glissement de la prise en charge « professionnelle » à une prise en charge qui tend à devenir « personnelle » et qui conduit les acteurs sociaux à porter symboliquement une situation insupportable qui nous semble devenir problématique. Il montre les limites de la possibilité d'intervention isolée face aux souffrances des résidents. C'est parce que ces situations se répètent qu'elles peuvent conduire à l'épuisement des professionnels qui ne peuvent plus être souteneurs et aidants.

1. Impact du positionnement et du portage institutionnel

D'après les témoignages recueillis, le positionnement de l'institution ou de la structure est un élément prépondérant dans la façon dont les professionnels vivent les suivis de demandeurs d'asile et réfugiés. Un cadre de fonctionnement posé par l'institution, l'écoute ou la disponibilité d'un chef de service sont autant d'éléments soutenant et contenant. Mais la santé mentale de ce public issu de l'asile n'est pas une problématique qui mobilise facilement ni les hiérarchies hospitalières, ni même la plupart des équipes. C'est cette dissolution de l'enveloppe institutionnelle qui amène un certain nombre de professionnels à s'investir au-delà de leur cadre professionnel.

« J'ai eu l'accord du médecin responsable de mon service, je ne l'aurai pas eu de mon chef de pôle....ce n'est pas du tout une problématique prioritaire...enfin du côté de mon chef de pôle en tout cas ». (Médecin psychiatre hospitalier)

« Peut être qu'on est dans cet engagement personnel aussi parce qu'il n'y a aucun cadre spécifique établi pour accueillir cette population là qui a quand même une spécificité importante. »(Médecin psychiatre hospitalier)

« Moi je vois déjà là, au niveau pratique, dans mes consultations CMP, avec l'augmentation des demandes, une consultation c'est 30min par patient...si c'est un réfugié c'est 1h....parce qu'il y a l'interprète, que je fais un temps de relève avec l'AS, qui le reçoit dans la foulée... J'ai la chance d'avoir un chef de service particulièrement sensible à la problématique, mais ailleurs ce ne serait pas possible....Si tout ça était pensé par l'institution ce serait peut être différent... » (Médecin psychiatre hospitalier)

Cette absence de « pensée institutionnelle » autour de la prise en charge des personnes issues de l'asile amènent donc les professionnels à évoluer dans une certaine incertitude qui les amènent vers ce que Stéphanie HAENNI-EMMERY et Marc-Henry SOULET appellent un « agir poïétique » (HAENNI-EMMERY & SOULET, 2006).

Cet « agir poïétique » consiste en une « forme d'action qui est à la fois un brouillon d'action en même temps que la recomposition de l'action ». En tâtonnant au gré de ces problématiques nouvelles à l'institution, le professionnel explore de nouveaux territoires cliniques, expérimente, et contribue simultanément à l'évolution clinique et culturelle de l'institution : leurs actions menées à l'aveugle, sont aussi « instituant d'action ».

2. Prise en charge de sujets Versus Prise en charge d'un public

La question du niveau de perception de la problématique interfère parfois dans le tissage des liens interprofessionnels : selon les champs d'intervention, une même personne ne sera pas accueillie par les mêmes « entrées » : la psychiatrie publique suit des sujets, dans leur individualité et leur singularité, pour accompagner et soigner leur vulnérabilité et/ou souffrance psychique. Les structures d'urgence, d'hébergement, d'insertion prennent en charge des publics ayant en commun les mêmes difficultés médico-sociales (ex : précarité, addictions) où cet accueil de la singularité individuelle et subjective est beaucoup plus délicate.

« C'est vrai qu'on est dans un accompagnement très individuel, alors que les services du 115 ou de la veille sociale sont confrontés à un problème général...alors ils peuvent difficilement prêter

attention à des situations singulières... la personne qui gère le 115, elle nous répond « mais vous vous rendez compte ? La démarche que vous nous demandez reviendrait à mettre des priorités dans les détresses, c'est impossible ». (Assistante sociale CMP)

« On est après dans des niveaux de réception de l'information qui sont complètement décalés...donc après qu'est ce qu'on fait....ben il se trouve que dans ce cas là c'est une institutrice de l'école qui a hébergé la famille...Face à l'impuissance professionnelle, on passe dans l'investissement personnel. »(Assistante sociale CMP)

Ces différences de niveaux d'intervention et les limites associées ne sont que trop rarement discutées entre les différents acteurs impliqués autour de même suivis. Des tensions naissent des incompréhensions de l'impossibilité d'un professionnel de répondre à l'attente d'un autre acteur.

3) Une saturation du système de prise en charge fragilisé par le manque de ressources et de compétences adaptées ou spécialisées (Niveau 3 : L'échelle du territoire d'action)

L'investigation a pu dresser le constat que chaque territoire est singulier, qu'il existe différentes réalités locales, des dynamiques territoriales et des ressources variables. Mais globalement un constat de manque émerge, à quelques exceptions près, sur l'ensemble du territoire.

Ce manque concerne trois types de ressources :

- les acteurs de la santé mentale en général et plus particulièrement de la psychiatrie publique. Ces carences qui peuvent être effectivement importantes sur certains territoires se superposent à la difficulté que peuvent rencontrer les demandeurs et réfugiés pour accéder à la psychiatrie publique.
- Les ressources adaptées¹⁴ ou coopérantes, c'est à dire de professionnels et bénévoles susceptibles de pouvoir prendre en charge les problématiques de santé mentale du public de la demande d'asile ou de prendre en compte la dimension interculturelle à travers une adaptation de leurs pratiques et une expérience du public issu de la demande d'asile.
- Les soins spécialisés (pour les troubles psychotraumatiques, les victimes de torture, la dimension transculturelle /interculturelle), qu'ils soient associatifs ou rattachés à des hôpitaux publics. Bon nombre de territoires ne peuvent faire appel à ces ressources soit parce qu'elles ne sont pas présentes soit parce que leur rareté combinée aux besoins croissants de prise en charge aboutit à une situation de saturation.

« C'est vraiment un manque fou au niveau de la région cette prise en charge spécialisée... »

Pour les territoires qui sont concernés par ces trois registres, la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile devient alors extrêmement compliquée pour ne pas dire quasiment impossible car le coût économique, mais aussi le coût en temps, et en énergie investie pour essayer d'orienter les personnes est très important.

¹⁴ Ces ressources adaptées, comme nous l'entendons ici, sont des dispositifs ou structures pouvant accueillir des demandeurs d'asile et réfugiés, exilés, mais dont la mission institutionnelle ne se concentre pas sur ce public, ce qui est le cas des ressources spécialisées. Les ressources adaptées peuvent être des services de santé publique sensibilisés à la problématique, des médecins libéraux, etc.

Les conséquences de ces carences (délais de consultation importants, listes d'attente,...) se combinent avec le manque de formation des professionnels à propos des problématiques de santé mentale spécifiques (psychotraumatisme, exil, interculturalité,...), avec le manque de connaissance du public et les difficultés liées à l'interprétariat (financement, résistances liées au manque de pratique et d'expérience, flou autour de la demande d'asile) pour aboutir à des modalités de prise en charge qui semblent peu adaptées et jugées peu satisfaisantes (consultations rapides, prescriptions massives de psychotropes,...) voire parfois à des refus de prise en charge.

Le décalage entre l'offre et la demande peut conduire à une saturation voire à un épuisement du système de prise en charge, à fortiori parce que les structures spécialisées sont fragilisées par des financements composites et rarement pérennes qui ne leur permettent pas de maintenir ou de développer leur activité dans la sérénité.

Ces différents éléments de constat mettent en évidence une réalité : dans la grande majorité des cas, les réfugiés et demandeurs d'asile accèdent difficilement aux dispositifs de droit commun. Ils peuvent encore plus difficilement accéder à des structures de soins spécialisés et au final les modalités de soins s'avèrent assez souvent peu adaptées aux besoins de ce public.

La prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile nous semble donc se trouver pleinement au sein de cette problématique reconnue et identifiée dans le champ de la santé publique, à savoir dans le **cadre des inégalités sociales et territoriales de santé**. (Nous développerons cette idée plus loin).

a) Une prédominance des modalités de prise en charge linéaires, ponctuelles, et informelles

Les relations entre les structures d'accueil et les professionnels de la santé mentale nous semblent construites selon une mécanique de prise en charge linéaire qui se caractérise par le principe de la juxtaposition des compétences et des expertises.

« En même temps c'est du bricolage mais de personne à personne : ça a bien collé avec l'infirmière psy du CMPA, elle nous a dit, vous venez au 1er rendez-vous avec la personne, et après elle se débrouille pour tisser le lien... vraiment c'est la question du lien... »

« C'est une question de personne, des fois on appelle et ça se passe très bien, le lendemain c'est une autre personne et ça se passe moins bien... »

Le rôle des intervenants sociaux dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale semble déterminant. Ils facilitent le travail des professionnels de santé en leur apportant les informations nécessaires pour une prise en charge adaptée au public. Ils doivent aussi régulièrement sensibiliser, informer, expliquer mais également argumenter, pour obtenir un rendez-vous, une prise en charge.

« Expliquer aux partenaires ce que c'est que la demande d'asile... faire connaître le public... ça c'est un travail de fond... ils sont souvent en retard ou ils n'y vont pas, alors on explique pourquoi ?... c'est bien de les rencontrer régulièrement... c'est un travail qui se fait dans tous les domaines... »

Dans le cadre de cette mission, les intervenants et travailleurs sociaux peuvent être confrontés aux freins de ces professionnels, mais aussi à un manque et/ou à un épuisement des ressources qui les conduit à s'engager dans un continu travail de fond pour développer de nouvelles possibilités d'orientation.

« Quand on est professionnel dans un hôpital public, on se doit de prendre en charge... on est révoltées parce qu'on est complètement impuissantes, on est face à des familles qui sont en détresse, alors qu'est-ce qu'on fait... on pourrait aller dans le libéral... mais sur quel budget on trouve une interprète... on n'en a pas, on n'en a pas... alors pour des questions d'argent ou des questions de personnes qui veulent pas changer leur pratique ou se former un minimum ou même seulement essayer au moins, on se trouve avec des familles en détresse »

Les orientations sont donc traitées au « cas par cas », souvent négociées et parfois aussi gérées « en tension » dans un rapport de force couteux qui devient la seule stratégie quand les professionnels ont le sentiment d'être confrontés à une impasse. Ils n'arrivent plus à faire face à ces personnes en grande souffrance, qui peuvent présenter un danger pour elle même ou pour leur entourage. Les conséquences de ce mode de fonctionnement se traduisent inévitablement par l'instauration de rapport de force dans la relation entre les structures,

« Et le dernier contact que j'avais eu avec le CMP... parce que je commençais à être vraiment en colère, donc je les ai appelés, pour leur rappeler leur mission de soin : qu'ils parlent français ou pas, une mission de soin c'est une mission de soin... »

« J'étais très très agacée... cette psychiatre qui a suivi cette personne algérienne, je l'ai interpellée à maintes reprises, je me suis déplacée, je l'ai accompagnée physiquement, elle sait qui je suis... où est-ce qu'on en est ? Qu'est-ce qu'on fait ?... pendant très longtemps j'ai eu une seule réponse : c'est mon patient... mais donnez-moi quelques indications !... A la fin de la prise en charge, j'ai poussé un coup de gueule, "mais dites moi quelque chose, je ne peux pas travailler sans avoir aucune information"... on est coincés... »

L'existence d'un point d'articulation (coordinateur, opérateur, acteur central,...) entre les acteurs de la santé mentale et les acteurs de l'asile semble être un phénomène plutôt minoritaire. L'absence d'acteurs susceptibles de jouer ce rôle d'interface et de médiateur entretient le clivage entre les différents champs.

« J'ai l'impression que la principale difficulté est que les deux corps de métier communiquent peu (protection de l'enfance et soin)... et pareil pour les adultes : pas de liens entre CADA et psy... on a pas les mêmes compétences, connaissances... »

« Il y a ce clivage médical social...quand on arrive dans les CHU avec notre étiquette sociale, ils nous renvoient au secret médical... c'est pour ça que si on a un interlocuteur médical au sein du CADA... avec cette personne qui fait le lien avec le médical est-ce que ça se passera pas mieux ?... je vois avec la PMI, ça se passe bien, ils prennent le temps, ils acceptent l'interprétariat... il y a un échange... quand il y a un rendez-vous loupé ils nous appellent tout de suite... mais c'est des médicaux qui ont l'habitude de travailler dans le social... »

Quand cet « acteur central » détenteur de la double culture sanitaire et sociale est présent et actif au niveau local (équipe mobile psychiatrie précarité, psychologue, professionnel de santé, réseau, association, centre de soins spécialisé,...), lorsqu'il joue ce rôle d'interface, de médiateur ou de coordinateur entre les différents acteurs de la santé mentale et de l'asile, mais aussi auprès des institutions sanitaires et sociales voire des instances politiques locales, etc. le fonctionnement du système d'intervention locale est en général facilité.

« On fonctionne avec une infirmière psy d'une équipe mobile, une présence connue et reconnue au sein de l'établissement. Elle assure une permanence le mardi après midi, les gens le savent... l'avantage c'est aussi le réseau qu'ils ont ; l'objectif c'est vraiment de pouvoir relayer vers les structures existantes... »

D'autres modalités d'articulation peuvent jouer un rôle essentiel : il existe des micro-réseaux ou réseaux souvent affinitaires et très souvent informels qui sont constitués de personnes ressources (professionnels ou bénévoles, militants associatifs, médecins généralistes, psychologues de PASS, etc.) qui s'investissent auprès du public et qui prennent en charge ou facilitent la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile. Il s'agit en règle générale d'un investissement personnel qui vient pallier le manque d'implication ou d'intérêt des institutions pour le public de l'asile.

Dans ces montages rarement conventionnés, les orientations sont facilitées et les professionnels bénéficient d'une complémentarité qui leur permet de mieux cerner les limites de leurs missions.

« Il y a le psychologue du CMP qui intervient de temps en temps en réunion de service pour nous éclairer... il nous propose des pistes... nous on oriente au CMP, après un premier rendez-vous avec l'infirmière, ou s'il y a besoin de plusieurs rendez-vous, et qui après va proposer si besoin une orientation vers un psychiatre ou un psychologue. Donc nous on n'a pas à décider... »

« On a mis en place un partenariat... avec une structure qui dépend du secteur psychiatrique de XXX, on travaille avec une équipe, thérapeute, infirmier psy, médecin psychiatre qui ont accepté le principe de la confidentialité partagée, ils ne sont pas contre la présence d'une interprète lors des entretiens... quand on est interpellé par une situation on propose et un contact est pris... et là l'interprète est présente tout le long de la thérapie »

Ces réseaux affinitaires viennent combler les espaces vides, et créer du lien, des passerelles et une dynamique de travail et de coopération interinstitutionnelle.

