

AVANT-PROPOS

Gwen Le Goff, Halima Zeroug-Vial

Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés |
« Rhizome »

2017/1 N° 63 | pages 5 à 13

ISSN 1622-2032

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-1-page-5.htm>

Pour citer cet article :

Gwen Le Goff, Halima Zeroug-Vial « Avant-propos », *Rhizome* 2017/1 (N° 63),
p. 5-13.

Distribution électronique Cairn.info pour Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés.

© Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Gwen Le Goff

Halima Zeroug-Vial

AVANT-PROPOS

« Il s'agit de quoi ? Il s'agit de les soigner du fait qu'un pays leur refuse des papiers ? Ils auraient des papiers, ils n'auraient pas besoin d'antidépresseur ! Est-ce que je dois soigner les atteintes à la dignité humaine faites par un État dans lequel ils se sont retrouvés ? C'est aussi ce qui fait dire aux professionnels de temps en temps, et pas seulement de manière défensive : "c'est pas notre boulot !" »

Ces mots, ceux d'un soignant en santé mentale, expriment son indignation face aux incohérences d'un système défaillant, et questionnent le sens de la clinique pour les demandeurs d'asile et déboutés.

En 2005, les Cahiers de Rhizome intitulés *Demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen* restituaient la recherche portée par l'Orspere sur la santé mentale des demandeurs d'asile¹. Ce travail de recherche a abouti, grâce à un financement des tutelles régionales de santé, à la création du Réseau Samdarra², en 2007. Dix ans après, les problématiques migratoires renouvellent les questionnements concernant la santé mentale des « migrants précaires³ », sans que cela n'aboutisse pour autant à la création de dispositif spécifique. Les politiques migratoires, loin de favoriser l'accès au soin, participent au contraire à la vulnérabilisation du public migrant, ce qui accentue l'embarras des praticiens dans leurs pratiques professionnelles.

¹ Laval, C. et Colin, V. (2005). *La santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes : modalités cliniques et inter partenariales*. DRASS Rhône-Alpes. Onsmop-Orspere.

² Samdarra : SAnité Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes.

³ Depuis 2013 l'Orspere-Samdarra caractérise la figure du « migrant précaire » afin de désindexer la catégorie juridique de la question du soin. Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2(6), 123-140.

RÉACTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE « SANTÉ MENTALE ET MIGRATIONS »

Un nouveau contexte

Les arrivées récentes, notamment depuis 2015, ont provoqué de nouveaux débats à propos de ce que certains qualifient de « crise migratoire ». La remise en cause de ce terme controversé ne doit cependant pas masquer l'augmentation des arrivées de migrants. On a en effet assisté, en France, à une augmentation des demandes

d'asile de 142% entre 2007 et 2016. Plus de 85 000 personnes ont déposé une demande d'asile en 2016, contre 65 000 en 2014. La hausse amorcée en 2015 (+22%) se poursuit en 2017 à un rythme plus modéré. De nombreux dispositifs, notamment dans le champ de l'asile et de la précarité, sont complètement débordés. Au vu de ces évolutions, et malgré des créations de places importantes, le Dispositif National d'Accueil (DNA) est aujourd'hui saturé. En effet, il ne comptabilise au début de l'année 2016, que 62 000 places d'hébergement spécifiques pour les demandeurs d'asile ou réfugiés. De plus, les ouvertures des Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO) ne constituent pas des solutions d'hébergement stables. Leur mission est d'héberger de manière temporaire les migrants qui se trouvaient dans les «jungles» ou squats, et d'en orienter certains vers les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (Cada). Aussi, un certain nombre de demandeurs d'asile sont hébergés par des communautés, des proches, ou se retrouvent à la rue. Des camps s'installent de manière régulière ou temporaire aux abords des villes, à l'image de ceux du nord de la France, démantelés à la fin de l'année 2016.

