



Journée d'étude soutenue par la DGS



Réseaux en Santé Mentale et Précarité pour les demandeurs d'asile

ACTES

Le Mardi 3 Juillet 2007

- Sommaire -

Ouverture	3
Pierre Alégoët.....	3

Première Partie : Restitution de la recherche-action Compte-rendu des travaux du séminaire recherche et clinique présenté par les chercheurs et les praticiens

« Vers un réseau régional de santé mentale pour les demandeurs d'asile en Rhône- Alpes »	6
Jean Furtos Valérie Colin Blandine Bruyère.....	6

Témoignages de praticiens de la région Rhône-Alpes (ayant participé au séminaire recherche et clinique) à partir de leur expérience personnelle de mise en réseau

Rencontre manquée, rencontre manquante ; de la difficulté à prendre en charge des demandeurs d'asile en CMP	25
Halima Zéroug-Vial	25

Réseaux et impuissance	29
Olivier Daviet.....	29

De la recherche action à la mise en place par ISM-CORUM d'une mission qualité Interprétariat	33
Louisa Moussaoui	33

Témoignage d'un travail infirmier en CADA	37
Maryse Lequeux	37

Intérêt de l'approche transculturelle en psychiatrie de liaison au CHU de Grenoble. ...	40
David Szekely	40

Deuxième partie : Expériences des réseaux en France

Santé, maladie, soins et cultures : les réseaux en santé mentale	48
Christophe PARIS Marie-Jo BOURDIN Rachid BENNEGADI.....	48

Contribution et reprise conclusive	54
Catherine Massoubre.....	54

L'analyse de votre avis à partir des fiches d'évaluation de la journée d'étude	60
---	-----------

Ouverture

Pierre Alégoët¹

La prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité est une orientation forte de l'Etat, réaffirmée dans le plan *psychiatrie et santé mentale*, dans le droit fil du PRAPS.

L'un des enjeux majeur du plan *psychiatrie et santé mentale* est bien l'articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire, élément de respect de la globalité de l'être humain. Le réseau, tel qu'il nous est proposé dans le cadre de l'amélioration de nos pratiques professionnelles, me paraît un instrument de ce lien entre le sanitaire et le social, lien indispensable pour répondre à la demande des êtres en souffrance mentale.

Vous connaissez mon intérêt et mon engagement pour la question de la santé mentale des demandeurs d'asile, par l'impulsion et le financement de travaux de recherche coordonnés par l'ORSPERE-ONSMP : une recherche-action de 2003 à 2005, puis un séminaire recherche clinique dont les conclusions vont vous être présentées ce matin.

La recherche-action nous avait déjà amenés à penser la mise en réseau :

- elle répertoriait de nombreuses initiatives locales du côté du social et du soin sur le territoire de la région ;
- elle montrait la nécessité de les rendre plus visibles, de les mutualiser pour créer un réseau constitué d'acteurs psychosociaux comme c'est le cas dans d'autres régions, espace commun entre des pratiques sociales et des pratiques de soins, passerelle constituée entre le champ de la recherche et celui des pratiques, offre d'accueil et de soin, pôle de compétence coordonné au niveau régional.

Une réflexion collective et une dynamique d'acteurs étaient ainsi engagées autour de principes communs et de perspectives d'action.

Le projet de séminaire clinique, l'une des recommandations de la recherche-action, devait venir approfondir les dimensions cliniques des personnes en demande d'asile, mais aussi regarder la faisabilité du projet de consultation spécialisée et du réseau. Les matériaux du séminaire clinique nous proposent des bases théoriques pour développer ce réseau.

Les conclusions de ces travaux de recherche comprennent donc à la fois des recommandations sur l'organisation du travail clinique et des pistes pour rendre plus visible le travail de réseau existant et le renforcer.

Elles viennent démontrer combien il est indispensable de formaliser un lien entre les institutions, les associations du monde social et médical pour répondre aux besoins de santé

¹ Directeur de la DRASS Rhône-Alpes

(et non seulement à la demande de soins) de ces personnes. Ce lien se construisant sur des pratiques fondées sur une connaissance commune, un choix référentiel partagé et des répartitions de compétences consensuelles et complémentaires.

L'ensemble de ces travaux de recherche doit permettre d'animer une démarche visant à :

- faire se rencontrer et échanger les acteurs locaux sur ces questions,
- faire émerger un diagnostic territorial (départemental ou infra départemental),
- formuler les pistes d'amélioration de cet existant au niveau local et modéliser le niveau d'intervention régionale.

Dans la continuité de l'engagement de la DRASS depuis 2003, le GRSP², dont je suis le directeur, apporte son soutien financier dans le cadre de son appel à projet 2007, à la mise en effectivité de ce réseau régional pour l'année en cours jusqu'à ce que celui-ci puisse prétendre à un financement de droit commun.

Je vous souhaite une excellente journée et vous assure que je resterai attentif à vos travaux....

² Groupement Régional de Santé Publique

Première Partie : Restitution de la recherche-action

Compte-rendu des travaux du séminaire recherche et clinique présenté par les chercheurs et les praticiens.

Restitution de la recherche clinique sur la santé mentale des demandeurs d'asile, réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile, financée par la DRASS Rhône-alpes :

« Pour un réseau régional Santé mentale – Précarité – Demandeurs d'asile, réfugiés ».

« Vers un réseau régional de santé mentale pour les demandeurs d'asile en Rhône-Alpes »

Jean Furtos³ Valérie Colin⁴ Blandine Bruyère⁵

Jean Furtos

Merci beaucoup Monsieur le Directeur Régional d'avoir brossé le tableau d'engagement de vos services depuis 2003. Nous ne serions pas là, ensemble, si à cette époque, la DRASS ne nous avait passé commande d'un travail sur la santé mentale, constatant l'hétérogénéité et l'éclatement des idées, des procédures et des modes d'actions en ce domaine. Grâce à vos services, et plus récemment grâce au GRSP, dont vous êtes le directeur, tout ce travail va pouvoir se manifester dans une première phase de mise en action.

Je voudrais aussi vous remercier tous, vous qui êtes là pour cette journée, journée sous l'égide de la Direction Générale de la Santé dont la Directrice du bureau de la santé mentale s'est excusée pour cet après-midi mais qui nous soutient activement. Votre présence manifeste vraiment que l'intérêt en région concernant les demandeurs d'asile n'est pas imaginaire, mais un engagement des personnes et de leur institution.

Nous allons recruter incessamment sous peu, un ou une chargé(e) de mission qui sera en charge d'impulser la phase 1 du projet régional dans le cadre du GRSP. Il y a quelque chose qui va se mettre en place incessamment et qui devrait être opérationnel en septembre.

Il est certain que le réseau de santé mentale que nous voulons impulser, non pas dirigé en tant qu'Orspere car nous n'avons pas vocation à nous substituer aux opérateurs de terrain, mais nous pourrons l'accompagner. L'opérateur principal est le Centre Hospitalier du Vinatier qui, dans son pôle Est, sous la direction du Docteur Halima Zéroug-Vial, présente aujourd'hui, fait partie du service universitaire, et dirigera sur le plan médical cette coordination en vue des projets que l'on va décliner tout à l'heure devant vous. Cette inscription dans un hôpital de droit commun adossé à un pôle universitaire, ainsi qu'à celui de psychologie de l'université de Lyon 2, renforce l'intérêt du travail qui va pouvoir être fait à partir du terrain parce que c'est ce qui transforme un objet qui, pour le public non averti, fait partie de « ah, oui, il faut bien s'occuper de la misère du monde », « oui, il faut bien s'occuper des pauvres », « oui, il faut avoir de la compassion, etc. ». C'est vrai. Mais il y a un problème d'accès aux soins, de justice, de recherche, de formation initiale pour les professionnels et c'est pour cela qu'il est important que l'université soit associée. Ca ne va pas contre tous les projets qui sont dans l'ordre de l'humanitaire ou des associations. Ca ne peut que les renforcer. Ce n'est pas tout du tout hégémonique. C'est pour donner une orientation qui implantera cette pratique dans les formations initiales.

Avant de rentrer dans la présentation directe du rapport, je peux citer une anecdote qui m'a intéressé : je passais une semaine en Colombie où j'ai été amené à faire une conférence à l'institut colombien des maladies nerveuses, qui est en fait une clinique psychiatrique qui a une forte ouverture sur la psychiatrie sociale. Figurément, il est arrivé ceci : j'ai fait une conférence, et toutes les questions étaient orientées sur la violence (évidemment, ça se

³ Directeur Scientifique de l'Onsm-Orspere

⁴ Psychologue clinicienne, Onsm-Orspere

⁵ Psychologue clinicienne, Onsm-Orspere

comprend en Colombie : l'autorité sur la violence, les enfants soldats, les 3 millions de personnes déplacées par les para militaires, plus que par les FARQ), la clinique était orientée sur cette violence. Un psychiatre m'a donné l'exemple d'un jeune homme qui avait été un adolescent guerrier, qui faisait ensuite un programme de retour dans sa communauté et qui n'avait pas de culpabilité d'avoir tué ses proches, ses voisins, qui avait obéi aux ordres dans un état un peu hypnotique, et aussi pour gagner sa vie ; parce que qu'est-ce que l'on fait dans un pays pauvre ? On s'embauche au plus offrant !

J'ai fait une interprétation qui n'était pas dans l'ordre de : il y a une relation duelle entre toi le psychiatre et ce jeune sujet. Mais j'ai fait une interprétation groupale ; comme nous en faisons beaucoup, si nous avons suivi l'enseignement de René Kaes, où il émet aussi toutes les formes de groupalité que nous savons faire dans la formation des psys. J'ai donc fait une interprétation de nature groupale, ou si lui n'était pas en charge de sa propre souffrance en tant que lui, d'autres dans le groupe portaient sa souffrance et portaient donc l'espoir que quelque chose pourrait être intégré. Si ce n'était pas pour lui tout de suite, pour lui demain, après-demain, ou pour d'autres à côté de lui. Que c'est le groupe qui portait tout ça et pas simplement une personne. Ma surprise a été qu'ils me disent « Vous avez parlé comme un chamane ». J'ai parlé ainsi à quel moment ? Ils m'ont répondu « quand vous avez parlé du groupe ». Pour moi ça a été une clarification de la pensée. La relation purement individuelle et désintégrant, c'est-à-dire qu'elle renvoie à l'homme autonome, à l'homme capable d'être autonome dans une culture déjà assurée et le groupe est intégrant, c'est-à-dire qu'il assure l'intégration dans une entité plus large, qui pour le chamane va jusqu'au nuage, jusqu'au cosmos, à tous les dieux. Mais au fond, j'ai compris que parler du groupe, c'était une vision chamanique, c'est-à-dire de voir l'individu dans son contexte. Ca m'a énormément intéressé parce que, comme vous le verrez, tout le rapport est orienté..., et le réseau : qu'est-ce que c'est qu'un réseau, sinon de la groupalité instituée. Quand on crée du réseau et quand il y a des pratiques locales qui sont d'emblée orientées sur une certaine groupalité (pas forcément orthodoxe de type « on va faire un groupe »). Quand il y a de la groupalité, d'une manière ou d'une autre, c'est une manière d'intégrer le sujet désintégré de sa propre culture, ou en difficulté entre deux cultures. C'est la première fois que l'on me traite de chamane et je l'ai pris comme un compliment.

Nous allons commencer le travail proprement dit sous la présidence de séance du Docteur Madeleine Bernard, psychiatre en Haute-Savoie, collègue qui a arrêté administrativement son travail, mais non pas son intérêt pour la psychiatrie. Nous avons beaucoup collaboré sur les deux phases de cette recherche-action. Madeleine Bernard va animer cette séance du matin. Il y aura une restitution de la recherche clinique (le deuxième rapport est sur le site DRASS et sur celui de l'Orspere www.orspere.fr), c'est Blandine Bruyère qui a été la coordinatrice du travail clinique, Valérie Colin et moi-même qui allons présenter ce rapport. Après une pause, il y aura des témoignages des praticiens de la région Rhône-Alpes ayant participé aux séminaires de recherche clinique, à partir de leurs expériences personnelles de mise en réseau : Olivier Daviet, psychologue, Louisa Moussaoui, interprète, Maryse Lequeux, infirmière en psychiatrie, réseau précarité, David Szekely, Praticien Hospitalier, Halima Zéroug-Vial, que j'ai citée tout à l'heure.

Cet après-midi sous l'animation, la présidence de travail de Christian Laval, sociologue à l'Orspere. Il y a nos amis parisiens qui vont nous présenter Santé, maladie soins et culture. Les réseaux en santé mentale. Et après une pause, nous entendrons le Professeur Catherine Massoubre, qui travaille au CHU de St Etienne, qui a une grosse expérience de travail en réseau et qui sera le fil rouge de cette journée ; elle amènera aussi une participation contributive à cette journée et nous en terminerons.

Nous avons un certain nombre de partenaires qui sont de l'Etat, ou des associations : Appartenances, Adate, Médecins du monde, ISM, les universités de psychologie et de psychiatrie, le groupement des praticiens libéraux Rhône-Alpes, Accélaire et Forum réfugiés. Il y a eu un petit malentendu hier : avec le programme, ils ont eu le sentiment que le projet qu'ils ont de faire un centre de santé pour les demandeurs d'asile dans le cadre de leur travail, pouvait être en concurrence directe avec le réseau que nous voulons monter. Je les ai appelés ce matin ... pas du tout ! Forum Réfugiés n'a pas qualité pour organiser un réseau régional, mais en tant que grande association régionale, elle a certainement qualité pour faire tout ce qu'elle estime bon avec les fonds qu'elle a pu recevoir de la région Rhône-Alpes ou de l'Europe et ils feront partie du réseau, s'ils le souhaitent. Il y aura une charte et participeront au réseau ceux qui signeront la charte. Ni plus, ni moins.

Je crois que j'ai tout dit, et je vais maintenant appeler les chercheurs : Valérie Colin et Blandine Bruyère.

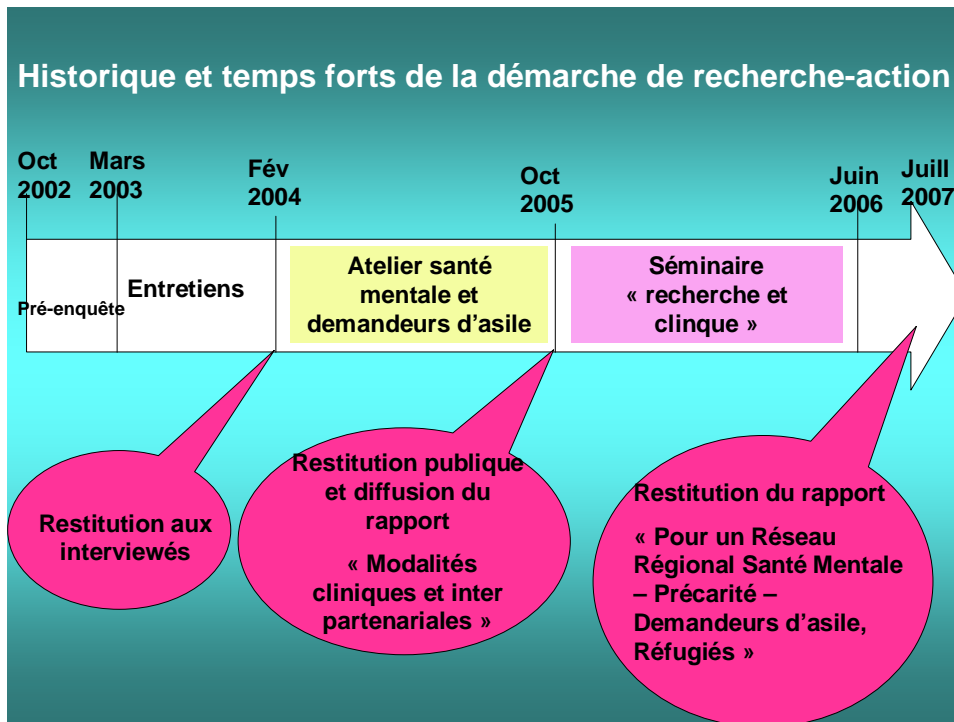
Plan de la restitution

1. Historique de la démarche de recherche-action initiée depuis 2003
2. Effets visibles d'une dynamique en marche
3. La méthodologie et le déroulement du séminaire clinique avec les praticiens psy
4. Les apports du séminaire au niveau de la compréhension clinique
5. Les recommandations vers un réseau régional

Nous allons vous présenter la restitution du rapport en plusieurs points :

- un petit historique de la démarche de la recherche-action (commencée en 2003),
- Les effets visibles de cette dynamique en marche, autour de la recherche-action.
- Blandine Bruyère vous parlera de la méthodologie et du déroulement du séminaire clinique avec les praticiens psy.
- Jean Furtos vous parlera des apports du séminaire au niveau de la compréhension clinique et il terminera par les recommandations vers un réseau régional.

La recherche-action est une forme d'intervention collective programmée, même si au départ, on ne sait pas toujours vers où on va, il y a quand même quelque chose qui est prévue, organisée, dans l'objectif de mettre en place une dynamique de changement. Pour ce faire, les recherches-actions conjuguent **deux types d'acteurs** : les chercheurs en action et les intervenants en réflexion. Le travail se situe dans ces allers-retours et dans cette forme de réflexivité.



Cette recherche-action a commencé en 2002 jusqu'en mars 2003 par une pré-enquête qui nous a permis de prendre connaissance des partenaires, des participants au travail auprès des demandeurs d'asile. Puis, une phase importante d'entretiens : plus de 80 personnes ont été interviewées par Christian Laval et moi-même, des professionnels de terrain, issus des 8 départements, pour essayer de faire l'état des lieux des ressources et des besoins en terme d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile. Les personnes interviewées étaient toutes issues soit du champ social soit du champ du soin : travailleurs sociaux, directeurs, interprètes, secrétaires, infirmières, psychologues, conseillers techniques, psychiatres, médecins généralistes. Suite aux résultats de cette première phase d'entretiens, nous avons mis en place un atelier santé mentale et demandeurs d'asile. Il avait pour objectif de travailler un certain nombre de points d'analyse incontournables avec des thématiques cliniques, l'analyse de dispositifs existants et l'expertise de scénarii possibles d'offres institutionnelles régionales. Cet atelier a regroupé des professionnels intervenants auprès des demandeurs d'asile dans la région Rhône-Alpes et il a fonctionné comme un lieu de recueils de données, issues de la pratique des professionnels et comme un espace d'analyse. C'est-à-dire qu'en même temps que l'on recueillait, on essayait d'analyser ensemble ce que l'on pouvait tirer de ces données.

Ensuite, d'octobre 2005 à juin 2005, le séminaire recherche et clinique s'est déroulé, animé par Blandine Bruyère. Comme l'a rappelé Monsieur Alégoët, c'était une des recommandations que nous avons faites suite à l'atelier. Donc, une première action a été mise en place. Ce séminaire avait pour objectif principal de mutualiser les pratiques des cliniciens et de les mettre en discussion.

J'ai fait cet historique pour vous montrer les temps forts autour de cette démarche, puisqu'un des buts de la recherche-action est de créer une dynamique collective. J'en ai repéré trois (cf. schéma ci-joint) :

- 1) La première restitution suite aux entretiens. Nous avons choisi de restituer oralement le travail d'état des lieux auprès de toutes les personnes interviewées, des commanditaires et des membres du comité de pilotage de la recherche.

- 2) En 2005, suite à la remise du rapport *Modalités cliniques et inter partenariales*, une deuxième restitution du rapport a regroupé un certain nombre de personnes membres du réseau.
- 3) Le troisième temps fort est celui d'aujourd'hui : la restitution du travail du séminaire recherche et clinique et en même temps le lancement de la formalisation du réseau.

Ces temps forts montrent une continuité aussi bien au niveau des personnes impliquées qu'au niveau des institutions concernées, et ce depuis le début de la démarche.

Une dynamique régionale engagée et maintenue

➔ **Des effets sur le terrain à partir de la large diffusion du rapport 2005**

- **Soulagement** des intervenants de l'existence d'une démarche régionale sur la problématique des demandeurs d'asile
- **Sensibilisation** des professionnels à la problématique de santé mentale
- **Amélioration** des liens CADA – CMP : rencontres personnalisées

Je vais continuer sur cette mesure de la dynamique régionale engagée et maintenue à partir des effets que l'on a pu constatés sur le terrain, notamment suite à la large diffusion du rapport rendu en 2005. A l'occasion de la constitution du séminaire recherche et clinique où l'on a pris notre téléphone pour solliciter les participants, nous avons été assez surpris parce que le discours n'était plus du tout celui de 2003 : les intervenants se sentaient moins isolés, certains aménagements dans leur pratique avaient pu être mis en place.