La configuration de ces réseaux est très variable. Il peut s'agir de micro-réseaux qui incluent quelques personnes partageant le plus souvent un même système de valeurs et une sensibilité pour le public de la demande d'asile, il peut s'agir de réseaux plus importants, regroupant plusieurs structures et le plus souvent animés et portés par un acteur central (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Réseau Ville Hôpital, association, centre de soins spécialisé,...), il s'agit plus rarement de réseaux structurés et organisés.

Si ces réseaux informels et ces acteurs centraux permettent de développer une dynamique de travail et de prise en charge collective de la problématique ils restent néanmoins très fragiles.

Les acteurs de ces réseaux informels interviennent le plus souvent au-delà du cadre de leur mission, ou en périphérie de leur fonction, et leur départ laisse fréquemment un espace vide qui met fin au fonctionnement du dispositif. Ces acteurs sont rares et peuvent s'épuiser face à l'augmentation de la demande de prise en charge.

« Notre mission c'est les publics en situation de précarité et on a englobé de fait les demandeurs d'asile, à partir du moment où ils ont besoin de soin. Mais normalement notre mission pure c'est la santé mentale au sens où on l'entend en psychiatrie, mais on n'en est pas là... non seulement on élargit notre population, mais on élargit aussi notre domaine d'intervention, on n'est plus non plus que dans la santé mentale, à partir du moment où il y a un problème physique, on va traiter le problème physique... »

Ce prima de la dimension informelle et des engagements individuels vient compenser le manque ou l'absence de prise en compte de la problématique par les institutions. Ces réseaux ou dispositifs sont fragilisés par le manque de reconnaissance et de soutien institutionnel et l'absence de financement pour une activité qui vient jouer un rôle majeur dans la prise en charge interinstitutionnelle de la santé mentale.

« La question de l'interprétariat est un problème majeur, au sein du CADA on a au moins 10 langues différentes, même si on entre en contact avec le droit commun, il faut payer l'interprétariat et nous on n'a pas les subventions pour... même si on arrive à orienter on aura toujours le problème de la langue donc au final ce sera toujours les francophones ou les gens qui ont appris la langue qui vont pouvoir bénéficier de ça... »

b) Une prédominance des dimensions idéologiques, éthiques et déontologiques dans les pratiques

Les pratiques des différents acteurs de la santé mentale et de l'asile sont profondément déterminées par les cadres de référence professionnels et culturels. Ces cadres sont des productions sociales culturelles qui fournissent des grilles de lecture qui permettent à leurs détenteurs de penser et d'agir mais aussi d'ajuster leur positionnement, de clarifier leur rôle, de déterminer le cadre et les limites de leurs interventions, de construire leur identité professionnelle mais également de donner un sens à leur mission.

Ces cadres de référence sont toujours fortement intériorisés parce que construits et partagés collectivement. Les dimensions idéologiques, éthiques et déontologiques y sont présentes parfois de manière formalisée (règles, code, charte,...) mais ces dimensions sont le plus souvent fortement intégrées sous formes de productions sociales dynamiques, stables mais également implicites et informelles : représentations, systèmes de valeurs, normes sociales, interdits, tabous, etc. Ces cadres de référence sont selon la formule E. Sapir *« des codes, secrets et compliqués, écrits nulle part, connus de personne et entendus de tous »*. (SAPIR, 1967)

c) Des cultures professionnelles qui peuvent se rencontrer, se croiser ou s'entrechoquer

La proximité avec des situations de souffrance, de détresse, de misère sociale, d'injustice, de grande précarité peut entraîner un retentissement affectif et émotionnel important chez les intervenants. Pour gérer ces situations, ils vont mobiliser ces cadres de référence culturels comprenant les éthiques, les déontologies voire également les idéologies, les convictions.

Si ces cadres de référence peuvent favoriser la très grande proximité de certains acteurs partageant un système de valeurs proche (sensibilité, affinités, engagements, militance...) elle peut également accroître les distances entre les individus, les professionnels et les institutions dès lors que les acteurs concernés n'entrent pas en phase sur des questions éthiques, déontologiques voire idéologiques... Il existe un certain nombre de points d'achoppement (secret professionnel, refus de l'interprétariat téléphonique, demande de certificats...) susceptibles de générer des conflits éthiques qui peuvent se traduire par des relations tendues, par des blocages mais surtout par la difficulté à construire dans ce contexte des relations de coopération ou un partenariat durable.

La prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile apparaît donc comme un terrain propice à la confrontation des cadres de référence culturels.

Une même situation peut être inacceptable dans un cadre de référence et acceptable dans un autre cadre : le refus de prise en charge d'un demandeur d'asile par un professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue) qui ne se juge pas compétent est acceptable déontologiquement pour un

médecin selon le principe « primum non nocere¹⁵ » mais éthiquement peu acceptable pour un intervenant social car il relève, dans son cadre de référence, d'un refus de soins ou d'un manquement au principe du service public voire d'un cas de non assistance à personne en danger.

Mais il existe aussi de nombreuses situations où les professionnels vont devoir prendre des décisions difficiles (sortie du CADA de déboutés, le manque de professionnels de santé mentale contraignant à établir des priorités dans les prises en charge, etc.). La conflictualité ne porte alors pas sur la dissonance entre les différents cadres professionnels mais avec leur propre rapport subjectif à leurs missions, fonctions, professions. Ces situations les confrontent à des conflits éthiques puissants entre d'une part leurs missions, leurs pratiques et d'autre part leurs valeurs, leurs convictions, avec parfois le sentiment d'être instrumentalisés ou de basculer dans la maltraitance.

d) Des voies d'améliorations : la prise en charge collective, le rôle de soutien des acteurs sociaux et la promotion de la santé mentale

Notre tour de France des acteurs de la santé mentale et de l'asile nous aura permis de repérer différentes modalités d'intervention, de recueillir les retours d'expérience, d'évoquer les projets, de parler des réussites, des erreurs et des échecs, de confronter les démarches, les approches. Pour certains participants, les rencontres auront permis de faire part de leurs inquiétudes, de leur colère, de leurs doutes.

Progressivement des points de convergence ont pu se dessiner et déterminer les critères de réussite et les principaux leviers qui peuvent être mobilisés pour une amélioration de la prise en charge de la santé mentale.

Le développement des interventions coordonnées nous semble constituer une voie d'amélioration tout à fait intéressante. Nous avons pu recenser un certain nombre de dispositifs qui tendent à initier, construire ou développer des modalités de prise en charge collective de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile.

A l'origine de ces dispositifs on trouvera souvent les mêmes conditions favorables : l'existence d'un acteur central pour initier et porter une dynamique de travail collectif, un esprit de coopération et le partage d'un cadre de référence et de valeurs partagées, un intérêt et une sensibilité pour le public et enfin le souci de construire, d'organiser ou de structurer des modalités d'articulation interinstitutionnelle.

L'intérêt de ces démarches partenariales est multiple. D'une part elles permettent de construire une coordination des interventions qui peut mobiliser la complémentarité des compétences des différents acteurs d'un même territoire. Elles créent ou renforcent une dynamique de travail collectif qui peut limiter le sentiment d'isolement et soutenir les acteurs dans leur mission et dans leurs projets. Enfin, ces démarches transcendent les cadres de références et les cultures professionnelles des institutions de référence, pour élaborer des cadres d'intervention et une culture commune.

Le rôle que les intervenants sociaux peuvent jouer dans la prise en compte et la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile est un rouage central de cette approche collective. Il ne paraît pour autant pas toujours bien identifié par ces professionnels ou par l'institution. L'impact de la relation et de l'attitude des intervenants sur la santé mentale est à prendre en compte et s'inscrit dans la complémentarité avec un suivi ou un soin psychologique, psychiatrique ou psychothérapeutique.

¹⁵ « D'abord ne pas nuire », serment d'Hippocrate

4) Les questions de fond (Niveau 4 : le méta niveau)

« On n'arrive pas à voir ce qui peut être amélioré dans ce dispositif... On est coincé dans ce paradoxe... On voudrait rendre visible le phénomène mais on se dit que si on rend trop visible le phénomène... On voudrait avoir une réaction forte et toucher l'opinion publique, mais la misère de l'étranger qui vient croquer les deniers de l'état, on a aussi peur de produire l'effet inverse, au lieu de mobiliser l'opinion publique dans le sens d'une meilleure prise en compte des spécificités de ce public là... On a peur de l'effet inverse qui est un rejet encore plus important de l'étranger sur notre territoire... On ne voit pas comment le dispositif va pouvoir se fluidifier... pour que l'on puisse apporter à chaque individu un accueil... Le dispositif est entièrement saturé d'un bout à l'autre de la chaîne... »

La réalisation de ce travail d'investigation, la découverte de cette problématique, du public issu de la demande d'asile, la rencontre avec des intervenants sociaux, des soignants, des bénévoles nous auront amené à engager une réflexion de fond sur un certain nombre de points qui ne peuvent être contenus dans un des niveaux précédemment définis.

Nous avons choisi de classer ces éléments dans ce que nous appelons le « méta niveau ». Par ce terme, nous entendons tout ce qui vient se positionner transversalement aux 3 premiers niveaux d'analyse proposés (le public, la structure, le territoire), ou tout ce qui constitue l'environnement ou le « bain » dans lequel trempe la problématique de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés : les représentations sociales, les enjeux et orientations politiques, les cadres juridiques et administratifs, l'Histoire (nationale, mais aussi celles des territoires), les cultures, etc.

Ces éléments viennent introduire un peu plus de complexité dans l'équation que nous tentons de résoudre, nous avons néanmoins le sentiment qu'il est primordial de ne pas les occulter.

Nous vous proposons donc de les aborder sous forme de « questions de fond ».

a) Droit commun ou prise en charge spécialisée ?

« Toute démarche psychothérapeutique, toute relation médecin-malade, toute intervention psychosociale comporte, dans son essence même, c'est-à-dire de par sa nature sociale, une dimension politique. Il ne s'agit pas, évidemment, de tout réduire au politique, à la société "coupable", comme on le faisait jadis pour l'individu aliéné et plus récemment, pour sa famille. Il s'agit de ne pas escamoter la dimension politique des problèmes. » (BLANCHET, 1978)

Le cadre qui régit l'accès aux soins des demandeurs d'asile pose comme principe que ces derniers bénéficient de plein droit de la protection sociale (CMU, CMU-C) et d'un accès aux dispositifs de droit commun. Dans les pratiques, il semble que cet accès aux dispositifs de droit commun n'aille pas de soi et ce, pour de multiples raisons.

Dès la constitution du dossier pour l'ouverture des droits, de grandes disparités dans le traitement des dossiers par la CPAM nous ont été présentées. Sur un certain nombre de territoires, les dossiers sont refusés ou retournés plusieurs fois aux équipes des CADA. Selon les professionnels rencontrés, ces difficultés sont liées à la dépersonnalisation des liens avec les agences de la CPAM, auxquelles s'ajoute un tri des dossiers suscité par une prime au rendement des agents. Ce n'est qu'à force de multiples sollicitations, que des rencontres peuvent avoir lieu pour présenter les spécificités des situations des résidents, et évoquer la non-adaptation des procédures à la réalité des demandeurs. Seules ces rencontres interprofessionnelles permettent les adaptations permettant une fluidification du traitement des dossiers. A nouveau, l'absence d'investissement des responsables institutionnels (que ce soit du côté de la CPAM ou du côté de l'asile) est mise en avant. Les professionnels de ces deux champs investissent un temps et une énergie considérable pour pallier à ces incohérences, sans que les améliorations obtenues ne puissent bénéficier à d'autres territoires.

Une fois cette première barrière de l'accès aux droits levée, se pose alors la question de « *Qui doit prendre en charge ?* ».

Doit-on orienter vers la psychiatrie publique, ou vers un centre de soins spécifiques qu'il soit hospitalier ou associatif ?

Il ne faut pas oublier que pour la majorité des structures du Dispositif National d'Accueil, et donc pour la majorité des localités, la question ne se pose pas en ces termes, faute de centre de soins spécifiques. Pour ces structures, la question revient davantage à se demander : « *compte-tenu du très difficile accès à la psychiatrie publique, vers quelle autre ressource puis-je orienter ?* ».

En effet, les violences subies, les traumatismes, la situation d'exil contraint, la précarité sociale et administrative, font que les réfugiés et demandeurs d'asile constituent une population particulièrement fragile du point de vue de leur santé mentale. Cette vulnérabilité accrue, nécessite une considération particulière de leurs souffrances psychiques, et des modes d'intervention spécifiques.

Le manque de formation des professionnels de santé mentale à laquelle s'ajoute la saturation régulière de la majorité des Centres Medico-Psychologiques, et la rareté des financements attribués pour l'interprétariat, suscite un nombre important de refus de prise en charge ou des prises en charge inadaptées.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments qui s'inscrivent dans une synergie négative puissante, une question doit être soulevée : les réfugiés et demandeurs d'asile doivent-ils continuer à relever de dispositifs de droit commun ou bien devraient-ils relever d'un régime particulier, autrement dit d'une prise en charge singulière, d'une prise en charge adaptée, d'une prise en charge spécialisée « hors droit commun » ?

Une partie de ces éléments que nous avons pu recueillir pourrait plaider pour le choix de développement d'une prise en charge spécialisée qui pourrait se réaliser concrètement par le financement des dispositifs de soins spécialisés existants ou par la création de structures de soins spécialisés pour les territoires non couverts. A ce jour, ces structures sont majoritairement associatives, les autres sont principalement des unités de soins de psychiatrie transculturelle d'hôpitaux publics.

Il s'agit d'une stratégie qui s'inscrirait dans le registre de la discrimination positive ou de l'action positive et qui pourrait être financée sur une enveloppe spécifique (à l'instar des dispositifs de discrimination positive qui ont été créés dans le cadre de la politique de la ville : programme de réussite éducative ou ateliers santé ville).

Ces mêmes éléments peuvent également aller dans le sens de mesures de renforcement, de formation et de soutien des dispositifs de droit commun afin qu'ils puissent répondre aux besoins spécifiques de prise en charge de cette population. L'accent pourrait par exemple être mis sur la formation initiale des soignants. Les instances gouvernementales de santé publiques (ARS, Ministère de la Santé par exemple) pourraient non seulement encourager le développement de dispositifs de soins publics adaptés aux populations migrantes, et plus globalement précarisées, mais aussi contribuer à la mise en place d'outils d'évaluation de ces dispositifs, notamment en termes d'égalité d'accès aux soins.

Renforcement du droit commun ou développement d'une prise en charge spécialisée ? Plusieurs configurations de réponses sont possibles en fonction des ressources et besoins de chaque territoire. Toutefois, **il nous paraît important que les structures de droit commun puissent être renforcées dans leur responsabilité à prendre en charge la souffrance psychique et somatique de tous patients, y compris ceux en « marge » de la patientèle plus habituelle (SDF, migrants, etc.)**

Une combinaison des deux options nous semblerait donc intéressante : l'expertise des centres de soins spécifiques, en tant que ressource complémentaire, pourrait venir s'articuler en tant qu'appui avec les structures de droit commun.