Catherine Wihtol de Weden⁴ explique l'entrelacement des causes de départ des migrants actuels : ils quittent «des pays mal gouvernés, instables, insécurisés et corrompus (...)». Mais la cause essentielle des départs récents est la guerre, l'instabilité et la violence politiques : en Érythrée, en Somalie, en Syrie, en Irak, en Libye. Si, au Sud, on est souvent face à des «flux mixtes» d'hommes jeunes venus seuls fuyant la situation économique et politique sévissant chez eux, au Proche Orient la plupart des nouveaux venus sont des familles de demandeurs d'asile.» Lorsqu'ils arrivent sur le territoire national, les demandeurs d'asile ont généralement effectué des trajets longs, complexes et dangereux. La reprise de conflits armés, comme en Syrie depuis 2011 ou en Libye depuis 2014, entraîne une forte augmentation des départs, par les voies maritimes essentiellement. En effet, la fermeture des frontières de l'espace Schengen et l'externalisation de l'asile accroissent la dangerosité des parcours, notamment en Méditerranée.

Les raisons de départ des pays d'origines ainsi que les conditions de parcours et d'arrivée peuvent entraîner des conséquences sur la santé mentale des migrants. La littérature clinique sur les conséquences en santé mentale de la migration contrainte est déjà riche de références, mais le contexte actuel renouvelle les problématiques, notamment en matière de politiques publiques de santé.

4. Wihtol de Wenden, C. (2016, mars). L'Europe et la crise des réfugiés. *Études*, 3, 7-16.

Une difficile inscription de la préoccupation pour la santé mentale des migrants dans les politiques publiques de santé

Dans les années 90, la précarité et ses corolaires, comme l'isolement ou l'exclusion, a questionné la psychiatrie. La création de l'Orspere, en 1996, s'appréhende dans ce contexte. Aujourd'hui, des enjeux politiques, notamment à travers la prise en charge du public migrant, traversent la santé mentale.

Si certains ont pu dénoncer une «psychiatisation du social», dans la prise en charge médicale des problématiques d'ordre social, la santé mentale a depuis évolué vers une définition extensive. Elle intègre les souffrances psychiques parmi ces missions, en atteste le dernier Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2011-2015). Le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade⁵ pointe parmi les atteintes à la bonne santé mentale des individus, la migration contrainte, l'absence d'accès aux soins, la grande pauvreté, les violences politiques ou encore les violations des droits de l'homme. Il insiste sur la nécessité d'une politique publique de santé prenant en compte la prévention de ces souffrances psychiques et qui «ne saurait limiter son champ d'action aux seuls soins psychiatriques des troubles mentaux.» Les rapports récents sur la psychiatrie pointent notamment les demandeurs d'asile ou les victimes de psycho-traumatismes comme des publics auxquels il faut porter une attention particulière.

Cependant, l'émergence de la préoccupation pour la santé mentale des migrants ne s'est pas traduite par la mise en place de dispositif spécifique, au risque de discriminer. Il n'existe pas de volonté politique de traiter de la question de la santé mentale des migrants en dehors du droit commun. Richard Rechman explique dans le chapitre sur «La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité»⁶ que c'est la précarité qui est mise en avant chez les migrants et qui leur permet d'accéder à des dispositifs spécifiques. «C'est précisément parce que désormais les migrants, les réfugiés et les travailleurs clandestins sont avant tout assimilés à des «exclus» qu'ils peuvent à ce titre bénéficier des modalités spécifiques de soins destinées indistinctement à toutes les formes «d'exclusion». L'inclusion des migrants et des réfugiés dans le dispositif de droit commun relève désormais d'une politique d'ouverture du système de santé sur la misère et la précarité, à défaut bien souvent d'apporter d'autres réponses politiques.»

Sur le terrain, les migrants fréquentent donc des dispositifs à destination des précaires, à l'image des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass), mis en place dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998⁷, ou encore

⁵ Laforcade, M. (2016, octobre). *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

⁶ Fassin, D. (dir.) (2012). *Les nouvelles frontières de la société française*. Collection : La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales n°371.