Qu'est-ce que l'on a pu entendre ?

D'abord, une forme de soulagement des intervenants du fait même de l'existence de cette démarche, sur la problématique des demandeurs d'asile. Ce soulagement venait répondre à l'isolement massif recueilli au tout début de la démarche. Là les professionnels ne se sentaient plus seuls à avoir de l'intérêt pour cette problématique. Ils se sentaient soutenus aussi par la démarche, par le fait que cette démarche existait. Du coup, la clinique aussi des demandeurs d'asile devenait moins honteuse (c'était aussi un sentiment repéré depuis le début). On a pu également mesurer une sensibilisation des professionnels à la problématique de santé mentale. La diffusion du rapport de 2005 a probablement permis de formuler, sous le terme de préoccupation de santé mentale pour les demandeurs d'asile, le souci que les professionnels pouvaient porter aux demandeurs d'asile, en étant témoin de la souffrance. C'était quelque chose qui devenait honorable et soutenu, partagé, en commun avec bon nombre de praticiens en Rhône-Alpes. Cette démarche donnait alors une certaine légitimité à se préoccuper de la santé mentale des demandeurs d'asile.

Très concrètement, on a vu l'amélioration des liens entre les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les Centres Médico-Psychologiques à proximité par des rencontres personnalisées. Les professionnels se sont rencontrés. Par exemple, le personnel des CADA, interrogés par téléphone, pouvaient donner le nom des psychiatres du CMP de secteur (ce qui n'était pas du tout le cas en 2003 !). Maintenant les intervenants se connaissent par leur nom. On peut mesurer la qualité et l'effectivité d'un réseau quand on peut citer des noms propres. Des rencontres se sont produites où les professionnels ont expliqué d'un côté ce qu'était la spécificité du statut de demandeurs d'asile pour les lieux d'hébergement, ce que ça entraînait, ce que ça pouvait impliquer au niveau de besoins en soins, par exemple. Et puis, d'un autre côté, la psychiatrie publique a pu aussi expliquer quelles étaient ses limites, ses objectifs et ses missions. On a pu voir dans différents départements de réelles rencontres avec même parfois des aménagements très spécifiques pour les demandeurs d'asile comme des plages horaires réservées pour la consultation des demandeurs d'asile de tel ou tel CADA. Tout cela sera illustré avec les témoignages des praticiens régionaux tout à l'heure. Ils nous diront comment, de leur point de vue, le travail collectif autour de la recherche-action a pu avoir des effets concrets comme ceux que j'ai cités dans leur pratique. Je passe maintenant la parole à Blandine Bruyère.

Blandine Bruyère

Il a été par ailleurs fait mention de ce nous avons collectivement repéré dans ce groupe de recherche : le bricolage, mais un bricolage savant !

Effectivement, cette deuxième phase de la recherche-action s'inscrit dans la continuité, avec le désir d'ancrer les choses du côté de « mettre au travail » la clinique spécifique à laquelle nous confronte le public demandeur d'asile.

Valérie Colin le disait, quelque chose de l'isolement des praticiens dans leurs lieux d'intervention était apparu très fort (et c'est ce qui a été inaugural dans le travail de ce groupe), isolement qui était associé à cette clinique des demandeurs d'asile.

Pour travailler, essayer d'aller plus loin sur cette réflexion, ont été mis en place trois niveaux de réflexion différents :

- 1) le **groupe de recherche** qui rassemblait un certain nombre de psychologues et de psychiatres, d'infirmiers psy également, avec une présence d'un ou deux travailleurs sociaux dans le groupe. Les professionnels (psychiatres et psychologues) étaient aussi bien du secteur public de psychiatrie que des secteurs associatifs (associations spécialisées ou pas dans l'accueil du public des demandeurs d'asile).
- 2) Le deuxième niveau de réflexion était un **groupe de reprise et d'élaboration** du travail de recherche, composé de l'ORSPERE, de représentants universitaires et d'un praticien extérieur. Pour les nommer : Jean Furtos, Halima Zeroug-Vial, Bernard Duez et Madeleine Bernard, en plus des chercheurs du groupe : V.Colin et moi-même.
- 3) Le troisième niveau, concernant plutôt l'orientation de ce travail de recherche, est le **comité de pilotage** qui rassemblait l'essentiel des partenaires dont vous avez pu apercevoir leurs institutions d'appartenance, avec des représentants de la DRASS.

Le groupe de recherche (cf. tableau ci-dessous) était donc composé de **psychiatres, psychologues, du secteur public associatif, et représentatif de la région**. Très souvent, ces professionnels avaient été repérés par les travailleurs sociaux ou d'autres institutions externes, comme étant sensibles à la problématique des demandeurs d'asile et pouvant répondre aux demandes d'accompagnement. Parfois même ces professionnels bricolaient des dispositifs spécifiques au sein de leur institution. On a pu par exemple entendre qu'au sein d'un CMP en Haute-Savoie, un psychiatre et un psychologue s'étaient alliés pour organiser un temps dans la semaine, de consultation, qui était un peu plus spécialement orienté pour les demandeurs d'asile. Ce bricolage là a été repéré par l'ensemble des partenaires, que ce soit les centres d'accueil des demandeurs d'asile, et autres structures pouvant accueillir des demandeurs d'asile, sans papiers (puisque j'ai cru que la terminologie concernant ce public-là pouvait enfin s'étendre...).

Ces professionnels ont été interpellés pour participer au groupe, justement du fait de ce repérage dont nous parlions plus tôt, au niveau de la région.

Composition des membres du séminaire « recherche et clinique »

	Rhône	Ain	Isère	Loire	Hte Savoie	Savoie	Ardèche	Drôme
Psychiatres	2		1		1			
Psychologues	4	1	3		1	2		
Autres (A.S, IDE...)	4	1	1	2				

L'idée de travailler avec ce groupe de professionnels était double : ce groupe nous a permis, de manière évidente, de connaître les dispositifs proposés en région, leur fondement et la réflexion qui sous-tendait à la mise en place de ces dispositifs. Mais il a surtout permis de faire travailler à la fois ces dispositifs et la clinique, au regard de ce public et des problématiques spécifiques qui le concernent. Un peu partout, ces professionnels ont mis en place des lieux d'écoute de la souffrance psychique pour les demandeurs d'asile, lieux qui faisaient aussi largement appel au bénévolat. Quel que soit ce type de dispositif, ce qui ressortait de la part des professionnels, ce qu'ils amenaient, c'est à la fois l'idée que ces dispositifs étaient d'une grande pertinence et qu'à la fois, ils étaient extrêmement dépréciés par ces mêmes professionnels, avec des vécus d'insatisfaction, de pas assez, de trop se débrouiller tout seul... et il est apparu aussi « le très peu de reconnaissance institutionnelle » qui était accordé à ces dispositifs, mais aussi aux soignants qui y travaillaient.

Peu de reconnaissance que l'on peut faire résonner avec ce public que sont les demandeurs d'asile. On sait la grande difficulté notamment politique et administrative dans laquelle les demandeurs d'asile peuvent se trouver.

Pour mener cette réflexion, le groupe s'est réuni par séances de demi-journée, à un rythme d'une séance toutes les trois semaines. A chaque rencontre, un thème a été abordé, en lien avec une étape. Ainsi chacune des rencontres reprenait les grandes questions que l'on pouvait se poser sur cette rencontre.

Imaginons une première rencontre avec un demandeur d'asile, que se passe-t-il et comment peut-on cibler une grande question à partir de laquelle travailler. Voilà le déroulement chronologique des séances.

Avant de rentrer dans le détail des séances qui ont été des séances fondatrices du travail clinique, il me semble important de reprendre des généralités qui sont là aussi apparues au fil du travail : dès les premières séances, il est apparu dans le groupe, une grande difficulté pour les cliniciens, de pouvoir repérer leur objet d'étude, l'objet propre auquel nous avons à nous confronter. **Nous faisons de suite l'hypothèse que cette difficulté d'arriver à repérer un objet d'étude, un objet de travail, pouvait être du fait de la constante interpénétration des niveaux de réalité (politique, social, clinique). Niveaux de réalité auxquels nous confrontent ce public de demandeurs d'asile, mais auxquels ils se confrontent également.**

Nous avons par ailleurs identifié des vécus d'impuissance, de la part des soignants, face à une souffrance qui s'exprime et qui s'origine fréquemment dans le social. Vécus d'impuissance qui pourraient être aussi le signe **d'une complexité de la rencontre**, dans une autre langue, avec une autre culture, avec ce que ça dit des difficultés de repérage du sens, du décryptage du sens de la plainte, et décryptage aussi de la symptomatologie rencontrée. Cet ensemble de difficultés, de troubles dans lesquels nous avons plongé ensemble, peut nous amener à l'hypothèse de vécus traumatiques dont nous serions dépositaires. Nous repérons également les clivages répétés entre la réalité sociale et la souffrance et il semblerait finalement que les

dispositifs bricolés n'y échappent pas, que les espaces de consultation quels qu'ils soient sont fréquemment envahis par des faits de procédure, par la précarité.

La confusion des demandes adressées au psy, la confusion des discours des accompagnants, nous amènent à penser dans le groupe que le psy est peut-être interpellé comme celui qui serait en capacité d'accueillir et d'héberger l'objet persécuteur du vécu traumatique, mais peut-être aussi comme celui qui est en mesure de décoder la demande et de la faire émerger.

Dans le lieu de la rencontre avec le psy, par une discrétion retrouvée, un respect des silences, peut s'expérimenter un lien de confiance pour supporter de l'intrusion quant au trauma, et manifester aux demandeurs d'asile notre capacité à en recevoir le récit.

Ces réflexions sont issues des deux premières rencontres : à la fois les rencontres dans lesquelles nous avons pris contact, fondé le travail du groupe, puis celles dans laquelle nous avons posé ce que pouvait nous faire vivre dans le groupe cette rencontre avec les réfugiés.

Vient la réflexion sur, une fois contact pris, ce qu'il se passe dans la rencontre. Très souvent effectivement, l'autre ne parle pas la même langue et si nous voulons pouvoir saisir quelque chose de cette demande, peut-être faut-il pouvoir trouver une langue commune. Nous avons donc fait appel à des interprètes qui sont venus travailler avec nous dans cette séance et ils nous ont dit des choses importantes :

La première, concerne la place **des interprètes** (ils nous l'ont dit très clairement), **ils se vivent comme les porte-voix de nos patients, des passeurs de mots, de maux.**

La deuxième chose importante amenée par les interprètes est que pour eux, il est extrêmement compliqué de travailler avec les psys du fait du manque de lisibilité de leurs pratiques et de leurs différences. Travailler avec un psychologue, ou un psychiatre, qui a telle ou telle orientation théorique, tels ou tels outils à leur disposition, oblige les interprètes à se caler à chaque fois, à bricoler aussi une pensée pour adapter leur position au psy avec lequel ils travaillent. Ils nous ont redit la nécessité pour eux, pour être tout à fait dans leur place de porte-voix, qu'un temps soit pris avec le praticien avant et après chacune des rencontres avec un patient.

Cette réflexion sur la place des interprètes, nous a amenés à **constater que nous étions dans une situation avec trois acteurs : le psy, le demandeur d'asile, l'interprète. Cette situation, avec trois acteurs, est la forme minimale du groupe, de l'altérité, du transculturel.** Finalement, l'altérité de l'interprète dans l'entretien permet d'accéder à l'altérité du patient (on entend les détracteurs : il y a un interprète non psy dans un entretien psy, qu'est-ce que ça filtre ? Bien sûr que c'est un argument, une réflexion, des débats qui ont déjà eu lieu, qui s'entendent). Dans le groupe, nous avons fait le choix de dire que finalement entre ne rien comprendre, ou pas comprendre grand-chose, et tenter de comprendre (même si c'est déformé), peut-être que nous pouvions prendre le risque en travaillant sur ce en quoi l'altérité de l'interprète, dans l'entretien psy, permet d'accéder à l'altérité du patient, que ce tiers incarné par l'interprète, est irrécusable. Cette réflexion fait écho à d'autres réflexions sur cette question de « l'irréfutabilité », qui ont déjà été menées dans le cadre de la clinique psychosociale.

Nous percevons que finalement, l'introduction de ce tiers/passeur/méiateur/transformateur, dans la rencontre psy/demandeur d'asile, facilite la rencontre et la pensée. Cela nous amène à penser la médiatisation des entretiens. Les psys connaissent, quel que soit le support utilisé, le fait que la médiatisation rend l'entretien, le discours, la parole plus accessibles ; qui rend aussi plus accessible le travail d'élaboration de la perte, le travail d'élaboration du trauma.

Nous arrivons à la séance de travail sur le trauma : **nous savons déjà un certain nombre de choses sur les effets du trauma, du vécu traumatique : entre autre le maintien de façon active de la rupture des liens de soi à soi-même, de soi aux siens.**

Dans le cadre des violences politiques, des violences d'Etats, on sait aussi qu'un travail de ré-historicisation du sujet et de son contexte permettra de lutter contre ces ruptures de liens en pensant et en situant un sujet pris dans ces différents espaces. La violence d'Etat est une violence institutionnelle et organisée. Ce n'est pas un seul sujet, (à l'inverse de la violence domestique si nous pouvons faire un parallèle) qui est confronté à cette situation là, mais un ensemble du sujet, et c'est le groupe social qui est attaqué par cette violence. **Il est important de pouvoir resituer la violence que le sujet a pu subir dans ce contexte-là qui est aussi un contexte social et politique.**

Par ce travail de ré-historicisation, le sujet peut alors de déployer au-delà de l'intime sur lequel il s'est replié pour survivre. Se déployer au-delà de l'intime mais aussi dans des espaces de surface qui favorisent également la reconstruction identitaire. Dans cette réflexion autour du trauma, là encore le dispositif groupal est interpellé sur cette question de l'accompagnement à l'élaboration du trauma, des vécus traumatiques par ce travail de reliaison, quand nous savons l'effet du trauma de couper le sujet de ses différents groupes d'appartenances.

Le groupe, réel ou symbolique, offre alors aux personnes traumatisées une potentialité contenante ; nous nous référons aux travaux sur le groupe, nous connaissons les effets de groupe qui permettent une distanciation au sein de ces dispositifs que nous pouvons proposer. La contenance du groupe, la possibilité de diffracter, la multiplicité des étayages, sont les fonctions qui ont été décrites et que nous pouvons repérer à ce moment-là dans le groupe de travail que nous sommes, effectivement à plusieurs (invités, convoqués), ou à plusieurs sujets réels dans un groupe ; quelque chose là réinscrit le sujet dans des affiliations, dans des appartenances qui permettent quelque chose de la construction, et l'élaboration traumatique.

Nous nous sommes donc dit, dans ce groupe, autour de cette réflexion que finalement, il fallait pouvoir penser comment favoriser un travail d'affiliation pour retrouver, reconstruire une identité partageable, et comment soutenir la réinscription du sujet, dans une histoire individuelle et collective, signant symboliquement la fin ou l'atténuation (en tout cas) d'un exil qui est aussi psychique.

Comment Etre en exil ? C'est être hors de. Hors de soi. Hors de son histoire. Hors du groupe. Comment alors penser la réinscription du sujet, peut-être plus dans un en-soi dans le groupe, et dans son histoire ?

Un autre niveau de cette réflexion était important puisqu'il concernait à ce moment-là, les professionnels. Nous avons vu, au tout début de ma présentation, qu'il était possible que les professionnels soient aussi dépositaires d'une grande part de vécus traumatiques, que ces vécus traumatiques pouvaient aussi avoir des effets sur leur pratique, des effets d'impuissance, des difficultés à travailler ensemble, à se mettre en lien, à se connaître, à se reconnaître et que la question de la groupalité se pose aussi pour les professionnels qui accompagnent et soutiennent les demandeurs d'asile. Cette question de la groupalité vient à ce niveau-là en soutenant les professionnels, dans un niveau second de deuxième ligne, ou une position méta, afin de gérer autrement, de « lutter » contre les effets de psycho trauma, de sidération, les effets de déliaison qui peuvent aussi se rencontrer à ce niveau.

Tout ce que je viens de décrire ou rappeler se passe dans un contexte socio politico culturel. La question de la dimension culturelle n'est pas première dans la rencontre, même si elle est un peu toujours là en filigrane et elle n'a pas été première non plus dans le travail groupal.

Sur la question de la dimension culturelle, on peut se dire que la migration, et à plus forte raison l'exil, apparaissent comme une rupture de lien pour le psy, rupture de liens

du symbolique, une perte du bain culturel, et des codes qui permettent habituellement le lien social et l'inscription dans les groupes d'appartenances. Seulement chaque sujet n'entretient pas le même rapport avec sa culture d'origine. **Elle est transmise au sein d'une famille, d'un sujet à un autre de manière tout à fait subjective.** Nous est alors paru important dans le groupe, de tenir compte du rapport qu'entretient le sujet avec sa culture d'origine de manière très singulière, notamment pour pouvoir en décrypter la symptomatologie.

La deuxième réflexion importante sur ce temps du groupe, est de considérer nos références théoriques du soin, quelles qu'elles soient, comme n'étant pas universelles mais comme pouvant trouver des concordances, des correspondances dans d'autres systèmes de représentation du soin. Pour exemple, la psychanalyse fait appel à des mythes, et nous savons qu'un certain nombre d'autres théories de l'âme, théories de l'esprit font également appel à des mythes, qui sont autres. Jean Furtos parlait du chamanisme un peu plus tôt. Voilà comment effectivement il peut y avoir des ponts d'une théorie de l'âme d'une représentation du soin de l'âme à l'autre.

Pour conclure sur la présentation de ce travail de recherche :

Au-delà d'un certain plaisir à travailler ensemble dans ce groupe et de réfléchir ensemble dans ces temps-là, ce qui a été très clairement mis à jour, c'est un véritable effet de la groupalité sur les soignants qui étaient présents et c'est la notion qui nous a semblé centrale. Cette groupalité réelle et/ou symbolique nous est apparue comme une nécessité transversale à la fois pour les demandeurs d'asile, mais aussi pour les accompagnants. Le tout sans perdre de vue la singularité du sujet dans sa globalité, historique, politique, culturelle et psychique.

Jean Furtos

Bien que je connaisse le contenu du rapport, j'ai été très intéressé par sa présentation. Ca veut dire qu'il doit y avoir du vrai là dedans ! On ne s'ennuie pas à réécouter des principes qui constituent l'ossature vivante d'une pratique. Chacun d'entres nous -et tout à l'heure Valérie Colin a parlé des cliniciens de la première expérience, du premier rapport-, avons changé nos pratiques là où nous travaillons sur le terrain à partir de cette recherche. Comme toute recherche-action, ça transforme celui qui y participe de près comme de loin.

Avant de présenter ma partie, je voudrais dire que le premier rapport a semblé très pertinent puisqu'il a été lu dans les pays francophones européens avec beaucoup d'intérêt ; il constitue un des textes de référence (à notre surprise, car on pensait que ça allait rester régional). La constitution d'un réseau pose des problèmes du point de vue des réseaux existants autour de la précarité sociale autochtone. Ceux qui travaillent dans les associations qui accueillent la précarité, les gens de la rue, les gens en grande précarité, savent combien il est difficile que des populations de culture ou de déculturation différente se côtoient. Dans un certain nombre d'associations qu'il m'a été donné de rencontrer (de près ou de loin), on doit tenir le paramètre de comment avoir suffisamment de spécificité et en même temps ne pas en rajouter à la ségrégation. Ce n'est pas toujours simple de faire côtoyer là où ça se passe, des populations différentes.

Je voulais remercier très personnellement le Docteur Catherine Lombard et Madame Joëlle Guélé pour leur accompagnement au titre de la DRASS Rhône-Alpes sur ce projet. Parce que l'on ne reconnaît pas assez le rôle des services des centralités de l'Etat quand ils s'engagent; c'est quelque chose de véritablement porteur dont on a terriblement besoin, qui donne force et légitimité et qui participe à renforcer la groupalité.