Rappelons également que l'ensemble des constats que nous avons effectués convergent vers une évidence : aucun acteur aussi « expert » soit-il, ne peut assumer seul, la vaste question de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés, qui implique tout autant des actions de soin, de contenance, de prévention, de soutien... **Comme toute problématique psychosociale, cette question doit rester selon nous une problématique transversale, impliquant tout autant les acteurs du soin, de l'accompagnement social, juridique, de l'hébergement, etc.**

b) Souffrance psychosociale : A quel opérateur légitime s'adresser ?

La question qui nous préoccupe ici concerne les facteurs psychosociaux influant sur les souffrances psychiques. En d'autres termes, il s'agit de considérer la « souffrance psychosociale ». Pour comprendre la dynamique qui a nourri l'émergence de cette notion de « souffrance psychosociale », nous vous renvoyons vers l'introduction que propose le Dr Jean Furtos, dans l'ouvrage collectif « La santé mentale en actes »¹⁶. Dans cet écrit, il reprend la définition partagée à l'Orspere¹⁷ de la clinique psychosociale, comme étant « l'ensemble des pratiques qui prennent en compte l'expression d'une souffrance sur les lieux du travail social et différentes scènes publiques » (FURTOS & LAVAL, 2005). Cette définition explicite l'existence de ce nœud qui articule le champ de la santé du champ de l'intervention sociale. Généralement, cette articulation nécessaire dans les nombreuses interventions auprès de personnes en situation de précarité, ne se fait que trop rarement, et au prix de l'investissement personnel de professionnels et bénévoles.

Si elle s'avère extrêmement délicate à évaluer et à mesurer d'un point de vue épidémiologique, la souffrance psychique et psychosociale est bien réelle et bien présente au sein des populations hébergées au sein du DNA. Les témoignages des participants à cette étude, ont souligné cette vulnérabilité psychique très fortement déterminée par les conditions d'existence des réfugiés et demandeurs d'asile sur le territoire. Cette souffrance mérite d'être réellement considérée, entre autre parce qu'elle affecte profondément la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle.

La problématique de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile se trouve légitimement comme nous l'avons mentionné précédemment dans différents champs institutionnels, comme celui de l'asile, de l'immigration et de l'intégration mais aussi dans le champ de la santé publique. Elle concerne également de manière plus ou moins directe des problématiques d'hébergement, de logement, d'insertion, d'emploi, etc.

A une autre échelle cette problématique « santé mentale et asile » peut également concerner et impliquer différents registres et échelons politiques locaux, territoriaux et nationaux.

A ce jour, peu de personnes ont pu nous présenter des situations où l'articulation entre ces différents champs de responsabilités se passait « suffisamment bien ». Bien souvent, les dispositifs mis en place disposent de moyens limités, et/ou reposent sur l'énergie et l'investissement de personnes.

La considération accordée à la problématique « santé mentale et asile » semble dépendre de l'habileté de certains acteurs à investir ou créer des brèches, des voies détournées, au sein des systèmes « classiques » d'intervention sanitaires et/ou sociales.

La question que nous soulevons ici concerne donc les suites ou effets potentiels d'une telle étude : si l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration s'est porté co-financeur de ce projet, qu'en sera-t-il des constats présentés dans ce rapport ?

Quel opérateur légitime pour piloter, porter ou mettre en œuvre les préconisations que nous formulons ?

¹⁶ Furtos J. et Laval C. (ss la direction de), (2005), La santé mentale en actes – De la clinique au politique, Ed Erès, Ramonville-St-Agne

¹⁷ Observatoire Régional Rhône-Alpes de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion

Qu'en bien même l'OFII exprimerait une volonté d'œuvrer dans le sens d'une prise en compte de la question de la santé mentale au sein du Dispositif National d'Accueil, nous avons pu rappeler dans ce rapport que la question déborde bien au-delà du champ de compétence et de responsabilité de l'OFII.

Cette question nous semble véritablement centrale et incontournable s'il est envisagé de travailler à l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile.

Il sera indispensable de mobiliser les différentes instances et institutions concernées, dans les différents échelons du système étatique, pour initier la réflexion sur la mise en place d'articulation, ou d'aménagements permettant de répondre à cette réalité sociale et sociétale.

c) Quelle public-cible pour une amélioration de la prise en charge de la santé mentale ?

Moins d'un tiers des demandeurs d'asile sont actuellement hébergés par les structures d'accueil du Dispositif National d'Accueil¹⁸ (31, 34 % au 31 décembre 2010), et bien peu de réfugiés sont hébergés dans les structures d'accueil (*1083 places en CPH au 30 juin 2011*). C'est sur cette population spécifique que portait initialement cet état des lieux.

Pourtant il nous a été rappelé à plusieurs reprises au cours des entretiens que, si la problématique des demandeurs d'asile hébergés en structure d'accueil est préoccupante, celle des demandeurs d'asile qui ne sont pas hébergés en CADA l'est encore davantage du fait de leur exposition à des conditions de vie particulièrement difficiles (précarité, errance,...) qui relèvent souvent de la survie. On songera notamment aux populations que l'état des lieux a fait apparaître comme étant particulièrement fragiles : les hommes seuls et mineurs isolés.

Nous devons donc pointer une réalité qui dépasse le champ initial de notre investigation.

La question de la santé, et plus précisément de la santé mentale, déborde en effet largement au-delà des murs du Dispositif National d'Accueil. Nous ne pouvons pas nous inscrire dans le sens de recommandations qui aborderaient les questions de l'accès aux soins, ou du soutien à la santé mentale en fonction d'un statut administratif, ou d'un mode d'hébergement.

Ce ne sont donc pas uniquement les demandeurs d'asile hébergés dans le DNA qui sont concernés par cette problématique mais bien l'ensemble des demandeurs d'asile qui résident sur le territoire... et très probablement une population beaucoup plus vaste au sein de laquelle on peut compter les personnes ayant trouvé refuge en France depuis des décennies.

Parmi elles, il paraît important de ne pas oublier les personnes déboutées de leur demande d'asile, qu'elles soient encore hébergées dans les dispositifs d'accueil, ou contraintes à une vie clandestine, souvent plus supportable que l'idée d'un retour au pays qu'elles ont fui. L'accès aux soins de ces personnes est alors bien entendu plus difficile, du fait de leur statut illégal.

Les structures de soins, et notamment les structures de droit commun, ne s'inscrivant pas dans cette temporalité courte de la procédure d'asile, (les soignants recevant des patients et non des statuts administratifs), nous avons pensé ces recommandations non seulement à destination des bénéficiaires du Dispositif National d'Accueil, mais plus largement pour ceux qui n'y sont pas encore ou plus, depuis peu, ou depuis des années. Nous voyons bien alors, que si les projets de santé, que ce soit en termes de soins ou de prévention, sont pensés pour toutes personnes contraintes à l'exil présentes sur le territoire national, la masse du public concerné gonfle visiblement.

Dans la perspective de suites potentielles à cet état des lieux, nous plaidons fortement pour un élargissement de la cible en dehors du DNA voire à d'autres publics qui entrent dans le champ de la problématique mais n'entrent pas dans le cadre de cette étude : les déboutés, ou étrangers régularisés par d'autres voies que la demande d'asile.

¹⁸ Rapport du sénat 8 juin 2011, *21 410 places au 30 juin 2011, source OFII*

d) Les déterminants culturels de la santé, représentations, croyances et pratiques

La question de la « culture » nous paraît difficilement contournable dans cette investigation. Pourtant il nous a été difficile de savoir à quel niveau la considérer, quand et comment en parler. Qu'entendons-nous par culture ?

Ces questionnements renvoient rapidement à l'apparente dénégaration de tout ce qui relève du « facteur culture », dans toutes structures et institutions soumises aux cadres constitutionnels de la république française et de ses impératifs laïcs. Toutefois, nous avons pu voir combien les professionnels étaient concernés par les mêmes questionnements : que faire de ces questions ? De ces croyances que nous avons, et que nos résidents/patients ont ? Comment les parler ?

Les entretiens collectifs réalisés, nous ont rapidement permis de saisir combien la situation d'interculturalité peut être déstabilisante pour les professionnels mais aussi et surtout pour les personnes exilées qui perdent également leurs repères socio-environnementaux, et leurs habitudes quotidiennes.

« On est face à des personnes de cultures très différentes et qui ont une représentation, ou même aucune représentation, de ce que peut être un soin et d'entamer une thérapie... et la difficulté que j'ai c'est de leur expliquer et de les amener s'ils sont consentants à entreprendre une démarche de soin... déjà que c'est difficile pour des français qui parlent français alors pour des étrangers avec la barrière de la langue et la barrière culturelle, c'est très compliqué... En ce moment je cherche même un marabout, parce qu'on se dit que quand c'est impossible pour eux d'avoir accès à ce genre de soin peut être arriver à voir quelqu'un qui le soigne, peut être même juste par la parole, mais que il ait une écoute dans laquelle il se sente complètement compris... »

Le déracinement associé à la confrontation à l'inconnu, associé aux violences, à la précarité est souvent source d'angoisses importantes pour la personne exilée. Les cadres cognitifs culturels qui régissent le rapport au monde et aux autres sont déstabilisés.

Cette confrontation à « l'altérité radicale » (DERVIN, 2011, p. 26) peut susciter sinon de la méfiance, tout du moins une difficulté à établir une relation de confiance, à fortiori parce que le regard de l'autre sur elle n'est pas toujours bienveillant.

« Il y a aussi la question culturelle, quand on aborde la question du psychologue. Pour la majorité des personnes, originaires de l'Afrique de l'Ouest, du Sri Lanka, le psychologue n'a pas d'identité... qu'est-ce que ça représente... Je ne suis pas fou... A la limite ça représente un danger... Ils se disent mon voisin va savoir même si le bureau est confidentiel... On sait aussi tout ce qui peut être véhiculé dans les pays d'Europe de l'Est quand à la psychiatrie... »

« Ils ont une autre vision du soin, de la maladie... On a travaillé avec un psychiatre qui est ethnopsychiatre... Quelqu'un qui est tchéchène est russophone mais ce n'est pas sa langue d'origine, déjà c'est déformé au niveau culture... Le russe ce n'est pas leur langue maternelle et les rapports peuvent être biaisés en fonction de leur histoire... La vision de la santé mentale pour les russophones était vécue comme une persécution, pas comme un soin... Il y a une réticence... La langue est un souci... »

Ces quelques constats nécessitent d'approfondir la réflexion sur la notion même de « culture »

La dimension culturelle¹⁹ du rapport aux soins, au psychisme, à la psychiatrie, à la souffrance intervient fortement dans la relation thérapeutique. Il peut être intéressant de rester attentif à la définition philosophique de la culture, c'est-à-dire la culture en tant qu'acquis (contrairement à la nature qui relèverait de l'inné). Il paraît également important d'en préciser deux dimensions : d'une part, la culture individuelle qui renvoie davantage à la notion de culture générale, qui se construit et évolue au fil des expériences et apprentissages de tout individu. D'autre part la culture collective, qui est liée à la notion d'identité collective, via une histoire (familiale, nationale), un art, un territoire qui laissent leurs empreintes sur la collectivité. **Cette culture collective est donc par essence, plus rigide, beaucoup moins évolutive que la culture individuelle.**

Cette précision souligne donc que la notion d'interculturalité peut concerner à la fois les interactions entre deux cultures collectives (de peuples, sociétés ou groupes différents), entre deux cultures individuelles (rencontre entre deux personnes), ou encore dans une dynamique intrasubjective où l'interculturalité pourra s'exprimer par le tiraillement entre une culture individuelle et une culture collective (lorsqu'une personne évolue avec sa singularité subjective au sein d'un environnement culturellement marqué, qu'il soit familial ou non).

Dans cette perspective, il paraît important de rester vigilant aux tendances culturalistes qui peuvent parfois émerger dans les situations dites « interculturelles ». Pour Fred DERVIN, le culturalisme revient à réduire l'Autre (en tant qu'individu, ou en tant que membre d'un groupe), « à des éléments culturels figés, voir à des stéréotypes et des représentations » (DERVIN, 2011, p. 13), sans considérer d'autres facteurs, tels que par exemple ce que l'on pourrait appeler les « identités jouées », ou « adoptées », répondant à un objectif de désirabilité sociale²⁰. « De plus en plus d'études montrent que dans les mondes contemporains, les individus traversent en permanence des contextes d'interactions multiples, des communautés de plus en plus instables où les signes « culturels » et les identités fluctuent selon les interlocuteurs. Cette fluctuation a d'ailleurs des fonctions bien précises : s'adapter, séduire, manipuler, donner une certaine image de soi (qui ne correspond pas toujours à la « réalité »), se distancier, montrer ses ressemblances à un individu ou un groupe, etc. » (DERVIN, 2011, p. 14)

Dans la rencontre entre une personne exilée et une personne chargée de l'accompagner, de l'accueillir, de le soigner, la part d'inconnu est grande. Chacun ignore tout de l'autre, de ses appartenances, de ses codes et cultures.

On pourrait présenter cette situation comme un rituel singulier qui est habituellement gouverné par des règles, des interdits, des tabous et une certaine mise en scène qui se caractérise par des prises de rôles et des attentes de rôles. **Mais dans cette confrontation à la grande altérité, au grand inconnu, ces codes qui peuvent régir la configuration de la consultation avec un professionnel de santé deviennent alors inopérants : on ne sait pas vraiment ce que l'autre attend de nous, on ne comprend pas « à quoi il joue ».** (Le « rôle » que joue le psychiatre, ne correspondra peut être pas à celui que le patient en exil à l'habitude de voir jouer, ou qu'il s'imaginait rencontrer. À l'inverse, le patient exilé ne « joue » peut être pas le rôle habituel du patient, qui prend rendez-vous pour une consultation, qui arrive cinq minutes en avance, et qui vient parler de son mal-être et non de sa

¹⁹ La notion de culture au sens anthropologique du terme cette fois, telle que la définissent Zohra GUERRAOUI et Bertrand TROADEC, est une « Caractéristique universelle complexe qui inclut les savoirs, les croyances, l'art, les moeurs, le droit, les coutumes, et toute disposition ou usage acquis et transmis par l'homme vivant dans une société donnée ». (in Z. GUERRAOUI et B. TROADEC, 2000, Psychologie interculturelle, Armand COLIN, Paris, p. 88)

²⁰ La désirabilité sociale est un concept développé en psychologie sociale. Pour PASQUIER et VALEAU, ce concept peut être conçu « comme un trait de personnalité en soi, caractérisant les orientations et les positions du sujet vis-à-vis des normes sociales. (...) On distingue habituellement l'autoduperie liée au désir de plaire à soi-même et l'hétéroduperie correspondant au désir de plaire aux autres » (PASQUIER & VALEAU, 2008)

recherche de logement.) Nous voyons là combien cette situation nécessite une volonté et une énergie pour découvrir, comprendre, et « aller vers » l'Autre.

