

## Bulletin national santé mentale et précarité

### Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales

édito

Christian Laval

Mayotte, le 101<sup>ème</sup> département français, devenu « un cul de sac précaire », illustre comme une loupe grossissante ce que Pierre-Noël Henry définit par le concept de mésinscription, qui associe, dans sa déclinaison contemporaine, précarisation socio-économique et sollicitude sanitaire. En quelque sorte, plus le corps souffrant prend une place croissante dans l'espace social, plus la protection du migrant se précarise sur un registre humanitaire...

Les professionnels du social et de la santé sont devenus, bien malgré eux, les vecteurs modernes de cette (més)-inscription sous l'emprise de la santé et particulièrement de la psychiatrie publique. Parce qu'elle fait exploser les cadres cliniques et organisationnels de la prise en charge, la précarisation du migrant qu'il soit exilé, demandeur d'asile ou débouté les « déborde » comme cela a déjà été le cas il y a deux décennies pour les personnes SDF.

Des exemples :

- À l'hôpital la question des certificats médicaux en lien avec la possibilité de rester sur le territoire prend une acuité à la hauteur de cette « saisie » du problème par le volet clinique ou psychologique ; le migrant risque d'y être réduit à un objet sanitaire.

- Hors les murs, c'est la question stratégique de la domiciliation qui se pose. Pris en otage par les défausses politiques et les réductions budgétaires, le migrant dans ces différentes figures (demandeur d'asile, sans papier, débouté) est réduit à un objet administratif. Non pas un homme ou une femme mais une adresse, un casse-tête réglementaire et linguistique... Comprendre la langue de l'autre passe par des malentendus, des contresens et rend nécessaire la fonction d'interprète devenue incontournable avec laquelle les professionnels de la relation d'aide doivent apprendre à composer.

Plusieurs articles de ce rhizome montrent qu'un travail relationnel au bord de la clinique est en cours d'élaboration et ce, en dépit, comme en témoigne Jean Furtos, de l'ambivalence de nombre d'équipes soignantes vis-à-vis de ces situations dans un contexte global peu propice à l'accueil de l'étranger.

Si comme le soutient métaphoriquement Jean-Claude Métraux en revisitant sa propre généalogie familiale « nous sommes tous des migrants », en ce début du 21<sup>ème</sup> siècle, la migration est devenue une composante constitutive de ce qui refonde l'humain. Lorsque l'étranger est si familier, ce ne sont plus les identités fermées qui font société mais la possibilité de construire dans une communauté de présence à l'autre, des trajectoires ascendantes, dans un monde où les frontières les plus infranchissables ne sont plus seulement géographiques mais mentales.



#### DOSSIER

Maskini Maore : précarisation des migrants à Mayotte, 101 <sup>ème</sup> département Français <i>Lionel Buron</i>	p 2	Traumatismes et exil : le certificat « étranger malade » est-il utile ? <i>Jean-Jacques Tabary</i>	p 10
Le migrant précaire comme objet mésinscrit <i>Alain-Noël Henri</i>	p 3	Le titre de séjour pour soins <i>Fanny Asselineau</i>	p 11
Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement <i>Nicolas Chambon</i>	p 5	De l'interprétariat au partenariat, l'exemple de Rennes <i>Philippe Le Ferrand</i>	p 12
La domiciliation des demandeurs d'asile en question à Digne-les-Bains : témoignage d'une travailleuse sociale <i>Marie-Laure Kergadallan</i>	p 7	Le « migrant précaire » PASse à l'hôpital psychiatrique <i>Nicolas Chambon, Gwen Le Goff, Pierre Cochet</i>	p 13
Dans la langue de l'autre <i>Pavla Zatvrska</i>	p 8	Quelques aspects inhabituels de l'habiter chez les migrants précaires <i>Jean Furtos</i>	p 14
Demandeurs d'asile : 15 ans d'observation au jour le jour d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité <i>Olivier Jan</i>	p 9	Migration : les frontières mentales <i>Jean-Claude Métraux</i>	p 15
		<b>Actualités</b>	p 16

## Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

# Maskini<sup>1</sup>Maore : précarisation des migrants à Mayotte, 101<sup>ème</sup> département français

**Lionel Buron,**  
psychiatre, praticien  
hospitalier, Centre  
Hospitalier de Mayotte

**Mayotte est un petit bout de France en terre africaine, un territoire d'Outre-mer franco-comorien perdu au milieu du canal du Mozambique, dans un océan de précarité politico-économique. L'île connaît de profondes mutations socioculturelles dans le cadre du processus de départementalisation, débuté il y a près de 40 ans.**

En 1974, un premier référendum appelle les quatre îles Comoriennes (Grande Comores, Anjouan, Mohéli et Mayotte) à décider de leur indépendance, ce que choisit une grande majorité des Comoriens. Mayotte, « l'oubliée » de la période coloniale, la refuse à 63%.

En 1975, l'ONU proclame l'Union des Comores comme pays indépendant incluant Mayotte (principe d'intangibilité des frontières régissant les processus de décolonisation).

Pour de probables intérêts géostratégiques et sous la pression de politiques locales, la France organise un second référendum en 1976 (au nom de l'autodétermination des peuples) : 99,4% des Mahorais confirment leur désir de rester dans le giron français. Après une longue feuille de route, Mayotte accède, le 3 Avril 2011 au statut de 101<sup>ème</sup> département français. Les Mahorais souhaitent alors que l'Histoire s'accélère.

Dès octobre 2011, la grande grève contre la vie chère (surnommée « la révolte des *mabawas*<sup>2</sup> ») paralyse l'île durant 44 jours et se transforme en guérilla urbaine d'une rare violence.

A travers ces événements sociaux médiatisés, la métropole découvre son 101<sup>ème</sup> département.

## Mayotte, lieu de rencontres et de migrations

La singularité hybride de Mayotte semble liée à l'ambiguïté socio-culturelle de son histoire et à la rencontre entre deux référentiels : occidental à la française et tradi-

tionnel comorien sans oublier les influences culturelles malgaches et africaines arabo-musulmanes.

Y cohabitent ainsi des concepts à priori antagonistes : communauté-individu, ruralité-urbanisation, surnaturel-rationnel, religieux-laïcité, polygamie-monogamie, système familial élargi-système nucléaire, école coranique-école républicaine, spiritualité-matérialisme, justice cadiale islamique-droit commun républicain.

Ces dualités posent la question d'un syncrétisme possible ou impossible.

Le processus d'intégration politique (assimilation juridique et économique) est vu par certains comme un fait postcolonial (Roinsard, 2012).

Quoiqu'il en soit, Mayotte est un objet de projections mythiques à l'origine de parcours migratoires aussi divers que les horizons des populations concernées.

## Parcours migratoires et impacts psychiques

À partir des vécus psychiques de différents migrants, les professionnels de la santé mentale se confrontent ainsi à une psychopathologie du traumatisme, de l'exil clandestin, de l'expatriation et de la précarisation.

### • Le Comorien clandestin

Les « cousins » comoriens des trois îles voisines circulaient librement à Mayotte jusqu'en 1995 et ont acquis depuis, le statut de clandestin suite à l'instauration des « visas Balladur » : « le frère » est devenu « l'étranger ».

Ils se rendent à Mayotte en traversant l'océan sur des barques illégales : « les *kwassas-kwassas*<sup>3</sup> ». Ces traversées entraînent de nombreux naufrages, et les 80 kilomètres séparant Anjouan de Mayotte sont devenus le plus gros cimetière de l'océan Indien. Avant la traversée, le sujet comorien est habité par des mythes (ceux de l'unité culturelle des Comores et du mirage de l'eldorado français). Pendant la traversée, le bras de mer se transforme en bras de fer.

Se développe alors un sentiment d'impuissance et de peur intense face à un océan hostile, à la vétusté et à la surcharge du *kwassa*.

À l'arrivée dans le lagon, un bon nombre des arrivants sont « chassés » par la police aux frontières et sont rapidement « bargés » (expulsés dans leur pays d'origine) sans recours<sup>4</sup>.

L'eldorado espéré se transforme en cul de sac précaire : peu ou pas de travail, loi du plus fort avec des situations d'exploitation. Néanmoins, une certaine ambivalence est de mise, entre domination et solidarité, rejet et acceptation<sup>5</sup>.

Le syndrome psychosocial anxieux ou dépressif est renforcé par le climat d'insécurité lié au danger quotidien d'être pris par la police pour un retour annoncé à la case départ (avec l'échec et la honte qui l'accompagnent).

Cette population clandestine se masse dans des habitats insalubres en tôle ondulée<sup>6</sup>.

### • L'exilé africain

Parallèlement, une autre vague de migration provient de l'Afrique des grands lacs (Rwanda, Burundi et Congo). L'itinérance est douloureuse, marquée par la fuite de leur patrie (symbole paternel) pour se soustraire à des menaces et des persécutions mais aussi par l'abandon brutal et la perte de l'objet terre natale (symbole maternel). Le long chemin de l'exil vers Mayotte repose sur la quête, par-delà les traumatismes, d'une nouvelle identité de réfugié politique.

L'arrivée sur le lieu mythique du sol français se fait sur une terre d'accueil fantasmée comme la patrie des droits de l'homme et le lieu d'une richesse promise. Rapidement s'installe une phase nostalgique (deuil des objets sociaux et déception de la terre d'accueil). On observe un syndrome psychotraumatique avec une évolution dépressive quasi constante, caractérisée par une tonalité persécutoire et des somatisations.

• L'expatrié Mzungu (« le blanc »)  
Dans sa migration à Mayotte,

<sup>1</sup> En Shimaore :

1) pauvre.  
2) je compatis à ta tristesse.  
À rapprocher de *maskini wami* « pauvre de moi », dans ce qui m'arrive de grave (tonalité fataliste) entraînant malheur et tristesse

<sup>2</sup> Ailes de poulet bon marché, devenues le symbole d'une consommation de première nécessité

<sup>3</sup> terme provenant d'une danse régionale congolaise très saccadée

<sup>4</sup> « La république indigne » titrait en première page libération en 2008, décrivant les conditions « d'accueil » du centre de rétention administrative

<sup>5</sup> « Les Mahorais, dans leur volonté d'être français et de se plier aux règles de la métropole n'en restent pas moins Comoriens dans l'âme. La vitrine assimilationniste cache ainsi l'arrière-boutique qui elle, reste Comorienne » (Carayol 2007)

<sup>6</sup> Kaweni, quartier de Mamoudzou, est le plus grand bidonville de France

## Le migrant précaire comme objet mésinscrit

Alain-Noël Henri,  
psychanalyste, Valence

**“Je n’ai rien contre les étrangers. Certains de mes meilleurs amis sont des étrangers. Mais ces étrangers là ne sont pas de chez nous...”**  
Agecanonix, dans *Le Cadeau de César*

Le concept de mésinscription<sup>1</sup> s’est imposé à moi à propos d’une multitude de catégories de personnes supposées “avoir des problèmes”, mais dont l’unité est dans le fait qu’elles produisent du trouble dans l’espace social. Il peut contribuer à structurer la réflexion sur les représentations imaginaires du “migrant précaire”, et donc sur la réalité des pratiques dont il est l’objet – au delà de leurs justifications rationnelles.