Je vais essayer de présenter ma partie sachant que ce n'est pas moi qui l'ai écrite directement, je l'ai lue quand j'étais en Colombie, mais j'ai participé à sa rédaction...

Les principes pour toutes actions en Rhône-Alpes des pré-requis cliniques (= des conditions préalables), une approche de santé mentale généraliste : qu'est-ce que ça veut dire ? Ca veut dire que la santé mentale dont nous parlons, n'est pas la psychiatrie au sens « n'est pas la psychiatrie qui soigne les maladies mentales ». D'ailleurs la psychiatrie ne soigne pas que les maladies mentales mais il peut y avoir un archétype, un stéréotype ou si on n'est pas schizophrène patenté, paranoïaque patenté, ou dépressif normalisé. On ne peut pas, non ! On a le droit d'avoir des problèmes, et des difficultés à tenir debout, sans être psychiatrisé, même avec des psychiatres, des psychologues, et des bons cliniciens. La santé mentale généraliste ne nie pas le fait psychopathologique ni les soins lorsque cela est nécessaire. Mais elle insiste davantage sur la capacité de vivre en société avec et en dépit des traumatismes. Parce qu'il y a des traumatismes qui ne sont pas traumatisants, ou peu traumatisants, et il y a des psychiatrismes qui sont très traumatiques. Dans tous les cas, la question, c'est comment on vit avec soi et avec les autres (étant donné les problèmes des bouleversements socio-politiques également) ?

Les traumatismes des demandeurs d'asile ne sont pas isolés comme une entité réifiée. Ca signifie très concrètement (justement dans la pensée chamanique, c'est-à-dire la pensée groupale, la pensée où l'individu n'est pas isolé comme une entité absolue, mais une liberté en devenir, comme nous tous), que l'on ne détraumatise pas des traumatisés comme on réduit une luxation d'épaule. Je le dis avec d'autant plus de forces, qu'il y a des associations humanitaires qui se sont spécialisées avec beaucoup de fonds internationaux pour détraumatiser *larga manu* et qu'il y a beaucoup de voix en Europe et dans le monde qui reconnaissent la pertinence du syndrome clinique mais la non pertinence de la détraumatisation individuelle. L'approche pertinente du traumatisme qui existe, de la boîte

noire dont il a été question tout à l'heure, vise à tenir ensemble les approches psychodynamiques, historiques, interculturelles, qui ne résument pas non plus à faire de la bonne ethnopsychiatrie. Sinon, il faut dire que si on isole le traumatisme comme une entité formelle, on contribue à atomiser le sujet qui l'a subi et à continuer à le couper de son groupe d'appartenance ou du nouveau groupe auquel il voudrait appartenir ou avec des transversalités du groupe. Le traitement du traumatisme, en tant que détraumatisation, contribue à isoler le sujet. Reconnaître que le tiers institué à la groupalité..., toute la partie apportée par Blandine Bruyère allait dans ce sens, puisque au fond, le traumatisme tend à couper les demandeurs d'asile de son groupe d'appartenance et tend à couper, comme elle nous l'a bien rappelé, les travailleurs cliniciens eux-mêmes, de leur propre groupe d'appartenance. Par un effet de transfert (j'allais dire chamanique, ça me plaît beaucoup !), puisque seul nous n'existons pas, il faut bien apporter de la groupalité aussi bien aux demandeurs d'asile et aux trajectoires statutaires qu'ils suivent par la suite, y compris le statut de réfugié validé, qu'à ceux qui s'occupent d'eux. Si l'on ne s'occupe pas des deux aspects, on travaille d'une manière médicocentrée comme s'il y avait justement une luxation d'épaule à remettre d'aplomb. Reconnaître le tiers et instituer la groupalité suppose une instance incarnée par un intervenant ou un dispositif qui permette d'instaurer de la groupalité, c'est-à-dire du lien social. Tout dispositif thérapeutique ou soignant doit intégrer le tiers dans son cadre. Mais les pratiques d'intervention doivent également intégrer cette exigence à l'échelle des institutions locales, comme à celle d'un réseau régional formalisé. De la groupalité partout. Il nous a été rappelé tout à l'heure que la molécule de base qui sort de l'atomisation c'est l'intervention d'un tiers qui dans la conjoncture est l'interprète qui n'est pas qu'une machine à traduire, ce que moi-même au départ je croyais : il y a quelques années, je croyais que les traducteurs servaient à traduire ! Oui, mais pas simplement d'une langue inconnue en français ; ça sert à faire passer d'un monde à un autre, avec toute la difficulté, toute la lenteur de digestion, tous les balbutiements, toutes les approximations de traduction qui rendent compte de la difficulté de passer d'un monde à un autre. C'est la groupalité interculturelle. C'est le noyau de base.

Les principes pour toute action en Rhône-Alpes

Des pré-requis cliniques

1. Une approche de santé mentale généraliste
2. Les traumatismes des demandeurs d'asile ne sont pas à isoler comme une entité réifiée
3. Reconnaître le tiers, instituer la groupalité

Les principes pour toute action en Rhône-Alpes, articuler les actions santé sur les demandeurs d'asile et les expériences locales déjà existantes. Ca va de soi, mais ça va encore mieux en le disant. Il serait absolument aberrant de faire une super structure qui ne partirait pas de ce qui est fait localement et qui, nous ne le répéterons jamais assez, est extrêmement riche, polymorphe, hétéroclite, du bricolage, mais extrêmement riche ; il ne s'agit pas de dire : on arrive, on va faire une super structure et vous allez faire comme on vous dit ! Non. Il s'agit d'articuler, de reconnaître, et même de soutenir si c'est besoin, et d'apprendre.

La place des interprètes : je n'y reviens pas.

Les erreurs à éviter : on ne doit pas négliger l'existant en termes de santé mentale en Rhône-Alpes. Je l'ai déjà dit.

On ne doit pas oublier qu'il s'agit de populations précaires mais avec des spécificités fortes. C'est-à-dire que ça fait partie de l'instabilité radicale à laquelle sont confrontées certaines personnes, mais il y a des spécificités. Comment tenir les deux ?

On ne doit pas sous estimer la complémentarité des structures de droit commun et des structures spécifiques. C'est pour ça que nous tenons absolument à intégrer cela. Cela est fait déjà, mais à le renforcer : les CMP enfants, les CMP adultes, les hôpitaux... Tout ce qui est droit commun, doit être lié aux interventions spécifiques qui, si elles existent, ce n'est pas pour rien non plus. Mais cette articulation en elle-même, c'est une groupalité intégratrice. On ne doit pas négliger une visée de prévention à celle d'une visée thérapeutique. On ne doit pas négliger les controverses vis-à-vis des techniques de détraumatisation. Effectivement, il y aura des controverses et quand des cliniciens parleront entre eux dans les groupes de travail qui vont continuer de travailler, comme celui que nous avons suscité, on parlera cuisine, on parlera technique. Et il y aura des controverses. Et peut-être que certaines controverses seront productives ? Et peut-être au contraire, certaines controverses produiront des effets que nous n'attendons pas. Mais en tout cas, il faut savoir qu'il y a des controverses, il y a des théories de la pratique qui sont différentes.

On doit penser une action soignante et préventive avec les demandeurs en la couplant avec les interrogations cliniques et théoriques qu'elle suscite.

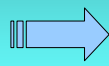
L'erreur à éviter, c'est d'instrumentaliser ce que nous allons faire. « Il y a les demandeurs d'asile : nous allons faire un programme ». « Oui, bien sûr ». Mais un programme réflexif, qui s'articule à partir du terrain.

La manière dont on peut ouvrir la boîte noire du traumatisme ne peut se faire sans un retour réflexif d'où le rôle des groupes avec l'université.

La réflexion est fondamentale surtout quand nous portons le traumatisme d'autrui.

Une dernière chose que nous avons trouvée, intéressante, pour les services déconcentrés de l'Etat et pour nous tous, le travail à la marge avec les demandeurs d'asile, nous aide à introduire de la marge dans notre propre pratique orthodoxe. On ne peut pas penser que nous avons par ailleurs une orthodoxie immuable et qui a des marges avec les pauvres, les étrangers, etc. Nous apprenons, à l'écoute du travail clinique à la marge, comment modifier notre orthodoxie pour qu'elle ne devienne pas une orthodoxie fossile. Le peu quantitativement par rapport aux millions de consultants des secteurs de psychiatrie, le peu mais non négligeable, en nombre et en qualité, que nous faisons ici ou là avec les demandeurs d'asile ou d'autres, nous apprend à travailler avec tout le monde parce que ça nous transforme. Il y a de l'interculturalité partout, sauf qu'il y a une interculturalité qui là, est irrécusable. Evidemment avec quelqu'un qui ne parle pas la langue, l'interculturalité est irrécusable. Mais il y a d'autres interculturalités même avec ceux qui parlent la langue. Et ça, ça nous apprend.

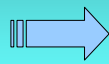
Les principes pour toute action en Rhône-Alpes



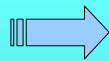
Des principes institutionnels et organisateurs

1. Articuler actions centrées sur les demandeurs d'asile et expériences locales déjà existantes
2. La place des interprètes
3. Des erreurs à éviter
4. Approfondir les interrogations cliniques et théoriques spécifiques à la pratique avec les demandeurs d'asile

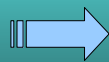
Les recommandations vers un réseau régional Rhône-Alpes



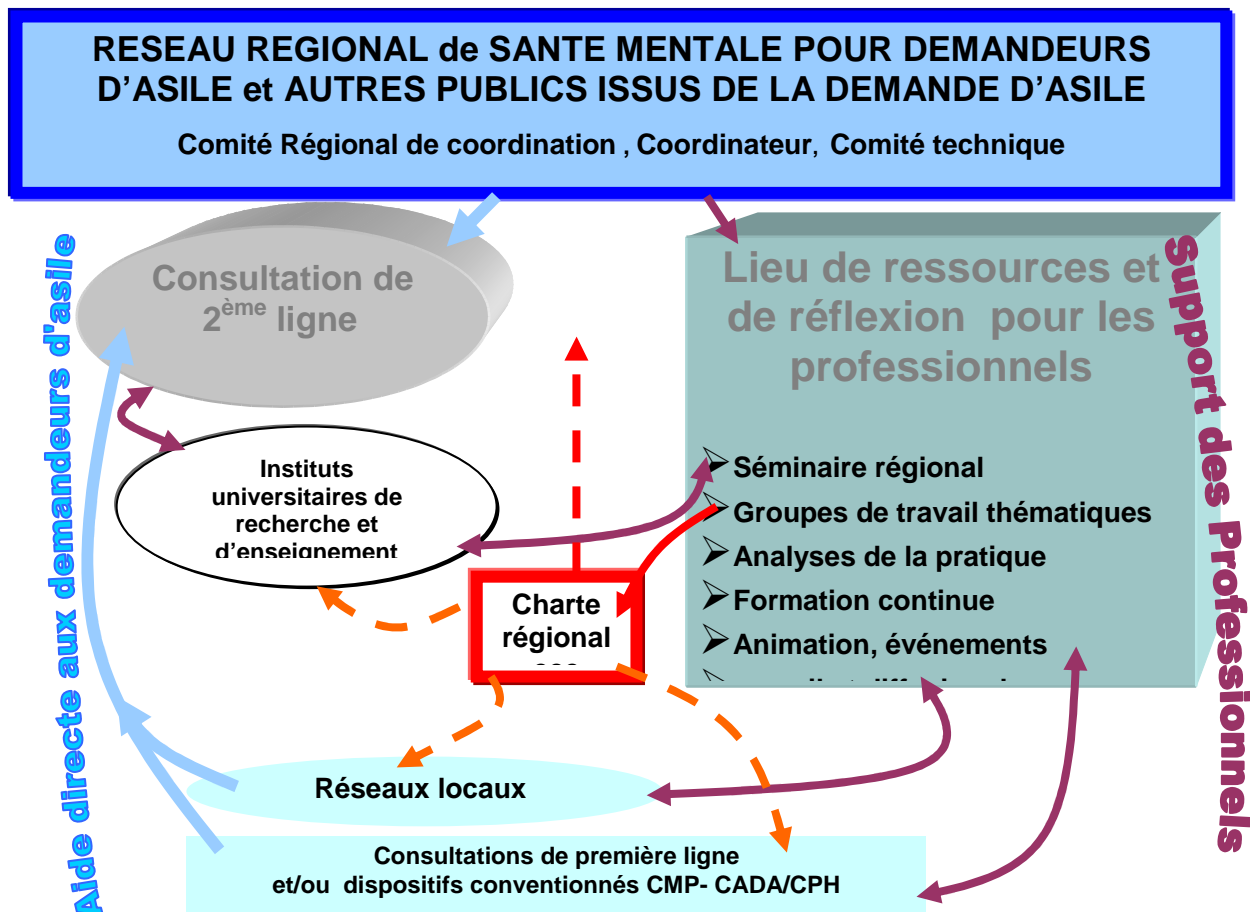
Améliorer l'offre de soins pour les demandeurs d'asile



Reconnaître et promouvoir les pratiques sociales de soutien à la santé mentale



Faciliter la construction d'une réponse coordonnée aux besoins de santé mentale du public



« Et autres publics issus de la demande d’asile » = aussi bien les réfugiés parce que vous avez des personnes qui, lorsqu’elles obtiennent le statut, décompensent. On ne va tout de même pas dire « maintenant, que vous avez le statut, vous ne nous intéressez pas. Vous allez ailleurs s’il vous plait ». Vous avez aussi d’autres personnes qui passent par le statut étranger malade. On ne va pas leur dire, vous sortez de la demande d’asile... S’il y a un intérêt pour elle à continuer dans le sens des réseaux qu’elles connaissent déjà, on ne va pas leur dire : allez voir ailleurs s’il vous plait, si on y est ! ».

« Comité Régional de coordination, Coordinateur, Comité technique » et les réseaux locaux, les consultations de première ligne, les dispositifs conventionnés (CMP, CADA/CPH). Il y aura donc un support pour les professionnels. Parce que si les professionnels sont seuls, ils sont porteurs du traumatisme. Il faudra constituer un lieu de ressources et de réflexion pour les professionnels avec des séminaires régionaux, des groupes de travail thématiques.

Nous ne ferons pas d’analyse de la pratique, mais nous aurons une liste de ceux qui en région sont susceptibles de faire des analyses de la pratique (centraliser quand il y a besoin, les demandes et les propositions).

Formation continue : ça va de soi. Mais elle se fera aussi bien avec les associations qui sont déjà sur le terrain, avec l’ADATE, Forum Réfugiés. Il y aura peut-être une coordination à faire pour que ça ne se passe pas le même jour, pour le faire savoir à tout le monde, etc. Animation, événements : des journées comme celle-ci, des congrès régionaux, nationaux et autres.

Recueil et diffusion de l’information. Vous voyez que ça remonte des réseaux locaux, et des consultations de première ligne et que c’est impulsé par le comité régional de coordination.

Consultation de deuxième ligne : Elle est extrêmement importante. Nous y tenons beaucoup ! Nous avons mis du temps pour la valider ; il s'agit d'une consultation de deuxième ligne qui ne va pas remplacer les consultations de première ligne dans les CMP, dans telle et telle association. C'est la base absolue. Mais il peut y avoir, et il y a de fait, des situations individuelles et familiales où l'on a besoin d'un tiers qui soit plus marqué. A ce moment-là, les cliniciens, les intervenants sociaux des réseaux locaux prennent un rendez-vous pour une consultation de deuxième ligne qui aura psychiatre, psychologue, secrétariat, travailleur social et qui aura des accueils cliniques et thérapeutiques qui amèneront une qualité tierce supplémentaire, qui se passera dans une grande ville de France, de la région et vraisemblablement à Lyon. . . Elle sera en lien avec les instituts universitaires de recherche et d'enseignement aussi bien pour les lieux de ressources que pour la consultation. Il y aura d'ailleurs des stagiaires (psychologue, interne, infirmier en psychiatrie, travailleur social...) qui viendront dans cette consultation. Evidemment, il y aura une éthique et des principes de base qui permettront une très grande hétérogénéité pourvu que les principes de base soient tenus. Si bien que l'un des tous premiers travaux du lieu ressource et de réflexion pour les professionnels, sera l'élaboration d'une charte régionale, signée par ceux qui participeront au réseau.

Voilà. Madame la Présidente avons-nous le temps pour quelques questions ?

Madeleine Bernard⁶/ Non, nous n'avons pas de temps pour des questions. Je suis hélas le gendarme ! Je voulais simplement dire que l'on a là en un temps record, l'ensemble du travail auquel l'Orspere nous a habitué, à savoir une méthodologie rigoureuse, une observation attentive de la clinique, une élaboration féconde et des recommandations adaptées, pertinentes.

Il faudrait que vous réserviez toutes les questions qui probablement s'agissent dans toutes les têtes à la suite de ces exposés tout à fait intéressants et qui nous procurent un grand plaisir intellectuel. Nous reprendrons avec les témoignages des acteurs de terrain, les discussions qui sont indispensables.

⁶ Psychiatre (Haute-Savoie) est la Présidente de Séance de matinée.

Témoignages de praticiens de la région Rhône-Alpes (ayant participé au séminaire recherche et clinique) à partir de leur expérience personnelle de mise en réseau

✓ **Halima Zéroug Vial**, *Praticien Hospitalier, CH le Vinatier-Bron*

✓ **Olivier Daviet**, *Psychologue*

✓ **Louisa Moussaoui**, *Interprète, ISM, Lyon*

✓ **Maryse Lequeux**, *Infirmière psychiatrique, Réseau Précarité, CH de Roanne*

✓ **David Szekely**, *Psychiatre, Praticien Hospitalier, responsable de l'unité de psychiatrie de liaison et activités transversales, Pôle Psychiatrie-Neurologie, CHU de Grenoble*

...

Rencontre manquée, rencontre manquante ; de la difficulté à prendre en charge des demandeurs d'asile en CMP

*Halima Zéroug-Vial*⁷

J'ai pris le parti de vous parler aujourd'hui du dernier patient demandeur d'asile que j'ai reçu en consultation au CMP.

M.R, nous est adressé par une AS du foyer ARALIS où il réside. Il est décrit comme « angoissé », « déprimé ». Je le reçois dans mon cadre habituel de travail, avec une infirmière. M.R a 23 ans, je suis d'emblée saisie par sa posture, empreinte de dignité. Il est vêtu avec soin comme pour gommer tout signe de précarité. L'entretien sera à la fois bouleversant et laborieux. Il est à noter qu'actuellement, nos services de psychiatrie publique nous rendent difficile l'accès aux interprètes et ont tendance à penser que nous pouvons « bricoler » avec la langue.

Je me « débrouille » donc pendant tout l'entretien avec le Français, sensible à l'effort marqué du patient de faire un pas vers nous (premier élément de rencontre : M.R affiche son désir de nous rencontrer) ; j'utilise également l'Anglais puisque j'ai comme information qu'il maîtrise cette langue ; enfin, je me risque à l'Arabe (nouvel élément de rencontre, témoignant à mon tour de mon parcours et de ce qui peut fantasmatiquement être identifié comme faisant lien entre nous).

Je suis donc bien une clinicienne tout aussi sensible au sens des mots qu'à la valeur de la parole.

L'histoire de M.R se confond avec celle de sa persécution (dans son pays d'origine) et avec sa décision d'exil, classiquement, c'est ainsi que se présente à nous comme probablement à eux-mêmes ce type de patients.

M.R. est Soudanais, mais il se présente d'emblée comme Nubien. Notion qui reste un peu vague pour moi au moment de l'entretien. Il m'explique que la culture nubienne est antique, qu'elle s'enracine dans la civilisation pharaonique, mais qu'elle est toujours vivante.

Géographiquement, le Nil est son berceau, la Nubie s'étend du sud de l'Égypte, au Nord Soudan. Il s'agit pour les nubiens et les défenseurs de cette culture de revendiquer une identité singulière (langue, traditions).

M.R., probablement pour des raisons aussi personnelles que collectives (évidemment nous ne pouvons démêler à l'issue de cet entretien les unes des autres), décide, alors qu'il est étudiant en économie, de fonder une association de défense de la culture nubienne.

C'est la défiance des autorités de son pays (culture majoritairement arabo-musulmane) par rapport à ses activités intellectuelles et militantes qui le conduisent à affirmer fermement ses positions.