Si cette dynamique de « faire connaissance » se joue dans toute rencontre entre deux individus, cette dimension culturelle spécifique, qui renvoie finalement à la question de normes partagées/non-partagées, nous semble particulièrement déterminante dans la problématique qui nous intéresse.

Il arrive en effet régulièrement que la personne en demande d'asile ou le professionnel, ne soit pas disposé et/ou outillé pour faire ce cheminement vers cet autre trop inconnu. **L'accès aux soins est alors complexifié par ces dissonances culturelles.**

Ce décalage qui peut alors se produire au niveau des attentes mutuelles semble en partie pouvoir rendre compte de certaines résistances, de la déception, de l'incompréhension des demandeurs d'asile vis à vis de la rencontre avec un professionnel de la santé mentale, lorsque, pour reprendre la formule d'un participant : « *la rencontre ne se fait pas* ».

Interprétariat

La rencontre se fait d'autant plus difficilement que de plus en plus souvent, avec les restrictions budgétaires imputées aux structures médico-sociales, l'interprétariat devient difficile à financer.

Les structures d'accueil ne disposent pas de budgets spécifiques au niveau de la santé et les structures de soins possèdent des budgets variables dédiés à l'interprétariat, parfois minces et souvent inexistantes.

Au-delà du coût, la prise en charge d'un patient avec la présence physique ou téléphonique d'un interprète est une pratique qui demande aux professionnels de santé une certaine technicité pour laquelle très peu ont été formés. En conséquence, et pour des raisons déontologiques compréhensibles il arrive fréquemment qu'ils refusent une prise en charge avec un interprète lorsqu'ils jugent que les conditions nécessaires au bon déroulement de la consultation ou du rendez-vous ne sont pas réunies.

Enfin, il existe un manque d'interprètes qualifiés sur certains territoires et pour certaines langues. Ce problème de disponibilité et d'accessibilité peut contraindre les professionnels à recourir à un interprétariat de fortune (compatriotes, membres de la famille, enfants,...) qui soulève de graves problèmes éthiques et déontologiques.

L'implication des enjeux « culturels » concerne donc tout autant une dimension idéologique du concept de culture, qu'une dimension davantage relationnelle et sociale notamment dans le rapport à la langue (langue commune, langue étrangère, langue maternelle) et aux références culturelles propre à chaque individu ou groupe. Ces enjeux sont prégnants dans toute relation intersubjective, et tout particulièrement dans la relation de soin et d'accompagnement.

Il paraît donc intéressant de suggérer l'élargissement du paradigme des inégalités sociales et territoriales de santé, aux inégalités culturelles ou socioculturelles de santé.

5) En synthèse : La prise en charge régulée ou « modèle de l'ajustement mutuel »

Nous avons précédemment abordé les deux modèles qui semblent constituer la norme majoritaire en matière système de prise en charge : le modèle linéaire et le modèle collectif.

Les difficultés qui nous ont été rapportées à propos du modèle de la prise en charge linéaire (saturations, tensions, blocages,...) ne relèvent pas tant du principe du passage de relais mais plutôt du manque de régulation entre les protagonistes. La chaîne d'acteurs isolés ne fait pas système dans le sens où il n'existe que peu d'interaction et d'ajustement entre les « expertises ».

Le modèle de la prise en charge collective peut apparaître comme un modèle idéal dans le sens où il interagit et intègre fréquemment des temps et des espaces de régulation collectifs. Mais cette

coordination interprofessionnelle ne se décrète pas. Son bon fonctionnement, son efficacité et le niveau de satisfaction repose en grande partie sur la capacité des différents acteurs impliqués à ajuster les différents cadres de référence culturels, cognitifs, professionnels, éthiques en présence. Cette capacité à s'ajuster repose, elle-même, sur l'existence d'un système de régulation des relations entre ces acteurs.

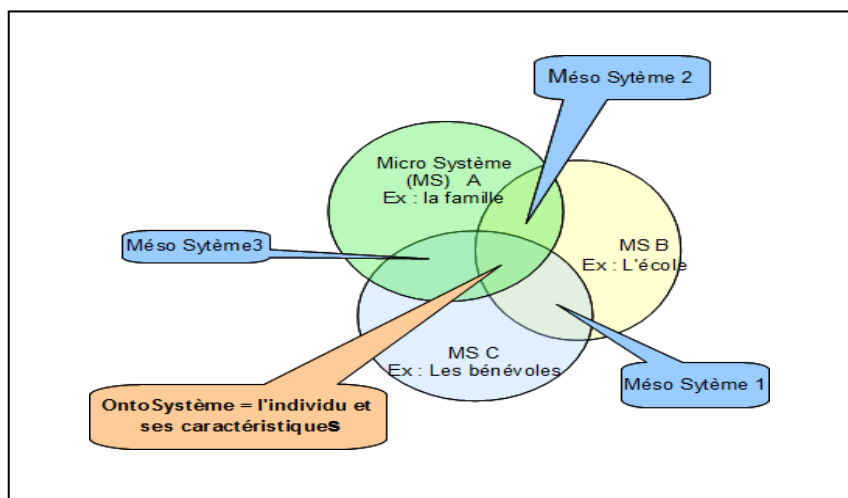
Nous partons donc du postulat que le niveau d'articulation et les modes de régulations vont influencer sur la nature des relations entre les acteurs et déterminer fortement la cohérence et la fluidité des interventions proposées à une personne.

La modélisation que nous vous proposons se veut surtout descriptive. Elle a été construite à partir des expériences, des réussites et des échecs rapportés au cours du travail d'investigation que nous avons réalisé dans le cadre de cet état des lieux. La diversité des pratiques et des scénarios de prise en charge nous a permis d'aboutir à ce que nous proposons d'appeler « modèle de prise en charge régulée »

a) Une modélisation dans la lignée des perspectives mésosystémiques

Le modèle d'ajustement mutuel que nous vous proposons s'inscrit dans la logique des approches écologiques, au sens où il propose de considérer un comportement symptomatique dans une interdépendance avec les systèmes dont il dépend.

Si nous reprenons le modèle écologique²¹, la prise en charge régulée ou ajustement mutuel, se joue dans l'articulation entre les différentes personnes proches de la personne (familles, intervenants sociaux, amis, médecins = microsystèmes). Dans le modèle écologique, ces zones d'articulation entre les différents « systèmes » sont les mésosystèmes.



- Les acteurs potentiels des mésosystèmes

La composition du système global d'intervention peut être variable d'une situation à l'autre, elle comporte le plus souvent les acteurs suivants :

- Le réfugié, le demandeur d'asile, l'individu au centre de ce système
- La famille du réfugié, du demandeur d'asile,
- La communauté, les pairs,
- L'intervenant social, la structure d'accueil,
- Le/les soignants (médecin psychiatre, psychologue, centre de soins spécialisé, infirmier psychiatrique, médecin généraliste,...)
- Les interprètes, avocats, les enseignants, etc.

²¹ Evoqué dans la partie III, page 16

Nous ne citons ici que les acteurs impliqués de manière pragmatique dans la prise en charge, nous faisons donc référence au sens premier du terme « acteur », celui qui par son action joue un rôle dans la situation, celui qui est susceptible d'exercer une influence sur la situation, d'infléchir son déroulement.

(Nous n'incluons pas ici ce que nous avons appelé métaniveau, ou « exoniveau » du modèle écologique : instances gouvernementales, les politiques, les fonctionnements institutionnels, etc. Cet exoniveau est trop distant des champs d'influence et d'action des acteurs de terrain. Nous proposons donc une analyse qui se centre sur les dynamiques opérationnelles, ou d'action, en jeu au niveau des interactions entre les différents champs d'intervention. Nous avons conscience que ces éléments du métaniveau sont pourtant des facteurs de forte influence. Mais ils seront généralement à aborder dans une perspective politique ou militante qui n'est pas l'objet prioritaire de cette étude.)

b) Le champ des représentations : le système nerveux du « mésoniveau »²².

1. Les systèmes de représentation : phases d'ajustement

Le déroulement d'une prise en charge renvoie à différentes phases critiques : une décision doit être prise de manière individuelle ou collective, par rapport à une situation qui pose problème - Ces phases critiques renvoient à des choix qui reposent sur différentes perceptions ou représentations qui peuvent diverger d'un acteur à l'autre en fonction de facteurs et de critères que nous développerons ultérieurement.

Nous avons identifié dans toute situation qui semble nécessiter une prise en charge, trois systèmes de représentations qui nous semblent être des points de passage à prendre en compte dans le processus de prise en charge :

- Le système de représentation de la situation
- Le système de représentation des acteurs impliqués (rôle, attentes, compétences,...)
- Le système de représentation de la réponse appropriée ou de la prise en charge

2. Le système de représentation de la situation : la question des attributions causales

Ce système correspond à l'idée d'un diagnostic porté sur la situation : une sorte d'étiquette, « de mot posé sur » un ensemble de symptômes, de signes, de comportements, de manifestations,...

Il s'agit d'un système dans le sens où il renvoie à différents éléments combinés entre eux à partir d'un cadre de référence cognitif, culturel relativement stable (représentations de la santé, de la santé mentale, perception de la gravité, de la dangerosité, du degré d'urgence, système d'explication profane ou théorique, système d'attribution de la causalité,...)

L'individu s'appuie sur son cadre de référence, sur son expérience et sur les informations dont il dispose (contexte social, histoire du sujet, éléments culturels, géopolitiques, facteurs de personnalité, facteurs psychologiques,...) pour évaluer et coder la situation, pour poser un diagnostic et établir si la situation relève de la psychiatrie, de l'urgence,...

Cette notion de diagnostic comprend également les causalités qui vont être associées à ces « symptômes, signes ou comportements ».

Cette notion de causalité renvoie à la théorie de l'attribution, développée notamment par Fritz Heider au milieu du 20^e siècle²³. Cette théorie considère l'attribution causale comme un mécanisme

²² Par « mésoniveau » nous entendons tout ce qui se joue dans les interactions des différents groupes ou « communautés » d'appartenance de la personne. (Voir sur le schéma en haut de page les zones d'interaction entre les différents « microsystème »). Pour rappel, J-P DESLAURIERS (voir page 16) propose une approche écologique similaire à ce modèle : l'individu serait au centre, puis le groupe, ensuite la communauté et enfin la société.

²³ Fritz HEIDER, *Psychology of interpersonal relations*, LEA, Hillsdale 1958

perceptif qui nous conduit à rechercher une explication aux situations et aux événements auxquels nous sommes confrontés, que nous soyons ou non impliqués dans ces situations. Nous pouvons attribuer des explications qui renvoient à des facteurs extérieurs (= causalité externe : liée au contexte, au hasard...) ou à des facteurs internes liés aux sujets (= causalité interne : facteurs de personnalité, facteurs psychologiques...). Ainsi la réussite à un examen peut être expliquée en termes de causalité interne (préparation, travail) ou bien en termes de causalité externe (chance, le bon sujet qui tombe).

Ce système de représentation de la situation peut être de nature extrêmement divergente ou convergente en fonction des cadres de référence, des informations et de l'expérience, c'est le premier point qui peut aller dans le sens d'une convergence ou d'une divergence.

La mise en commun de ces systèmes de représentations de la situation constitue une étape qui nous paraît indispensable dans le déroulement d'une prise en charge de la situation, à fortiori dans le cas où les diagnostics divergent fortement.

Les acteurs impliqués n'ont pas un même accès aux informations qui concernent de manière directe ou indirecte la situation, il peut exister des informations cruciales auxquelles peu d'acteurs peuvent avoir accès. Il semble évident, en revanche que l'ensemble des acteurs impliqués et/ou concernés devraient disposer collectivement des informations nécessaires pour avoir une compréhension globale de la situation et de ses enjeux.

3. Le système de représentation des acteurs impliqués (rôle, attentes, compétences...)

Cet autre niveau de système renvoie à la perception que chacune des personnes concernées par la situation peut avoir des acteurs impliqués. Il renvoie également aux représentations de la place et du rôle, des compétences de chaque acteur.

La nature de ce système qui peut être différent d'un individu à l'autre permet de comprendre quelle est la représentation de la situation. Nous postulons que le demandeur d'asile, mais également son entourage, l'interprète, sont des acteurs de la situation et de la prise en charge, qu'ils peuvent jouer un rôle déterminant. Est-ce ainsi que les autres acteurs les perçoivent ?

Ce modèle de représentations de soi en relation avec la situation (ma place, mon rôle, mes compétences, mon expertise, ma légitimité...) : « qu'est-ce que je sais faire ? » « Qu'est-ce que je peux faire ? ».

Et un système de représentations des autres acteurs de la situation (leur place, leur rôle, leurs compétences, leur expertise, leur légitimité...) : « qu'est-ce qu'il sait faire ? », « qu'est-ce qu'il peut faire ? »

Le système de représentation des acteurs impliqués va orienter et déterminer le faisceau ou le réseau des attentes, le rôle et le pouvoir que nous nous attribuons ou que nous attribuons à autrui. Ce système joue un rôle déterminant dans le déroulement et l'organisation de la prise en charge. Nous avançons l'hypothèse qu'une mise en commun et/ou une confrontation de ces différentes représentations peut être bénéfique à la fluidité des prises en charge.

4. Le système de représentation de la réponse appropriée ou de la prise en charge

Ce système de représentation est un peu différent des précédents dans la mesure où il s'inscrit dans le registre de l'action, de l'opérationnel, du « faire » en relation avec la situation concrète.

La position de chaque acteur dans le système de prise en charge, le degré de proximité avec la personne concernée, le niveau de connaissance et de compréhension de la situation, l'expérience et la pratique, etc. sont autant d'éléments qui interfèrent dans l'idée que se font les acteurs de la réponse appropriée à une situation donnée.

5. Passer de représentations globales à une représentation globale collective

Les trois systèmes de représentations interagissent pour produire une représentation globale individuelle, propre à chaque acteur.

Ces représentations globales peuvent converger ou diverger au sein du système d'acteurs impliqués et/ou concernés par la situation. Les représentations globales peuvent également être en correspondance plus ou moins juste avec la réalité de la situation. Chaque acteur ne dispose en effet que d'une perception et d'une représentation partielle de la réalité de la situation.

En revanche, l'ensemble des acteurs dispose collectivement des éléments qui pourraient permettre d'élaborer, sous réserve d'une mise en commun et d'une prise en compte de l'ensemble des systèmes de représentations, une représentation globale collective susceptible de construire une prise en charge qui prend du sens pour tous.

Une prise en charge sera d'autant plus fluide et satisfaisante qu'il existe, à travers des interactions (échanges, discussions,...) et un climat favorable à un travail collectif (écoute, attitude compréhensive,...) une possibilité d'ajustement mutuel, une possibilité de construire une représentation consensuelle qui permet d'engager une action ou une intervention élaborée collectivement.

La présence d'un tiers au service du système nous semble déterminante dans ce processus d'élaboration collective.

IV- RECOMMANDATIONS

Par recommandations, nous entendons « orientations, indications, conseils ».