⁷ Notamment l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998.

Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)⁸, créées quelques années plus tard et fréquentées par des populations en grande partie migrantes, notamment dans les grandes métropoles. Ces dispositifs pour précaires visent essentiellement l'accès aux soins⁹ et en dépit d'une diversification de ces dispositifs, les publics cumulant de grandes vulnérabilités souvent imbriquées (sociales, médicales, administratives et juridiques) parviennent difficilement à s'inscrire durablement dans les circuits d'affiliation classiques¹⁰. Un médecin rencontré lors d'un entretien dans le cadre d'une recherche en 2013 sur une Pass¹¹ nous confie: «*tout se passe bien à la Pass, sauf la réorientation. On n'y arrive pas.*» Les difficultés à orienter entraînent les professionnels à poursuivre dans la durée les soins et les dispositifs se retrouvent inmanquablement saturés. Les associations humanitaires ou les organisations non gouvernementales se retrouvent de plus en plus sollicitées pour prendre en charge des migrants précaires qui ne trouvent pas de réponse ailleurs.

⁸ Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

⁹ Marques, A. et Velpry, L. (2013). L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. *L'information psychiatrique*, 89(6), 465-472.

¹⁰ Yvon, M. et al. (2011). Accès au droit et santé mentale : quand les hôpitaux prennent soin du sujet de droit. *Santé Publique*, 23, 175-180.

¹¹ Chambon, N. et Le Goff, G. et Cochet, P. (2013). Le migrant précaire PASSe à l'hôpital public. *Rhizome*, (48).

¹² Accueil Temporaire Service de l'Asile (AT-SA).

¹³ Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (Huda).

POLITIQUES MIGRATOIRES ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Le Dispositif National d'Accueil en première ligne de la souffrance des demandeurs d'asile

L'accompagnement sanitaire, et notamment l'orientation vers un dispositif ou un professionnel de santé mentale si besoin, fait partie intégrante des missions des Cada, définies par l'Arrêté du 29 octobre 2015. Néanmoins, depuis la réforme de l'asile, issue de la loi du 29 juillet 2015, les professionnels des centres d'hébergement ont moins de moyens pour exercer cette mission d'accompagnement. Tout d'abord, la norme d'hébergement a évolué. Les taux d'encadrement en Cada ont baissé, passant de 1 équivalent temps plein (ETP) pour 10 places avec 60% d'intervenants sociaux à 1 ETP pour 15 à 20 places avec 50% d'intervenants sociaux.

Ces professionnels sont ainsi moins nombreux et moins formés. De plus, alors que l'hébergement en Cada représentait la norme des centres d'hébergement jusqu'en 2015, d'autres dispositifs se sont multipliés pour répondre à l'urgence des demandes : AT-SA¹² et Huda¹³ notamment. Ces dispositifs ont un taux d'accompagnement encore plus faible. Aussi, depuis la réforme, l'accompagnement par les professionnels des centres d'hébergement s'est resserré autour de la procédure de demande d'asile. Par ailleurs, les migrations récentes (du Soudan, de l'Erythrée, d'Afghanistan) sont le fait de personnes isolées souvent allophones. L'accompagnement juridique de ces populations est donc particulièrement chronophage.

En octobre 2016, lors d'une journée d'étude organisée par l'Orspere-Samdarra¹⁴, un soignant d'une équipe mobile confiait que des professionnels d'un centre d'hébergement avait estimé que sur 130 personnes hébergées, 120 nécessitaient des soins en santé mentale. Les travailleurs sociaux des centres d'hébergement se retrouvent souvent en difficulté pour déterminer qui des personnes hébergées nécessitent des soins de manière prioritaire alors que nombreux sont ceux qui expriment leurs souffrances. Sans évaluation médicale préalable, ils se retrouvent souvent en difficulté pour orienter les personnes hébergées.