Ce trouble se définit moins par les perturbations matérielles (souvent bien réelles d’autre part), que produisent ces individus dérangement, que par la mise en danger, de par leur seule existence, de l’organisation symbolique, la trame de sens, qui constitue l’existence sociale des humains, et qui, de fait, les rend humains. Avec en outre l’idée que dès que cette trame se fragilise, se profile instantanément le spectre d’un retour à une horreur archaïque, où se bousculent les figures imaginaires de la violence, de la folie, de la sexualité sauvage, de la bestialité, et des ténèbres extérieures de l’étrangeté. L’objet mésinscrit est celui qui par un ou plusieurs aspects de sa réalité visible fait resurgir en nous des démons que le long et fragile travail de socialisation – le “kulturarbeit” – avait à grand peine refoulé, contenu, ou rhabillé d’une apparence culturelle présentable.

Dans cette perspective apparaît le véritable sens des pratiques, spontanées ou organisées, qui n’existent en fait que pour travailler à réduire ce trouble, mais qui ne peuvent que se représenter, à elles-mêmes comme aux autres acteurs sociaux, que déguisées en autre chose : une autre chose qui varie selon le contexte historique, social, anthropologique, et qui est du reste un excellent révélateur des nœuds de signification majeurs à l’œuvre dans ce contexte. Nœuds

complexes dont ont émergé par exemple successivement, dans l’histoire de l’occident, l’ordre du sacré, la moralité rationnelle, et la santé. Sous cet auvent, la gamme des pratiques elles-mêmes brode sur un tout petit nombre de modèles : la mise à mort, l’expulsion, l’enfermement, le doublet nourrissage-emprise, le marquage (corporel, vestimentaire ou linguistique).

En outre (là encore selon le lieu ou le moment), l’un de ces modes de réduction du trouble se trouve érigé en emblème central : l’expulsion sous le signe du sacré, l’enfermement sous le signe de la moralité rationnelle, l’emprise sous le signe de la santé.

D’autre part, ces pratiques se structurent le plus souvent autour du doublet, “violence / sollicitude”, dont les termes sont antagonistes et complémentaires. S’il était nécessaire jadis de faire disparaître physiquement l’objet mésinscrit de l’espace social commun, c’était pour le salut de son âme, ou, plus tard avec le souci de restaurer la raison et la moralité de cet “infortuné”.

Notre époque, elle, se caractérise par la prédominance d’un modèle de réduction très cohérent, dont le pivot est la médicalisation. À l’enfermement généralisé, qui prévaut entre le XVII<sup>e</sup> et le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, se substitue un maintien dans l’espace social commun, mais subordonné à un marquage linguistique, et à la dévolution à une armée de présumés experts fonctionnant peu ou prou sur le modèle de la pensée médicale : diagnostic et traitement. Le mot soin condense admirablement, dans cette nouvelle version, la violence qui prétend, *volens nolens*, faire disparaître le “symptôme” ; et la sollicitude qui “prend soin” de la “santé” de l’objet troublant (et particulièrement de sa prétendue “santé mentale”).

On voit aussitôt comment le statut du “migrant précaire” contemporain, objet des terreurs les plus haineuses comme des sollicitudes le plus affichées, est une illustration, parmi cent autres, de la théorie de la mésinscription.

Mais elle en est une variante assez singulière. On ne trouve guère de trace d’une médicalisation du migrant en tant que telle, même si la préoccupation de sa santé physique, comme corollaire de sa précarité, tient une place non négligeable. Il évoquerait plutôt la rémanence, ou la résurgence, d’un modèle qu’on aurait cru n’appartenir qu’à la lointaine histoire, un modèle qui ne prévalait vraiment que dans le haut moyen-âge, et avait déjà disparu pour l’essentiel à l’âge classique.

À une époque où les espaces socialisés coïncidaient géographiquement avec des îlots au milieu de vastes étendues sauvages – essentiellement des forêts, – la pratique dominante de réduction de la mésinscription est l’expulsion dans ces espaces proprement “inhumains”, et simultanément la sacralisation : celui qu’on y chasse est aussi celui qui jouit, du fait du droit d’asile, d’une protection absolue dans ces espaces consacrés. Et il n’est pas indifférent que le mot “asile”, désignant naguère une bonne part des lieux d’enfermement, n’apparaisse plus guère que dans la version contemporaine de cette même expression “droit d’asile”.

Corrélativement, celui qui vient du dehors est associé à une terreur sans nom. Marc Bloch<sup>2</sup> a bien montré comment la féodalité commence à émerger, vers le IX<sup>e</sup> siècle, du danger que font courir à l’Occident, replié sur ses terroirs, les peuples nomades et pillards, qu’ils soient cavaliers hongrois, dernière incarnation des peuples de la grande steppe asiatique qui depuis des siècles se chassent les uns les autres vers l’ouest, conquérants islamiques arrêtés à Poitiers, mais venus ensuite rejoindre les Normands dans la figure du marin-commerçant-pillard. Mais le plus intéressant dans le livre de Marc Bloch est peut-être le passage où il montre que la société féodale leur eût été militairement bien supérieure, si elle n’avait été toute entière paralysée par la terreur de cet ennemi quasi-inhumain, pouvant à chaque instant surgir de nulle part.

<sup>1</sup> Site “Traces”, <http://henri.textes.free.fr/anh/> (notamment les cinq textes regroupés dans la section “mésinscription” du classement thématique)

<sup>2</sup> Bloch Marc, *La société féodale*, Paris, Albin Michel, rééd. 1994

## Le migrant précaire comme objet mésinscrit (suite)



Sur le versant de la sollicitude, prédomine la figure du pauvre, c'est-à-dire en fait de l'affamé : vide et avide. Celui qu'il faut remplir pour être en retour rempli de la grâce divine (mais surtout qu'il vaut mieux nourrir symboliquement plutôt que d'être dévoré par lui). Significativement, sa place est dans un entre-deux

incertain, qui n'est ni le dedans de la communauté, ni la sauvagerie extérieure : la cabane à la lisière du village ou la porterie des couvents.

On voit immédiatement ce qui aujourd'hui se transpose de cette configuration anachronique : l'étranger affamé qui, aux yeux des uns, vient nous prendre le pain de la bouche (ou le travail, ce qui revient au même), et aux yeux des autres requiert une oblativité à la mesure de son manque ; le centre de rétention suspendu entre le dedans et le dehors ; les "gens du voyage" (l'euphémisme qui reste lorsque toutes les nominations ont successivement viré à la marque d'infamie) qui ont perpétué sur plus d'un millénaire la figure de l'errance dangereuse ; l'immense et menaçant réservoir des lointaines sociétés miséreuses (pardon : "en développement") dont le migrant précaire est perçu comme un détachement avancé.

Mais il y a du trompe-l'œil dans cette transposition. L'errant et l'étranger d'aujourd'hui sont, sur un point essentiel, radicalement différents de ceux d'avant-hier. Déjà, le passage de l'expulsion au renfermement devait beaucoup à la socialisation généralisée de l'espace, qui, faisant disparaître les "espaces zéro", faisait en outre passer d'une culture de la continuité à une culture de la discontinuité (où la frontière est une ligne et non une zone de transition). Mais la mondialisation à son tour met à mal cette topologie symbolique, et lui substitue une topologie imaginaire tourmentée, décrochée de la rassurante distribution entre un dedans et un dehors clairement identifiés. L'étranger n'y est plus le lointain, mais le proche, s'installant dans les interstices, et s'incarnant dans des figures ambiguës, à la fois étranges et familières. ■



## Maskini<sup>1</sup>Maore : précarisation des migrants à Mayotte, 101<sup>ème</sup> département Français (suite)

<sup>7</sup> L. Buron 2011. Pour en savoir plus sur les références bibliographiques notamment contacter l.buron@chmayotte.fr

<sup>8</sup> Le colloque « Santé et précarité » organisé en 2011 à Mayotte par l'association « Fikira : de Mayotte et d'ailleurs » avait ce but de réflexion transversale. Voir fikira.wordpress.com

<sup>9</sup> En Shimaore signifie Mayotte qui vient de l'arabe mayitte « la mort ». Ce signifiant (« Maore : l'île de la mort ») est né au XVII<sup>ème</sup> siècle : les navires des explorateurs y faisaient très souvent naufrages en essayant de franchir la double barrière récifale entourant l'île, rendant son accès particulièrement périlleux

le sujet occidental est lui aussi, habité de mythes : île paradisiaque (retrouver le paradis perdu), Robinson Crusoe (vie autarcique, hors système), le voyage initiatique, la nouvelle Cythère (utopie érotique), le noble sauvage (pur et non corrompu), le nouveau monde et les utopies libertaires (un « tout est possible » sur un territoire vierge).

L'île véhicule des équivalents symboliques possiblement source d'expressions pathologiques : séparation et enclavement ; discontinuité du lien humain ; exigüité et promiscuité ; confrontation à une altérité ex-otique (incompréhension du regard de l'Autre îlien) ; temporalité flottante dominée par la tonalité fataliste d'un surmoi divin ; précarité « criante » ; tensions sociales de plus en plus intrusives.

La rencontre du Mzungu, porteur de ses projections imaginaires, et du réel de Mayotte peut faire émerger un certain nombre de syndromes : la dépression de l'île déserte, la fusion paradisiaque hypomaniaque, la paranoïa sensitive insulaire et la perversion du royaume insulaire<sup>7</sup>.