Les préconisations qui viendront ensuite sont des propositions d'opérationnalisation/de concrétisation de ces recommandations.

Comme nous avons pu le voir dans les pages précédentes de ce rapport, le sujet de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés nécessitent la considération d'une multitude de facteurs, de niveaux entremêlés.

Cette étude s'étant construite sur une volonté d'analyser le fonctionnement et les rouages systémiques à l'œuvre, les recommandations se veulent être des pistes d'évolution pouvant impacter l'ensemble du système d'intervention. Nous avons tenté, à partir des nombreux témoignages et échanges recueillis, d'identifier les facteurs influant plus particulièrement sur l'articulation et la communication entre les différents acteurs, et/ou partenaires. Rappelons d'emblée que les demandeurs d'asile et réfugiés font partie de ces acteurs, et qu'ils constituent eux-aussi une source « d'expertise ».

Ces recommandations sont issues des principaux constats et points de convergence partagés au cours de cette investigation et constituent des principes directeurs ou orientations générales qui permettront aux acteurs de s'engager sur une voie d'amélioration de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile. Deux niveaux se distinguent de ces recommandations : les premières relèvent davantage d'une dimension politique, ou de ce que nous avons appelé le « méta niveau ». Il s'agit de remise en question du fonctionnement et des postures actuelles des institutions « décideuses ». Les dernières recommandations portent davantage sur les pratiques de terrain.

Les recommandations et préconisations que nous effectuons consistent donc, en nous appuyant sur la distinction effectuée par Gregory Bateson (BATESON, 1977), à passer d'une logique de changement de niveau 1 qui cible les éléments du système à une démarche qui concerne les règles de fonctionnement du même système, c'est à dire de viser à produire un changement de niveau 2.

1) Un recadrage de la problématique dans le champ de la santé publique

Dans le cadre de cet état des lieux, la question de la santé mentale a été soulevée du côté du champ de l'asile. De même, la création du Réseau Samdarra s'origine dans une recherche-action sur la santé mentale des demandeurs d'asile motivée par les retours du terrain du social.

Il est important d'interroger le sens voire la pertinence de cette porte d'entrée, pour traiter la question de la santé. Loin de nous la pensée que la santé ne concernerait pas les travailleurs et intervenants sociaux. Ils sont des acteurs incontournables du « care ». Toutefois, ils ne sont normalement pas les seuls. Souvent ont été abordées les difficultés des professionnels de santé à accueillir et soigner ce public : où sont-ils dans la réflexion autour de la santé des migrants/demandeurs d'asile et réfugiés ? Ou plus justement, où sont les institutions de santé publique responsables de l'accès aux soins de tous ? Leur distance par rapport à ce sujet est un des éléments centraux des difficultés d'accès aux soins des personnes exilées, et plus particulièrement de l'accès aux soins psychiques.

La question de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés relève en effet pleinement du champ de la santé publique. Pourtant, l'étude a pu montrer que ces personnes n'entrent que difficilement dans les dispositifs de droit commun dont ils relèvent, et que leurs besoins de prise en charge ne sont pas couverts, ce qui en soi constitue un problème qui engage la responsabilité de l'Etat.

Les principes directeurs de la loi de santé publique (9 août 2004)

- La responsabilité de l'état (l'état est le garant de la protection des personnes en matière de santé)
- Le renforcement des partenariats (ARS, URCAM, CRAM, collectivités territoriales, associations, usagers et professionnels du secteur sanitaire et social)
- La lutte contre les inégalités de santé (vigilance vis-à-vis des populations vulnérables, précarité, personnes dépendantes, santé mentale)
- La région est le niveau de planification des actions et de coordination des acteurs
- Les résultats (objectif d'amélioration de l'état de santé de la population)

Il nous semble donc légitime que les instances nationales et régionales de santé publique (hôpitaux publics, ARS, Ministère...) puissent être impliquées dans les propositions que nous développons et soutiennent la reconnaissance formelle et institutionnelle de cette problématique de santé publique.

Cette reconnaissance a déjà été actée par certaines instances régionales de santé à travers le soutien et le financement de projets et d'actions visant une amélioration de la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile.

Le recadrage que nous préconisons pourrait se traduire selon plusieurs axes. Certains nous paraissent prioritaires, comme le financement de l'interprétariat par les instances de la santé publique au titre des « inégalités culturelles de santé », ou le soutien aux acteurs de la santé mentale (formation, sensibilisation, analyse de pratiques, coordination et développement de réseaux entre les acteurs de la santé mentale et de l'asile,...).

2) Les inégalités socioculturelles de santé : vers un élargissement du paradigme des inégalités sociales et territoriales de santé

L'ensemble des difficultés que nous avons pu évoquer pointe de manière certaine une inégalité dans l'accès aux soins psychiques des publics issus de la demande d'asile. Bénéficiaires de plein droit d'une couverture sociale, cela leur permet en principe l'accès au système de santé de droit commun. Dans la réalité, cet accès au droit commun n'est pas acquis, n'est jamais simple et dans de nombreuses situations il n'est même pas du tout possible, ce qui en soi constitue clairement un problème de santé publique.

L'existence des inégalités sociales et territoriales de santé est une réalité reconnue par l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et social. Et si cette problématique concerne dans la très grande majorité des cas, les réfugiés et demandeurs d'asile, le travail d'investigation que nous avons réalisé plaide pour un élargissement de ce champ visant l'introduction d'un nouveau paradigme, **celui des inégalités socioculturelles de santé**.

Il est important que cette proposition ne soit pas détournée de son but et de son sens premier : il ne s'agit pas de suggérer une approche « ethnologique » ou communautaire des facteurs socioculturels intervenant dans la relation d'accompagnement ou de soin. Il s'agit par contre, comme nous l'avons développé précédemment (partie 4d), de promouvoir la nécessité d'accueillir la personne dans sa globalité, dans toute sa subjectivité, en accueillant également ses repères et connaissances, ses croyances, ses représentations et sa réalité socio-administrative. Ceci dans l'objectif de permettre une véritable relation d'interculturalité, dans le sens où l'évoque Martine Abdallah-Pretceille (ABDALLAH-PRETCEILLE, 2011) lorsqu'elle parle d'un « humanisme du divers » qui peut « constituer un socle de valeurs communes à partir duquel peut se développer un projet de société ». Dans la même lignée, Fred Dervin propose de parler « d'un interculturel sans culture » (DERVIN, 2011, p. 123). Ces deux

approches mettent en avant cette nécessité de permettre aux protagonistes d'une relation de prendre conscience mutuellement de leur propre diversité inhérente à leurs différents groupes d'appartenance, puis de celle de l'Autre, afin de construire sur cette base des passerelles permettant la communication et le lien.

Il s'agit d'aller vers le développement de ce qu'Altay Manço appelle des « compétences interculturelles » (MANÇO, 2002). Cette approche est reprise dans le cadre d'une recherche menée en Belgique, sur l'identité, le sentiment d'efficacité personnelle et la résilience des personnes récemment immigrées en Belgique : « Les compétences interculturelles sont des compétences psychosociologiques et citoyennes particulières : elles permettent aux personnes (et pas uniquement à celles issues de l'immigration) de faire face, de manière plus ou moins efficiente, à des situations complexes et difficiles engendrées par la multiplicité des référents culturels dans des contextes psychologiques, sociologiques, économiques et politiques inégalitaires. Ces contextes peuvent, par exemple, être caractérisés par le déni social, la discrimination, des tensions ou oppositions, des violences diverses, des difficultés de communication, etc. (MANÇO, 2002). L'efficience en pareilles situations, c'est-à-dire la capacité à produire de « bons résultats » qui soient valorisants pour l'individu et son groupe en tant que porteurs d'appartenances spécifiques, serait, notamment, de pouvoir se décentrer par rapport à certains éléments de sa propre culture, à l'exclusion des autres traits, de construire, en d'autres termes, des identités ou personnalités interculturelles, « à la carte », de mobiliser des stratégies identitaires adéquates. » (DEMONTY & JOURET, 2006). Développer ces compétences tend à faciliter la gestion des tiraillements qui se jouent chez tout un chacun entre altérité et sentiment d'appartenance.

Il est important de rappeler à nouveau **que l'interprétariat constitue souvent une variable déterminante** dans le bon déroulement de ce processus « d'aller vers », que l'on pourrait qualifier de découverte de soi à travers l'autre.

Il est donc indispensable que l'accès à l'interprétariat puisse être systématisé dans toutes démarches de soins et d'accompagnement médico-social.

3) Favoriser l'articulation et la complémentarité des compétences et des ressources

a) Développer les ressources locales et les compétences, former et qualifier les acteurs

La prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile s'inscrit dans une rupture avec les cadres d'intervention et les pratiques habituelles de la plupart des professionnels du champ sanitaire et social.

« *Le demandeur d'asile n'est pas un patient comme les autres* » nous a confié un praticien. Ses besoins, sa culture d'appartenance, son histoire personnelle, ses souffrances, ses pathologies sont singulières, atypiques et peuvent déstabiliser les professionnels, remettre en question leurs pratiques, leur rôle, leur positionnement.

Travailler avec le public de l'asile suppose souvent de remettre en question et d'ajuster les cadres d'intervention des professionnels afin de construire une prise en charge adaptée. Comme nous l'évoquions précédemment, il s'agit de mobiliser cette dynamique « d'aller vers » l'Autre. Cet ajustement des pratiques ne va pas de soi, il demande un soutien et un accompagnement.

Le développement des ressources et des compétences pour permettre cette prise en charge adaptée est un axe fort et consensuel pour la très grande majorité des participants à cet état des lieux qui ont exprimé et pointé des besoins de formation. Il peut se traduire par de multiples actions de formation, d'information et de sensibilisation, s'inscrire dans le cadre des dispositifs de formation initiale et continue et viser la qualification de l'ensemble des professionnels concernés (intervenant sociaux, soignants, interprètes, juristes,...).

En ce qui concerne les contenus et les approches pédagogiques que nous préconisons, il nous semble important de soulever plusieurs registres de besoins que nous avons pu identifier :

- Des cadres pour comprendre (apports théoriques sur les problématiques de santé mentale propres au public de la demande d'asile : psychotraumatisme, clinique de l'exil, victimologie, temporalité liée à la procédure, interculturalité...)
- Des cadres pour intervenir (apports méthodologiques, éclairages sur les pratiques inter/transculturelles, travail avec un interprète...)
- Des cadres pour l'élaboration et l'analyse des pratiques (analyse des pratiques professionnelles, supervision...)

b) Sortir les professionnels de l'isolement et de la prise en charge « personnelle »

Il existe actuellement et depuis plusieurs années une profonde évolution que l'on peut observer dans les différents milieux professionnels, comme dans l'évolution globale des sociétés occidentales. Elle se traduit principalement par une mutation des systèmes de valeurs vers une valorisation de l'individu prônant la liberté, l'autonomie et la responsabilité individuelle comme valeurs centrales. Cette émergence de ce que Nietzsche ou Ehrenberg appellent « l'individu souverain » (EHRENBURG, 2008), œuvre dans les champs professionnels dans le sens de l'individualisation du travail et qui tend, de fait, à accroître la marge de manœuvre et l'autonomie des professionnels mais également à déplacer le principe de responsabilité des organisations vers le principe de responsabilité des individus.

La formule : « *c'est une question de personne* » que nous avons entendue à de très nombreuses reprises à propos des modalités d'articulation entre les acteurs et des pratiques de prise en charge traduisent bien cette réalité : ce ne sont pas des institutions qui prennent en charge les problématiques de santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile mais bien des individus, des « personnes ». Dans ce contexte d'individualisation du travail, les professionnels sont souvent contraints de déterminer par eux-mêmes le cadre de leur intervention (éthique et déontologie personnelle) et de poser également les limites de leurs capacités d'intervention. (Plus particulièrement dans les structures non spécifiques : dans le champ de l'asile, ou dans les soins spécifiques, la notion d'isolement se retrouve beaucoup moins, du fait que les équipes et différents professionnels ont tous comme même objet les demandeurs d'asile et réfugiés.)

A moins d'être soutenus par leur institution, par l'équipe et/ou les pairs, les échecs et les difficultés de prise en charge seront mécaniquement le plus souvent portés et assumés par les professionnels.

L'impact psychosocial est rendu visible par l'expression fréquente de sentiment d'isolement, d'impuissance de nombreux professionnels. Seul, l'individu ne peut pas prendre en charge une problématique qui concerne un système d'acteurs et d'institutions.

Il s'agit donc de passer d'un fonctionnement de prise en charge individuelle, voire personnelle de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile à une considération collective et institutionnelle afin de soulager les acteurs du poids et de la responsabilité, mais aussi afin de rendre ces processus de prise en charge plus efficaces et plus satisfaisants.

Ce principe de prise en charge ou considération collective suppose par exemple l'implication de l'institution par la systématisation de dispositifs de supervision, d'analyse de pratiques professionnelles, de formation continue, ou toute autre forme de soutiens dont les professionnels auront identifié le besoin.

Cette démarche demande également que soient élaborées et intégrées dans les projets d'établissement et les cadres de référence professionnels, la reconnaissance et la prise en compte de la problématique de la santé mentale. Cette reconnaissance devra comprendre une explicitation des compétences et aptitudes de chaque corps de métier, pouvant être mobilisées pour le soutien à la santé mentale, ou le soin thérapeutique ou psychiatrique.

c) Pour rompre avec le « bricolage » : une action en synergie au niveau local et au niveau interinstitutionnel national

Les différentes phases d'investigation font apparaître des réalités très différentes. Chaque structure d'accueil s'inscrit dans un territoire plus ou moins riche en ressources avec lesquelles elle doit composer et avec lesquelles elle devra s'efforcer de développer des relations de coopération stables et durables. Il s'agit d'un travail de fond qui réclame beaucoup de temps et d'investissement.

L'absence de système d'intervention prédéfini institutionnellement autour de la question de la santé mentale, conduit le plus souvent les structures d'accueil à gérer au cas par cas chaque situation et à mettre en place des solutions ponctuelles, « bricolées ».

Les acteurs de terrain peuvent se référer au Service de l'asile du Ministère de l'Intérieur, souvent via les préfectures, pour tout ce qui concerne les questions juridiques, administratives de la procédure d'asile, ainsi qu'à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) pour tout ce qui concerne le Dispositif National d'Accueil (hébergement, première visite médicale, aide au retour, le Contrat d'Accueil et d'Intégration, etc.). Aucun de ces interlocuteurs n'est apparemment en mesure d'intervenir, ni même d'informer au sujet de la souffrance psychique du public dont ils ont la responsabilité.

Ceci pourrait paraître logique : constitutionnellement, la santé et l'accès aux soins publics de toute personne relevant du droit commun, quelles que soient ses ressources, son origine, sa nationalité, sa culture, dépendent du Ministère aujourd'hui dénommé Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et de ses instances locales que sont les Agences Régionales de Santé.

Pourtant, les limites et difficultés des services de santé du droit commun soulignent les failles gouvernementales concernant cette problématique.