Des procédures précarisantes

Les procédures de demande d'asile, même si elles doivent être raccourcies suite à la réforme de l'asile en 2015, sont encore longues aujourd'hui (12 mois en moyenne en 2016).

Parmi la minorité de migrants obtenant une réponse positive (37,6% en 2016), 75% obtiennent le statut de réfugié et une carte de séjour de 10 ans en 2016. Les 25% restant n'obtiennent qu'une protection subsidiaire. Leur titre de séjour est valable seulement une année : il faut le renouveler plusieurs fois avant de pouvoir prétendre à une carte pluriannuelle. Obtenir une protection subsidiaire ne permet pas réellement de sortir de l'insécurité administrative. Si on prend l'exemple des Syriens en 2016, ils obtiennent pour 60% un statut de réfugié et 40% une protection subsidiaire.

La majorité des requérants est déboutée de sa demande d'asile (62,4% en 2016). Ce chiffre national est à mettre en perspective avec les disparités territoriales et les différences de taux d'obtention du statut en fonction des nationalités. Les Syriens ont par exemple un taux d'obtention du statut important (98% en 2016). À l'extrême opposé, les Kosovars et Albanais, arrivant en majorité en région Auvergne Rhône-Alpes, sont déboutés dans 90% des cas (rapport Ofpra, 2015).

La plupart des personnes déboutées reste sur le territoire, sans titre de séjour. Certains ne sont pas reconduits s'ils encourent une menace de mort en cas de retour. Des personnes déboutées peuvent solliciter un titre de séjour « vie privée et familiale » valable un an pour des raisons de santé, notamment de santé mentale. Elles peuvent faire valoir le traumatisme subi au pays ou lié aux conditions d'arrivée dans des contextes de grande précarité. Ce titre n'est renouvelé que si l'état de santé ne s'améliore pas : psychiquement comme de manière pratique, cela participe à maintenir les personnes dans une situation précaire.

¹⁴ Les actes de la journée du 6 octobre 2016 « Femmes en exil » sont en ligne sur le site de l'Orspere-Samdarra : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

De la détection de la vulnérabilité à l'accès aux soins des migrants précaires ?

Selon la directive européenne «procédure»¹⁵, et depuis la dernière réforme de l'asile, il est nécessaire de détecter la vulnérabilité chez les demandeurs d'asile. Une liste non exhaustive établit des critères de vulnérabilité des demandeurs «du fait notamment de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols, ou d'autres formes graves de violences psychologiques, physiques ou sexuelles». Cette détection, dont l'objectif est d'«assurer une meilleure prise en compte de la vulnérabilité» y compris psychique, doit permettre d'influer sur les conditions d'accueil et la procédure des requérants. En 2017, au moment où nous publions ce numéro de Rhizome, il est encore trop tôt pour percevoir les effets de cette réforme. La détection telle qu'elle a été mise en place, ne semble pas accompagnée d'une procédure facilitant l'accès aux soins en santé mentale. C'est pourtant l'objet de nombreux certificats sollicités par les personnes (17 % selon l'évaluation de la réforme de l'asile). Comment faire pour que la détection de la vulnérabilité ne soit pas uniquement une procédure administrative mais permette un accompagnement adapté tout au long de la procédure de ces demandeurs d'asile¹⁶ ?

¹⁵ La directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale.

¹⁶ C'est ainsi le sens d'un séminaire de réflexion mis en place par l'Orspere-Samdarra et qui donne lieu à une journée d'étude le 6 décembre 2017 à Lyon II. Les actes seront disponibles sur le site de l'Orspere-Samdarra.

¹⁷ Robiliard, D. (2013). *Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*.

EMBARRAS DANS LES PRATIQUES ET NÉCESSITÉ DE SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

La nécessaire prise en compte des singularités

Les Pass ou les EMPP répondent aux demandes de prise en charge du public migrant précaire. Cependant, en 2017, un certain nombre d'entre eux manquent de moyens pour répondre aux multiples sollicitations et se retrouvent saturés. Ils parviennent difficilement à orienter dans le droit commun les patients, en raison d'un certain nombre d'obstacles dont font partie la sectorisation, l'allophonie et la question psychopathologique.