### Pour conclure

Notre pratique clinique nous montre comment différents migrants, dans leur rencontre avec le territoire hybride de Mayotte, peuvent être confrontés à une précarisation, tant dans sa dimension psychique que sociale. « Maskini » dans ses différentes acceptions, nous montre, peut être ici plus qu'ailleurs, comment pauvreté et tristesse peuvent se lier intimement.

Face à cette précarisation, les professionnels de la santé mentale s'efforcent, tant bien que mal, de jouer un rôle de médiateur avec un réseau transversal de partenaires dans le but de s'appuyer sur la force et la richesse d'une interdisciplinarité<sup>8</sup> : travailleurs sociaux, humanitaires, associations, État, Conseil Général... Une écologie du lien social est-elle de l'ordre du possible à Mayotte ? La menace d'une nouvelle implosion est dans tous les esprits.

À Maore<sup>9</sup>, ce vécu au quotidien du précaire, fait souvent résonner en nous, une humilité particulière. Celle-ci ne viendrait-elle pas d'un bas fond de notre psychisme, comme la vibration d'une précarité originelle, celle de notre condition d'être humain ? ■

## Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement

**Nicolas Chambon,**  
sociologue, Orspere-  
Samdarra CH Le  
Vinatier, Centre Max  
Weber Lyon 2

**Les catégories utilisées pour désigner le public des étrangers peuvent différer suivant les situations mais surtout suivant les dispositifs qui accueillent ces individus : migrants, demandeurs d'asile, réfugiés, sans papiers... Or, en ce qui concerne la psychiatrie publique, on n'observe pas de cadrage spécifique. Il y a un refus, exprimé par l'autorité publique de travailler sur un registre populationnel ; au contraire, en accord avec l'idéal républicain, l'individu est pensé sans ses attaches communautaires. C'est pourquoi, suivant une démarche pragmatiste respectueuse de la conception des « psys », nous utiliserons la terminologie la plus constative de « migrant précaire<sup>1</sup>».**

Les professionnels apparaissent en difficulté face à cette figure, comme ils l'avaient été, dans les années 90 face à celle du précaire. Vingt ans après, les problématiques qui avaient été soulignées notamment par les travaux de l'Orspere sur la figure du SDF restent paradoxalement d'actualité. Les professionnels apparaissent démunis. D'une part parce que les dispositifs destinés aux précaires sont saturés et sont en difficultés pour répondre aux demandes. Aujourd'hui, le public de ces dispositifs est en quasi totalité composé de migrants. D'autre part du fait des caractéristiques spécifiques de leur précarité. Pour un psychiatre, « la première précarité c'est qu'ils ne savent pas dire de quoi ils souffrent ». Comment proposer du soin alors que par moment la demande est inexistante ?



Cette problématique avait déjà été caractérisée par Jean Furtos s'agissant du public précaire : « plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide »<sup>2</sup>. La question des papiers prend de l'importance au détriment du soin. Cette question revient souvent : quelles sont leurs attentes ? À cela peut aussi s'ajouter la problématique de la langue. Un psychiatre de Centre Médico-Psychologique (CMP) témoigne : « là où la parole ne peut pas faire média, qu'est ce qu'on fait ? ».

Pour beaucoup de professionnels de la psychiatrie publique, il y a la sensation de devoir prendre en charge des problèmes qui ne sont pas de leur ressort. Une psychiatre s'interroge ainsi : « on résout les problèmes que le social ne résout pas, pourquoi est-ce que c'est à nous de les prendre en charge ? », un autre affirme en réunion que « les psys ne veulent pas prendre la charge de la prise en compte de la présence [des

étrangers] sur le territoire ». Cette tension s'objective par la difficulté pour les soignants à faire face aux demandes de certificats médicaux de certains étrangers. Des psys se disent « instrumentalisés ».

Qu'est ce qui est du ressort de la psychiatrie ? À chaque fois, ceux qui mettent en avant ces problèmes rappellent leur mission : le soin. Il importe alors, par tous les moyens, de « faire exister le soin », et de le faire perdurer face à un public qui n'accepte pas forcément le cadre du soin, sa temporalité longue, et la rigueur qu'il impose (horaires des rendez-vous, régularité des rencontres...). Sur le même registre prédomine la sensation de ne pas connaître l'autre et d'accueillir un individu dont on ne sait qui il est, d'où il vient, occasionnant une difficulté à se représenter sa situation et son vécu. Inversement, l'utilisateur peut avoir une représentation très déroutante de la psychiatrie. Un infirmier décrit cela dans ces termes : « c'est très

<sup>1</sup> Migrant et non étranger car cela met en exergue le caractère migratoire qui semble être important pour le soignant

<sup>2</sup> Furtos Jean (dir.) Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs, Masson, 2008, p.125

intriqué, à un moment on ne sait plus par quel bout il faut traiter les choses, même si on se dit que c'est plus de ce côté là, on est toujours très en difficulté, de bien comprendre le sens profond, je veux dire, de la situation dans laquelle ils sont ».

La connaissance de l'autre devient alors primordiale. C'est aussi une manière de reconnaître cet autre, de le considérer, dans ce que l'on pourrait qualifier comme un mouvement de modernité thérapeutique<sup>3</sup>, en remplacement d'une tradition clinique plus classique qui pouvait plus facilement faire l'économie de cette connaissance. Ici le migrant précaire serait une figure du débordement pour autant qu'il fait exploser les cadres traditionnels cliniques, d'où le recours pour certains centres de soins spécialisés à des cliniques particulières (ethno-psychanalyse, clinique transculturelle, de l'exil...). Cette problématique de l'accueil du migrant interroge aussi la posture du professionnel de soin, dans la psychiatrie de secteur, en remettant en cause la position soignante. Si le modèle asilaire était associé à un psychiatre-chef<sup>4</sup> la place du professionnel psy est aujourd'hui moins évidente et se négocie en situation, que ce soit dans le soin, ou dans l'institution. La figure du migrant précaire représenterait une altérité radicale, différente, sans représentativité, qui inciterait les professionnels à poser la question du sens (de leur profession, du soin, de l'accompagnement...).

Le débordement dont on parle est aussi pratique et organisationnel. C'est l'inscription sur le territoire géographique qui permet d'accéder à une modalité de soin déterminée. C'est la logique de proximité et d'accessibilité qui prévaut, associée à un idéal égalitaire des traitements des problèmes.



Mais qu'en est-il quand le « migrant précaire » n'a qu'une adresse administrative ? Ici la domiciliation que proposent certaines structures pose problème à la psychiatrie publique car elle ne correspond pas à une adresse d'habitation effective, et donc ne répond plus de la prétention à l'égalité distribution de la territorialisation. Selon les mots d'une psychiatre de CMP les demandeurs d'asile sont alors à « la marge du secteur, ils ne rentrent pas dans le secteur ». Ce problème n'est pas uniquement pratique, il est aussi théorique, et nourrit la tension entre « tout venant » et « public spécifique ». Sur le terrain, on note un contraste entre le refus qui est celui de beaucoup de pys de faire des migrants une population spécifique, et la conviction, du côté des travailleurs sociaux qu'il importe de « travailler différemment » pour reprendre les mots d'une assistante sociale ; ce qui signifie que le travail d'accompagnement ne vise plus forcément à l'émancipation par rapport à la communauté d'appartenance mais cherchera au contraire désormais à prendre appui sur les liens d'attachement, y compris communautaires<sup>5</sup>. Cette tension se matérialise par exemple dans la problématique relative à la présence ou non d'un interprète dans le soin.

Si la volonté d'accueillir le « tout venant », d'être dans un accueil inconditionnel, s'entend, elle peut être en contradiction avec celle de l'usager à être reconnue dans sa singularité. Se pose en effet pour le professionnel, la question de la (re)subjectivation, faire de l'usager un sujet de quoi ? Quelles sont les qualifications qui peuvent rendre opérante une intervention ? À quoi rattache-t-on les individus ? Quelles sont les modes d'existence que l'on juge primordiaux au sein de leurs collectifs d'appartenance ? Quelle ontologie du social ? Si, a priori, l'individu est un sujet de soin, il importerait de s'émanciper des catégories administratives, qui risqueraient de redoubler la violence de la procédure sur l'individu. Tout du moins, il est important de s'accorder sur « de quoi on parle ». Considérer le migrant précaire comme une figure à soigner parmi d'autres, comme nous le proposons dans cet article, pourrait justement être une manière, pour la psychiatrie publique, d'être en accord avec l'idéal égalitaire de la santé publique. Qu'est ce qui s'expérimente au front du travail avec les migrants précaires qui puisse concerner « n'importe qui » ? ■

<sup>3</sup> Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris : Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, 2003

<sup>4</sup> Dodier Nicolas et Rabeharisoa Vololona, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, n° 73, 2006, p. 9-22

<sup>5</sup> Ravon Bertrand, « Vers une clinique du lien défait ? » in Ion Jacques, Ravon Bertrand, Pichon Pascale, Laval Christian, Juliani Frédérique et Pommier Jean-Baptiste, *Travail social et « souffrance psychique »*, Paris-Dunod, 2005, p.9

## La domiciliation des demandeurs d'asile en question à Digne-les-Bains : témoignage d'une travailleuse sociale

**Marie-Laure Kergadallan,**  
directrice du Centre  
Communal d'Action  
Sociale de la ville de  
Digne-les-Bains

**« Avoir un toit c'est essentiel, avoir une adresse postale l'est tout autant ».**

Pour déposer une demande d'asile, pour obtenir l'Aide Médicale de l'État (AME), pour ouvrir un compte en banque, renouveler ses papiers, la domiciliation est le sésame de l'accès aux droits. L'objet de la domiciliation est d'offrir aux bénéficiaires une adresse qui leur permettra d'engager les démarches vers les droits.

La loi DALO du 5 mars 2007 visait à clarifier les règles de la domiciliation administrative en proposant un dispositif unique placé sous le pilotage des préfets de département. Cependant, les articles L264-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles, codifiant cette loi, ont exclu du cadre « généraliste » les démarches de domiciliation liées à la demande d'asile. La prise en charge des domiciliations pour la demande d'asile est organisée dans le cadre de dispositifs « spécifiques ». Assurée en majorité par des associations agréées par la préfecture qui disposent de compétences adaptées, la domiciliation des demandeurs d'asile représente une activité à part entière.