Bien évidemment, les racines de ses convictions sont là aussi personnelles et collectives. Les persécutions s'ensuivent. M.R. les évoque avec une grande émotion et beaucoup de pudeur comme pour nous protéger. Il relate également sa fuite à travers différents pays

⁷ *Praticien Hospitalier, CH Le Vinatier, Bron.*

émaillée d'évènements potentiellement traumatiques. L'errance périlleuse, avec son lot d'insécurité, de violence, de rupture de lien (M.R. a été contraint de quitter sa famille, ses proches mais aussi son statut socioprofessionnel) commence. M.R nous parle de ses cauchemars répétitifs, ses angoisses sont envahissantes, il se sent constamment sur le qui vive. Il se sent las, découragé. Il est authentiquement déprimé. Les traumas s'enchaînent sans manquer de faire écho les uns aux autres. L'arrivée en France est marquée par la désillusion dont il nous fait part, la situation de demandeur d'asile en elle-même (dont il vient d'être débouté) ne fait que contribuer à la répétition du trauma.

Englué dans cette répétition inlassable, le désespoir du patient trouve son écho dans notre vécu d'impuissance et d'isolement. Il est clair que cette première rencontre ne peut fournir à elle seule l'occasion de démêler ce qui relie les traumatismes entre eux.

La rencontre a donc eu lieu, reste à faire avec la conviction acquise dans l'exercice de cette clinique si particulière que nous ne savons, ni lui, ni moi, si elle va se reproduire et du coup pouvoir se déployer.

Notons ici que cela nous renseigne sur le rapport si singulier du demandeur d'asile avec la temporalité ; je ne peux m'empêcher de penser aux patients incarcérés que je rencontrais également avec ce même sentiment de soumission à un cadre externe fixé par d'autres, interdisant dans un premier temps (là aussi probablement de façon contre transférentielle) de croire en la construction possible d'un cadre thérapeutique.

Témoins en sont les paroles de M.R. : « *J'aimerais construire un futur* ».

M.R. nous confirme, de mon point de vue, à quel point il est difficile pour le clinicien engagé dans ces rencontres si spécifiques de repérer son objet propre, tant les niveaux de réalité politiques et sociales du pays d'origine et des conditions de l'obtention du statut, parasitent et conditionnent la rencontre.

Le praticien et le citoyen s'entrechoquent, et l'un risque d'être convoqué à la place de l'autre ; confusion des places, confusion des genres.

Se renforce alors, le vécu d'impuissance et d'isolement du clinicien, en lien, nous le rappelons, avec le vécu traumatique du consultant évidemment en rupture de lien d'appartenance. Dans la réalité, ce sentiment, avant tout contre transférentiel, trouve confirmation dans la méconnaissance du réseau existant et des procédures. C'est le réseau qui garantit le niveau d'appartenance du thérapeute. Toute la difficulté réside dans le fait de tenir ensemble l'importance des enjeux culturels sans méconnaître ce que le patient et lui-même, est tout prêt à oublier : son rapport subjectif à sa propre culture.

La crucialité de la rencontre, l'idée si prégnante qu'elle est peut-être condamnée à être unique, nécessite une convocation du tiers qui ne demande qu'à être évacué dans ce type de situation : c'est la clinique du trauma, c'est la situation de celui à qui on interdit de penser et de dire (voilà pourquoi M.R. est demandeur d'asile).

Seul l'échange, entre nous, professionnels, peut a minima, nous garder de cet écueil, qui ne ferait que renforcer le long parcours traumatique du patient.

Seule l'installation d'un travail en réseau fiable et dont le premier niveau paraît être le partenariat avec un interprète « transformateur » et non simple traducteur, peut garantir l'opportunité d'une remise en histoire subjective tout autant que collective.

Le clinicien qui se risque à cette rencontre avec le demandeur d'asile s'expose à une convocation dans ses convictions éthiques. Il est contraint à reconsidérer sa position de médecin citoyen.

La prise en charge de populations précarisées nous oblige à sortir de nos cadres, de nos schémas habituels : Qu'en est-il de la sectorisation ? De nos délais de rendez-vous ? Etc...

Il s'agit de favoriser une lisibilité précise des dispositifs de prise en charge pour les demandeurs d'asile.

Encore une fois, seul le travail en réseau, à la fois lieu-Ressource et tiers institutionnalisé peut conduire à une groupalité instituée que nous pourrions considérer comme « antidote du trauma ». A noter qu'il s'agirait pour ce réseau de garantir une formation aux professionnels impliqués mais également de faire remonter les difficultés rencontrées aux autorités de tutelle.

L'enjeu est de permettre un ancrage identitaire aux demandeurs d'asile garantissant alors l'ancrage des générations suivantes avec l'espoir d'en finir avec l'errance.

Discussion

Madeleine Bernard/ Merci à Halima. Nous avons quelques minutes pour une discussion qui serait directement appuyée sur ce que nous venons d'entendre, remettant pour la fin de matinée les questions plus générales sur l'ensemble du rapport.

Est-ce que vous avez des questions ?

Un intervenant Olivier Casalis/ Il serait important que l'on puisse développer dans la journée, de préciser concrètement ce que l'on entend par groupalité instituée. Comment ça peut fonctionner ? Et peut-être d'administrer par des pratiques.

Madeleine Bernard/ On peut effectivement entendre différents témoignages, parce que je pense que ça va venir. Halima a amorcé l'observation clinique de ce que l'on peut voir du fonctionnement de la groupalité instituée. Mais d'autres témoignages vont encore le proposer.

Jean Furtos/ Dans l'ensemble de cette question, puisqu'il y avait une doctoresse et une infirmière, est-ce que l'infirmière... (À trois, vous étiez en groupalité instituée sur le plan de l'accueil clinique), est-ce qu'il y a eu des interactions différenciées entre vous, l'infirmière et cet homme ?

Halima Zéroug-Vial/ Tout à fait. Le fait que l'on soit dans le cadre thérapeutique a fait que ça a quand même diminué cette..., face à ce que peut dire un patient de tout ce qu'il a vécu,

les tortures, etc. La première des réactions que l'on peut avoir est d'être complètement diffracté par le traumatisme, et le fait d'être deux nous a permis de reprendre les choses et de se sentir pas complètement nous non plus engluées dans cette histoire traumatique. C'était le premier niveau de la groupalité. Finalement, en relisant tout cela, le fait qu'il y ait aussi une autre position bêta permet encore mieux de sortir de cette fascination ou répulsion que l'on a face à des patients qui nous parlent du trauma.

Madeleine Bernard/ Le fait que vous étiez deux femmes, de fonction différente, est-ce qu'il y avait des interactions différentes avec l'une et avec l'autre ?

Halima Zéroug-Vial/ Tout à fait. C'est important d'être dans des fonctions différentes parce que c'est une clinique qui nous mène souvent à une confusion des rôles qui est peut-être nécessaire mais en même temps, ce qui est important, c'est de pouvoir en discuter. Il y a une dialectique autour de cette confusion des rôles. C'est-à-dire que moi, à la fin de l'entretien, je voulais appeler tout de suite le centre éthique et santé pour qu'il ait un certificat. J'étais dans une sorte d'urgence.... Finalement, on a pu en parler avec l'infirmière et retravailler sur cette urgence que l'on a vécue sur le moment.

Madeleine Bernard/ Encore une question ?..... Non. Alors on entend Olivier Daviet, psychologue, qui a une bonne expérience des CADA, et qui va nous parler de cette expérience.

Réseaux et impuissance

Olivier Daviet⁸

Je suis un peu gêné que le mot interculturel soit accolé au mot psychologue. Je trouve que c'est déjà compliqué d'être psychologue tout court !

J'interviens en CADA et en CHRS où je suis amené à rencontrer des personnes en situation de demande d'asile.

Quand Valérie Colin m'a demandé de témoigner, le premier souvenir qui m'est venu du travail effectué en groupe remonte à la phase précédente de la recherche-action : une demande d'un court écrit, à tous les participants, pour illustrer le chapitre sur le « malaise des intervenants ». En gros, ce qui nous malmenait dans notre pratique (écrit qu'on a rapidement rebaptisé le « coup de gueule »...).

Pour aujourd'hui, j'ai commencé à écrire des choses, un peu sous forme d'association, en me rendant compte que l'exercice du « coup de gueule » n'avait pas évacué toute la colère et le vécu d'impuissance, ... Il semble donc que c'est l'idée de réseau qui s'impose à cet endroit-là.

Travailler auprès de demandeurs d'asile fait passer par toutes les couleurs de l'arc-en-ciel émotionnel, surtout sa partie sombre : on ressent beaucoup de colère, de honte, d'impuissance, de sidération, etc...

Ce « malaise des intervenants » (tel qu'exprimé dans le rapport de la phase précédente et observé dans la pratique) trouve une bonne partie de ses causes du côté de la réalité sociale, de la société en tant que groupe. J'aimerais essayer ici de mettre en lien ce malaise issu du social et le fait de mailler un réseau, de faire groupe pour l'élaborer, le fait d'essayer de faire collectivement quelque chose du sentiment d'impuissance suscité en nous.

Pour rappel au niveau du contexte social, si on se lance dans une liste hélas non-exhaustive du discours auto-décrit comme « décomplexé » sur les questions d'immigration aujourd'hui au pouvoir : quid de la convention de Genève face aux quotas d'entrée, aux objectifs chiffrés d'expulsion affichés avec fierté, aux procédures perdues d'avance (récemment et pour la première fois, un demandeur d'asile non convoqué à sa CRR), aux tris effectués par les préfectures, en amont de l'OFPRA, hors de tout cadre légal ?

Quid de la notion d'hospitalité face à la plus-value de l'immigration « choisie »,

Le fait de n'avoir pas de lien avec son pays d'origine participe aux critères de régularisation d'enfants sans-papiers, etc...

+ Rapport alarmant de la Cimade de juin 2007 qui dresse le bilan « d'une maltraitance des personnes qui font l'objet de ces procédures, des principes sur lesquels se fonde le droit d'asile et des règles que sont censées appliquer les administrations. »

Dans ce contexte, se réunir aujourd'hui pour s'interroger sur la souffrance psychique des DA, nous fait nous poser la question : comment ne pas être que pompier dans un nid de pyromanes ?...

⁸ Psychologue

Par ailleurs, les DA constituent une population catégorisée avant tout par un statut administratif provisoire, on ne peut pas envisager hors du contexte social une problématique qui y prend ses racines. Les problématiques rencontrées chez ces sujets sont multiples et à la croisée de nombreux chemins – ils sont dans une zone frontière : logement/hébergement, somatique, étrangeté langagière et ethnique, souffrance psychique due à leur situation « en suspens » et à leur histoire souvent traumatique. Même si tout événement d'une vie vient s'inscrire dans une histoire personnelle, la souffrance dont il est ici question naît du chaos d'un parcours.

La personne en DA peut donc être qualifiée de sujet en crise qui nous met en crise, nous les intervenants devant :

→ L'impuissance face au rouleau compresseur administratif

→ L'éparpillement, la confusion des espaces, avec chaque intervenant qui porte une partie de la problématique du sujet, pas toujours celle qui lui « revient »...

C'est là que le réseau peut intervenir.

Un réseau de collègues *bienveillants*, sensibles au sort de ces personnes qui débarquent d'ailleurs, présente la première fonction de venir nous étayer.

Il peut également permettre de remettre de la cohérence dans l'ensemble de l'accompagnement, d'appréhender ses propres limites, de se rendre *dispensable* au profit de collègues plus compétents ou adaptés.

Enfin, face au dénuement des personnes rencontrées, nous sommes souvent convoqués à une place de toute-puissance qui viendrait tout résoudre... Réseau peut faire *tiers* dans la relation trop peu distancée qui peut s'instaurer.

Cela ne peut se faire que dans un climat « suffisamment » bon où la confiance entre les intervenants vient faire enveloppe autour du sujet

Notion d'« intercontenance » : se sentir contenu pour contenir

→ Ce qui rend nécessaire la *différenciation* entre les espaces : ex de M.M

Travail psy

Plus spécifiquement, le soutien psychique, dans les lieux du travail social, m'apparaît comme toujours tributaire du travail des autres (surtout chez les personnes « précarisées », voire chez tous...) : arriver chez le psy pour y bénéficier d'un accompagnement spécifique est toujours un passage de relais (le cadre psy peut-il vivre hors d'un méta-cadre ?)

D'où la nécessité d'être à la fois en lien avec nos collègues « travailleurs du front » et de prendre en compte la réalité (statut, procédure, vie collective dans un foyer, ...) tout en essayant de s'en dégager : on a à prendre en compte une intrusion permanente dans le travail

psychique de la réalité (pas forcément celle qui fait symptôme ou souffrance pour le patient, mais celle qui nous saute aux yeux).

→ Importance du travail du psy hors de son bureau, dans l'institution, mais aussi dans les entre-deux institutions

Travailler en réseau ?

« Réseau », « partenariat » sont très à la mode

Evidemment, il est nécessaire de rester vigilant face au phénomène : la constitution d'un réseau peut faire écran à d'autres problèmes ou n'être qu'une coquille vide.

Néanmoins, face au contexte et à sa complexité, on ne peut pas faire comme si on avait le choix (un peu comme ces psy qui refusent de travailler avec interprète, sous prétexte que ça dénature le dispositif... sommes-nous là pour assurer la conservation des dispositifs immuables ou pour accompagner des nouveaux publics dans des contextes mouvants ?)

Ca demande de la souplesse et de la fermeté, suffisamment de connivence en évitant l'indifférenciation, de l'ouverture au sein du réseau pour éviter l'endogamie,... Bref, ça remet du pain sur la planche. Le réseau « suffisamment » utile pour le public en direction duquel il est construit me semble quelque chose vers lequel on doit constamment tendre, un outil toujours en construction.

On ne peut pas non plus négliger le plaisir de la rencontre et du penser ensemble : remettre de la vie et de la distance dans des situations non dénuées de mortifère, réinstaurer de la liaison face à la déliaison.

Effets et suites du réseau initié par la recherche-action

J'ai pu constater dans mes pratiques, le développement d'une dynamique autour de la prise en compte de la souffrance psychique des personnes en demande d'asile, qui dépasse les questions purement « psy » pour aller vers une prise en compte de la subjectivité. J'ai également constaté la création d'une culture régionale commune (certaines idées retrouvées dans les notes des séminaires étaient devenues des évidences et je trouve beaucoup de redites entre ce que d'autres ont dit aujourd'hui et mon propos).

Application, *sur Grenoble* : Collectif grenoblois de pys intéressés par ces questions alimentées, entre autres, par travail du séminaire

Dans la pratique en CADA : le rapport devient un objet de médiation dans les liens avec les partenaires (CMP, PMI, etc). Ex : projet de la mise en place par des collègues du CMPA d'un groupe à médiation à destination des DA et dans les locaux du CADA

Question : qui tire des ficelles dans de nombreuses directions : l'étrangeté, la précarité, la migration ?

Un réseau régional vivant, porteur de projets, coordonné autour de la question de la santé mentale des DA semble une nécessité et pourrait avoir des effets constructifs bien au-delà de

la question de la demande d'asile. L'une des premières et des plus évidentes de ses missions pourrait simplement être de participer à décrier ces questions.

Pour conclure, la dernière phrase d'un récent édito de Rhizome consacré à l'institution, qui me semble résumer beaucoup de choses : « l'affaire est décidément collective »...

Discussion

Madeleine Bernard/ Merci à Olivier qui nous permet de voir comment peut se dessiner un réseau concrètement. Des questions ?

Jean Furtos/ Il y avait dans l'intervention d'Olivier Daviet, comme celle d'Halima Zéroug-Vial, la question du citoyen qui surgit. C'est-à-dire que l'on se pose des questions par rapport à son pays, à sa politique. Normalement, dans une situation où les gens sont tous bien à leur place, la question du politique est muettement insérée dans le cadre. Par exemple, c'est la politique de secteur, il y a de l'argent pour ça. Le cadre est muet. Ça nous rassure (d'ailleurs c'est fait pour cela un cadre) et ça nous permet de travailler dedans. Il y a des malades qui nous font toujours sortir du cadre, Dieu merci ! Mais là, on dirait que par nature dans le cadre de cette clinique, le cadre ne peut pas être muet en tant que citoyen. Il y a une dissociation telle entre l'éthique clinique et les pratiques que nous avons que le citoyen est toujours là quelque part, et que ça fait partie du cadre. La seule question : comment pouvoir supporter notre impuissance citoyenne en restant des cliniciens ? C'est faire remonter les choses éthiques, intolérables, les coups de gueule ; et cependant faire ce pourquoi on est là. C'est-à-dire avoir une clinique. Ce que vous avez dit tous les deux, nous permet de penser. Si on est dans un cadre, le métacadre qui est la théorie.

Olivier Daviet/ Je pensais à l'institution.

Jean Furtos/ C'est le cadre englobant. La question qui se pose est : comment penser alors que ces choses-là nous sidèrent et nous renvoient à nous-mêmes dissociés ? Ce que l'on sait, c'est que c'est très difficile de penser si on est seul en tout cas. La groupalité instituée, c'est-à-dire validée par l'institution, c'est celle qui dit « oui, nous reconnaissons que pour ce

type de clientèle, de patients, d'usagers, il n'est pas possible ordinairement de travailler seul, soit dans la clinique, soit dans l'institution, soit en local, soit dans la région. De partout, il faut que les institutions valident les groupalités qui émergent, parce que sinon on ne peut pas penser. On ne peut pas ignorer non plus les éléments géopolitiques : il y a des éléments géopolitiques à comprendre au Soudan, etc. Et si on ne peut pas penser, à quoi ça sert que l'on soit psy ? Comment on va aider le sujet à penser sa vie si nous-mêmes, on ne peut plus penser ?

Olivier Daviet/ Les occasions comme aujourd'hui le permettent aussi. En tout cas, elles m'ont permis d'élaborer un certain nombre de choses, et les rencontres et les discussions. Il y a quand même une question qui circule régulièrement dans les discussions, dans le milieu de la demande d'asile, c'est : jusqu'à quand on va pouvoir travailler auprès de ces personnes-là en étant le témoin de la maltraitance ?

Francis Maqueda/ Pour donner un exemple de ce que tu viens de dire : je fais une consultation le lundi matin pour les demandeurs d'asile où je reçois six ou sept personnes. Le lendemain des élections présidentielles, aucun ! Sur eux, ça fait un effet, mais sur le clinicien aussi, un effet de sidération. Heureusement, je me suis récupéré, immédiatement après : je suis allé signer sur internet la pétition sur la question de l'immigration. Ça aussi ça fait une groupalité. C'est là qu'on n'est plus seul. Il faut dire que cette pétition est signée internationalement. Il y a des gens dans d'autres pays (aux Etats-Unis, en Angleterre, au Brésil...), qui s'inquiètent des dérives qui ont lieu actuellement dans notre pays.

Madeline Bernard/ Nous allons entendre Louisa Moussaoui, Interprète, à Interservices Migrants, Corum, formatrice.

De la recherche action à la mise en place par ISM-CORUM d'une mission qualité Interprétariat

Louisa Moussaoui⁹

A la fin du dernier témoignage effectué le 18 octobre 2005, nous précisons que le travail de l'interprète nécessitait un cadre éthique et une formation aux techniques liées à la profession. Effectivement nous avons été entendus et une mission qualité interprétariat a été envisagée et mise en place par ISM-CORUM dès le printemps 2006.

Cette mission qualité a pour objectifs :

- Le recrutement des nouveaux interprètes sur une base de pré-requis indispensables : maîtrise des deux langues et cultures, une bonne culture générale, un niveau universitaire.
- La remise d'un *petit guide de l'interprétariat en milieu social*, explicité où l'on aborde avec eux les techniques liées à la pratique du métier ainsi que les questions déontologiques.
- Une *formation continue* (groupe d'une dizaine d'interprètes) est assurée pour échanger, faire le point sur les contextes d'interventions et la méthodologie de travail. Six séances de deux heures ont porté sur :
 - *La perception de leur rôle,*
 - *La méthodologie de travail avant l'entretien, pendant l'entretien, après l'entretien.*
 - *La perception de la relation aussi bien avec les usagers que les professionnels travaillant avec un interprète.*
 - *Des jeux de rôles et des mises en situation leur sont proposés.*
- *Un suivi et une évaluation* auprès des professionnels et /ou organismes faisant souvent appel aux interprètes. Une fiche d'évaluation en cours d'élaboration sera envoyée régulièrement aux responsables de différentes institutions.
- *Organisation d'un colloque le 21 novembre 2006*, qui a réuni des praticiens, chercheurs, interprètes français, belges, suisses et canadiens, pour réfléchir et débattre autour de l'interprétariat en milieu social. (Cf. plaquette ci-jointe)
La dynamique du colloque s'est poursuivie avec *la réflexion sur la place du tiers dans la relation interculturelle* essentiellement au sein de l'entretien psychologique (Cf. participation à la journée du 19 juin 2006 organisée par l'ORSPERE sur : « les figures du tiers dans la rencontre clinique interculturelle » ; intervention intitulée : Quand les langues « lient, se délient, et relie »).