Qui est donc l'interlocuteur compétent? A notre connaissance, bien qu'un projet de dispositif interministériel était en discussion courant 2010, aucune passerelle n'existe entre ces instances nationales, pour travailler cette question, et proposer des orientations, des appuis méthodologiques aux acteurs de terrain intervenant auprès des quelques 300.000 personnes solliciteuses ou issues de l'asile²⁴. Comme l'évoque très récemment Jacky Roptin, psychologue à Médecins Sans Frontières, « Ce rejet ou cette absence continue de prise en compte des besoins en termes de santé mentale témoigne que la santé, et notamment les préoccupations de santé mentale des réfugiés, demeurent trop souvent un enjeu politique avant d'être un enjeu de santé publique » (ROPTIN, 2011).

Il nous semble donc important d'inscrire nos préconisations et recommandations en rupture avec ce mode de clivage institutionnel coûteux sur le plan humain et qui semble assez peu efficace. Il est primordial d'évoluer vers une approche systémique de la problématique. En effet, quand bien même le manque de ressources semble constituer un déterminant majeur, cette étude a mis en avant le partage de la responsabilité de la problématique santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés entre différents porteurs-acteurs. Comme nous l'avons développé ci-dessus, ces acteurs sont répartis sur différents niveaux d'action et différents champs professionnels, et s'inscrivent dans l'entrecroisement de différents systèmes d'intervention. Il devient crucial de travailler sur les clivages existants entre ces différents systèmes pour parvenir à une articulation permettant d'optimiser la prise en charge et la prise en compte de la souffrance psychique et psychosociale des personnes cherchant ou ayant trouvées refuge en France...Si la mise en place des Agences Régionales de Santé a été pensée en ce sens, les effets n'en sont pas encore sensibles sur le terrain. Les professionnels évoquent un mariage forcé, sans que les logiques et cultures des anciennes ARH et DRASS n'aient été prises en compte dans cette union.

²⁴ Sur la base des rapports d'activité de l'OFPPA, depuis 1973, 160 518 personnes ont été placées sous protection OFPPA. A ces personnes s'ajoutent à minima les 101 769 personnes déboutées de leur demande d'asile entre 2006 et 2010 ... auxquelles s'ajoutent celles qui cherchent toujours protection auprès de la France...En moyenne 30.000 personnes viennent y trouver refuge chaque année.

4) S'inspirer des approches de santé communautaire²⁵

a) « Travailler avec plutôt que travailler pour »

Dans le cadre de la problématique de prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile cette approche pourrait ouvrir de nouvelles perspectives.

Le principe de développement local s'inspire des fondamentaux de la santé communautaire, il postule qu'il est préférable de développer les ressources locales plutôt que d'en créer de nouvelles, et de renforcer une dynamique de soutien et de qualification collective des acteurs.

Travailler dans une approche de santé communautaire auprès du public de la demande d'asile consisterait tout d'abord à poser un autre regard sur ce public et à les considérer comme des experts de leur santé et comme des partenaires dans la prise en compte comme dans la prise en charge de cette problématique.

L'approche de santé communautaire incite également les professionnels à intégrer l'ensemble des personnes concernées dans la compréhension de la problématique, à prendre en compte leur subjectivité, leur cadre de référence, à entendre leurs demandes leurs besoins et leurs attentes.

b) Le champ psychosocial, un axe de développement à privilégier

Le terme psychosocial renvoie à l'articulation entre l'individuel et le social, ou plus précisément dans le champ de la psychologie, cela renvoie aux effets de l'environnement sur le fonctionnement psychique.

Le sentiment de solitude, la rupture du lien avec la famille, avec la communauté ou avec la culture d'appartenance placent la personne dans une situation d'isolement social et parfois de rupture du lien social qui génère une profonde souffrance.

La difficulté à trouver une place au sein de la société, de la famille ou du couple, l'absence d'activité, le sentiment d'inutilité sociale, le déclassement voire l'exclusion sociale affectent la personne, son identité, et l'estime qu'il se porte. Cette vulnérabilisation psychique vient parfois affecter, pour ceux qui pourront obtenir le statut de réfugiés, les possibilités d'intégration futures au sein du pays d'accueil.

Les constats effectués par la majorité des participants (dans laquelle nous incluons les réfugiés et demandeurs d'asile) pointent l'importance de cette dimension. L'existence d'un soutien social, le travail, la relation avec les membres de la communauté, la possibilité de bénéficier d'une écoute ont été régulièrement mentionnés comme des béquilles primordiales à l'équilibre psychique.

Les actions pensées dans une perspective psychosociale s'inscrivent pleinement dans le champ de la promotion de la santé mentale. Elles répondent aux différents besoins et attentes des personnes issues de la demande d'asile (réinscription dans des liens sociaux, trouver une place, un rôle et une

²⁵ Nous renvoyons le lecteur qui souhaitera approfondir ses connaissances et la compréhension de la démarche de santé communautaire au site internet et aux différentes publications de l'institut Théophraste Renaudot, principal acteur du développement de ces pratiques. Voir également l'ouvrage collectif dirigé par Thomas SAIAS : *Introduction à la psychologie communautaire* », 2011, Paris, Dunod.

Il y propose une définition de la psychologie communautaire en 5 axes :

- La justice sociale : le fil rouge
- Communauté : la cible (ex : communautés géographiques (village, quartier...), communautés sociales (famille, amis...), communautés psychologiques (sentiment d'appartenance à une même communauté de valeurs), etc.)
- Empowerment : le levier
- Ecologie : Le cadre
- Solidarité et subsidiarité : la géométrie (structuration horizontale et fonctionnement démocratique)

utilité voire une reconnaissance sociale, s'approprier un espace symbolique, gagner en autonomie...) mais aussi de limiter les effets délétères, anxiogènes et parfois aussi destructeurs de l'inactivité, de l'attente, de l'incertitude face à un avenir difficilement prévisible et maîtrisable.

La clinique psychosociale, comme nous l'avons évoqué dans la partie 4b, propose de s'intéresser à ces souffrances qui s'expriment sur les lieux du social. Ce courant référentiel reste pourtant méconnu dans le champ psychiatrique. Il serait important de former et de sensibiliser largement l'ensemble des acteurs concernés à cette approche à l'articulation du psychique et du social.

5) Développer la promotion de la santé mentale

a) Sensibiliser à l'impact de la symptomatologie post-traumatique sur la procédure et inversement

Les personnes venant solliciter l'asile en France, ont fui la violence, la persécution, qui les menaçaient « du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques »²⁶. La confrontation en tant que victimes ou témoins, d'actes de violences extrêmes, intentionnelles, d'humains sur d'autres humains, détruit la confiance en l'Autre : les interdits fondamentaux (du viol, du meurtre, de l'inceste...) qui permettent aux humains de vivre en société étant déniés, le règne du « sans foi, ni loi » vient propager une angoisse lacérante du risque constant de la mort, pour soi ou ses proches.

Ce climat, cette expérience n'est pas sans conséquence sur la santé psychique. Une symptomatologie particulière en découle, que certains s'accordent à appeler « Syndrome de Stress Post Traumatique Complexe »²⁷ (HERMAN, 1992) (FREY, 2001), d'autres préférant la description de la CIM-10 des « Modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe », la plupart pensant qu'il est nécessaire de poursuivre l'affinage épidémiologique.

Dans un article de 2004 Thierry BAUBET (BAUBET, 2004), reprend la symptomatologie proposée pour définir le « PTSD Complexe » :

- des somatisations (douleurs chroniques, troubles somatiques fonctionnels, etc.) ;
- une altération dans la régulation de l'état affectif (impulsivité, auto-agressivité, prises de risques, comportements suicidaires, colère non contrôlée) ;
- une altération de l'attention et de l'état de conscience (amnésie, épisode dissociatif transitoire) ;
- des modifications chroniques du caractère (altération de la perception de soi, altération de la perception de l'agresseur, altération de la relation aux autres) ;
- du désespoir...

Il est donc aisé de déduire, qu'une personne présentant un tel tableau clinique associant des amnésies, du désespoir, des troubles relationnels, une altération de la perception, puisse être en incapacité de répondre aux exigences de la procédure de demande d'asile.

Cette procédure renvoie une certaine violence. La nécessité de répéter à plusieurs reprises le récit comprenant tous les événements traumatiques, le climat de suspicion permanent, l'attente et l'incertitude entre chaque étape, sont des facteurs de vulnérabilisation extrêmes. Que la décision concernant l'attribution du statut du réfugié se fasse sans considération pour les troubles psychiques du requérant, est à la fois un non sens juridique, administratif et thérapeutique.

²⁶ Article premier de la Convention des Nations unies de 1951.

²⁷ Ex : **Herman J-L, (1992)**. Complex PTSD : a Syndrom in Survivors of Prolonged and repeated trauma in Journal of Traumatic Stress, Vol 5, Num 3, pp377-391 ou **Frey, C. (2001)**. Post-traumatic Stress Disorder and Culture. In Yilmaz, A.T., Weiss, M.G. Riecher-Rossler, A. (Eds.) Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives (pp.103-116). Basel, Switzerland: Karger.

Il nous paraît important, non seulement en terme de cohérence juridique, mais surtout à des fins de prévention de la santé mentale, que les conditions du déroulement de la procédure d'asile puissent être repensées, pour laisser place à une attention et une vigilance envers la souffrance et des troubles psychiques que peuvent présenter les personnes sollicitant l'asile.

b) Interroger les représentations du demandeur d'asile au sein des institutions concernées et au sein de la société

Le demandeur d'asile ou le réfugié peut tout à la fois être perçu comme : une victime, un coupable, un homme, un humain, un étranger, un citoyen, un précaire, un réfugié politique, un père, un héros, un patient, un malade mental, un résident, un menteur, un opportuniste,...

Les représentations du demandeur d'asile et du réfugié, mais également les croyances qui y sont associées constituent des déterminants majeurs dans ce système d'accueil, d'accompagnement, de soins proposés aux personnes contraintes à l'exil. Comme toute représentation sociale, celles-ci sont nourries par un contexte socio-politique, et par de la désinformation et/ou mésinformation.

Elles peuvent impacter directement sur l'accès aux soins : l'absence régulière de demande explicite de soins, ou la mise en avant de la dimension administrative par le biais des certificats médicaux par exemple, est généralement considérée comme une « non-demande » de soins, assimilée à un non-besoin de soins...ce qui induit parfois un sentiment que nous avons appelé « détournement de la fonction soignante à des fins administratives »...comme cette appellation l'illustre, ce climat génère souvent une suspicion sous-jacente de « faux malades », « stratège », abusant du système de soins, dont il faut se méfier, voir se préserver.

Un travail de conscientisation autour de ces représentations sociales qui diffèrent en fonction des champs professionnels ou des territoires, pourrait faciliter la sensibilisation et l'information des acteurs du champ sanitaire et social et favoriser à terme la prise en charge et la prise en compte de leur santé.

6) Pour un processus de prise en charge régulée

a) Mise en adéquation des représentations, des attentes et des « pouvoirs » des différents acteurs

Nous l'avons évoqué : aucun acteur, aussi « expert » soit-il, ne peut prétendre pouvoir répondre à lui-même à tous les besoins des personnes contraintes à l'exil et cherchant refuge en France.

Mais qu'est ce qui fait que l'articulation entre les différents acteurs fonctionnent ou pas ? Qu'est ce qui leur permet de travailler ensemble ?

Nous avons présenté plus haut les différents systèmes de représentations qui composent ce que nous proposons d'appeler un « modèle de prise en charge régulée ». Ce modèle se veut être un outil d'analyse par et pour la prise en charge collective : Pour permettre la fluidité du « système²⁸ » d'intervention autour d'une même personne, une bonne connaissance et compréhension des attentes, des représentations, des possibilités des uns et des autres est indispensable.

Pour tendre vers cet objectif, il est nécessaire de développer des instances regroupant les différents acteurs afin que tout ceci puisse être parlé, partagé. Cela irait également dans le sens d'initier ou de nourrir une considération collective et interinstitutionnelle de la problématique.

Concrètement, cette évolution que nous préconisons ne se décrète pas. Initier et animer cette dynamique de « faire connaissance » est une tâche chronophage. Elle ne sera rendue possible que par l'**existence d'un acteur central** jouant le rôle d'initiateur d'une dynamique de travail collectif mais

²⁸ Par système, nous entendons l'articulation/la juxtaposition des différentes interventions proposées par les différents acteurs (soignant, intervenant social, bénévole, juriste, enseignant...)

aussi assurant le rôle de coordinateur voire de médiateur entre acteurs disposant de cadres de référence et de cultures professionnelles singulières.

Il apparaît indispensable d'**élaborer des cadres d'intervention interinstitutionnels et collectifs** qui permettent de délimiter les champs d'intervention, les places et rôles des différents acteurs, qui définissent également les règles du jeu, les modalités de régulation, de communication et de coordination mais également les modalités d'évaluation du système de prise en charge collectif.

L'élaboration de ces cadres ne peut se faire efficacement que par un tiers positionné dans une certaine extériorité et disposant d'une légitimité reconnue par les acteurs locaux et susceptibles d'animer les temps de travail, de réflexion et de construction collective. Le financement ou de manière plus réaliste, le co-financement de cette fonction de coordination doit s'inscrire dans la pérennité.

b) « La prise en charge régulée » : un dispositif en rupture avec les pratiques de régulation dominantes

La prise en charge régulée ne constitue pas un modèle « idéal » :

Ce travail de régulation, peut demander du temps et de l'investissement notamment sur le temps de la constitution du cadre du dispositif.

Cette démarche peut aussi nécessiter une rupture avec les pratiques de régulation et d'articulation habituelles, ou dans les modalités de prise de décision.

Mais par sa situation à l'articulation des différentes structures concernées, un dispositif de régulation pourra constituer un espace-ressource, d'étayage, de contenance, et d'optimisation de la qualité des réponses et interventions proposées.

Face à la disparité des systèmes de représentations exposés par les professionnels rencontrés au sujet de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés, (définition, situation, réponse appropriée...) ce modèle est également de nature à susciter la mise au travail des cadres de référence (représentations, perception, théories et systèmes d'explication...). Nous songeons notamment au principe des « conférences de consensus » qui visent à construire un cadre de référence commun autour d'une problématique avec l'ensemble des acteurs concernés (ex : conférence de consensus sur les personnes sans abri, FNARS décembre 2007).

Dans la mesure où la régulation du système d'acteurs s'effectue plutôt difficilement de manière spontanée, la présence d'un tiers au service du système nous semble déterminante pour passer d'une régulation intra-institutionnelle et/ou linéaire (d'acteur à acteur) à un processus de régulation collectif.

Ce modèle nécessite donc l'attribution de moyens humains dédiés.

Si les dispositifs de régulation institutionnels tendent à se développer aux seins des structures d'accueil ou des structures de soins (analyses de pratique, supervision, réunions d'équipe,...) les dispositifs reposant sur l'interinstitutionnel et sur une dynamique interprofessionnelle forte tels que nous le préconisons constituent une modalité de régulation en décalage avec les cultures, et pratiques institutionnelles courantes.