À Digne-les-Bains, l'association Adoma assurait jusqu'alors la domiciliation et l'accompagnement des demandeurs d'asile dans le cadre d'une convention avec les

services de l'État. Cette mission était financée grâce à une dotation globale de fonctionnement allouée par l'État. La prise en charge de la domiciliation des demandeurs d'asile par cette association spécialisée offrait aux primo-arrivants un accueil et un accompagnement de qualité pour l'ensemble des démarches d'accès aux droits. Par ailleurs, cet interlocuteur privilégié assurait aux travailleurs sanitaires et sociaux locaux une interface pour prendre en charge les situations complexes. Ce service de domiciliation, d'accueil et d'accompagnement donnait aux primo-arrivants les outils nécessaires pour initier l'ensemble des démarches prévues dans le cadre de la demande d'asile et réduisait de fait considérablement la précarité de ces personnes.

Récemment, suite à la baisse récurrente de ses crédits de fonctionnement, l'association Adoma a cessé ses activités de domiciliation, d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile. Cette rupture brutale a replacé la question de l'accès aux droits des étrangers au cœur du débat local.

En effet, la loi prévoit qu'en l'absence d'association agréée sur le territoire, les Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS) peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, organiser la domiciliation dans le cadre de la demande d'asile.

Jusqu'alors le CCAS de Digne-les-Bains assurait exclusivement les domiciliations du cadre « généraliste ». Depuis l'arrêt du service par Adoma, les demandeurs d'asile se sont tournés vers le CCAS pour demander la domiciliation mais également l'accueil et l'accompagnement jusqu'alors assurés par Adoma. Les élus locaux ont donc été amenés à se positionner sur le caractère exceptionnel de la situation locale et à examiner la possibilité de développer ce service au sein du CCAS. Considérant que la cessation du service par l'association Adoma était liée à des contraintes budgétaires imposées par l'État et que le CCAS de Digne-les-Bains n'avait ni la compétence ni l'organisation adaptée pour assurer ce service, les élus n'ont pas souhaité se substituer au service jusqu'alors assuré par Adoma. Ils ont cependant interpellé le Préfet pour que soient envisagées des réponses adaptées (à minima pour couvrir le besoin de domiciliation).

Près de deux mois après la cessation de la domiciliation par Adoma aucune réponse n'a été organisée par les services de l'État, en charge de cette organisation.

Le public en demande d'asile se retrouve donc sans adresse administrative, baladé d'un service à l'autre, sans qu'aucune réponse ne soit donnée à sa demande de domiciliation. Les structures de domiciliation les plus proches sont situées à plus de 150 kilomètres de Digne-les-Bains, elles sont pour la plupart saturées de demandes et ne peuvent donc assurer la domiciliation des demandeurs d'asile d'autres territoires.

Dans ce contexte, la problématique des demandeurs d'asile commence par la question de la domiciliation et se poursuit par l'impossibilité à faire valoir ses droits. Déjà fragilisés par l'exil, par les conditions d'hébergement,

(suite page 11)

Traduction banderole :  
Jusqu'au bout  
Donnez nous un bateau  
Pour y mettre nos biens  
Et rentrer chez nous



## Dans la langue de l'autre

**Pavla Zatvrska,**  
interprète de liaison  
en milieu hospitalier  
coordinatrice service  
interprétariat-  
médiation inter-  
culturelle CHU  
de Toulouse

**Le patient qui ne maîtrise pas la langue du pays d'accueil se retrouve par défaut dans une position de précarité multiple additionnée qui commence par une précarité sociale et administrative.**

Bien que l'information éclairée et consentie reste au cœur du dispositif médical actuel, que se passe-t-il lorsque l'on devient un sujet en perte d'autonomie, sans moyen d'expression et de compréhension ? Lors d'un entretien entre un patient allophone hospitalisé, une assistante sociale et un interprète, une infirmière rentre et demande au patient : « votre femme, est-elle allée chercher à la pharmacie... » suit un terme médical prononcé à toute vitesse (incompris aussi bien par l'assistante sociale que l'interprète). Le patient répond en souriant : « oui. » L'infirmière confirme en partant : « parfait. » S'ensuit un échange non verbal entre l'assistante sociale, surprise, et l'interprète. L'assistante sociale se tourne vers le patient : « vous avez compris quelque chose ? » Après la traduction, le

patient répond : « non. » Le silence se répand... Il s'agissait d'un test d'analyse d'urine que les patients doivent se procurer sur ordonnance à l'extérieur et sans lequel l'analyse ne peut pas être effectuée. Toute tâche quotidienne (prise d'un rendez-vous, avertissement de son absence, compréhension des consignes) devient un obstacle difficile à franchir lorsqu'on ne maîtrise pas la langue. Différents mécanismes modifiant les relations s'activent alors sans être forcément repérés et peuvent créer des tensions et des incompréhensions. L'illusion d'être compris... L'interprète-médiateur peut devenir un pont vers l'autre, sous condition d'être dans une posture de tiers, à une juste distance et dans la confidentialité, permettant de créer des espaces de rencontre dans le croisement fidèle de deux langues.

Monsieur B se trouve dans un service spécialisé d'un grand CHU dans le cadre d'une prise en charge d'une pathologie chronique. Le docteur demande : « qui est votre médecin traitant ? » L'interprète traduit, en l'indiquant au médecin, par un terme correspondant (« médecin de famille »), en complétant par la traduction littérale de l'expression). Monsieur B répond : « je n'en ai pas. » Le médecin est contrarié : « je ne suis pas certain de pouvoir continuer votre prise en charge si vous prenez votre situation aussi à la légère... » L'interprète voit le patient surpris par le ton du médecin. Il traduit et décide aussitôt de proposer de sortir de la traduction. Il indique que Monsieur B ne connaît vraisemblablement pas le rôle du médecin traitant en France et il invite le patient à la vérification de cette supposition. Le patient réagit : « oui, je vais chez le médecin là-bas au centre à côté du marché où il faut s'inscrire ». Le médecin ne comprend pas, la tension monte... L'interprète devine grâce aux descriptions indirectes que le patient est en réalité suivi par un médecin dans l'un des services de médecine humanitaire et remplit tout à

fait les « conditions » exigées par le médecin (suivi, lien...). Situation où sans la médiation et son acceptation, la relation patient – médecin serait fragilisée pour une seule et unique raison : la non reconnaissance du système et les mots mêmes, intraduisibles (médecin traitant, nom d'un service, d'une personne). Dans cette situation le patient est en réalité préoccupé par sa problématique de santé et adhère parfaitement au traitement mais ne connaît pas simplement l'organisation de la prise en charge. Il n'a pas compris l'objectif de la question. La rencontre dans la langue de l'autre, ne peut se passer de la rencontre à travers des références de l'autre en tant qu'individu mais souvent également à travers sa position individuelle vis-à-vis des repères et des savoirs culturels. Nous sommes, à la limite d'une frontière infiniment fine, entre la médiation interculturelle (culture au sens large) et le risque d'interprétation, qui peut être engendré par la perte de la juste distance.

L'infirmière explique, en présence de l'interprète, le protocole de prise en charge. Les phrases se succèdent : « il faut nous appeler, si [...] il faut appeler l'ambulance pour venir à l'hôpital, si [...] il ne faut pas venir pour la cure, si [...] ». Autant de consignes, accessibles sur le moment, mais qui ne pourront pas prendre de sens pour cette mère d'un petit enfant soigné pour une pathologie lourde, qui vit, isolée, dans un hôtel, en guise d'hébergement d'urgence, et sans moyen pour les appliquer. Le migrant, par sa perte d'autonomie à cause de la barrière linguistique, ne rentre pas dans le protocole. Tout malentendu peut avoir des conséquences lourdes pour la santé de son enfant. La situation de la mère se précarise. L'équipe saura-t-elle comprendre ce contexte et trouver des moyens pour adapter le protocole ? L'interprète pourra être alors une ressource pour aider l'équipe en traduisant des outils adaptés qui permettront une autonomie « de crise » partielle.





# Demandeurs d'asile : 15 ans d'observation au jour le jour d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

**Olivier Jan,**  
psychologue à l'UMAPP  
Rouen

**Depuis 1999, l'Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité (UMAPP) rencontre des demandeurs d'asile dans les structures et espaces sociaux fréquentés par les personnes SDF.**

Nous ne nous attendions pas à ce public en ces lieux. Nous avons travaillé à l'UMAPP en aménageant notre accueil pour ces patients si fragilisés dans leur identité. Témoignons de l'immensité de leurs pertes et de leurs souffrances, de la rareté de la sortie authentique de l'horreur répétitive.

Aux traces consécutives à la situation vécue dans le pays d'origine, s'ajoute une souffrance supplémentaire : celle du stress administratif s'intensifiant depuis le début des années 2000. Le demandeur d'asile doit se conformer quoi qu'il en soit à la suite des convocations prévues. Dans ce parcours d'attente incertaine, d'angoisse, rien n'est encourageant, sachant que 70 % des demandes d'asile n'aboutissent pas (OFPPRA<sup>1</sup> et CNDA<sup>2</sup> confondus). Selon nos observations, les

conditions matérielles d'accueil se dégradent et se déshumanisent :

- Il y a 15 ans, peu de places existaient en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile<sup>3</sup>) régionalement. Des structures se sont créées mais restent aujourd'hui insuffisantes.  
- Il y a 15 ans, les demandeurs d'asile, même de façon insatisfaisante, accédaient à un lit en Centre d'hébergement d'urgence quasi d'emblée. Ce n'était pas « leur » place mais c'en était une. Le système réserve maintenant des mois d'attente dans une précarité plus importante : celle de la rue. Le 115, ne peut permettre qu'une nuit sur quatre en structure. Nombre de demandeurs, les hommes ou femmes isolés surtout, ne sont jamais logés en CADA.

La vie à la rue est à l'origine d'un sentiment d'insécurité, de méfiance, d'une souffrance psychique d'origine sociale. Les démarches sont rendues plus ardues. L'accompagnement pour les mener est sûrement plus lacunaire que dans les CADA ; les dossiers auront moins de chance de passer favorablement l'OFPPRA puis à la CNDA...

Les CADA eux-mêmes sont peu dotés et attaqués dans leurs missions, manquant de moyens pour la santé mentale des demandeurs d'asile comme le montre l'étude réalisée par le Réseau Samdarra<sup>4</sup>. Si les demandeurs d'asile sont déboutés de leur demande, ils devront quitter leur place un mois après. Mais, s'ils la quittent, ils ne pourront être hébergés en Centre d'Urgence, encore moins en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, dispositifs sursaturés. Aucun autre choix que de rester (mais alors sans accompagnement social) pour éviter la rue, ce qui aboutit au renforcement du blocage du système.