⁹ Interprète, ISM, Lyon.

➤ **Collaboration** à la réalisation de *mémoires d'étudiants en master de psychologie à Lyon II* dans le cadre du développement des pratiques et relations interculturelles sur le rôle de l'interprète dans l'entretien psy. Des élèves infirmières et une conseillère en économie sociale nous ont également sollicités dans le cadre de leur mémoire sur les questions de langue et d'interculturalité.

Cette mission qualité a pour but de préparer et accompagner l'interprète dans sa **professionnalisation** par des rencontres et des formations.

L'objectif essentiel est non seulement de transmettre l'expérience des uns et des autres mais également de travailler des thématiques sensibles telles la capacité à pouvoir être confronté à des situations difficiles, complexes et à des émotions fortes dans l'exercice de sa fonction, l'apprentissage de la décentration et de la mise à distance.

Ces rencontres permettent un lieu et un temps où l'interprète peut non seulement échanger, apprendre avec des collègues mais également partager, découvrir, sentir un lien autour d'un vécu associatif définissant le métier de l'interprète social tant du point de vue des compétences et du savoir-faire que du point de vue du savoir-être.

➤ **Un groupe d'analyse de la pratique** pour les interprètes d'ISM-CORUM est mis en place à partir du mois de Septembre 2007 à raison de deux heures par mois, il sera animé par **une psychologue clinicienne, Hélène BORIE** qui aidera au travail d'élaboration en permettant que les dimensions émotionnelles des situations professionnelles soient reconnues. Il est également envisagé de faire le point au printemps 2008 sur ce travail d'accompagnement des interprètes et voir de quelle façon peut se retraduire cette expérience dans un échange avec d'autres structures telles ISM Paris, migrations santé Alsace, Inter média Lausanne, Cofetis Belgique ou autres, qui sont confrontées aux mêmes interrogations.

Le but à moyen terme de cette mission est de concrétiser dans le cadre Européen le projet initié par certains pays Européens pour la création d'un **Réseau Européen de l'Interprète Social** avec la définition d'un profil-métier commun et la reconnaissance du statut de l'interprète dit « social ».

Perspectives : mise en place de formations en direction de professionnels pour les sensibiliser à une méthodologie de travail avec interprètes.

Discussion

Madeleine Bernard/ Merci Louisa. La question de la groupalité instituée s'est progressivement élaborée à partir de la place des interprètes et de la fonction dans les entretiens, etc...

Des questions ?

Pierre/ On évoquait tout à l'heure le problème de la citoyenneté des soignants, il faudrait parler aussi de la citoyenneté des interprètes,

qui souvent ont été impliqués dans les difficultés politiques du pays ou bien de consultants. Un ou deux exemples comme ça où c'est l'interprète qui s'est mis à pleurer alors que le gosse en face de moi s'interdisait toute émotion. La citoyenneté joue aussi à ce niveau-là.

Louisa Moussaoui/ Tout à fait. C'est pour cela que l'on a toujours répété que l'interprète n'était pas un outil. C'est un sujet humain. La décentration, la prise de distance, l'empathie, l'impartialité, etc., ça prend, mais ça reste un

sujet humain avec un parcours, une histoire, etc. C'est pour cela que ce que l'on demande aux professionnels souvent, c'est d'avoir un temps avant, après l'entretien parfois. C'est pour cela que nous tenions à mettre en place un groupe d'analyse de la pratique.

Un étudiant en psychologie/ Vous avez rappelé que vous n'êtes pas un outil dans ce travail ; pourtant vous avez dit tout à l'heure quand même que dans ce travail que vous faites, vous avez un besoin de mettre à distance vos propres représentations culturelles. J'aimerais avoir votre ressenti pour savoir dans quelle mesure existe le danger d'être objectalisé dans cette relation entre le sujet et le praticien ? Est ce que finalement, vous ne deviendriez qu'un intermédiaire, et dans quelle mesure vous risquez de vous sentir objectalisé dans la relation ?

Blandine Bruyère/ Louisa, je peux t'aider à répondre parce que j'ai eu aussi une grande pratique avec les interprètes et on voit bien où peut être le risque. A partir du moment où l'on pense aussi dans notre place de psy, quelque chose d'une position du médium malléable, dont on sait que le médium peut-être un sujet mais il peut être un objet, il peut être une langue... Tout à l'heure Halima Zéroug Vial parlait du jeu entre le français, l'anglais et l'arabe. Là aussi, il y a de la médiatisation qui se joue, de la groupalité, la symbolique (en plus de la réalité d'être deux soignants). Il y a quelque chose qui, de toute façon, aussi pour nous cliniciens, nous oblige dans toutes ces positions-là à être suffisamment malléables pour entendre comment le sujet entreprend son rapport à lui avec la question de la langue et de la culture. On sait que l'interprète a lui aussi un rapport très subjectif à la langue et à la culture. On sait que le psy a aussi une histoire et un rapport très subjectif à la langue et à la culture. Le psy qui est né, fabriqué dans les Monts du Lyonnais ne va pas penser le rapport à la culture, à la dimension de la tradition, de la même manière que le psy qui est né, et a grandi à Vénissieux. Cette question de la culture est une question suffisamment vaste et valise, presque, pour à la fois dire beaucoup et à la fois ne rien dire du tout. La question est vraiment comment le sujet (et quand on est psy, on apprend ça, à écouter le sujet (cf. Freud, la Psychologie des foules et analyse du moi), comment le sujet est construit dans une

interaction avec du social ? Ce sujet est aussi issu d'un bain familial qui est la première interaction du social et de la culture et comment ça s'élargit après et quel rapport le sujet peut entretenir avec ça ? Ça vaut pour la place du patient, de l'interprète, du psy. La groupalité est aussi celle-là : des subjectivités qui se rencontrent, qui sont dans l'interaction et qui sont les unes et les autres dépositaires de quelque chose, d'où la diffraction. A tous les niveaux, on est dans l'inter et pas forcément que dans le trans, mais bien dans l'inter et l'interprète, avec tout ce que ça peut vouloir dire pour l'équipe que nous sommes en partie, d'interpréter, c'est-à-dire aussi de transformer quelque chose suffisamment pour le restituer aussi dans une dimension autre. Cela ne peut que se passer parce qu'il y a de la subjectivité et pas de l'objectalisation.

Louisa Moussaoui/ Lors de la journée sur « Les figures du tiers¹⁰ », à partir d'une étude de cas « les langues lient, se délient et relient », on a bien montré comment à certains moments l'interprète joue le rôle de tiers. On croit toujours qu'il n'y a que l'interprète qui joue le rôle de tiers. Mais là, avec cette étude de cas, on s'est rendu compte qu'à certains moments, c'était le patient qui jouait le rôle de tiers entre l'interprète et le psychologue. Pareil, le psychologue à un moment donné a joué le rôle de tiers entre l'interprète et les patients. C'était cela qui était très intéressant lors de cette étude de cas. On a montré finalement ce qui se créait, ce qui se passait dans cette interaction à trois. Traditionnellement, on dit toujours que c'est l'interprète qui joue le rôle de tiers. Et bien, à certains moments, non, on s'est rendu compte que les autres aussi pouvaient jouer le rôle de tiers dans la relation.

Louisa Moussaoui/ Il faut apprendre. Pour qu'il soit impartial, il peut avoir de l'émotion mais essayer de contenir toute cette émotion pour ne pas intervenir par rapport à ce qu'il a vécu. C'est absolument nécessaire, cette prise de distance. Ça s'apprend parce que ça fait partie de l'éthique et de la déontologie de l'interprète.

¹⁰ Cf. Actes de la journée soutenue par la DGS, du 19 juin 2006 sur le thème « Figures du tiers dans la rencontre clinique inter-culturelle » sur le site www.orspere.fr

Jean Furtos/ la question implicite qui surprend, c'est celle-ci : même en dehors des cliniciens officiels (les médecins, les psychologues), il ya une nécessité de prendre une distance par rapport à soi-même si on veut être dans la clinique. C'est-à-dire si on ne veut pas rester dans l'idéologie ou « je suis d'origine Russe, et c'est tel pays de l'ex union soviétique, donc, je ne peux pas le blairer..., ou il s'est passé quelque chose entre mes grands-parents et les grands-parents d'Arménie... », il y a ce qui se passe aussi pour des cliniciens, par rapport à nos origines, nos affects, les groupalités portées... Ceux qui travaillent dans la clinique au sens large sont obligés aussi, s'ils ne veulent pas être envahis par des affects et n'avoir qu'un patient par mois, et mettre trois mois pour s'en remettre, d'avoir une distanciation. Ce qui ne veut pas dire un déni de ce qu'il pense.

Un intervenant/ Même si les choses sont très différentes, il y a des archétypes communs à

toutes les cultures et les représentations propres de l'interprète peuvent entrer en résonance dans le transfert du sujet sur le thérapeute. Il y a peut-être un moyen de travail aussi.

Louisa Moussaoui/ Il y a certains interprètes qui disent « on sent que la personne ment, etc. ». Justement, c'est cela la distance. Quand on a quelqu'un qui traduit en serbe ou croate, par exemple, vous savez très bien quand c'est quelqu'un de Bosnie par rapport à la Croatie, Serbie, etc., il faut absolument prendre du recul par rapport à ce qui a été vécu ou par rapport aux conflits qui existent actuellement. Ou Russe et Tchétchène. Ca existe. Tout cela s'apprend.

Madeleine Bernard/ On va entendre les contributions suivantes. Maryse Lequeux, infirmière psychiatrique, réseau précarité au CH de Roanne.

Témoignage d'un travail infirmier en CADA

Maryse Lequeux¹¹

Après 30 ans d'exercice professionnel en services de psychiatrie, j'arrive en septembre 2005 sur une création de poste d'infirmière de liaison dans le dispositif hospitalier ambulatoire de lutte contre l'exclusion de Roanne (Nord de la Loire).

A ce titre, j'interviendrai 3h par semaine dans un A.U.D.A. géré par la SONACOTRA devenu à ce jour CADA ADOMA) d'une capacité d'accueil de 70 personnes (environ 25 familles). Y intervient également, une infirmière de Santé Publique.

Notre mission principale est de faciliter l'accès aux soins.

J'arrive dans une équipe surchargée de travail, une éducatrice « référente santé » alerte en cas de problèmes, gère les rendez-vous, fait si nécessaire le lien avec le médical. L'infirmière de Santé Publique propose systématiquement un bilan ISBA et aide à remplir les questionnaires, ce qui permet de repérer certains soucis de santé. Les demandeurs d'asile sont presque tous adressés au 4 médecins du cabinet médical le plus proche. Peu informés, ils répondent aux symptômes, l'étiologie psychogène est souvent occultée. Ils commencent à s'épuiser devant le nombre de demandes de rendez-vous ratés, les difficultés liées à la barrière de la langue...

Sans formation spécifique, sans réseau, je me trouve devant une population vulnérabilisée, ne parlant pas souvent le français, hors de ses repères culturels et surtout figée par l'angoissante attente de « réponse » (OFPPRA ou Recours) dont dépendra leur sort.

Pour moi les questions se bousculent :

- Comment communiquer ?
- Comment reconstruire dans ce temps immobilisé et précarisé ?
- Comment intervenir auprès d'une victime de tortures ?
- Faut-il aborder l'histoire traumatique ?
- Comment aider sans être intrusif ?
- Comment aider les réfugiés qui souffrent mais qui refusent notre médecine ?
- A qui les adresser ?
- Comment la psy peut soigner ?

Je me souviens de ma première prise en charge, un jeune africain de 20 ans. Toute sa famille a été massacrée, lors de ses détentions, il a subi des tortures. Lorsque je le reçois, il est dans un état quasi stuporeux, fait des attaques de panique, présente de nombreuses somatisations.

Il suit scrupuleusement un traitement mais sans amélioration, dit-il. Il est sous...magnésium ! J'écoute sa souffrance, je fais le lien avec le généraliste qui prescrit un traitement à visée antidépressive et fortement anxiolytique. Pour chaque rendez-vous médical, à la demande du patient, je rédige un courrier que nous relisons ensemble et que je lui remets non cacheté. Le médecin adapte le traitement.

Chaque semaine, ce jeune homme vient me parler de ses souffrances quotidiennes mais jamais, il n'aborde son histoire traumatique. Il est vrai qu'elle est inscrite dans son corps, ses symptômes la racontent pour lui.

¹¹ *Infirmière psychiatrique, Réseau Précarité, CH de Roanne.*

Je me sentais impuissante devant sa souffrance.

Je me demandais ce qui, hors le traitement, contribuait à ce qu'il aille mieux.

C'est en venant au séminaire de recherche de l'O.R.S.P.E.R.E que je découvre l'ampleur des dégâts provoqués par la torture et la nécessité pour la victime de trouver un « passeur » pour rejoindre le monde de l'Humain. Les traitements dégradants et inhumains infligés intentionnellement par des hommes qui, de leur fonction officielle, auraient dû assurer sa protection, avait réduit ce jeune homme à un Objet Dououreux. Il venait apprendre à redevenir Sujet.

Au fil du séminaire de recherche, m'appuyant sur l'expérience d'autres cliniciens, je me modèle, je découvre une littérature forte intéressante. J'apprends à travailler avec un interprète, je n'hésite plus à lui demander d'être traducteur mais aussi parfois médiateur interculturel ; je dépasse le sentiment d'étrangeté que je ressentais devant certains patients.

Ma pratique se fonde autour de ce principe qui se renforce au cours du séminaire :

« Prendre soin avant de soigner ».

Au fil des rencontres, j'affirme et confirme mon expérience. Ainsi assurée, je suis prête à développer un réseau. J'intensifie la collaboration avec ma collègue infirmière de Santé Publique, ce qui me permet d'aborder la souffrance du demandeur d'asile par là où il la montre et de ne pas être la seule réponse possible.

Dans les CCAS (Comité Communal d'Action Sociale), à la D.V.S. (Délégation à la Vie Sociale), lieux où j'interviens également, j'établis le contact avec les travailleurs sociaux, démystifiant l'étrangeté de ces « étrangers ». Je suis en lien avec la PMI.

J'élargis le réseau des généralistes. Je repère les plus réceptifs. Avant d'adresser le patient, j'appelle le médecin pour brosser la situation, m'assurer qu'il est prêt à le prendre en charge. Autant que nécessaire, je fais le lien, je téléphone, j'écris, parfois j'accompagne la personne. Je propose des articles, j'explique les demandes du fameux « certificat » qui rebutent si souvent. J'adapte les profils : aux patients sans repères temporels, je propose des médecins recevant sans rendez-vous, aux demandeurs d'asile en mesure de verbaliser, les médecins davantage formés à l'écoute, les jeunes patientes abusées sexuellement à une généraliste qui prélève des frottis elle-même.

On commence à travailler avec les kinés, les dentistes.

Bien sûr, nous tissons également des liens avec les équipes hospitalières ; une secrétaire m'apprend qu'un gynécologue parle le russe et l'arabe. J'obtiens le concours de l'aumônier...

Il est primordial que ce travail s'articule bien avec celui de l'équipe CADA qui est l'interlocutrice principale. Outre des échanges ponctuels (mais intenses) avec les intervenants, des réunions sont instaurées.

Devant l'étendue de la tâche, je demande à augmenter mon temps de présence au foyer : 6h par semaine. Mais la charge de travail autour de cette institution demande 50% de mon (plein) temps.

La Psychiatrie et Pédopsychiatrie sont attentives à mes appels. Actuellement, la pédopsy qui travaille un projet d'élargissement de son travail autour de la périnatalité, y a inscrit les besoins de la population hébergée au CADA.

Le séminaire m'a permis de partager des expériences mais aussi d'en rencontrer les acteurs. Ce qui m'autorise, lors d'un problème de suivi, à interpellier l'infirmière d'Actis à St Etienne qui avait présenté le travail tout à fait intéressant de son association autour des Africains atteints du SIDA.

Roanne a les limites d'une petite ville provinciale. Nous ne bénéficions pas d'associations spécifiques. Tous nos circuits sont de droits communs. La saturation arrive vite surtout quand les personnes ne sont pas préparées à recevoir ce type de population. Il faut tout inventer...

Actuellement la barrière de la langue entrave considérablement l'accès aux soins, nuit à leur qualité. Le dispositif auquel j'appartiens n'a pas prévu la possibilité de recours à l'interprétariat. J'y travaille.

En Intra-hospitalier, les membres du personnel se sont proposés pour dépanner dans plusieurs langues (peu de russes).

Mais ils ne sont pas disponibles sur du long terme (nécessité pour un travail psychologique) et pas formés.

Pour les prises en charge extrahospitalières, nous n'avons personne.

Nous nous refusons à utiliser les voisins, les enfants. Les statutaires travaillent, l'entraide bénévole n'est pas pérenne et nuit à la confidentialité.

Jusqu'à présent, nous employions l'interprète rémunérée par le CADA. Cette solution avait des limites, cette jeune fille n'ayant aucune formation, de plus le budget n'en autorisait qu'une utilisation parcimonieuse. A ce jour, ce recours est budgétairement interdit.

Bien sûr que, devant un tel constat, j'espère un réseau régional.

Je le rêve comme un lien ressource proposant :

- Un espace où circule la pensée, une recherche s'autorise
- Un lieu favorisant rencontres et échanges de pratiques
- Une bibliothèque
- Des formations aux soignants, interprètes, travailleurs sociaux
- Un annuaire actualisé

Permettant aux soignants sur le terrain d'améliorer la difficile prise en charge des demandeurs d'asile.

Madeleine Bernard/ Nous avons bien entendu « prendre soin avant de soigner » et apprendre à penser à travers le témoignage de Maryse Lequeux.

Dans la foulée, on va entendre David Szekeley. On regroupera les questions après son intervention. Il est praticien hospitalier au CHU de Grenoble, dans le service du Docteur Bougerol.

Intérêt de l'approche transculturelle en psychiatrie de liaison au CHU de Grenoble.

*David Szekely*¹²

Introduction

Selon l'INSEE, en 2005, on évalue à près de 4.3 millions la population d'immigrés, c'est à dire d'étrangers venus s'installer en France, ayant ou non changé de nationalité. On estimait, en 1999, le nombre d'étrangers résidant sur le territoire métropolitain, à environ 3.3 millions de personnes, dont 1.2 millions provenant de la CEE, et 2.1 millions hors CEE.

L'INSEE, en 2005, rapporte une stabilisation, une féminisation et une mondialisation de l'origine des personnes venant s'installer en France.

Devant ces éléments de réalité, les facteurs liés à l'histoire migratoire de nos patients en souffrance physique et/ou psychique, sont nécessairement à prendre en compte dans la prise en charge médico-psychologique de ces patients.

Notre pratique quotidienne en psychiatrie de liaison nous confronte à cette dimension sociale et culturelle, et c'est ce que nous avons souhaité aborder aujourd'hui dans le cadre de cette journée de restitution autour de la prise en charge des demandeurs d'asile. J'aborderai plus particulièrement la dimension transculturelle de la souffrance, physique ou psychique, qui peut s'exprimer de façon très détournée. C'est aux praticiens, aux soignants de pouvoir se décaler de leurs schémas habituels de représentation de la maladie, très emprunts de notre modèle biomédical ou de la psychologie psycho dynamique centrée sur une nucléarisation de la cellule familiale, et de l'œdipe freudien, afin de comprendre le patient dans le sens caché de sa plainte, dans ses schémas de pensée, et dans la symbolique dont il dispose, et ses représentations psychiques de la maladie et de la souffrance, intimement liées à la culture d'origine.

La prise en charge des patients de cultures différentes dans un CHU.

Vignettes cliniques de situations rencontrées.