Développer et promouvoir la prise en charge régulée est une voie d'évolution des pratiques qui nous semble aller dans le sens d'une meilleure articulation des intervenants par l'induction d'un travail sur les cadres de référence culturels et professionnels.

V- PRÉCONISATIONS

Nous entendons par « préconisations » des pistes d'actions concrètes et opérationnelles, qui vont dans le sens de l'application des recommandations présentées ci-dessus.

1) Développement de projets de promotion de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile

Pourquoi un projet de promotion de la santé mentale ?

Le diagnostic que nous avons formulé évoque la notion de circularité : les différents facteurs de vulnérabilisation psychique (le psychotraumatisme, l'exil, la situation de précarité, l'attente et l'incertitude liée à la demande d'asile) sont intimement liés, et doivent être considérés conjointement.

La proposition de prendre en compte ces différentes dimensions de la problématique santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile dans la dénomination « promotion de la santé mentale » nous semble légitimée par une évidence : la notion de santé mentale renvoie à de multiples dimensions : identitaires, psychiques, sociales, etc. et concerne donc un nombre d'acteurs plus vaste que celui des professionnels du champ « psy ».

Les démarches de promotion de la santé se distinguent des démarches d'éducation pour la santé ou des pratiques de prévention dans le sens où elles ne visent pas à intervenir directement sur les pratiques de santé et encore moins sur les « problèmes de santé » mais à prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé (économiques, sociaux, psychosociaux, psychologiques, etc.) et à les intégrer dans des projets qui visent à aborder la santé dans une approche globale et positive, en impliquant l'ensemble des acteurs concernés (les bénéficiaires, les professionnels de la santé mentale et de l'asile, les acteurs associatifs, institutionnels et politiques locaux, etc.).

Ce principe de projet de promotion de la santé mentale consiste donc à élaborer une action en synergie à une échelle locale, autrement dit, par rapport à la classification que nous avons proposée, à intervenir principalement dans le troisième niveau, celui de l'articulation entre les acteurs locaux.

2) Développement de pôles de ressources et de coordination locaux « asile et santé mentale » ou « exilés et santé mentale » ou « migrants et santé mentale »

Cette préconisation découle assez naturellement d'un certain nombre de constats qui ont pu être effectués dans le cadre de cet état des lieux. Elle s'inspire par ailleurs de projets et de pratiques de coordination qui tendent à se développer dans le champ sanitaire et social (cf. encart ci-dessous) afin d'apporter une réponse adaptée à des problématiques de santé et de santé mentale qui impliquent une démarche de prise en charge transversale.

L'état des lieux aura en effet, permis de confirmer ce que d'autres investigations avaient déjà pu mettre en avant : le dynamisme, la richesse et la capacité d'un territoire à prendre en charge les problématiques sanitaires et sociales récurrentes ou émergentes ne se mesure pas au nombre ou à la qualité de ses acteurs mais à la nature de la relation entre ces acteurs.

Les Ateliers Santé Ville, un dispositif de coordination des actions de santé sur le territoire de la ville

Le dispositif Atelier Santé Ville a été créé par une circulaire commune DGS / DIV le 13 juin 2000, sa raison d'être tient dans la formule suivante : « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ». En règle générale, les ASV ciblent leur action sur les quartiers prioritaires au regard des CUCS, il en existe aujourd'hui près de 300 sur l'ensemble du territoire.

L'outil d'intervention de l'ASV est constitué par un acteur central : le coordinateur ASV, sa mission principale consiste à « développer et coordonner les actions de santé sur le territoire » cette mission amène les coordinateurs à animer des réseaux d'acteurs du champ sanitaire et social autour de projets et actions de santé élaborés collectivement.

La mission du coordinateur s'articule également avec les autres volets des CUCS (réussite éducative, lutte contre les discriminations,...).

*Dans d'autres registres et à une autre échelle territoriale, les **agents de santé** et les **animateurs santé de pays** constituent d'autres modalités de développement de la coordination des actions de santé et visent à occuper cet espace interstitiel entre les différents acteurs de la santé d'un territoire (professionnels, associations, habitants, institutions,...)*

Pourquoi des « pôles de ressources et de coordination locaux » ?

La rencontre et la mise en réseau des différents champs professionnels concernés s'effectue le plus souvent de manière affinitaire et informelle. Elle est rarement spontanée et repose souvent sur l'initiative d'une ou plusieurs personnes ou associations qui vont à la fois se positionner à l'articulation entre les acteurs, développer, soutenir et animer les dynamiques de prise en charge transversale, mais également former, informer, sensibiliser, etc..

Cette fonction de coordination constitue souvent une charge de travail qui s'ajoute aux missions initiales de ces « acteurs-coordonnateurs » (Équipes Mobiles, associations, centres de soins, réseaux, etc.) Elle se voit généralement fragilisée par le manque de reconnaissance institutionnelle et par les modalités de financements aléatoires.

Pourtant, cette mise en réseau et la dynamique qui en résulte est un pilier pour améliorer la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile, et si elle ne peut se décréter, en revanche, elle peut se construire.

a) Quels rôles ?

Promouvoir localement la problématique, sensibiliser, informer

Cette instance, à l'interface entre les différents acteurs concernés par cette problématique, aurait pour vocation de créer une dynamique autour de la question de la santé mentale, de la vulnérabilité psychique des personnes contraintes à l'exil. Il s'agirait notamment de porter et de développer les actions d'information, de sensibilisation, d'élaborer des outils pratiques, de susciter et de nourrir les liens interinstitutionnels, et interprofessionnels.

Soutien aux acteurs/structures de droit commun

Cette instance devra également pouvoir proposer des outils et interventions de soutien aux acteurs de terrain (ingénierie de la formation, aide ponctuelle au diagnostic, dispositifs d'analyse de la pratique...).

Articulation entre le spécifique et le droit commun

Cette instance aura aussi un rôle majeur dans le développement et le renforcement des liens entre les centres de soins spécifiques, la psychiatrie publique, et les médecins libéraux, entre les structures d'hébergement et le soin, etc. Cette mission d'articulation devra viser une évolution vers une fluidité des circuits de soins.

Ces « pôles de ressources et de coordination locaux » seraient donc les interlocuteurs directs des structures d'accueil du DNA, des professionnels de la santé et de la santé mentale, des institutions sanitaires et sociales locales (ARS, IREPS...), des acteurs de l'asile, des associations, des collectivités locales, et ils seraient chargés d'initier, de construire et d'animer les projets locaux de promotion de la santé mentale.

Ils accompliraient un travail qui demande un savoir faire méthodologique mais surtout du temps, de l'énergie, et des moyens humains : ces missions ne peuvent être assumées efficacement qu'à condition de pouvoir y consacrer un temps suffisant, et de pouvoir les investir sans être par ailleurs pris dans des engagements institutionnels autres. C'est pourquoi nous préconisons l'attribution de ressources humaines suffisantes et spécifiques à ce dispositif comme facteur central de sa cohérence.

b) Quelle légitimité, quel positionnement ?

Les recommandations que nous effectuons à propos de la création de « pôles de ressources et de coordination locaux » et de « projets de promotion de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile » doivent être initiées, portées et animées par un interlocuteur légitime et reconnu comme tel par ses partenaires et interlocuteurs.

Positionner cet acteur dans l'une ou l'autre des institutions concernées reviendrait à positionner la problématique dans un seul champ, alors même qu'elle relève de fait de plusieurs champs. Cela n'est donc pas souhaitable.

Le développement de « pôles de ressources et de coordination locaux » doit permettre d'intégrer la dimension territoriale et interinstitutionnelle de la problématique ce qui nous amène à penser que cet acteur doit pouvoir se positionner au service de l'ensemble des acteurs, tout en étant légitimé par une relation formalisée avec l'ensemble des institutions concernées.

c) Qui ? À quelle échelle territoriale ? Quel financement ?

Nous avons pointé la nécessité de développer cette instance, nous avons ensuite tenté de définir les grandes lignes du rôle qu'elle pourrait jouer, puis nous avons abordé la problématique de sa légitimité et de son positionnement. Nous devons maintenant essayer de répondre à la question de l'échelle territoriale ainsi qu'à la question du financement ou du cofinancement de ces dispositifs. En d'autres termes il s'agit d'aborder la dimension politique d'un tel projet.

D'un point de vue territorial, plusieurs possibilités sont à considérer en fonction des besoins locaux, et donc des rôles à remplir de cette instance.

La mission de promotion de la santé mentale, d'information, de sensibilisation, de liens avec les institutions régionales (ex. ARS, Ireps, Fnars), peut être assumée régionalement avec des moyens humains et financiers adaptés.

Par contre, le rôle de soutiens aux professionnels, de développement des dynamiques locales, de renforcement des liens, ne peut faire l'impasse de personnes disponibles à l'échelle du territoire d'action. Selon la « morphologie » territoriale, ce territoire d'action peut être un quartier, un arrondissement, une ville, une agglomération de commune...

Centres Ressources Autisme Régionaux : Un exemple d'articulation entre le local et le régional

Leurs principales missions :

- Assurer le diagnostic précoce, l'évaluation et l'orientation des enfants, adolescents et adultes atteints d'autisme
- Initier et animer un réseau régional de professionnels pluridisciplinaires autour de l'autisme
- Veiller à la formation des professionnels
- Favoriser la formation des familles
- Mener, intégrer et promouvoir des actions de recherche
- Assurer une mission d'information et de documentation auprès du grand public
- Participer à l'évaluation des besoins

Leurs organisations :

- Différentes unités locales d'évaluation et de diagnostic
- Une unité de coordination qui est le cœur du centre de ressources régional et assure :
 - o La coordination des différents pôles et unités
 - o L'initiation et l'animation du réseau régional de professionnels, pluridisciplinaires.
 - o L'information et la communication auprès des familles et du public.

Il pourrait être intéressant de penser une structuration qui articulerait des antennes locales rattachées à un pôle ressource régional, comme il en existe dans d'autres champs tel que l'autisme par exemple.

3) Création d'une coordination nationale « exilés et santé mentale » ou « migrants et santé mentale »

Les temps de travail et de réflexion collectifs, la mobilisation et l'implication de nombreux acteurs de la santé mentale et de l'asile, la dynamique des échanges avec les structures et les personnes sollicitées dans le cadre des différentes phases d'investigation, nous semblent avoir produit un large consensus autour du constat que cette problématique nécessite une prise en compte au niveau local, comme au niveau national.

Parce que la problématique de la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile relève d'une responsabilité collective, nous préconisons la constitution d'une instance de coordination nationale interinstitutionnelle pour une reconnaissance formelle de la problématique et pour le développement d'une réflexion et d'une action concertée.

L'amélioration de la prise en charge de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile demande tout d'abord la reconnaissance de l'existence d'une problématique spécifique et singulière « migrants santé mentale » ou « santé mentale et exil » sous la forme d'un cadre formel représentatif des acteurs institutionnels et politiques concernés. La dimension interinstitutionnelle de cette instance nous semble s'imposer parce que la problématique s'inscrit dans le champ légitime de plusieurs institutions, sans qu'elle n'entre de plein droit dans un seul.

Le rôle de cette coordination, que nous imaginons composer à minima des institutions représentatives de la santé, de la santé mentale et de l'asile, serait d'une part de **définir les modalités de développement et de cofinancement des « pôles de ressources et de coordination locaux »** (dotation de fonctionnement, financement d'actions spécifiques, financement de la phase de diagnostic local,...), puis d'assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation de ces instances et de leur action.

Pour poursuivre la réflexion

Ce travail d'état des lieux aura permis de recenser les différents facteurs qui font la complexité et la singularité de cette problématique « santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés ».

Si cette spécificité « asile » doit être reconnue, elle ne doit pas être un support réducteur de l'identité de la personne en demande d'asile. Elle ne doit pas évincer la dimension subjective et plurielle de tout individu, qui peut être ou non pris dans des problèmes familiaux, des conflits identitaires, une précarité sociale, des ennuis administratifs... comme chacun d'entre nous.

C'est notamment pour cette raison que nous insistons sur la nécessité de ne pas considérer les personnes contraintes à l'exil uniquement via le prisme de la demande d'asile. Ils sont avant tout des patients, des parents d'élèves ou étudiants, des personnes confrontées à la précarité, de potentiels futurs citoyens en attente de droits.

Pourtant, il est primordial de considérer à leur juste place les traumatismes, parfois cumulés, avec lesquels les demandeurs d'asile et réfugiés doivent continuer de vivre. Il nous avait été fait la remarque, en début du projet, que cette question du traumatisme n'apparaissait qu'en filigrane dans notre diagnostic initial et qu'il était important de la mettre en avant, parce qu'elle était trop souvent évincée.

Nos objectifs de recherche visant à saisir les perspectives et réalités des acteurs de terrain, nous avons fait le choix de ne pas induire ou orienter le contenu des échanges au-delà de la thématique « Prise en charge et prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil ». L'absence de la question du traumatisme dans les discours s'est donc confirmée dans le cadre des échanges : les professionnels rencontrés n'ont que très rarement pu poser des mots sur l'horreur de certains récits, la lourdeur de certaines situations. La question du traumatisme, de son accueil, de sa « gestion », n'a été généralement suggérée que par des voies détournées.

Cette absence de mots nous amène à penser que ces expériences de personnes ayant été témoins du potentiel d'inhumanité de notre espèce renvoient à l'indicible, au trop difficilement symbolisable. Ce silence, régulièrement violé par la procédure d'asile, est peut-être pourtant l'ultime défense des victimes et des intervenants qui les côtoient. C'est peut-être par cette mise à distance que l'on parvient progressivement à se redresser, à reprendre confiance en une commune humanité. Ce n'est alors qu'à partir de là, que l'on parvient à mettre en mot ces crises de folie de l'humanité et à les laisser se représenter à la conscience.

Mais pour que cette mise en mot soit efficiente, encore faut-il que les mots puissent être choisis, compris et partagés. Le travail d'interprétariat, ou mieux, de médiation linguistique et culturelle s'avère alors indispensable. L'ensemble des constats, recommandations et préconisations présentées dans ce rapport, ne peuvent prendre sens que si en parallèle existe la possibilité d'accéder à des consultations dans la langue désirée par le patient.

C'est donc dans cette perspective qu'il nous semble important de progresser, quel que soit notre champ d'intervention : agir pour qu'à la fois le statut de demandeur d'asile et de réfugié ne vienne pas évincer le statut et les droits du patient ou d'utilisateur, et permettre par ailleurs la reconnaissance et l'accueil des vulnérabilités et souffrances psychiques des personnes contraintes à l'exil.