Sans se laisser écraser par les combinaisons de désespoir de l'histoire passée, de l'actualité précaire et d'un futur incertain, le rôle des « psys » est difficile. Il consiste à travailler avec les aidants (eux aussi mal en point et en recherche de sens), à jouer un rôle d'étaillage ostensible<sup>5</sup> pour nos patients, à témoigner de ce que nous voyons. Cet article en est une expression, les échanges en équipe un ressort. ■

<sup>1</sup> Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

<sup>2</sup> Cour Nationale du Droit d'Asile

<sup>3</sup> Centre d'Accueil pour des Demandeurs d'Asile

<sup>4</sup> Geny-Benkorichi, M., Vignal, M. (2012). Etat des Lieux National de la prise en compte et de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés dans le Dispositif National d'Accueil. Réseau Samdarra, CH le Vinatier. Disponible sur le site [www.samdarra.fr](http://www.samdarra.fr)

<sup>5</sup> Jan O., 2013, « Certificats en cours de prise en charge psychothérapeutique des demandeurs d'asile en France : éléments sur les rôles et effets de ces écrits de psychologue », Psychologues & Psychologies, N°225, V-VI3



## Dans la langue de l'autre (suite)

Bien que le métier d'interprète-médiateur en milieu médico-social existe en France depuis quelques dizaines d'années, des freins dans la pratique professionnelle restent encore profondément ancrés. Souvent, il est invoqué des raisons de budget, de solution immédiate, d'urgence, etc. Toutes ces raisons sont partiellement et évidemment présentes, mais dans ma pratique d'interprète hospitalier, je me rends souvent compte que même en l'absence de ces obstacles, les mécanis-

mes de résistance pour avoir recours à l'interprète restent importants. Lorsqu'une équipe soignante rencontre un problème de barrière linguistique, les premières réactions sont, encore trop souvent : « pouvez-vous venir avec quelqu'un ? », « avez-vous de la famille ? » Ou encore « il n'y a pas quelqu'un par-là qui parle le... ? » Notre voix est alors portée par ce quelqu'un à qui nous la donnons ou ne lui donnons pas le choix de ne pas la prendre... Nous la perdons alors et en même temps que

nous maintenons dans la précarité l'autre, nous nous y faisons rentrer nous-mêmes.

Ai-je peur de l'autre-interprète qui va se hisser dans ma relation avec mon patient ? Ai-je confiance dans les compétences de l'autre-interprète ? Ai-je connaissance du rôle de l'autre-interprète ? Ai-je l'expérience de comment travailler avec et quelles relations sont-elles possibles ? Suis-je prêt à entendre une parole d'ailleurs ? Suis-je prêt à adapter ma pratique ? ■

## Traumatismes et exil : le certificat « étranger malade » est-il utile ?

**Jean-Jacques Tabary,**  
psychiatre au Centre  
Psychothérapique de  
l'Ain

**A., jeune kosovare de 18 ans, est amenée par l'un de ses compatriotes d'une cinquantaine d'années, qui nous prie de ne pas laisser cette jeune femme isolée au milieu de 50 personnes hébergées dans un garage.**

A. est couverte de plaies : impact de balle, immenses cicatrices résultant de charcutages d'évacuation d'un hémithorax et d'un hémopéritoine. Une balle est fichée dans un corps vertébral. Elle rapporte son histoire de manière un peu détachée : ses parents l'ont mariée à un caïd local, qui n'avait d'autre intention que de la prostituer. Les violences, tentatives d'assassinat résultent de son refus et de ses tentatives de fugue, au cours desquelles sa famille a refusé de la recevoir. Elle a été retrouvée mourante : hospitalisée, opérée, son bourreau est informé de sa sortie et l'attend. La seconde fois, elle s'enfuit de l'hôpital avant d'être dénoncée.

A. ne va pas si mal en apparence : vite hébergée en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), elle se montrera active, souriante, un tantinet coquette, au point de déclencher des bagarres autour d'elle, et d'être tenue à l'écart par les matrones. Dans les entretiens, cette désinvolture s'estompe pour laisser place à un monde de terreur et de mort, qui constitue le fonds de son activité psychique, surgissant dans les cauchemars, les moments de solitude ou quand elle entend parler de mariage. Une ou deux fois elle fait part de ses doutes, vis à vis de certaines familles, dont elle craint qu'elles aient des vues sur elle, pour leur aîné.

Son dossier, doit passer devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Dans la perspective d'un rejet, on envisage le certificat étranger malade. Or, qu'y indiquer ?

- qu'elle souffre d'une affection grave ? Elles sont des dizaines à présenter la même pathologie, se différenciant plus par la nature du traumatisme que par la sévérité du syndrome. Chez A., ces symptômes sont plutôt modérés. Le fond de l'angoisse ne se situe pas dans les

tentatives de meurtre, les atteintes corporelles et sexuelles, mais dans ce qu'elle ressent comme la trahison parentale. On en retrouve la trace, dans le refus absolu de rejoindre sa mère et son frère aux États-Unis ; et aussi, dans cette tendance interprétative autour de l'idée de mariage. Mais cela est en arrière plan, peu envahissant, et peut relever autant du fantasme hystérique que de l'esthésie paranoïde.

- qui nécessite des soins constants. A. s'y conforme avec assiduité, elle y rapporte ses terreurs, qui s'imposent telles quelles, sur lesquelles elle ne peut rien penser, sur un ton qui n'est pas détaché au point d'y voir une dissociation.

- en dehors desquels les risques peuvent être d'une gravité exceptionnelle : A. n'a jamais envisagé le suicide, n'éprouve aucune haine pouvant la conduire à des idées de meurtre, ne délire pas. Les séquelles somatiques ne la font pas souffrir. Bien sûr, l'idée d'un retour imposé la terrifie ; mais on ne peut guère avancer que des hypothèses, quelque peu gratuites, quant à ce que serait sa réaction réelle, en cas d'expulsion.

- qu'elle ne peut recevoir les soins adéquats dans son pays d'origine. Bien évidemment : elle y serait en danger de mort mais pas pour des raisons médicales. Certes, elle est un peu dépendante dans le quotidien, et on pourrait la supposer plus exposée qu'une autre. Mais elle a bien su organiser son exil et n'est pas si démunie. Elle panique un peu quand les rumeurs traînent dans le CADA selon lesquelles son persécuteur serait en Suisse, mais elle n'envisage alors, très logiquement, que de s'éloigner. Enfin, le Kosovo n'est pas totalement dépourvu de moyens de soins.

En sorte que, selon notre expérience locale, on a tout lieu de penser que son dossier "étranger malade", se tiendrait dans la moyenne, c'est à dire serait rejeté.

Le cas de A. met en évidence les limites de cette procédure, incapable de refléter la situation dans toutes ses dimensions, dans les pathologies dites "post traumatiques" en réalité per-traumatiques.

Si l'on s'en tient aux strictes données médicales, les arguments sont nivelés par un diagnostic : Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT), qui recouvre 90% des pathologies

des demandeurs d'asile, de symptomatologie généralement peu spécifique, et dont on ne peut guère modular la description qu'en termes d'intensité. Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé a la redoutable tâche d'en stériliser toute singularité, réduisant les descriptions les plus détaillées et les convictions les plus étayées, à quatre réponses fermées. Lesquelles n'engagent nullement la décision de l'autorité préfectorale.

Du côté du thérapeute, souvent praticien hospitalier traitant, ce certificat soulève une tempête de questions déontologiques, éthiques, voire idéologiques. S'en tenir au froid constat symptomatique, même assorti de considérations psychodynamiques, (le certificat médical doit "interpréter") peut être perçu comme un gage de sérieux et de distanciation ; ou, au contraire, comme un détachement, assumé, de la situation humaine voire un signal idéologique sur l'immigration. Car la neutralité absolue n'existe pas.

À contrario, vouloir se montrer convaincant devant un cas particulièrement dramatique, impose d'abord un choix parmi de nombreuses situations analogues, sans qu'on ne dispose d'outils objectifs pour affirmer un surcroît de gravité chez l'une ou l'autre. De plus, la part de subjectivité du médecin, dans l'établissement du pronostic, est aisément décelable et expose au rejet.

Au delà, il faut s'aventurer dans les arguments extra médicaux, dont on nous rappelle qu'ils ne sont pas de notre ressort, au risque d'être suspect d'idéologie pro-immigration. Mais au nom de quoi devrait-on se taire lorsque l'on est persuadé, par concordance, évidence (dans le cas de A. ), déduction, ou simplement conviction basée sur la qualité du transfert, que la vie du patient est bien en danger, quelle qu'en soit la nature ?

A. obtiendra la "protection subsidiaire" et plongera, dans les heures suivantes, dans une psychose délirante sur des thèmes d'ensorcellement, visant les familles qu'elle suspectait. En fait, l'instabilité de son statut la protégeait jusque là, du "risque" du mariage. Ce qui nous avait échappé, et pouvait, a posteriori, expliquer son étrange résilience. ■

**Fanny Asselineau,**  
juriste, Cimade Rhône-  
Alpes

## Le titre de séjour pour soins

6000 étrangers obtiendraient chaque année un titre de séjour en France pour soins.

Cette procédure ouvrant la possibilité d'un droit au séjour pour les étrangers malades est consacrée à la fin des années 90, au plus fort de l'épidémie du VIH/Sida, grâce à une forte mobilisation des associations autour des situations de personnes étrangères malades. Les réformes législatives de 1997 et 1998 visent à faire en sorte qu'un étranger gravement malade et sans accès effectif aux soins dans son pays d'origine soit protégé de l'expulsion et puisse avoir accès aux soins en France. La loi du 16 juin 2011 modifie une des conditions substantielles de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile tenant à « l'impossibilité de bénéficier effectif au traitement approprié » en « l'absence de traitement approprié » dans le pays d'origine de l'étranger. Une telle modification est loin d'être purement sémantique !

La législation fixe ainsi cinq conditions cumulatives pour la délivrance d'une carte de séjour telles que l'absence de menace à l'ordre public, la résidence habituelle en France, la nécessité d'une prise en charge médicale dont le défaut entraînerait une exceptionnelle gravité, l'absence de traitement approprié dans le pays d'origine et la durée prévisible des soins d'au moins un an.