Denys Robiliard¹⁷, dans son rapport sur l'avenir de la psychiatrie, distingue deux catégories de population qui ne peuvent se satisfaire du découpage en secteur : les populations précaires et les demandeurs d'asile. Effectivement, sur un certain nombre de territoires, la sectorisation est loin de faciliter l'accès à la psychiatrie

publique, et le rend au contraire difficile. La domiciliation administrative n'est pas systématiquement reconnue, et de nombreuses structures hospitalières, dans les grandes agglomérations notamment, intègrent les migrants dans le fonctionnement mis en place pour les SDF, complexifiant ainsi l'accès aux soins.

Pour les patients allophones, la problématique de la langue constitue un autre aspect fondamental dans la difficulté d'orientation. L'article L.1110-13, relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans la « loi de modernisation de notre système de santé », participe d'une reconnaissance de l'interprétariat linguistique comme facteur d'amélioration de l'accès aux soins pour des populations éloignées du système de santé. Dans les pratiques, nombreuses sont les situations où le patient doit s'organiser lui-même pour se faire comprendre : il vient avec un compatriote à la consultation, se contente de l'expression du visage, des mains, ou encore des dessins. Que le soignant l'attende comme traducteur de mots, médiateur, passeur culturel ou co-thérapeute, l'interprète professionnel est un acteur central favorisant un égal accès aux soins des personnes allophones. Les *Cahiers de Rhizome*¹⁸ publiés en février 2015 abordent cette thématique.

La prise en compte des traumatismes et vulnérabilités cumulées

Au-delà de ces spécificités, il paraît fondamental de prendre en charge à la fois les traumatismes et les vulnérabilités cumulées de ce public migrant précaire, dans un contexte où le cadre théorique apparaît de moins en moins soutenant pour les praticiens. Il est parfois compliqué de percevoir chez ce public de quoi il souffre et ce dont il a besoin.

Au-delà des courants traditionnels de la psychologie ou de la psychiatrie, nombreux sont les substantifs qui caractérisent le soin psychique à destination des publics migrants : la clinique de l'exil, du post-traumatique, de l'extrême, humanitaire, de l'urgence, du désespoir... Les vulnérabilités cumulées et l'intrication des problématiques perturbent le cadre clinique des praticiens. Quelles particularités faut-il prendre en compte ? Les spécificités culturelles ? Psychopathologiques ? Ou contextuelles, dans le cas d'une consultation à la sortie d'un shelter dans un camp humanitaire par exemple ? Comment les approches « classiques », la psychanalyse, l'ethnopsychiatrie s'adaptent-elles aux nouveaux courants migratoires ? Les cliniciens sont contraints d'aménager leur cadre afin d'adapter au mieux leurs pratiques aux souffrances des patients rencontrés. Les modalités d'intervention obligent à chaque fois à repenser leur cadre, ce dont témoigne un certain nombre de contributions de ce *Cahiers de Rhizome*.

¹⁸ L'interprétariat en santé mentale. (2015). *Cahiers de Rhizome*, (55).

Du côté de la psychiatrie, la littérature internationale met en avant des risques supérieurs de prévalence chez les populations en demande d'asile aux troubles post-traumatiques, aux troubles d'adaptation et aux états dépressifs et anxieux. La nouvelle édition du DSM 5¹⁹, publié en 2013, donne une place importante aux troubles post-traumatiques qui ont vu leur description clinique s'élargir notamment aux troubles cognitifs. Les symptômes sont notamment des cauchemars répétitifs, des hallucinations, de l'hypervigilance et des reviviscences traumatiques. Au-delà de la question des traumatismes endurés dans le pays de départ et sur la route de l'exil, les personnes venant demander l'asile en France subissent les effets de la procédure. Les récits réactivent les événements traumatiques dans un contexte d'attente et d'incertitude. Les traumatismes chez les populations migrantes sont traités de manière marginale et ne trouvent que peu de réponses en terme d'offre de soin et quasi exclusivement dans des associations spécialisées qui ne sont pas nombreuses sur le territoire. Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (Cump), dont les modalités des missions ont été définies par deux circulaires en 1997 et 2003 interviennent en situation de crise «potentiellement traumatique» comme les attentats. Des méthodes adaptées de prise en charge dans un contexte post-crise sont proposées aux victimes. Les migrants ne font pas partie des publics à qui s'adressent ces prises en charge, le traumatisme étant souvent ancien.