Nous espérons que cet état des lieux constituera un pas de plus en ce sens.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier à nouveau l'ensemble des personnes ayant consacré du temps pour alimenter cette investigation :

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL LOCAL

- Marion BEROUD, Rhône-Alpes, Réseau Samdarra
- Alexandre CHARANTON, Valence, Diaconat Protestant
- Françoise DUCOTTET, Lyon, Médecins du Monde
- Malorie GENY, Rhône-Alpes, Réseau Samdarra
- Rémy KOSSONOGOW, Chambéry, Secours Catholique
- Maud JAN, Paris, AFTAM
- Gérald JULIEN, Lyon, Forum Réfugiés
- Sylvie LANCINO, Bondy, OFII
- Gwen LE GOFF/Olivia NEVISSAS, Rhône-Alpes, Réseau Samdarra
- Marguerite PREVOT, Lyon, CH Le Vinatier
- Marc VIGNAL, Psychosociologue, Consultant
- Marc VITTU, Rhône-Alpes, Adoma
- Halima ZEROUG-VIAL, Rhône-Alpes, Réseau Samdarra

PARTICIPANTS AU COMITÉ DE PILOTAGE

- **Le Service de l'asile du Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale, et du Développement Solidaire**
Julia CAPEL-DUNN, Fransizka DASNOY, Laurence DEGLAIN, Hélène HALBRECQ, Nathalie MARTIN-NDIAYE, Maya NAKACH, Anne PEUTEUIL
- **La Direction de la Santé Publique de l'OFII**
Marc WLUCZKA
- **La Direction de l'Asile de l'OFII**
Ahmed CHTAIBAT
- **Les médecins coordinateurs de l'OFII**
Catherine FORTIN, Thierry KERN, Sylvie LANCINO, Sandrine THEVENET, Philippe TRUZE
- **L'association OSIRIS, Marseille**
Bertrand GUERY
- **Médecins du Monde**
Maria MELCHIOR, Hugo TIFFOU
- **L'association Primo Levi, Paris**
Sibel AGRALI, Eleonore MOREL
- **L'association Parcours d'Exil, Paris**
Karin TEEPE
- **L'association AWEL, La Rochelle**
Muriel BAMBERGER, Francois LEMORE
- **Le Centre hospitalier du Rouvray, St Etienne du Rouvray**
M. COLOMBE, Sandra GUIGUENO
- **Médecin sans Frontières, Paris**
Jacky ROPTIN
- **Le Comede, Paris**
Laure WOLMARK

- **L'hôpital Avicenne, Paris**
Thierry BAUBET
- **L'Entraide Sociale Poitevine de Poitiers**
Christine BOYER, Julie POLISSET, Frédéric POUPARD
- **France Terre d'Asile**
Sophie BILONG, Radoslaw J. FICEK, Mohamed LOUNADI, Victoire LARZILLIERE
- **L'Orspere-ONSMP, Bron-Lyon**
Jean FURTOS

LES MEMBRES DU COMITÉ TECHNIQUE DU RÉSEAU SAMDARRA

- Valérie COLIN, ORSPERE-ONSMP
- Rached SFAR, Adate
- Rémy KOSSONOGOW, Secours Catholique
- Théodore ONGUENE-NDONGO, Association Appartenances Lyon
- Cécile CLAMENS, Centre Psychothérapeutique de l'Ain

NOUS REMERCIONS ÉGALEMENT

- La Direction des Affaires Générales, CH Le Vinatier
- La Direction des Affaires Financières, CH Le Vinatier
- Nathalie Breure, CH Le Vinatier
- Matthieu Fouché, Réseau Samdarra

STRUCTURES AYANT CONTRIBUÉ À L'ÉTUDE

AJT (association d'Aide aux Jeunes Travailleurs) : Cada La Roseraie de Marseille

ATM : Cada de La Chapelle Saint-Luc

Abri de la providence : Espace accueil d'Anger

Acces : Cada Jacques Preiss de Mulhouse ; Cada Tassigny de Mulhouse ; La plate-forme ; Le centre de transit

Adate : Cada Adate ; Service asile de Grenoble

ADDSEA 38 (Association Départementale de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence) :
Cada Le Cèdre de Grenoble ; Le Catalpa Voiron

ADDSEA (Association Départementale de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence) :
Cada La Fayette de Besançon

Admi (Association départementale des maisons pour l'insertion) : CHRS le Relais

Adoma : Auda de Mont Saint Martin ; Auda du Havre ; Cada Ciconia de Nantes ; Cada d'Essay les Nancy ; Cada d'Halluin ; Cada d'Homecourt ; Cada d'Angers ; Cada de Besançon ; Cada de Caen ; Cada de Cholet ; Cada de Digoin ; Cada de Dijon ; Cada de Fontaines Saint Martin ; Cada de Givors ; Cada de la Verpillère ; Cada de Marseille ; Cada de Monclar De Quercy ; Cada de Pompey ; Cada de Pont de Chérucy ; Cada de Saint-Etienne du Rouvray ; Cada de Toulouse ; Cada de Vierzon ; Cada Le Soleil de Mulhouse ; Cada Marco Polo de Marseille ; Cada Safran de Nantes ; Cada Vauban de Volgelsheim ; Dispositif d'urgence d'Herseange ; Cada La Brousse du Gaudil

Adrim (Association pour le Développement des Relations Intercommunautaires Méditerranéennes) : Cada de Marseille

Aftam : Cada Bléville du Havre ; Cada Brindeau du Havre ; Cada Ambassadeur d'Amiens ; Cada Agglo Orléanaise de St Jean le Blanc ; Cada de Chatillon sur Seine ; Cada de Fougères ; Cada de Grand Quevilly ; Cada de Livry-Gargan ; Cada de Lorient ; Cada de Plombières les Dijon ; Cada de Quimperlé ; Cada de Rennes ; CHRS Louise Michel de Cherbourg ; Plateforme 93 La Courneuve ; Cada de Nanterres ; Cada d'Osny ; CPH de Rennes

AIEM (Association d'information et d'entraide Mosellan) : Cada de Metz

Alap : Cada de la Roche^s / Foron

Alfa 3A : Cada d'Ambérieu en Bugey ; Point accueil de Saint Vulbas

Althea : Cada de Caen

Amar (Association montalbanaise d'aide aux réfugiés) : Cada, Cph ou Huda

Anef : Cada d'Annonay

APTM (Association pour l'Accompagnement Social et Administratif des Migrants et leurs familles) : Cada de Bercy

Arca (association régionale coordination asile) PACA

Armée du Salut ; Armée du Salut du Havre

ARSL (Association de Reinsertion Sociale du Limousin) : Cada ARSL de Limoges

Association chrétienne de coordination, d'entraide et de solidarité : Cada Munster de Mulhouse ; Cada Victor Hugo de Mulhouse

Association La Nouvelle Béthel : Cada de Couesnon

Association le Pont : Cada de Montceau les Mines ; Service d'urgence pour demandeurs d'asiles de Macon

Association Pyrénées Terre d'Accueil : Cada 65 de Lannemezan

Association Saint-Benoît Labre : Cada Les Alizés de Vertou

Association Toits du Monde : Cada d'Orléans

Atherbea : Cada Atherbea Bayonne ; Cada de Bayonne

Bon encounter : Cada d'Agen

Cada des Landes : Cada des Landes de Mont de Marsan

Casp : Cada de Paris

Carrefour des Solidarités Rouen

Centre d'Orientation Sociale : Foyer Quancard le Cada de Villenave d'Ornon ; Isard Cos ; Cada de Montreuil

Centre Jane Pannier : Cada Jane Pannier de Marseille

CESF : Cada Foyer Creusois

Ciconia : Cada de Pontereau

Clede : Cada d'Ales ; Cada d'Angers ; Cada de Toulon

Comité d'Aide aux Réfugiés : Comité d'Aide aux Réfugiés de Bois Colombes

Croix-Rouge française : Cada de Dijon ; Cada de Nîmes

Ddamie (Dispositif départemental accueil des mineurs isolés étrangers) : Fol 74

Diaconat Protestant : Cada de Tournon ; Cada Vernoux de Valence

Espoir : Ada de Mulhouse

Fare : Cada de Lille

Fmars : Délégation de Macon

Forum Réfugiés : Cada de Bron ; Cada Nicolas Garnier de Villeurbanne ; Cadair ; Centre de transit de Villeurbanne ; CPH de Lyon

Foyer Notre Dame : Cada Nord de Strasbourg ; Cada de Strasbourg

FTDA (France Terre d'Asile) : Cada d'Evreux ; Cada de Toulon ; Cada de Bègles ; Cada de Bergerac ; Cada de Blois ; Cada de Paris ; Cada de Périgueux ; Cada de Romorantin-Salbris ; Cada de Rouen ; Cada de Sarcelles ; Cada de Melun ; CAOMIDA de Boissy St Léger ; Cada de Stains ; Cada de Vendôme

GATREM (Groupe d'Aide au Travail, au Reclassement, à l'Education et à la Migration) : Cada GATREM de Limoges

Habitat Pluriel : Foyer Saint-Exupéry de Miramas

Hospitalité pour Femmes : Cada de Marseille ; Plateforme de Marseille

Itinéraires : Cada de Caen

La Cimade

Landana : Cada de Mont de Marsan

Le Roc : Cada Le Roc

L'Espelido : Cada Espélido de Nîmes

Logisol : Cada de Marseille

Ofii (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) : Délégation de Lille

OGFA (Organisme de gestion des Foyers Amitiés) : Cada de Pau

Rocheton : CPH de Melun

Sara Ghu : Cada

Sauvegarde 56 : Cada d'Auray

Sauvegarde 57 : Cada de Lorient

Sauvegarde et promotion de la personne : Cada de Bon Encontre

Secours Catholique : Délégation de Bourg-en-Bresse ; Délégation de Grenoble

Structures de soin/Soutien thérapeutique : Association Mana de Bordeaux ; Centre de soin Osiris de Marseille ; Centre Hospitalier Le Vinatier ; Centre santé mentale de Lille ; Centre Trieste de santé mentale (CMP, CATTP) d'Halluin (Lille Métropole) ; CMP de Sévigné Relais d'accueil familial thérapeutique ; CMP Hauts de Rouen - Unité de Psychiatrie transculturelle ; CMP Infanto Juvénile Lyon ; CMPP de Pau ; CPA de Bourg en Bresse ; Dispositif d'art thérapie de l'atelier Et'c Terra de Canteleu ; Dispositif d'urgences d'Herseange ; Equipe mobile d'accès aux soins du Centre Hospitalier Pinel à Amiens ; Equipe mobile de santé précarité de Bourg En Bresse ; Equipe mobile précarité santé mentale de Hôpital Flaubert du Havre ; EMPS : Equipe mobile précarité santé mentale et exclusion au Centre Hospitalier de Rouffach ; Equipe mobile psychiatrie précarité du Centre Hospitalier Général de Rennes ; Equipe mobile psychiatrie précarité Epsylone de Melun ; Equipe mobile psychiatrie précarité respire de Evreux (réseau exclusion) ; Equipe mobile santé mentale précarité (EMSMP) du Centre psychothérapique de l'Ain ; Interstice à Orléans ; Parole sans Frontière de Strasbourg ; Pass de Bourg en Bresse ; Pass du Centre Hospitalier Fleyriat ; Pass et le service social du CHU de Dijon ; Pass mobile Santé et précarité CH La Valette Guéret ; Pass mobile Santé et précarité de Limoges ; Pass psy d'Evreux ; Pass Psy de Toulouse ; Unité Orangerie CH St Jean de Dieu

UCJG (Union Chrétienne de jeunes gens) : Cada de Toulouse ; Centre d'hébergement le Rocheton ; CPH de Toulouse

LEXIQUE

- AME : Aide Médicale d'Etat
- CADA : Centre d'Accueil pour demandeur d'asile
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile
- EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
- OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PTSD : Post-traumatic Stress Disorder (Etat de stress post-traumatique)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABDALLAH-PRETCEILLE, M. (2011). De l'interculturel à l'humanisme du divers. . *Éducation permanente*, pp. 17-20.
- AULAGNIER Piera (1975), *La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BATESON, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris: Seuil.
- BAUBET, T. (2004, Avril tome 2- num 2). Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. *Journal International de Victimologie*, pp. 107-113.
- BAUMAN Zygmunt (1999), *Le Coût humain de la mondialisation*, Paris, Hachette.
- BLANCHET, L. (1978, vol.3). La santé mentale à Pointe St Charles : vers une prise en charge collective. *Santé Mentale au Québec*, pp. 36-43.
- COLIN, V., & POMMIER, J.-B. (2008, Mars). L'indétermination professionnelle : une composante de la pratique. *Rhizome*, p. 9.
- COLIN, V., FURTOS, J. & POMMIER J.-B. (2011), Réseau Et Politique De Santé Mentale : Mutualisation Et Spécificités Des Compétences. Orspere-Onsmp.
- DEMONTY, B., & JOURET, D. (2006). *PROJET UNISOL- Identité, Sentiment d'efficacité personnelle et résilience - Recherche-action sur le phénomène de l'immigration récente*. Université de Mons-Hainaut, Belgique.
- DERVIN, F. (2011). *Impostures Interculturelles*. Paris, L'Harmattan.
- EHRENBERG, A. (2008). *La fatigue d'être soi - Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- FREY, C. (2001). Post-traumatic stress disorder and culture. Dans A. W.-R. Yilmaz, *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives* (pp. 103-116). Bâle (Suisse): Karger.
- FURTOS, J., & LAVAL, C. (2005). *La santé mentale en actes - De la clinique au politique*. Ramonville-St-Agne: Erès.
- GAILLARD, G. (2011). Tolérer l'effraction, travailler à inclure. *Revue Cliopsy - num. 5*, pp. 7-23.
- HAENNI-EMMERY, S., & SOULET, M.-H. (2006, décembre num. 25). L'institution incertaine. *Les Cahiers de Rhizome- Réinventer l'institution*, p. 4.
- HERMAN, J.-L. (1992, vol. 5 num. 3) Complex PTSD: a Syndrom in Survivors of Prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, pp. 377-391.
- KOBELINSKY Carolina (2010), *L'accueil des demandeurs d'asile. Une ethnographie de l'attente*, Paris, Éditions du Cygne.
- MANCO, A. (2002). *Compétences interculturelles des jeunes issus de l'immigration : perspectives théoriques et pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- MORO, M.-R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- ROPTIN, J. (2011, vol 12 num.3). Pour une politique de santé mentale pour les demandeurs d'asile et réfugiés. *L'Autre*, pp. 352-358.
- ROSENBAUM, F. (2010). *Les humiliations de l'exil*. Paris: Fabert.
- SAIAS, T. (Ss la dir. de) (2011), *Introduction à la psychologie communautaire*, Paris, Dunod.
- SAPIR, E. (1967). *Anthropologie*. Paris: Editions de Minuit.

PARTENAIRES FINANCIERS :



réseau
Samdarra

Centre Hospitalier Le Vinatier
Pôle est - 95 bd Pinel
69677 Bron cedex
T : 04 37 91 50 93
Fax : 04 37 91 54 62
www.samdarra.fr
reseau.samdarra@ch-le-vinatier.fr