La demande de titre de séjour pour raisons médicales doit être déposée auprès des services de

la préfecture, qui remettent à l'intéressé la liste des médecins agréés du département. C'est le médecin agréé ou un praticien hospitalier qui rédige le rapport médical de l'intéressé, lequel est transmis au médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce dernier se prononce notamment sur la nécessité d'une prise en charge médicale et l'absence de traitement dans le pays d'origine. Aussi, il est important que le rapport médical soit le plus détaillé possible quant aux risques de conséquences d'une exceptionnelle gravité pour la santé de l'intéressé dans le pays d'origine. Et ce, même en cas d'existence de prise en charge médicale, au regard de l'ensemble de la situation du patient (éléments d'ordre médical, familial, personnel..) qui sont à la connaissance du médecin. L'Agence Régionale de Santé a nommé 8 médecins dans le Rhône pour rendre des avis sur les rapports médicaux, et ce, pour instruire plus de 1200 demandes. Le temps, de fait, consacré à cette mission est réduit, et les sources d'information à leurs dispositions très aléatoires suivant les régions. Autant un médecin est à même d'établir un diagnostic médical mais quid de sa responsabilité quant à l'existence d'un traitement dans le pays d'origine de l'intéressé ? Le directeur de l'ARS transmet l'avis au préfet, qui statue sur la décision finale de délivrer une carte de séjour.



## La domiciliation des demandeurs d'asile en question à Digne-les-Bains : témoignage d'une travailleuse sociale (suite)

par la barrière de la culture ou de la langue, par l'isolement, l'absence d'adresse postale empêche les exilés d'accéder aux procédures de demande d'asile, elle entrave gravement leur accès aux soins en limitant leur accès à une couverture sociale, elle diffère leur accès éventuel aux allocations spécifiques, au droit au travail... Elle place les demandeurs d'asile dans une situation paradoxale : tandis que les textes relatifs au droit d'asile prévoient l'accueil et la possibilité de demander l'asile, le prérequis de la domiciliation administrative indispensable pour initier ce parcours n'est pas organisé.

Outre le paradoxe opposé aux demandeurs d'asile, cette illustration témoigne du dilemme dans lequel

se trouvent les organismes domiciliaires en question, Adoma ou le CCAS : faute de moyens dédiés à l'organisation de la domiciliation des demandeurs d'asile, les services ne peuvent plus être rendus, impactant directement des populations qui ne peuvent faire valoir leurs droits. Alors que l'accompagnement vers l'accès aux droits est au cœur de nos missions, nous, travailleurs sociaux, sommes pris en otage d'une organisation qui nous empêche de faire notre travail et nous indignent !

Face à l'urgence des situations des demandeurs d'asile présents sur notre territoire, à leur colère ou leur désarroi, face à cette brèche qui s'est ouverte dans l'accès aux droits de ces popula-

tions ; considérant les besoins des personnes avant l'organisation administrative ; le partenariat local assure, dans l'attente d'une coordination des services de domiciliation des demandeurs d'asile par la préfecture, la continuité d'un service indispensable. Adoma et le CCAS travaillent de concert pour permettre aux personnes de poursuivre leurs démarches d'accès aux droits... avec les moyens disponibles ! Au-delà de cet exemple local, il apparaît, qu'en fonction des territoires, l'accès à la domiciliation des demandeurs d'asile dépend d'une organisation départementale laissée à l'appréciation des préfets et soumise aux aléas des volontés politiques territoriales et de l'engagement du secteur associatif. ■

## De l'interprétariat au partenariat, l'exemple de Rennes

**Philippe Le Ferrand,**  
*psychiatre coordinateur,  
Équipe Mobile  
Psychiatrie Précarité  
de Rennes*

**La Bretagne comme d'autres régions est confrontée depuis quelques années à l'arrivée de nombreux migrants. Traditionnellement terre d'émigration, elle est devenue terre d'accueil.**

La présence de ces demandeurs d'asile a pris tout le monde de court. À Rennes par exemple, on est passé de quelques dizaines de demandes d'asile il y a dix ans à 1500 en 2011 et 2000 en 2012 avec seulement 400 places de Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) pour le département. L'extrême précarité touche donc la majorité de ces personnes si bien que la ville s'est aussi retrouvée confrontée à l'apparition de squats hébergeant des dizaines voire des centaines de personnes, adultes et enfants. De son côté le Conseil général s'est retrouvé face à ses obligations de prendre en charge 350 mineurs étrangers isolés. L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) de Rennes s'est naturellement rapprochée d'une association d'aide médicosociale aux migrants : le Réseau Ville-Hôpital 35 car cette association possède un « pôle interprétariat » pour accompagner tout entretien médical et social sur la ville de Rennes.

Ce réseau est une association à but non lucratif créée à l'origine en 1991 dans le cadre de la lutte contre le VIH. Son action s'est peu à peu étendue à d'autres domaines du champ médicosocial. Le réseau VIH est devenu le réseau « migrants » tout en gardant une expertise et des actions en lien avec la thématique sida. Il est actuellement organisé en cinq pôles : lutte contre la tuberculose, appartements de coordination thérapeutique, pôle prévention et coordination des soins pour l'infection par le VIH, pôle interprétariat et pôle migrant. C'est le pôle migrant qui héberge le centre médicosocial dédié aux migrants : le centre Louis Guilleux ouvert en 2006. Ce centre

propose pour le public migrant des consultations de médecine générale, un accompagnement social et une orientation vers le droit commun. Il s'agit de consultations « passerelle » entre le public migrant et le système de soin. Elles permettent de fournir des informations aux patients et de réaliser un examen médical. L'entretien avec un travailleur social en amont de la consultation médicale permet l'ouverture de droits, l'orientation vers les structures de prise en charge en fonction des problèmes posés. Ces consultations médicosociales sont coordonnées avec un réseau pluri-professionnel identifié sur le département. L'animation de ce réseau est assurée par le pôle migrant de l'association permettant aussi la formation/information des professionnels et la coordination en réseau des partenaires selon une approche de parcours de soin : repérage des personnes, adressage dans des structures d'accueil, orientation et insertion dans le droit commun et naturellement contact avec l'EMPP pour les troubles psychiatriques et la santé mentale.

Le pôle interprétariat est ainsi devenu la clé de voûte des liens entre l'EMPP et le centre médicosocial.

Les interprètes bilingues du pôle n'ont pas de formation spécifique en traduction et en entretien clinique mais l'association a cependant établi une charte de l'interprétariat en milieu médicosocial. Si cette charte met en avant la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes, elle fait l'impasse sur la spécificité de la traduction en santé mentale qui met à l'épreuve la personne même de l'interprète. Alors que l'entretien en santé mentale avec interprète se révèle aussi très particulier : la place du soignant est parasitée par la présence de ce tiers pourtant indispensable. L'interprète est confronté à l'écart traduction/interprétation, à l'énigme de la

psychiatrie et surtout à la souffrance des migrants qui peut faire écho à sa propre trajectoire et à la douleur de l'exil. La question de l'implication émotionnelle des interprètes se pose souvent car l'identification avec le patient et le partage de l'expérience de la migration l'exposent à rentrer en résonance avec le récit du patient. Ces difficultés nous ont conjointement poussés à organiser des réunions régulières de travail afin d'élaborer ces vécus affectifs éprouvants qui pouvaient induire une perte de neutralité et un sentiment durable de détresse, mais aussi dans le but d'améliorer et de clarifier la collaboration entre les soignants et les interprètes.

Ce partenariat ne pouvait pas faire l'impasse sur une initiation à la psychiatrie afin de familiariser les interprètes aux attentes des « psys » car l'interprète ne peut traduire les questions avec justesse que si lui-même en a bien saisi le sens inscrit dans un ensemble de savoir. Cette initiation au langage des « psys » devait permettre d'être plus attentif aux propos du patient, plus précis dans la traduction afin de créer un univers cognitif commun patient/soignant/interprète.

Depuis trois ans le groupe de travail a peu à peu fait évoluer le rôle de l'interprète. Ce glissement vers un rôle d'allié thérapeutique s'est évidemment accompagné de toute une série de répercussions en terme de formation, de partage et de réflexion sur le rôle de chacun, mais c'est à ce prix qu'a pu se trouver valorisée la fonction d'interprète, l'éloignant du simple rôle de traduction de la parole qui lui est livrée, pour l'engager dans un travail qui va bien au-delà de sa mission de départ. Cette évolution commence à susciter des vocations et se trouve à l'origine d'une volonté commune d'aller plus loin dans la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile en proposant l'ouverture conjointe d'un centre de soin en santé mentale dédié aux migrants. ■

# Le « migrant précaire » PASSe à l'hôpital psychiatrique

**Nicolas Chambon,**  
sociologue, Orspere  
Samdarra CH  
Le Vinatier, Centre  
Max Weber Lyon 2

**Gwen Le Goff**  
coordinatrice Réseau  
Samdarra,  
CH Le Vinatier

**Pierre Cochet**  
étudiant en sociologie,  
Université Lyon 2

**Le premier janvier 2010, une Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) a été créée au Centre Hospitalier Le Vinatier, une structure bien identifiée des migrants précaires qui fréquentent la structure. Elle est même considérée comme un « phare dans la tempête » dans leurs parcours selon les mots d'un médecin.**

Les étrangers représentent la quasi totalité de la file active<sup>1</sup> du dispositif qui s'adresse aux précaires afin de « faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »<sup>2</sup>. Au sein du Réseau Samdarra<sup>3</sup> nous menons actuellement une enquête grâce à un financement du Conseil Scientifique de la Recherche de l'hôpital. L'étude, dans une dynamique de recherche opérante, vise à comprendre les problèmes du dispositif et à engager une perspective de résolution de ces problèmes. Ici nous souhaitons simplement documenter l'activité de la Pass.

Les patients qui viennent à la Pass du Centre Hospitalier Le Vinatier sont quasi exclusivement des migrants et ce, depuis son ouverture. Il est difficile de préciser les statuts administratifs du public, mais il apparaît qu'une grande majorité est en demande d'asile ou de titres de séjour. Ce que le public a de commun, c'est la situation de vulnérabilité. Les usagers sont confrontés à l'extrême précarité. On constate, selon les statistiques du service pour l'année 2012, que pour 550 patients dont la situation vis-à-vis du logement est connue, 34% sont « sans domicile », et 28,5% sont en « hébergement provisoire ». La structure, qui a pour mission<sup>4</sup> de « permettre un accès aux soins effectif à l'ensemble de la population » devient de fait un dispositif de soins pour les migrants précaires.