Ce public migrant précaire amène les cliniciens à se réinterroger sur leur rôle soignant et ce qui fait soin dans leur pratique. Offrir un cadre protégé, hospitalier, où l'on peut recevoir la parole de l'autre, sans enjeu de vérité, semble participer de cet accueil soignant. Notamment pour des patients déboutés, en situation de précarité, investir le lieu de la consultation a de l'importance. Un soignant rencontré dans le cadre d'une enquête explique que certains patients viennent plus tôt à la consultation afin de trouver un peu de repos dans la salle d'attente. Le fait d'être entendu et d'obtenir un rendez-vous quand on sollicite un soignant contribue à la reconnaissance interhumaine qui leur fait parfois défaut. Dans des parcours rythmés par les ruptures, le fait d'avoir un lien, un lieu immuable participe au soin. Un certain nombre de soignants soulignent la nécessité de reconnaître les troubles de santé mentale mais également les effets délétères du système d'accueil. Il ne s'agit pas alors d'essentialiser le contexte mais de le prendre en compte.

La nécessité de soutenir les professionnels

« Je suis content de pouvoir m'exprimer, car, de là où je suis, j'ai l'impression d'être le seul psychiatre à prendre en charge ce public. » Avec ces mots, un psychiatre fait part de son sentiment d'isolement dans la prise en charge des migrants. Les diffi-

¹⁹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

cultés liées à la clinique sont nombreuses et ce public met au défi les professionnels de santé, d'autant que beaucoup d'entre eux ne choisissent pas de travailler avec ce public mais s'en accommodent.

Parfois, des personnes migrantes arrivent dans des dispositifs de soin, orientées par des associations de soutien juridique ou par un travailleur social, pour obtenir un certificat. Des professionnels de santé, déjà débordés, doivent faire face à des demandes d'ordre administratives. Craignant de se faire instrumentaliser, certains soignants refusent de prendre en charge ce public. Aussi, ceux qui acceptent se retrouvent d'autant plus sollicités. Les tutelles de santé ou l'Ofpra s'étonnent parfois de recevoir des certificats ou rapports médicaux des mêmes soignants. Ils peuvent engager alors des contre-expertises ou convoquent les médecins concernés. La question de la suspicion très prégnante chez ce public a un effet contaminant chez les soignants, qui, lorsqu'ils réalisent des certificats deviennent eux aussi sources de suspicion.

Face à des patients ayant été confrontés à la torture, les professionnels sont les premiers témoins de leurs récits de barbarie. La dernière version du DSM (2013) fait ainsi état du risque de souffrance de troubles post-traumatiques en cas d'écoute répétitive de récits traumatiques.

Les procédures administratives et juridiques, l'enchevêtrement des problématiques de santé mentale ou somatique, la nécessité de recourir à un interprète : ces problématiques sont multiples et intriquées et appellent des réponses multidisciplinaires. Il est important de travailler conjointement et de se rencontrer entre intervenants de différents domaines. Pour ces raisons, il apparaît fondamental de proposer des espaces d'échanges et de formation et de soutenir ces professionnels impliqués dans la prise en charge de ce public. C'est ce que nous essayons d'impulser depuis la création de Samdarra il y a bientôt 10 ans, tant du côté du centre ressources que du côté de la recherche.