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients de cultures différentes sont multiples. Tout d'abord, la barrière de la langue, dont nous avons souvent parlé au cours de ce séminaire est un point crucial dans la prise en charge. Il faut être prudent lorsque, au sujet de patients qui maîtrisent peu le français, les soignants évoquent une compréhension « suffisante » de la langue et des informations délivrées, car les concepts abordés sont souvent complexes, les enjeux affectifs ou les pronostics lourds risquant de mettre la vie de l'individu en « désordre ». Le déni, un discours interprété comme « délirant » sont parfois évoqués et à l'origine des consultations de psychiatrie de liaison. Dans notre expérience, c'est souvent

¹² Psychiatre, Praticien Hospitalier, responsable de l'unité de psychiatrie de liaison et activités transversales, Pôle Psychiatrie-Neurologie, CHU de Grenoble

l'angoisse ou la dépression qui sont exprimées sous une modalité bruyante (agitation, déni, discours pseudo-délinant) que la différence culturelle ou la barrière de la langue, colore de cette façon.

Mais est-il suffisant de «comprendre un peu le français» pour intégrer que l'on est atteint d'un cancer sévère qui va nécessiter des mois de chimiothérapie agressive, que son état va nécessiter un séjour de plusieurs jours ou semaines en chambre stérile ? Le recours aux interprètes est alors indispensable, car ils sont à la fois des traducteurs et des médiateurs culturels.

Les patients migrants sont aussi parfois dans des situations de précarité extrêmes, sur le plan social, familial, ou présentent des états médicaux tellement avancés, que la prise en charge multidisciplinaire est indispensable pour coordonner les différents acteurs du soin. L'articulation de ces professionnels est ici particulièrement nécessaire, et « créer du lien » devient un acte thérapeutique en soi.

Je rencontre un jeune homme de 25 ans, guinéen, étudiant en sciences politiques, fils prodigue et aîné d'une fratrie de 13 enfants, chez qui on découvre au pays un ostéosarcome qui ne peut être pris en charge ; ses parents vendent tous leurs maigres biens et envoient leur fils en France « pour qu'il soit guéri, puisqu'on y soigne désormais le cancer ». Mais pas celui-là, trop avancé, on l'ampute à la racine de la cuisse droite. Sa sœur est dans la région, mariée à un français non africain, qui a du mal à supporter qu'un jeune homme malade s'installe chez eux pour plusieurs mois. Le pronostic vital est annoncé, mais il n'est pas envisageable d'annoncer un retour au pays pour mourir, quand toute la famille vit dans une cabane en tôle et bâche (la maison familiale a été vendue), depuis que l'on a dû payer le voyage pour les soins en France. Plus de soutien affectif, un projet migratoire thérapeutique en échec, et une tentative de déféstration pour en finir. Son geste n'aboutit heureusement pas, une infirmière lui ayant dit « mais vous n'avez pas le droit de nous laisser comme ça ». L'avis psychiatrique en urgence est alors demandé, et la prise en charge débute.

La représentation du corps, de l'organisation familiale, des valeurs morales, permettent au sujet de mettre en mots la souffrance, l'indicible, notamment quand des difficultés médicales, relationnelles, affectives surgissent. Le recours à un parcours de soins traditionnels, dans des moments de régression comme la maladie ou le conflit, est plus souvent évoqué par les familles qu'on ne le croit ou que l'on n'ose nous le dire spontanément. La toute puissance du discours biomédical ne répond pas toujours aux besoins des patients. Afin de donner un « sens à l'insensé » comme Zempléni a pu l'évoquer, c'est dans son univers culturel que l'on va piocher ses ressources afin de s'adapter.

Une jeune fille de 18 ans, étudiante en CAP de coiffure, française de parents algériens. Je l'appellerai Mariama. Elle est chez son ancien petit ami, chez qui ses parents lui avaient interdit d'aller, méfiants vis à vis de cette famille. Elle fume du cannabis avec lui, et au cours de l'ivresse, anxieuse, coupable d'avoir transgressé l'interdit familial, elle se déféstre du premier étage. Elle est hospitalisée en traumatologie, mais reste dans un vécu de dépersonnalisation depuis plusieurs jours, un état dissociatif au sens conversif du terme, au moment où je la rencontre. Ses parents craignent qu'elle ait eu des rapports sexuels avec ce jeune homme. Ils sont allés voir le *Taleb*, qui a proposé des soins coraniques et a établi un diagnostic. C'est une femme jalouse qui l'a envoûtée- la mère de son ex-petit ami, elle-même handicapée- qui la faisait venir plusieurs fois par semaine, pour qu'elle lui coupe les cheveux et s'occupe d'elle. C'est comme cela que l'on comprend que Mariama n'est pas consciente depuis l'accident et qu'elle était depuis plusieurs mois trop proche de cette femme. Après 8 jours, Mariama recouvre ses esprits, m'explique ce qu'il s'est passé, les soins coraniques et

l'explication traditionnelle proposée par le *Taleb*. L'honneur de Mariama est indemne. La famille a été « attaquée », un sens a été donné aux problèmes rencontrés, dans la logique de la culture. Mariama, bien qu'ayant grandi en France, parfaitement intégrée dans la culture française, accepte ce diagnostic traditionnel. Elle passe d'un univers culturel à l'autre sans clivage. Une intégration réussie donc.

La représentation de la douleur est intimement liée à la culture du sujet. Son expression également comme Moro l'a montré. Les anthropologues, comme Rechtman, y voient également une modalité possible d'interpellation du bio médecin. L'individu qui a vécu le traumatisme de la migration au sens que Tobie Nathan lui attribue, est plus vulnérable face aux événements de vie, aux maladies. Il ne peut plus avoir les mêmes repères pour trouver une explication, comme avant, au pays, où ses proches l'entouraient et les médecins, soignants, marabouts ou autres tradithérapeutes donnaient du sens aux événements, dans une logique culturelle intégrée depuis l'enfance, soutenue par le groupe culturel d'appartenance. Evidemment, bon nombre de migrations sont « réussies » et constituent un enrichissement pour l'individu qui a su faire preuve d'adaptation et qui sait passer d'un univers culturel à l'autre. Mais chez d'autres, ce traumatisme n'a pu être intériorisé et élaboré, et il persiste un clivage psychique entre les deux mondes de représentations, que les aléas de la vie vont venir bousculer. Les troubles psychopathologiques surgissent alors, avec des modalités d'expression parfois bruyantes ou des douleurs chroniques, non systématisées, rebelles aux traitements souvent aux posologies majeures, et pourtant sans efficacité. C'est ici, bien souvent, un masque douloureux qui s'exprime au travers du corps, et qui cache une dépression profonde.

Vers un projet de consultation psychothérapique spécifique pour les migrants au CHU de Grenoble.

Ces quelques éléments de réflexions présentés, nous permettent d'étayer ce qui nous paraît être un besoin : la création d'un dispositif de soins psychiques pour certains patients migrants. Notre projet, au CHU de Grenoble, est d'orienter cette consultation vers la prise en charge spécifique psychothérapique des patients migrants en échec des prises en charge habituelles. Notre réflexion s'appuie sur les travaux du champ de recherche ethno psychiatrique, ceux de psychiatrie transculturelle conduits par Marie-Rose Moro en particulier, et notre expérience de psychiatre en Guyane française, comme volontaire à l'aide technique sur les rives du fleuve Maroni, à la frontière Surinamaise puis sur l'île de Mayotte dans l'Archipel des Comores, comme praticien hospitalier. Le point commun de ces deux expériences était l'implantation récente de structures de soins ambulatoires psychiatriques, l'absence de structures hospitalières de soins en dehors des services d'urgences et de médecine, la différence culturelle entre les soignants et les patients, le recours quasi-systématique à l'aide de traducteurs, d'anthropologues pour comprendre les situations cliniques. L'objectif de cette consultation est d'aider les patients et leur famille à pouvoir retracer leurs parcours migratoires, de les aider à verbaliser les enjeux de cette migration, les sacrifices réalisés par eux-mêmes et leurs proches dans la construction du projet migratoire. On se rend compte ainsi fréquemment que les enfants ne connaissent pas grand chose de cette histoire pourtant courageuse de parents « aventuriers », qui quittent leur village de brousse pour aller vivre en banlieue parisienne, sans métier, sans maîtrise de la langue, et avec un pécule significatif au pays, qui devient dérisoire en Europe.

Il nous semble donc nécessaire que ces patients, pour lesquels les prises en charge médico-psycho-sociales n'aboutissent pas toujours, puissent être accompagnés dans leur souffrance,

qu'ils puissent regagner une place au sein même de leur famille. La construction du génogramme familial (filiation), du lien avec un groupe culturel d'appartenance (l'affiliation), est le fil conducteur de la prise en charge. La présence d'un traducteur, même si la langue est maîtrisée, reste indispensable, car tout ne peut être traduit simplement, et puis pour parler « des choses du pays », c'est souvent par la langue maternelle que les souvenirs remontent... Parfois, c'est un discours culturellement codé qui est abordé lors d'une consultation au CMP, et les soignants ne savent pas « quoi en faire ». La rencontre avec des thérapeutes qui, s'ils ne connaissent pas toutes les cultures, comprennent la différence culturelle, savent interroger les proches, s'appuient sur l'interprète pour comprendre les enjeux affectifs, relationnels qui sont en mouvement derrière cette histoire. Ces consultations, pensées selon le modèle proposé par Marie-Rose Moro, doivent nécessairement être groupales constituées d'au moins deux thérapeutes psychiatres ou psychologues, ayant des compétences dans l'interculturalité, d'un interprète. Ce dispositif de consultations spécifiques intervient en complément de la prise en charge habituelle, pour traiter de ces questions liées à la culture et à la migration. Elles n'ont pas pour objet de se substituer aux prises en charge classiques. Il s'agit de consultations longues (1h30 à 2h00 avec le temps de synthèse clinique des thérapeutes) et seront proposées au rythme d'une consultation tous les 2 à 3 mois, sur une durée de 6 à 12 mois environ.

Conclusion

Le groupe de recherche sur les demandeurs d'asile a permis de pointer les différentes problématiques que soulèvent les patients demandeurs d'asile. Pour les demandeurs d'asile, peut-être encore plus que pour les migrants, la multidisciplinarité de la prise en charge est la règle. La groupalité, la présence de traducteurs, autant interprètes que médiateurs culturels est indispensable pour « penser les soins ». L'importance du travail de réseau a été également soulignée, et les faibles ressources actuelles des soignants s'intéressant à ces problèmes doivent s'articuler pour permettre de mettre en place un travail coordonné faisant appel aux compétences et aux connaissances de chacun.

L'interculturalité est un aspect partagé par les patients migrants et les demandeurs d'asile. Les problématiques psychopathologiques rencontrées nécessitent une compétence spécifique en interculturalité, et une consultation spécifique orientée vers la prise en charge des troubles psychologiques des migrants pourrait ainsi être articulée avec le réseau de soins qui se met en place pour les demandeurs d'asile sur le plan régional avec la création d'un centre régional de coordination de la prise en charge des demandeurs d'asile.

Discussion

Madeleine Bernard/ Merci à David Szekely. Voilà posée la question de la rencontre parfois improbable du formatage médical et du culturel au sens large du terme et de la nécessité pour les médecins de se mettre en situation d'exil, on pourrait dire de ce formatage médical. Des questions ?

Bernard Doray/ Je suis psychiatre, je travaille en région parisienne. Au début ce que j'ai

entendu, c'est comment le contexte et l'histoire sont des éléments essentiels de travail avec le traumatique. C'est un thème qui a été un peu contourné au bénéfice de l'approche transculturelle, qui en elle-même à quelque chose d'historicisant et de politique dans un sens général parce qu'elle est bien entre deux cultures, mais l'histoire, c'est quand même autre chose.

J'ai l'idée que si on décide que le contexte et l'histoire nous importe dans le travail avec le traumatisme, ça fait de nous des soignants qui sont inscrits dans l'histoire et dans le politique

et la culture (dans un sens plus anthropologique).

Je pense à deux situations que je voudrais brosser très rapidement :

- La première c'est notre emblème dans le travail que l'on fait dans l'association du Cédrate : des personnes de la Sierra Léone ; il y a eu un épisode psychotique de la mère quand elle a eu un bébé et ceci renvoie à la mort de deux enfants dans le contexte général de la guerre de Sierra Léone. Ses enfants ont été mal enterrés... L'association en question achète un mouton, permet de faire un sacrifice qui lui permet en principe de libérer la voie pour que la vie revienne dans cette famille... Ca a été pour nous très émouvant ! D'autant plus qu'en réalité ce qui a marché pour nous, c'est chamanique, parce qu'il y avait quelqu'un de la culture de là-bas, et il a introduit du copal dans une cérémonie. C'est ce silence qui s'est fait au cours de la fumée qui a fait que ça a eu un effet thérapeutique absolument étonnant parce que ça a reconnecté quelque chose de la mort des enfants.

Ils ont eu leurs papiers, la dame était en formation d'aide-soignante, tout va bien. Je me suis préoccupé de cette guerre de la Sierra Léone. Je vous passe les détails, mais on avait eu l'exposé d'Isabel Ann Rouby, qui nous a expliqué son travail là-bas, mais on voyait la barbarie. Avec le recul, quand on regarde cette situation-là, on a la guerre des multinationales et plus que ça : c'est-à-dire une espèce de capitalisme qui est celui de capitalisme hyper financiarisé que l'on connaît, mais qui prend la forme des enfants soldats... Il se trouve que cette famille était au cœur de ça puisque c'était une famille qui extrayait le diamant, ils en faisaient de sérieux profits... Je me suis permis de dire à la fin : voilà comment je vois ça, ce qui vous est arrivé ; je pense que ça m'a surtout fait du bien à moi, mais peut-être que ça les a fait réfléchir.

Dans une situation totalement différente, le Rwanda, une fille de 13 ans à l'époque du génocide qui a traversé toute la république du Congo, les massacres là bas, etc, qui arrive avec deux bébés ; et là je me suis posé le problème, parce que j'avais travaillé au Rwanda. Mes amis rwandais étaient du côté des génocidés, des victimes et voilà quelqu'un qui participe de l'intention d'une diaspora du milieu génocidaire. Je me suis posé un problème où je me suis trouvé en train de faire un acte très petit mais enfin historique quand

même sur l'événement de la matière médicale, c'est-à-dire participer à l'intention d'une diaspora particulière. Comment j'ai résolu le problème ? Ce n'est pas très compliqué : comme médecin, j'ai dit que je faisais ça, et ça aux membres de l'association Rwandaise, que c'est ma conscience qui me dit de le faire.... Ils m'ont dit « c'est très bien. D'ailleurs, on peut t'aider. On a de la documentation sur cet événement dramatique... ». Mais cette question a continué à me travailler, parce que l'on arrive à un certain moment à quelque chose qui est un pont entre notre déontologie, qui calme l'individu en face de nous dans un certain domaine et le fait que là il y a peut-être quelque chose de relatif à l'éthique (dans un sens plus général) de la politique et qui vient surgir dans le champ thérapeutique.

Madeleine Bernard/ Des questions encore ? On avait laissé en plan la question du groupe, pas l'institué ce matin, et du tiers irrécusable.

Un intervenant/ Je craindrais que l'on traite de manière péjorative la question de l'objectalisation. Il y a un poète marocain, Abdellatif Laabi, qui dit que « le migrant est le vigile de la condition humaine ». La manière dont on traite le migrant, c'est aussi la manière dont on traite l'autre. Sur l'objectalisation, c'est un mouvement vers l'autre. Ce qui se passe avec les interprètes, c'est fondamental de travailler avec les interprètes ! On pourrait vous faire penser que l'on pourrait se passer d'interprètes pour faire ce travail là. L'interprète, il est vécu par le sujet comme un même, pas tout à fait un même, avec qui il va falloir faire alliance. Mais quelle est la fonction de ce même, pas tout à fait un même, c'est d'aider le sujet à se tourner vers un autre et de confier à cet autre, de dire à cet autre, éventuellement ce qu'il a ressenti, ce qu'il a subi, c'est-à-dire un mouvement d'objectalisation qui est le premier mouvement de sortie du traumatisme. Parce que c'est un mouvement qui restitue le sujet dans une appartenance commune à la commune humanité. C'est-à-dire qu'il est dans cette relation d'un même pas tout à fait, avec un autre qui se présente comme un autre et c'est cela qui le remet dans l'appartenance commune. C'est cela qui fait qu'il va pouvoir restaurer quelque chose de ce qui a été détruit. A quoi ça ressemble ? A quoi ça vous fait

penser ? (pour revenir à la clinique quand même)... Il y a des choses fondamentales ! Le regard référentiel du bébé vers sa mère quand il est en présence d'un autre, c'est un mouvement d'objectalisation, c'est ce mouvement là qui lui permet de se tourner vers l'autre, si la mère accepte. « Je suis encore quelqu'un de même, mais je ne suis pas tout à fait le même, mais je te permets de te tourner vers un autre ». il se tourne vers un autre. Le travail avec l'interprète s'appuie fondamentalement là-dessus. Ça implique ce qu'a dit David Szekely : on travaille de manière habituelle avec l'interprète. Ce n'est pas un interprète qui se présente comme ça. C'est à dire qu'il y a véritablement un travail de co-thérapeute, qui est un travail très particulier avec lequel il faut apprendre à travailler mais qui mobilise ce passage du même à l'autre, qui est un mouvement essentiel. C'est cela la groupalité. Je ne sais pas s'il y a une groupalité désinstituée. Je ne comprends pas.

Jean Furtos/ Il peut y avoir une groupalité déniée. Le sujet vient toujours d'une groupalité dans les pays dits traditionnels comme dans les pays occidentaux. Simplement, dans les pays occidentaux, on fait comme si il n'y avait plus de groupalité mais le sujet vient toujours sur fond de groupalité. La question est : cette groupalité est-elle reconnue ou pas ? C'est pour cela qu'il y a une remarque que je voudrais faire sur l'intéressante approche de Maryse Lequeux quand elle disait : « retour à l'humain ». Cette manière de parler peut-être ambiguë pour ceux qui ne sont pas directement dans la relation. Pour vous, ce que ça signifie « retour à l'humain », c'est « il était complètement prostré, hébété, comme un déficitaire de toutes les fonctions de présence, etc., et il revient en présence de... ». Pour nous, ça va. Mais ce qui se passe, c'est que l'humain a la capacité de ne plus apparaître comme un humain s'il n'est pas reconnu comme un participant à part entière du groupe humain. Ce qui s'est passé, c'est que vous l'avez reconnu, vous avez vu qu'il avait besoin d'être reconnu par vous comme un humain pour se reconnaître lui comme un humain et il est réapparu. Donc, le retour à l'humain, c'est le retour dans le groupe. Mais il fallait que puissiez le reconnaître. Sinon, c'est très dangereux de dire « retour à l'humain », parce que l'on pourrait penser qu'il n'était plus

humain avant. Si ! C'est la qualité de l'humain, d'apparaître comme un non humain dès lors qu'il n'est plus dans un groupe reconnu comme tel. Ceci étant dit, donc délégitimation du groupe. Ce que disait Bernard Doray est important parce que ça fait la différence entre le caractère géopolitique où l'on doit avoir des conflits dans le monde. C'est comme si on ne sait pas qu'il se passe à Londres une possibilité de terrorisme dans le métro. Il y a des choses que l'on ne peut pas comprendre. Il y a des choses qui se passent dans les pays qui sont difficiles à intuituer uniquement si on a que la télévision et les journaux de base. Il faut avoir une connaissance géopolitique. Il faut aussi avoir une connaissance culturelle : des codes de transmission de la souffrance, de la famille, de la culture. Et puis, ce que tu amènes, c'est de l'histoire, ce que l'on a vécu personnellement dans cette constellation. Tu as parlé dans certains de tes bouquins, du retour à l'histoire de gamins par des dessins. Au fond, comme n'importe quel gamin du monde qui a besoin de revenir dans son histoire par le symbolique. Que ça soit un symbolisme traditionnel, tradithérapeute, ou un symbolisme de psy ; il a besoin de revenir dans son histoire, bien dans le monde commun.

Est-ce que tu accepterais de dire que le sujet désinstitué c'est celui qui est désymbolisé ?

Jean Furtos/ Si tu veux. C'est ce que tu appelles le sujet désymbolisé. C'est celui qui n'est plus dans un groupe, reconnu comme un parmi d'autres. On fait la différence entre les demandeurs d'asile statutaires et les autres, même si le dernier intervenant a mis la question de l'étranger..., on fait la différence et il faut la faire. C'est sûr.