Ici le dispositif est caractérisé par le bas seuil d'exigence pour y accéder. Il n'y a pas de conditions pour être reçu, il suffit de connaître l'endroit. La plupart du temps les usagers sont orientés par des partenaires. La Pass a une activité à la croisée du médical et du social, et les professionnels qui reçoivent les patients sont une assistante sociale, des médecins, des infirmières, des psychiatres et une psychologue. Mais même pour l'assistante sociale, qui reçoit seule en première intention, c'est la santé qui est en première ligne : elle s'occupe de « patients ». Elle établit un premier bilan de la situation du patient en fonction de sa santé, de sa situation sociale et des démarches administratives en cours, en particulier concernant la couverture médicale universelle (CMU) ou l'Aide Médicale de l'État (AME). C'est elle qui oriente ensuite les patients selon leurs besoins. De ce fait, elle est inévitablement amenée à poser une forme de diagnostic qui va au-delà de la situation sociale, et qui déborde largement sur le médical.

Du côté médical, les professionnels sont confrontés à la difficulté de réorienter. Alors qu'une des missions de départ est de pouvoir réorienter vers le droit commun, il y a une impossibilité aujourd'hui à pouvoir le faire, faute de trouver des partenaires qui acceptent ce public. De fait, les professionnels soignants sont amenés à soigner - ce qui apparaît aujourd'hui coûteux pour l'hôpital - occasionnant aussi des problèmes aux professionnels. Une psychiatre de la Pass nous confie « c'est le problème d'orientation de ces patients (...) On est avec des patients pour des avis, ces patients nécessitent une prise en charge psychiatrique, un suivi, des traitements, et on ne peut les orienter la plupart des cas vers aucun dispositif de soin, faute d'absence de domicile, faut d'absence de [...] maniement de la langue française. Voilà, on nous [les] refuse... ».

Il apparaît aussi que ce public demande beaucoup de temps - les pathologies ne correspondent pas forcément à des catégories nosographiques identifiées - sollicite le soignant - par exemple pour des demandes de certificats médicaux - et demande des moyens (un interprète par exemple). Aujourd'hui c'est même aux urgences, à l'Unité Médicale d'Accueil, que ce public est vu, par manque de temps de psychiatre sur la Pass.

Nous travaillons actuellement à explorer deux questions qui se posent au dispositif. Quel est son rôle au sein de l'hôpital public ? Nous prenons le parti de dire que la Pass est un dispositif et donc le lieu de l'adaptation de l'institution<sup>5</sup>, plus conciliant, localisé, à échelle plus réduite, plus proche des usagers. Ce qui s'expérimente dans ce lieu rend compte aussi de problématiques qui traversent aujourd'hui l'institution dans sa globalité. Doit-on accueillir ? Orienter ? Soigner ? Ainsi ce sont trois modèles qui se rattachent à différentes politiques institutionnelles, et qui appréhendent le sujet de manière singulière. Accueillir le tout venant ? Orienter vers le droit commun les usagers de la Pass ? Où soigner les précaires ? Il nous apparaît important de clarifier ce point, au risque d'être dans une situation où les professionnels se retrouvent en concurrence, alors que les temps d'équipe sont aussi réduits.

L'autre question qui se pose porte sur les manières de soigner. Comment mettre en pratique la clinique psychosociale ? Comment évaluer la souffrance, repérer les pathologies de ce public et apporter une réponse ? Autant de pistes que nous continuerons d'explorer dans cette enquête en cours. Aujourd'hui il existe des écarts entre ce que font les professionnels et leurs prérogatives, entre ce que viennent chercher les usagers et ce qu'on peut leur offrir, et enfin entre les attentes des institutions et la réalité de l'activité du dispositif. ■

<sup>1</sup> Et même la totalité selon deux professionnels interrogés sur une file active d'environ 800 patients par an depuis 2010

<sup>2</sup> Comme le définit la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

<sup>3</sup> Un sociologue, la chargée de mission du Réseau, un étudiant en sociologie

<sup>4</sup> Issue de la circulaire du 17 Décembre 1998

<sup>5</sup> Ion Jacques, Ravon Bertrand, « Institutions et dispositifs » in Le travail social en débat(s), La découverte, 2005, p.71-85. Et donc prendre le contre-pied de la thèse de Dubet sur le déclin de l'institution.



# Quelques aspects inhabituels de l'habiter chez les migrants précaires<sup>1</sup>

**Jean Furtos,**  
psychiatre honoraire  
des hôpitaux et  
directeur scientifique  
honoraire de l'Orspere-  
Onsmp,  
CH Le Vinatier

**L'homme habite, il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion.**

Mais il faut préciser qu'habiter ne se réduit pas à être logé ; habiter est un acte anthropologique qui consiste à mettre de soi dans un lieu, y investir, s'y investir dans un acte où une place est reconnue comme telle par le socius. À l'inverse, ne pas pouvoir habiter est l'un des signes majeurs du vécu d'exclusion, qui fait partie du syndrome d'auto-exclusion. On pense immédiatement, bien sûr, à l'incurie dans l'habitat, dit « syndrome de Diogène », qui est curieusement assimilé à un trouble obsessionnel compulsif dans le DCM5 . On pense aussi à la difficulté bien réelle de trouver un logement, et parfois même une domiciliation, pour les personnes en précarité sociale, en particulier certains migrants. Mais dans un sens métaphorique et pourtant bien réel, la notion d'habiter concerne d'autres objets que le logement ; c'est cela que nous allons évoquer en l'appliquant aux migrants sans papier et autres déboutés du droit d'asile dont le nombre va croissant. On admettra qu'un sujet, qu'une famille qui a quitté son pays pour des raisons graves (violences d'état, violences interethniques, extrême pauvreté) ne se sent plus chez lui, chez elle, dans son pays d'origine ; mais pas d'avantage chez lui ou chez elle dans le pays d'accueil si l'admission administrative est très retardée ou refusée. Plus là-bas et pas encore ici, le sujet dont nous parlons vit dans un non-lieu où il lui devient difficile d'habiter, avec en sus un temps d'attente désespéré qui devient du même coup un hors temps. Dans ce contexte, nous présen-



tons deux modalités troublées de l'habiter.

1 - Ayant l'opportunité d'être en position d'analyse de la pratique dans des lieux d'hébergement pour migrants sans papier, j'ai pu observer leur extrême précarisation s'accompagnant de signes de déshabitation. Il s'agit d'abord classiquement de la déshabitation de soi-même : ne plus sentir son corps, avoir des émotions émoussées, ne plus penser ; mais s'y ajoute souvent une rupture active du lien, caractérisée pour les familles par des troubles importants de la préoccupation parentale : celui/celle qui déshabite son être semble perdre le souci de ses enfants. Ainsi, dans un foyer ouvert à cette population, les membres de l'équipe éducative me parlent avec insistance d'enfants laissés à l'abandon, s'adultifiant dans le meilleur des cas en prenant soin de leurs parents, mais aussi entrant en délinquance, en prostitution, s'investissant mal ou plus du tout à l'école, parfois se déprimant directement. Si j'ai pu penser à des facteurs culturels où l'enfant est usuellement laissé plus libre de ses mouvements que chez nous, j'ai dû ici admettre une véritable atténuation du souci parental, préoccupante, nécessitant parfois une déclaration auprès des autorités compétentes en matière d'enfance. On évoque aussi des bébés laissés de longs temps seuls dans la chambre familiale tandis que la mère (on me parle plus d'elle que du père) vaque ailleurs à ses occu-

pations. Le fait de remarquer ce désinvestissement parental et d'être en souci pour les parents (et pas seulement pour les enfants) peut d'ailleurs être stimulant pour les familles.

2 - Toujours en position d'analyse de la pratique, j'ai pu également observer les effets sur les soignants du fait de recevoir des mères migrantes avec enfants vivant à la rue ou dans des conditions d'extrême précarité. Le personnel médical, infirmier, travailleur social ressent très douloureusement ces situations : tout se passe comme si la souffrance exposée des mères et des enfants squattait, littéralement, l'être psychosomatique des soignants accueillant, souvent d'ailleurs des femmes et des mères. Dit autrement, les soignants sont habités par la souffrance de celui ou celle qui est en position de non appropriation (non habitation) de sa propre souffrance ; cela entraîne des affects d'impuissance et de culpabilité térébrants, par identification et par empathie massive, avec assez souvent le souhait (provisoire) d'arrêter ou de limiter ce type de travail pour se protéger. Il s'agit de pouvoir élaborer ces situations sans les désinvestir, d'avoir un cadre sain et une hiérarchie qui protège ce travail subjectivement très difficile. Le soin peut être ressenti comme une sanitarisation de problèmes sociaux et un palliatif du rejet politique exercé à l'encontre des migrants, alors même qu'il peut y avoir des situations médicalement préoccupantes.

Ce que j'ai appelé ailleurs « souffrance portée » dans le cadre des cliniques de la précarité est ici chauffé à vif, et a pu être qualifié de « cliniques de l'extrême ». On peut comprendre, sans l'accepter, le rejet de nombre d'équipes soignantes vis-à-vis de ces situations comme étant le refus d'être contaminé par ces souffrances portées, dans un contexte global peu propice à l'accueil de l'étranger. ■

<sup>1</sup> Sophocle Oedipe, in : CEdipe-Roi, CEdipe à Colone, Antigone, traduit et commenté par Jacques Lacarrière, éditions du Félin, 1994, p 75

<sup>2</sup> H. Bochau, CEdipe sur la route, Edition Babel 2008, 1ère édition 1992

<sup>3</sup> H. Bochau, opus cité, p183-185

<sup>4</sup> Precari en latin, qui a donné le mot "précarité", signifie supplier, demander par la prière. Au début de CEdipe-Roi, les suppliants étaient les sujets du Roi CEdipe et non CEdipe

<sup>5</sup> Manuductio(n) est un mot très utilisé chez les auteurs latins, il signifie conduire par la main, accompagner de près.