Louisa Moussaoui/ C'est sûr que l'on fait la différence entre un demandeur d'asile et un migrant mais ce n'est pas pour cela que l'on ne doit pas concevoir les migrants, et qu'ils ne rencontrent pas des problèmes psychologiques identiques, etc. même si on fait vraiment la différence. Quand on quitte son pays, on est hors du lieu pour x raisons. Mais de toute façon, même pour raisons économiques, même pour fuir la misère morale, c'est toujours être en exil. Il ne faut pas non plus faire une séparation comme ça.

Madeleine Bernard/ On va pouvoir penser à se diriger vers le repas. Ce matin, on a pu voir comment un réseau peut fonctionner pas comme une coquille vide, mais comme un vrai réseau de rencontres et d'échanges qui permet de penser. Ca me fait penser à une pièce de

théâtre de Jean Michel Ribe, dans laquelle le personnage se présente chez le psychanalyste et lui dit « avec tous ceux que j'ai dans ma tête, est-ce que je pourrais avoir un tarif de groupe ? ».

Deuxième partie : Expériences des réseaux en France

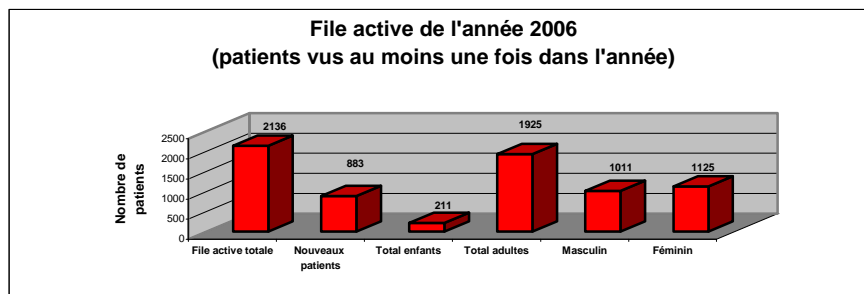
Santé, maladie, soins et cultures : les réseaux en santé mentale

Christophe PARIS¹³ Marie-Jo BOURDIN¹⁴ Rachid BENNEGADI¹⁵

1 - Présentation des activités du Centre Française MINKOWSKA

L'Association Française et Eugène MINKOWSKI pour la santé mentale des migrants n'a cessé de perpétuer les valeurs humaines auxquelles le Pr. Eugène Minkowski et son épouse Françoise Minkowska étaient si attachés et qu'il avait lui-même résumé dans son souci constant de « promouvoir l'humain ».

C'est dans cette perspective en effet qu'ont été déclinées les principales actions de l'Association telles que la création, dès 1962, du Centre Française MINKOWSKA, établissement de santé proposant aux patients d'Ile-de-France, originaires du monde entier et confrontés à des difficultés d'accès aux soins, une prise en charge médico-psychosociale grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues, assistants de service social et d'un accueil formé à la communication interculturelle.



Très tôt, l'Association a proposé une approche de santé publique qui ne stigmatise pas le patient dans sa prise en charge, une dynamique de soins capable d'intégrer des éléments liés à la langue et la culture tout en assurant une réponse de droit commun.

Il s'agit donc de tenir compte des représentations culturelles de la maladie mentale sans pour autant « pathologiser la culture ni culturaliser la pathologie ».

Le Centre Française MINKOWSKA, Pôle clinique de l'Association, est un lieu identifié comme une structure de médiation vers qui les établissements sanitaires, sociaux, scolaires et éducatifs orientent les patients.

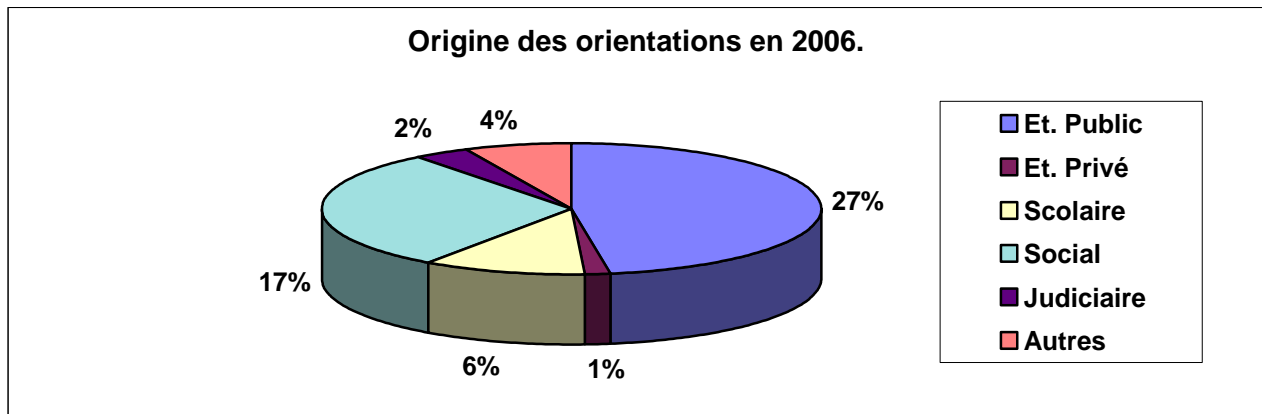
Tout patient se voit proposer un panel de prestations telles que des prises en charge thérapeutiques assurées par des psychiatres, des psychologues (approches psychanalytiques, systémiques et cognitives) et des psychothérapies associées à un traitement médicamenteux

¹³ Directeur.

¹⁴ Attachée de direction, coordinatrice du Pôle Formation.

¹⁵ Psychiatre, anthropologue, coordinateur du Pôle de Recherche Interculturelle en Santé Mentale (PRISM).

si nécessaire. La prise en charge peut être individuelle, se faire dans le cadre d'un groupe de parole, ou dans le cadre d'un atelier d'art thérapie, selon la demande et l'indication thérapeutique qui y correspond.



Pour les enfants, à la demande des structures scolaires ou éducatives, des psychologues peuvent effectuer des tests psychométriques ou projectifs.

Ce positionnement fortement ancré dans l'offre de soins de droit commun a permis aux patients et aux professionnels de la santé d'identifier l'impact positif du Centre Française MINKOWSKA en tant qu'opérateur de soins sur le registre de l'économie de la santé puisqu'il contribue à abrégé les parcours de soins de patients bien souvent en situation d'errance thérapeutique, ou pour lesquels une hospitalisation aurait pu être raccourcie, voire évitée.

Afin de répondre aux fortes sollicitations des professionnels en contact avec le Centre Française MINKOWSKA, l'Association a structuré son offre en organisant une configuration multipolaire permettant d'optimiser le transfert de compétences :

- Un Pôle clinique qui assure des prestations médico-psycho-sociales et renforce son positionnement dans l'offre régionale de soins (cette activité bénéficie d'un label de certification délivré par la Haute Autorité de Santé en mars 2007),
- Un Pôle formation qui intervient sur toute la France auprès des professionnels des champs sanitaire, social, de l'école et de la justice (édition d'un catalogue national annuel de formation),
- Un Pôle recherche qui valorise la recherche interculturelle en santé mentale qui co-organise un enseignement universitaire (Université René Descartes – Paris V), qui supervise chaque année une trentaine de thérapeutes en formation et de chercheurs et qui se prépare à initier une enquête épidémiologique répondant ainsi à certaines prérogatives européennes dans le domaine de la santé,
- Un Pôle communication qui propose de nombreuses informations aux 4 200 professionnels, étudiants et chercheurs consultant mensuellement le portail Internet « Santé mentale et cultures » www.minkowska.com

Le Pôle Formation a formé **412 professionnels** en 2006 (toutes actions confondues) ce qui représente **3960 « heures stagiaires »** (nombre d'heures de formation x le nombre de stagiaires).

Tout en pérennisant les actions d'une psychiatrie humaniste et solidaire, l'Association Française et Eugène MINKOWSKI a su rester fidèle aux principes initiés par ses fondateurs tout en maintenant un niveau de compétences répondant aux exigences de santé publique auxquelles toute structure de soins doit répondre aujourd'hui.

Ses missions se sont diversifiées et adaptées aux besoins des professionnels qui la sollicitent, tant sur le plan clinique que de l'enseignement ou de la formation professionnelle. Un déploiement d'expertise et de compétences qui, nous le souhaitons, répondra aux futurs enjeux de la psychiatrie.

2 - Problématique des demandeurs d'asile en Ile de France

Nous donnerons ici une vision qualitative de notre quotidien au Centre Française Minkowska pour les patients demandeurs d'asile.

La demande de ces patients est toujours médiatisée par un tiers. Travail social, intervenant social ou médecin des centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) mais aussi l'école, les professionnels des centres de PMI etc.

Les Aspects juridiques et sociaux :

Nous ne reviendrons pas sur la question du droit d'asile avec son cortège de difficultés entre le dépôt de la demande à la Préfecture jusqu'à l'entretien avec l'officier de protection.

Du point de vue social et de l'accompagnement social, nous sommes confrontés à la gestion de l'attente (attente de la réponse de l'OFPPA puis celle, en cas de refus, de la Commission des Recours).

Fait problème aussi la question de l'accès aux soins et celle de l'hébergement (problème de capacité d'accueil dans les CADA inférieure à la demande), le problème de la vie en groupe avec parfois des problématiques inter-ethniques : pour les familles se pose la question de la scolarisation des enfants etc. La décentralisation des CADA aggrave l'état psychique de certains patients qui ne veulent pas quitter la Région Parisienne en raison de leur prise en charge au Centre Minkowska.

Enfin il faut soulever le problème des réfugiés politiques statutaires qui, avec l'obtention du statut doivent quitter leur CADA, ce qui pour eux entraîne de nouvelles difficultés. Sans parler des déboutés du droit d'asile, de plus en plus nombreux, et dont le rejet est assorti d'une obligation à quitter le territoire français.

Précarité psychologique mais aussi sociale :

Les demandeurs d'asile que nous recevons au Centre Française Minkowska viennent des pays en situation de guerre ; ils ont vécu des traumatismes d'une extrême gravité ; ils ont été victimes de violences ; ils ont subi des tortures, viols avec des proches assassinés parfois sous leurs yeux, etc.

Ici en France, pays d'accueil, les problèmes sociaux sont, comme nous l'avons vu, tellement au devant de la scène qu'il est souvent difficile d'envisager d'emblée une prise en charge thérapeutique : (difficile en effet de parler de son trauma quand on a un problème d'hébergement, que l'on ne sait pas où l'on va manger où dormir le soir) d'où la mise en place

d'un accueil et d'un suivi en binôme (psychiatre et assistante sociale) ainsi qu'un groupe de parole pour les femmes d'Afrique Centrale victimes de violences sexuelles.

Nous sommes également confrontés, comme l'a évoqué ce matin le Docteur Jean FURTOS, aux réfugiés politiques qui décompensent au moment où ils obtiennent leur statut et doivent quitter leur CADA où ils sont depuis plusieurs mois, voire parfois plusieurs années.

C'est le cas d'une jeune patiente Congolaise (RDC) âgée de 17 ans, en France depuis 2003 et adressée au Centre Française MINKOWSKA trois mois après son arrivée, par l'assistante sociale du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), pour une pathologie post traumatique dans un contexte social complexe.

Elle présentait un état dépressif (avec une tentative de suicide) avec insomnies et cauchemars, peurs paniques liés à des événements traumatiques sévères survenus dans son pays d'origine (du fait de l'origine rwandaise de sa mère), mais aussi victime de maltraitances en France.

- Elle ne parle que le lingala,
- Elle est en retrait et se trouve dans une situation bloquée,
- Elle est en situation irrégulière car elle n'a pu obtenir de l'OFPRA l'attestation de dépôt à sa demande d'asile, en l'absence de domiciliation.
- Elle n'est pas scolarisée. D'autre part, elle reste sans nouvelles de sa mère disparue en RDC au moment des événements qui sont à l'origine de l'exil de cette jeune patiente.

Elle est reçue en binôme (psychiatre et assistante sociale) avec la présence d'une interprète.

Il a donc été possible d'apporter d'abord une réponse thérapeutique à sa souffrance psychique. Dans le même mouvement :

- elle a pu être orientée vers un juriste pour le dépôt de sa demande d'asile,
- à plus long terme et en accord avec le thérapeute, elle a été accompagnée dans une démarche de recherche de famille auprès de la Croix Rouge Internationale,
- il a été possible de mettre en place au décours de cette prise en charge globale, un projet de socialisation (apprentissage du Français, scolarisation et préparation d'un BEP Vente),
- elle a pu ensuite participer à un groupe de parole au centre.
- Mais après avoir attendu très anxieusement la réponse de L'OFPRA (nécessaire pour passer son C.A.P., etc.), elle annonce en pleurs qu'elle vient d'obtenir son statut de réfugiée et on vient de l'informer qu'elle ne pouvait rester dans son foyer ce qui l'insécurise et entraîne une rechute de sa dépression.

Notre approche au Centre Française Minkowska, sous l'éclairage de l'Anthropologie Médicale Clinique, qui va vous être présentée nous a permis d'identifier tous ces éléments sous forme de « sickness », avec la notion de « dépassement capacitaire » (HALL).

Le Sickness, vous le verrez, vient compléter le trépied de l'AMC (Illness/Disease), en permettant le repérage de représentations culturelles sociales (la réalité sociale et la perception de cette réalité et de celle de l'exclusion).

On peut dire que cette écoute particulière, où on laisse le patient dérouler avec ses propres représentations culturelles et ses modèles explicatoires, parler de sa souffrance psychique, son

mal-être, ses difficultés sociales, socio économiques permet aux thérapeutes ou aux travailleurs sociaux de donner une réponse adaptée à la demande du patient.

C'est une attitude non stigmatisante car on ne focalise pas d'emblée sur les origines culturelles, la culture d'origine n'est pas première disait ce matin Blandine BRUYERE, mais d'abord sur la souffrance psychique, la pathologie (trauma...) ou les difficultés sociales.

Professionnels de la santé ou du social, nous sommes soumis à la violence des discours de ces patients traumatisés, dépositaires d'une grande souffrance et confrontés à nos limites d'intervention, à notre impuissance. Certains « craquent » de ne pas savoir quoi faire et de ne pouvoir rien faire. D'où l'importance du réseau, pour éviter le burn out, et qui permet de mutualiser les expériences et les ressources pour une meilleure efficacité professionnelle.

C'est le soulagement dont on a parlé ce matin avec la démarche régionale. Le phénomène de résilience, bien développé par Boris Cyrulnik, montre la capacité de tout individu après un traumatisme de se « retricotter ». Notre pratique au Centre Françoise Minkowska confirme le fait que ce mécanisme varie considérablement d'un individu à l'autre.

3 - Les avancées de l'anthropologie médicale clinique

Le centre Françoise Minkowska privilégie actuellement l'approche de l'Anthropologie Médicale Clinique qui permet de poser de manière didactique et claire la problématique de suivi et d'aide pour la population migrante et réfugiée.

Cette approche tient compte :

- 1- Des représentations culturelles de la santé mentale et de la maladie mentale du patient, au travers des outils linguistiques disponibles (soit la langue en commun avec le thérapeute, soit un interprétariat linguistique et culturel).
Le patient déroule ainsi sa souffrance psychique sans risque de stigmatisation ou de rejet.
Cette partie de la prise en charge qui explique le comportement et l'expression du patient est conceptuellement représentée par le mot «ILLNESS».
- 2- Des représentations culturelles et des modèles théoriques du thérapeute qui, quelle que soit son orientation professionnelle (psychanalyste, cognitiviste, ethnopsychiatre, systémicien) confronte ses modèles explicatoires à ceux du patient avec le maximum d'informations de part et d'autre. Ce travail d'élaboration fait par le thérapeute, dans les conditions élargies de transfert et de contre-transfert, est explicitement nommé «DISEASE».
- 3- Enfin toute la participation d'éléments socio-économiques et d'évènements autour de pratiques folkloriques (au sens ethnologique) autour du soin se regroupent autour du concept de «SICKNESS».

Ce trépied, que l'on retrouve dans le schéma interactif de l'Anthropologie Médicale Clinique, est essentiel pour bien configurer les différents enjeux et niveaux d'interaction dans la relation soignant- soigné afin d'éviter les deux pièges universellement reconnus de la stigmatisation ou de la généralisation abusive.

Cette approche a également l'avantage de s'inscrire naturellement dans une démarche de santé publique ou de santé communautaire, permettant ainsi un échange plus complet entre professionnels, une démarche éventuelle de recherche en épidémiologie psychiatrique et un transfert de connaissances par le biais de la formation des professionnels de la santé et de l'accueil.



Contribution et reprise conclusive

*Catherine Massoubre*¹⁶

Présentation du dispositif INTERFACE 42 pour les demandeurs d'asile

Equipe :

Psychologues : Roselyne BOYET, Corinne COTTRON, Jean-Louis DUMARTY, Matthieu GAROT

Infirmières : Laurence ACHARD, Martine CHARRAS, Patricia LAGIER, Karine POINAS

Cadre infirmier : Rodolphe OLLIER

Secrétaire : Laure PANEI

Ce dispositif existe depuis 1999 et avait pour vocation première d'intervenir auprès de la population en grande précarité à plusieurs niveaux :

- l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques (principalement vers le secteur public hospitalier, mais pas seulement) ;
- la prise en compte de la dimension psychique dans les situations d'exclusion ;
- le travail en réseau entre les professionnels évoluant dans les sphères sociales et médicales ;
- un soutien technique aux travailleurs sociaux qui en faisaient la demande.

Au départ, la population ciblée était constituée principalement d'adultes mais nous avons répondu de manière ponctuelle à des demandes de consultations pour adolescents. Progressivement, de nouvelles demandes sont apparues concernant la prise en charge des enfants hébergés dans des foyers avec leur mère.

L'équipe Interface 42 compte aujourd'hui 4 ETP d'infirmières, 3,5 ETP de psychologues, 1 ETP de secrétaire et 0,10 ETP de cadre infirmier. Elle ne comprend pas de temps propre de psychiatre, mais cette unité est rattachée au service hospitalo-universitaire intersectoriel des Urgences psychiatriques et de Psychiatrie de liaison, Psychologie clinique du CHU de SAINT-ETIENNE (service du Professeur MASSOUBRE).

Les soins sont prodigués en 1ère intention par les psychologues et infirmiers de l'équipe qui consultent en binôme dans la grande majorité des cas. Les psychiatres interviennent en 2^{ème} ligne lorsque les troubles présentés sont sévères et nécessitent un traitement médicamenteux. Des consultations psychiatriques en semi-urgence (dans les 2 à 3 jours) sont réalisées par un psychiatre du service d'urgences. Une hospitalisation peut parfois être proposée sur le service intersectoriel d'urgences psychiatriques (12 lits).

Nous avons constaté qu'Interface Saint-Etienne est souvent le premier contact avec des soins d'ordre psychique. Notre travail et notre mode de fonctionnement sont de mieux en mieux

¹⁶ Professeur de Psychiatrie, CHU St Etienne.

compris par la plupart des professionnels, certains avec lesquels nous collaborons depuis plusieurs années. La préparation avant la première rencontre entre l'utilisateur et Interface est capitale : le fait que le référent social accepte de faire le lien physiquement lors de cette rencontre contribue à sécuriser l'utilisateur et permet une meilleure accroche.

Nous contribuons à dédramatiser le monde de la psychiatrie tant auprès des professionnels qu'auprès des usagers (présence régulière sur les lieux d'accueil, participation à des journées de formation et d'information). Pour les bénévoles de certaines associations, ne pouvant pas toujours assister à ce type d'action, le travail sur les représentations du soin psychique est alors difficile.

La majeure partie de nos interventions se fait par le biais d'entretiens individuels, que ce soit sous la forme de permanences, ou de rendez-vous.

I - Intervention auprès du public demandeur d'asile (D.A.)

On constate une augmentation constante de la prise en charge des D.A. surtout depuis 2002-2003.

En 2006, nous avons suivi 80 demandeurs d'asile (dont 44 hommes, 29 femmes et 7 enfants) dont 1/2 à 1/3 a nécessité une ou plusieurs consultations psychiatriques, voire des hospitalisations.

Les D.A. sont souvent orientés par la PASS et la Fontaine (accueil de jour de l'association Renaître) même s'ils sont hébergés en CADA.

Les interprètes sont payés par le CHU et viennent d'Inter Service Migrants. Depuis 2 ans, nous sommes autorisés à travailler avec eux pour des consultations qui ont lieu en dehors de l'hôpital.

Les principaux pays d'origine des demandeurs d'asile à Saint-Etienne sont le Congo, l'Angola, la Tchétchénie, l'Albanie et le Kosovo.

Il peut être difficile d'orienter cette population vers certains services psychiatriques. Dans ce cas, Interface suit les D.A. durant tout leur séjour sur Saint-Etienne (en moyenne une dizaine de consultations).

Clinique

Le psychotraumatisme représente la pathologie grave la plus fréquente chez les exilés.

Les patients concernés relèvent d'une prise en charge médico-psychologique de moyen terme, prise en charge compliquée par le climat d'urgence et de suspicion lié à la procédure actuelle de demande d'asile.

Les demandeurs d'asile ont tous subi des traumatismes psychologiques et/ou physiques : victimes de tortures ou ayant assisté à ce type de scène, ils ont souvent fui dans la précipitation sans pouvoir garder de lien avec leur famille restée au pays d'origine. Nous constatons alors

- des états de stress post-traumatiques ;
- des états psychotiques post-traumatiques ;
- des décompensations de troubles psychiques antérieurs ;
- des réactions psychosomatiques ;
- des états dépressifs ;
- des comportements violents envers eux-mêmes ou les autres (comme les enfants adoptés du Rwanda) ;
- et à long terme des troubles au sein de la famille et des difficultés à retrouver une place au sein de la société.

Les orientations d'Interface concernent principalement les secteurs hospitaliers, spécialisés ou non en psychiatrie. Nous pouvons encore une fois constater la grande diversité des orientations proposées, dans le domaine médical, social, associatif, juridique, professionnel, psychologique spécialisé.

L'évolution d'Interface au fil des années nous amène à plusieurs constatations :

- notre bassin de population et le flux de migrants expliquent probablement le fait que le dispositif Interface a reçu progressivement de plus en plus de demandeurs d'asile et qu'il n'y a pas de véritable filière spécifique pour les soins. Les soins psy au sens large sont prodigués par cette équipe d'Interface.
- Cette population présente des troubles psy différents de la population ciblée au départ par la DDASS. Ce qui a impliqué au fil des années des modes de prise en charge adaptés aux troubles repérés.

L'accueil des enfants de demandeurs d'asile

Comme pour les adultes demandeurs d'asile, l'orientation vers un secteur pédopsychiatrique peut être difficile du fait de leur statut et des délais importants de rendez-vous. De ce fait, nous n'avons pas de terme précis à la prise en charge. Les pathologies rencontrées chez les enfants sont sensiblement les mêmes que dans la population des demandeurs d'asile adultes : stress post-traumatique, dépression, crises d'angoisse, blocage des apprentissages scolaires, troubles du comportement, troubles des rythmes biologiques (hypersomnie, insomnie, cauchemars, terreurs nocturnes, énurésies, troubles de l'alimentation,...), troubles de la relation (angoisse de séparation, difficultés d'accrochage et/ou d'accordage mère-enfant, isolement, angoisse de perte et d'abandon,...). Les consultations se font majoritairement le mercredi dans les locaux d'Interface à la PASS (Hôpital Bellevue), pour des raisons de gestion du temps (les entretiens sont nombreux), et du fait que toutes les familles ne résident pas dans un CADA (où des locaux disponibles pourraient nous accueillir). Quand cela est possible et le nécessite, nous pouvons nous déplacer dans les CADA. Interface fait le lien avec les services de pédopsychiatrie quand cela est nécessaire.

La permanence aux Urgences Pédiatriques

Cette permanence a été mise en place depuis mi-octobre 2006 à la demande du service des Urgences pédiatriques. Une psychologue d'Interface y intervient deux demi-journées par semaine et une autre demi-journée tous les quinze jours. Elle intervient à la demande de l'équipe pour des situations d'ordre psychologique avec ou sans symptômes somatiques, parfois dans l'urgence, parfois sur rendez-vous.

L'équipe peut solliciter pour un avis concernant une situation ou une problématique. Un cahier de liaison a été mis en place pour permettre un lien entre l'équipe et la psychologue concernant la rencontre, le suivi et l'orientation de l'enfant.

Création d'un atelier « théâtre » pour les pré adolescents et adolescents D.A.

Cet atelier est composé de jeunes entre 10 et 16 ans soit demandeurs d'asile, soit ayant connu un traumatisme ou des violences dans leur environnement (violence conjugale, guerre, attentat, déracinement, agression physique ou psychologique). Le but de cet atelier est, d'une part, de permettre à des jeunes dans des problématiques proches de pouvoir mettre en jeu, en mots et en scène leur vécu douloureux par le biais de représentations symboliques ayant trait à

l'imagination commune d'une histoire (faisant appel à la notion de co-étayage). Et d'autre part, permettre à ces jeunes de pouvoir établir une relation de confiance à l'autre leur servant potentiellement de modèle dans leur vie quotidienne. Cet atelier s'inspire du modèle du psychodrame psychanalytique : inventer ensemble une histoire dans un lieu donné, situé dans une époque particulière, et composée de différents personnages avec ou sans liens entre eux. L'action sera déterminée et l'histoire comportera un début, un milieu et une fin. Les règles seront celle de n'importe quel groupe thérapeutique : confidentialité de ce qu'il se passe dans le groupe, régularité et ponctualité de la présence de chaque membre, respect de l'autre et de sa parole, et dans notre cas, obligation de mimer et non d'agir. Ce groupe est animé par deux personnes : une infirmière et une psychologue, l'une reste observatrice du groupe, l'autre peut être invitée par les participants à jouer un personnage. Toutefois la présence d'un interprète peut être nécessaire pour certains jeunes qui ne maîtrisent pas suffisamment la langue.

II - Les différents modes d'intervention auprès des professionnels : du travail en réseau...

1) Les « Petit Déjeuners »

Les « Petits Déjeuners » d'Interface ont été mis en place en 2004 et continuent d'être accueillis par diverses structures de Saint Etienne (sociales, médicosociales et sanitaires). En 2006, **ACTIS, l'association RIMBAUD, le Foyer RENAIRE, les Urgences Psychiatriques** se sont proposés pour organiser ces rencontres. C'est l'occasion pour ces structures de présenter leur travail et de s'inscrire symboliquement dans le réseau des intervenants auprès des personnes en situation de précarité. Nous constatons que ces rencontres sont un succès (entre quarante et cinquante participants issus d'une quinzaine de structures) car elles répondent visiblement au besoin des acteurs des champs sociaux et médicaux de se rencontrer physiquement et d'échanger.

2) Formations PASS

Les sessions de formation organisées par la PASS en direction du personnel hospitalier sont renouvelées 2 fois par an. Elles sont l'occasion pour l'équipe d'Interface de se faire connaître au niveau du CHU et de sensibiliser le personnel hospitalier (accueil, infirmières, cadres de santé) aux particularités de la population dite « précaire ».

3) Réunions régulières (PASS et CMP)

Afin de faire le point sur nos situations communes, des rencontres mensuelles ont été instituées entre Interface et la PASS puis entre Interface et le CMP du centre ville de Saint-Etienne (hôpital de la Charité).

4) Rationalisation du réseau « demandeurs d'asile » (ACTIS et IML)

L'Institut Médico-Légal du CHU de Saint-Etienne, l'association « La Passerelle », ACTIS et Interface organisent des réunions régulières pour formaliser le réseau migrants à Saint Etienne (parcours et prise en charge des migrants sur la ville de Saint-Etienne).

Suite à ces réunions, un annuaire répertoriant les différentes structures s'occupant des migrants et des demandeurs d'asile (au niveau de la santé – somatique et psychique -, du juridique, de l'hébergement, de l'alimentation, de l'apprentissage du français) est en cours de réalisation.

Une journée d'information concernant les demandeurs d'asile a été organisée sur le site de l'hôpital Bellevue avec l'aide du COMEDE, dispositif d'aide aux demandeurs d'asile sur Paris, qui a présenté son fonctionnement.

Pour l'année 2007, des rencontres avec l'Education Nationale sont prévues afin de formaliser l'accès aux soins des enfants de demandeurs d'asile et de migrants.

PROJETS pour le 2^{ème} semestre 2007

1- Proposition de nouvelles formes d'intervention auprès des demandeurs d'asile

- **Atelier « revue de presse »**

L'idée de ce projet est de proposer un autre mode de prise en charge - sous forme collective - que la consultation individuelle quand le patient est suffisamment stabilisé afin de travailler sur la relation à l'autre, la relation interculturelle, à travers l'échange autour d'articles de presse. Une réunion de concertation est prévue avec ACTIS afin de repérer les besoins des D.A., les lieux possibles d'intervention et de déterminer des objectifs clairs et les intervenants possibles.

- **Travailler en collaboration avec les CADA**

Les D.A. paraissent très isolés dans les CADA. Nos interventions actuelles étant sous forme de consultations individuelles à la demande des travailleurs sociaux, nous souhaitons mettre en place un autre mode d'intervention sous forme collective, en collaboration avec les travailleurs sociaux des CADA. Une réunion est prévue en septembre 2007 pour réfléchir à ce projet.

2- Formalisation du partenariat avec l'Education Nationale pour les enfants D.A.

Suite aux réunions entre ACTIS, l'IML et Interface concernant la formalisation du réseau Migrants, nous avons contacté les psychologues scolaires et les C.R.I. (Centres de Ressources contre l'Illettrisme) de l'Education Nationale qui reçoivent des enfants primo-arrivants dans les écoles maternelles et primaires; afin de permettre l'accès aux soins de ces enfants. Une convention sera signée fin 2007.

3- Mise en place de permanences à La Fontaine (lieu d'accueil de jour pour les demandeurs d'asile)

Là encore, par souci de répondre au mieux à la demande des associations, nous avons le projet de proposer des permanences Interface au sein du lieu d'accueil « La Fontaine ». Les modalités doivent encore être éclaircies mais un accord de principe a été trouvé entre Renaître et Interface sur ce mode d'intervention auprès de leur public.

4- Formalisation du travail d'Interface par la mise en place de conventions avec ses partenaires

A la demande de la DDASS et pour faciliter notre intervention au sein des structures, nous sommes en train d'établir des conventions avec chacun de nos partenaires.

CONCLUSION

Depuis 2006, nous avons élargi notre public aux enfants des demandeurs d'asile, ceci par l'intermédiaire de la création de permanences aux urgences pédiatriques, de consultations à la PASS ainsi qu'à Solidarité Femmes. Par ailleurs, nous avons diversifié nos modes d'intervention, notamment sous forme collective, depuis que l'équipe s'est agrandie.

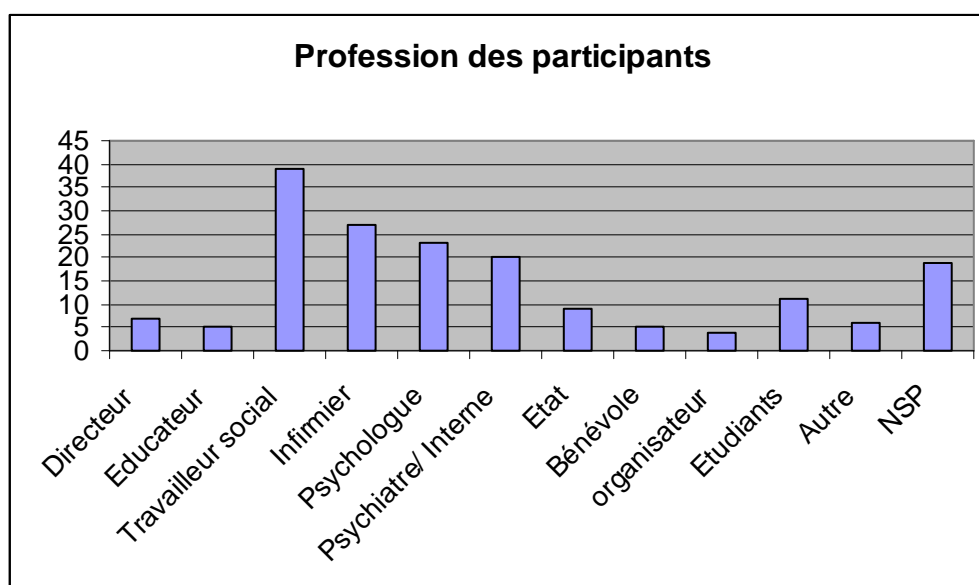
L'analyse de votre avis à partir des fiches d'évaluation de la journée d'étude

Nous vous proposons une courte évaluation de cette journée de restitution à partir des fiches d'évaluation que le public a bien voulu nous retourner.

1- Le public de cette journée...

Lors de cette journée nous avons accueilli 175 personnes, dont nous allons dresser un succinct portrait en termes de genre, de profession et d'origine géographique.

Catégories professionnelles des inscrits : les participants à cette journée étaient à 23% issus du travail social de proximité. On note une présence importante des professionnels du monde médical et paramédical (à 40%).



Genre : Comme souvent dans le travail social et médical, les femmes sont les plus nombreuses.

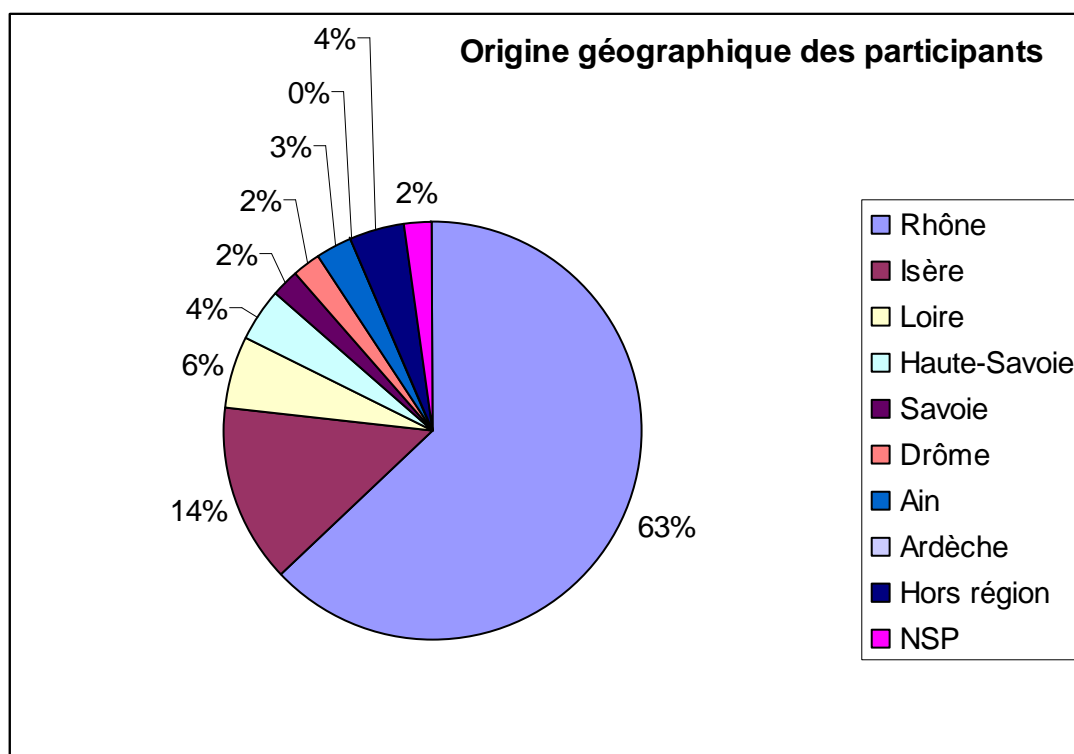


70%



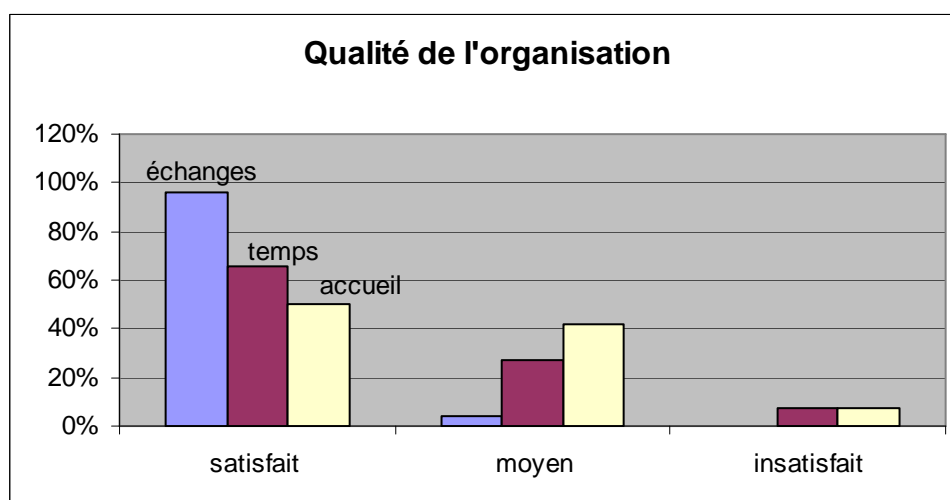
30%

Origine géographique des participants : Rien de surprenant : plus de la moitié du public provient du Rhône. Nous avons encore des efforts à faire pour toucher davantage les professionnels de tous les départements de la région Rhône-Alpes (en perspective, organisation de journées dans les autres départements).



2. L'évaluation qualitative de la journée par le public

Qualité de l'organisation : Globalement, le public exprime sa satisfaction au niveau de la qualité de l'organisation : 96% sont satisfaits quant aux échanges, 65% quant à la répartition du temps, et 50% quant à l'accueil reçu.



Contenu de la journée : Parmi les participants ayant répondu à cette évaluation, 84% en retirent un enrichissement professionnel et 68% pensent que cette journée peut influencer leur pratique.

Les interventions les plus appréciées ont été celles des professionnels témoignant de leur pratique ; viennent ensuite la restitution de la recherche-action puis les apports théoriques du Centre Minkowska.

Ces résultats confirment la double nécessité d'échanger entre praticiens tout en se nourrissant de réflexions théoriques qui peuvent paraître au premier abord loin des enjeux relationnels du terrain, mais qui ouvrent sur leur possibilité même.

Un des objectifs de cette journée permet de faire vivre le réseau à partir de moyens favorisant l'interconnaissance : 62% des personnes ayant répondu à l'évaluation ont profité de cette journée pour établir des liens avec d'autres professionnels.

Mise à disposition des outils : Pendant cette journée, le rapport « *Pour un réseau régional santé mentale – précarité – demandeurs d'asile, réfugiés* » (mai 2007) a été distribué aux participants. Ce rapport est consultable sur notre site www.orspere.fr « rubrique publications » ainsi que celui sur « *Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes. Modalités cliniques et inter partenariales* » (mars 2005). Sur ce thème, cf. également les Cahiers de Rhizome n°21, décembre 2005.

Quelques critiques : nous n'avons pas échappé à la critique habituelle au sujet des trop courts échanges avec les intervenants.

Nous retiendrons surtout que malgré une satisfaction générale sur les apports de connaissances adaptés au public, 35% trouvent le contenu de la journée trop orienté en direction des « psy ».

3. Pour l'avenir...

Merci à tous ceux qui ont laissé aller leur créativité pour ces belles et nombreuses propositions.

Continuez à nous proposer des noms pour le Réseau Régional santé mentale et demandeurs d'asile en nous envoyant un mail. orspere@ch-le-vinatier.fr

N'hésitez pas à apporter vos remarques et votre préférence sur les premières propositions que voici :

- **REMDARA** (RE=Réseau M=Mentale pour les D=demandeurs d'A=Asile en région RA=Rhône-Alpes).
- **LIEN Rhône-Alpes**
- **RREDA (Réseau REgional pour Demandeurs d'Asile)**
- **OASIS**
- **RESEDA**
- **RSAMEDA**
- **AMIGOS**
- **ReSPreDA**
- **RADA (Réseau Alpes Demandeurs d'Asile ou Rhône Alpes Demandeurs d'Asile)**
- **SMARA (Santé Mentale Asile Rhône-Alpes)**
- **ARA (Asile en Rhône-Alpes)**
- **Réseau ELISA Rhône-Alpes (anagramme d'ASILE)**