<sup>6</sup> Sophocle traduit par P. Lacarrière, opus cité, p 106, vers 393

<sup>7</sup> J. Krakauer, Into the wild, presse de la cité, 1996, 1997 édition Française

<sup>8</sup> Pour ceux qui ne connaissent pas l'auto-exclusion, lire J. Furtos : Les cliniques de la précarité, chap XI, Masson, 2008,

De la précarité à l'auto-exclusion, Editions de la rue d'ULM, 2009

Le syndrome d'auto-exclusion : in Rhizome n°9, La psychiatrie publique en questions, 2ème Volet :

Un héritage à réinventer, 2002

<sup>9</sup> Sophocle traduit par P. Lacarrière, opus cité, p108

# Migration : les frontières mentales

Jean-Claude Métraux,  
pédopsychiatre  
Lausanne

**Le terme, la désignation migrants recèle bien des pièges que j'ai tenté de débusquer dans La migration comme métaphore<sup>1</sup>**

Il tend à opposer *migrants* à *autochtones*, opposition dans l'air du temps, syntone aux débats politiques. Or nous sommes tous des migrants, si ce n'est dans l'espace, du moins dans le temps.

Même si nous demeurons - un instant - accrochés à la définition usuelle, géographique, de la migration, un bref clin d'œil à nos biographies individuelle et familiale nous oblige à une certaine retenue. Qui vit à l'endroit où ses quatre grands-parents sont nés ?

<sup>1</sup> Titre par ailleurs de mon livre : Jean-Claude Métraux, *La migration comme métaphore*, La Dispute, Paris, 2011 ; 2013 pour la seconde édition.



Mes grands-parents paternels ont grandi dans un petit village, à vingt-cinq kilomètres de Lausanne, ma ville natale. *Bled* qu'ils ont quitté suite à la faillite de la ferme familiale. Exode rural, exil urbain. Sur fonds d'échec d'un projet ancestral. Et ma grand-mère, vite devenue veuve, se retrouva paumée dans la cité, soixante ans durant. Elle ne vivait que pour son village, pour ses habitants, pour son patois en voie de s'éteindre. Et lorsque lui prenait l'envie de mettre le nez à la fenêtre, de regarder son nouveau décor, elle ne pouvait voir que d'infinies alignées de tombes : le cimetière municipal comme unique paysage. Bref,

jamais elle ne s'intégra à son nouvel environnement.

Quant à mes grands-parents maternels, ils venaient de La Chaux-de-Fonds, ville horlogère que désertèrent nombre de ses habitants durant la crise des années 30. Comme bien d'autres, ils cherchèrent ailleurs fortune. Fortune au sens de chance. Loterie de la survie. Contrairement à ma famille paternelle, ils s'en sortirent plutôt bien. Du moins en termes d'intégration.

D'un côté comme de l'autre, mes aïeuls, sans aucun doute, furent des *migrants*. Et qui plus est des *migrants précaires*, les uns s'en sortant, les autres non. Jamais pourtant ne traversèrent-ils des frontières nationales. Ni n'apparaîtraient comme migrants dans des statistiques démographiques.

« Mieux » encore, la migration peut même faire l'économie de tout déplacement. Nos sociétés, nos institutions, ne cessent de se transformer. Parfois, nous migrons tous d'un monde de sens à un autre en quelques petites années. 1914-1918 ou 1989-1990 pour ne prendre que deux exemples paradigmatiques. Et nous retrouvons, pratiquement du jour au lendemain, propulsés dans un monde étranger. En d'autres occasions, les migrations temporelles ne concernent que quelques hommes et femmes : tels les employés d'une entreprise, à laquelle ils s'identifiaient, condamnés au chômage suite à une énième restructuration.

La migration participe donc à l'essence humaine. Mais, dès lors, pourquoi associer migrants à des terres lointaines ? La distance, les distances, présentent l'« avantage » de creuser l'altérité. Distances tant spatiales que temporelles qui finissent d'ailleurs par se confondre. L'autre, venu de l'autre bout de la Terre, est jugé en retard à l'aune de notre progrès, de notre développement. Habile tour de passe-passe, il se retrouve désormais affublé d'un déficit, nous-mêmes servant de jauge. Et poussé dans le caniveau de la précarité.

Nous sommes tous des migrants. Mais à l'évidence pas les mêmes

migrants. Nos places, dans nos mondes d'origine et d'accueil, ne sont pas les mêmes. Certains migrent vers les sommets, d'autres vers les fossés, quelques uns tout simplement ailleurs. Mais qu'il est essentiel de prendre conscience que notre différence ne réside pas dans notre label alambiqué de « migrant » ou d'« autochtone », dans notre origine, notre nationalité ou notre culture !

Où se situent dès lors les frontières ? Comment les caractériser ? L'une se trace dans nos têtes, leur face consciente : lorsque je considère un autre, n'importe quel autre, davantage différent que semblable à moi - taisant notre commune glaise humaine - j'institue une frontière si hermétique que cet autre jamais ne migrera jusqu'à moi. Une autre, plus subtile, loge dans notre inconscient et épouse le parcours du deuil : toute migration se ponctue de pertes et ouvre un processus de deuil dont les hoquets dessinent de nouvelles frontières ; ainsi peut-on comprendre le sort distinct de mes familles paternelle et maternelle, ma grand-mère aux yeux rivés sur les tombes et le cœur cloué au village n'ayant par exemple jamais pu mener ce processus à terme. Une troisième, en bonne partie déterminée par les deux premières, scindera inclus et exclus, sécurité et précarité, la migration de l'une à l'autre étant probablement la pire. Mais les frontières nationales, leur superbe bien qu'entamée, gardent leur signifiante : lorsque le passage dans un sens est ô combien plus périlleux que dans l'autre, il induit chez le voyageur des pertes d'autant plus nombreuses et plus cruelles (en termes aussi de reconnaissance, d'estime sociale) qu'il se retrouvera très certainement qualifié de déficitaire dans son monde d'accueil.

Les frontières majeures sont des frontières mentales. Si elles émanent tant des uns que des autres, celles ciselées par les plus puissants en matière de précarité font bien plus de ravages. ■

## Actualités

## Recrutements

Etienne Casset occupe depuis le mois de mai le poste de psychologue de l'Orspere. Ses coordonnées : [etienne.casset@ch-le-vinatier.fr](mailto:etienne.casset@ch-le-vinatier.fr)

Nicolas Chambon occupe désormais le poste de sociologue : [nicolas.chambon@ch-le-vinatier.fr](mailto:nicolas.chambon@ch-le-vinatier.fr)

Ils continuent tous les deux en parallèle leurs activités au Réseau Samdarra.

## Agenda

■ Le 32<sup>ème</sup> congrès Franco-Maghrébin de Psychiatrie se déroulera les 3 et 4 Octobre 2013 à Marseille sur le thème « psychiatrie, cultures, sociétés et religions ». Informations : <http://www.afmp-psy.org/Congres.htm>

■ Le Comité National de Liaison des Associations de Prévention Spécialisée (CNLAPS) organise trois journées de travail sur « oser une action sociale collective et participative, le pouvoir de penser et d'agir des jeunes dans leurs espaces de vie » les 4, 5 et 6 novembre au Centre de Congrès à Lyon. Informations : <http://www.cnlaps.fr/>

■ Le 9<sup>ème</sup> congrès européen de psychologie communautaire se tiendra à Naples du 7 au 9 novembre 2013. Informations : <http://www.psychologie-communautaire.fr/cmsmadesimple/>

■ L'Orspere-Onsmp organise sa prochaine journée sur « Placés à l'accompagnement au logement et santé mentale : Enjeux et controverses ». Elle se déroulera à l'amphi Descartes à l'ENS Lyon (arrêt de métro Debourg). Cette journée sera l'occasion de restituer l'enquête « aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance. De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement ». Informations : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

■ La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale organise le deuxième congrès européen francophone sur « penser la psychose, savoirs et pratiques » qui se déroulera les 14, 15 et 16 novembre prochains à Bruxelles (Belgique). Informations : [www.lbfsm.be](http://www.lbfsm.be) ou par email : [lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)

■ Le 15<sup>ème</sup> colloque international de la revue transculturelle de l'Autre « nouveaux, nouveaux bébés ? Être bébé avec sa famille, dans sa culture et face au monde d'aujourd'hui » se déroulera à Clermont-Ferrand, les 21 et 22 Novembre 2013. Informations : <http://www.clinique-transculturelle.org/Colloque2013/>

■ Le 6<sup>ème</sup> colloque du Centre Primo Levi portera sur « le soin à l'épreuve de la violence politique, un enjeu de santé publique » et se déroulera les 28 et 29 novembre prochains au Ministère de la santé à Paris. Informations : [www.primolevi.org](http://www.primolevi.org)

■ La 6<sup>ème</sup> journée du Réseau Samdarra se déroulera le 10 décembre à Saint-Étienne (Forum du Technopôle). Elle portera sur l'orientation du Public "migrant précaire" vers le soin en santé mentale. Informations : [www.samdarra.fr](http://www.samdarra.fr)

## À paraître

La Revue Sud Nord folies et cultures (Eres) consacre son prochain numéro (n°25) au militantisme et psychiatrie. En librairie le 22 août prochain.

## Formation

Le Diplôme Inter Universitaire « santé, société, migration » porté par le réseau Samdarra à Lyon et l'équipe d'Interface à Saint-Étienne fera sa deuxième rentrée le 20 octobre 2013. La formation a lieu deux jours par mois sur l'année universitaire. Vous pouvez candidater en envoyant un CV et une lettre de motivation jusqu'au 6 septembre 2013. Pour toute demande de précisions, vous pouvez contacter [nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr](mailto:nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr)

La plaquette est disponible à cette adresse : <https://www.samdarra.fr/documents/DIU.pdf>

Nous remercions Chakri, artiste peintre des Comores, qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres illustrant ce dossier de Rhizome.

Pour contacter l'artiste, consulter le site internet : <http://chacri.wordpress.com/>

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSM-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale

Directeur de publication : Christian LAVAL

Assistante de rédaction : Gwen LE GOFF

## Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Etienne CASSET, psychologue (Lyon)
- Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon)
- François CHOBEAUX, sociologue (Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie (Lyon)
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS (Paris)
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Edouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Bertrand RAVON, sociologue (Lyon)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ (Lille)
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre (Lyon)

## Contact rédaction :

secrétariat - 04 37 91 53 90



ONSM-ORSPERE, Bd Pinel  
69677 Bron Cedex  
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)  
Impression : Imprimerie BRALLLY  
(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47  
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99  
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 9 000 ex.  
ISSN 2117-4520  
N° CPPAP 0910B05589