



## Pour une prise en charge collective de la vulnérabilité psychique des personnes en quête d'asile

**Malorie Geny, Gwen Le Goff, Halima Zéroug-Vial**, Réseau Samdarra, CH le Vinatier Bron.

Et **Marc Vignal**, Psychosociologue consultant.

« L'Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil » est une étude qui a été menée par le Réseau Samdarra, en collaboration avec Marc Vignal, psychosociologue consultant, sur l'ensemble du territoire national, entre mai 2010 et avril 2011. Ce projet a été rendu possible grâce à une subvention du Fonds Européens pour les Réfugiés et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII).

Comme Catherine Wihtol De Wenden l'avait évoqué dans le premier numéro des Cahiers de Rhizome : si la mondialisation d'un point de vue économique est une manne pour le libéralisme, la mondialisation des migrations est vécue comme une menace pour l'Etat Nation. Les différents gouvernements de pays d'immigration s'évertuent à maîtriser cette menace étrangère par une volonté de « contrôle des migrations ». La France est de ceux là. Et la demande d'asile n'y échappe pas. L'accueil des personnes venant se réfugier en France est soumis à des injonctions paradoxales de plus en plus pesantes pour les professionnels : théoriquement il s'agit d'accueillir, dignement, en accord avec les principes de la Convention de Genève... Mais concrètement, il s'agit avant tout de définir légalement et administrativement, dans des délais de plus en plus courts, l'authenticité et la légitimité de cette demande d'asile; le tout dans un contexte politico-institutionnel amenant insidieusement à aborder le demandeur d'asile « présumé menteur ».

La situation est symptomatique du paradoxe qui régit la notion même de « réfugié économique », notion qui tend à assimiler les demandeurs d'asile aux candidats à l'immigration. Ainsi la figure du réfugié est aujourd'hui encore associée à cet « autre, étrange étranger, clandestin, hors la loi », alors que la Convention de Genève définit comme réfugié toute personne qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se

trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays».

Pensant se réfugier en France, le demandeur d'asile découvre ainsi l'accueil du pays, mais aussi ses écueils. En 2003 déjà, l'Orspere avait analysé la problématique de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés[1]. A l'époque, le besoin avait émergé dans un contexte d'augmentation importante du nombre de demandeurs d'asile venant se réfugier en Rhône-Alpes.

Depuis 2 ans, c'est dans un contexte différent que s'exprime une recrudescence des difficultés d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge des personnes venant trouver refuge en France. La situation économique européenne et nationale entraîne des restrictions budgétaires importantes, autant dans le champ sanitaire que social. En découle l'émergence de logiques gestionnaires drastiques, notamment dans les établissements publics de santé. Les hôpitaux voient leurs fonctionnements évoluer vers un primat des logiques financière et administrative. Le Dispositif National d'Accueil des demandeurs d'asile[2] (DNA) subit également, dès cette année, une diminution progressive de son budget annoncée à hauteur de 10% sur 3 ans.

Plus globalement, c'est l'ensemble de la société qui vit dans ce contexte médiatique, politique, socioéconomique de « la crise ». Cette tension ambiante (tension de la ligne du temps, tension entre la vie réelle et la vie ambitionnée ou fantasmée, tension entre les volontés et les possibles, etc.) pousse tout un chacun à développer des aptitudes « multitâches » menant vers toujours plus de « self exigence » ou exigence envers soi. Il peut être intéressant dans le même ordre d'idées, de se référer à l'intervention d'Hartmut Rosa au Congrès des Cinq Continents, sur la notion de sentiment d'urgence. Il a également développé son propos auprès d'un journaliste du Monde Magazine: « L'homme contemporain remonte désespérément une pente qui s'écroule. Nous fonçons pour rester à la même place, dans un présent qui fuit sans cesse. Car si nous arrêtons une seconde de courir – après le travail, nos courriels, nos rendez-vous, nos obligations, notre argent, après le temps qui file – nous tombons. Dans le chômage, la pauvreté, l'oubli, la désocialisation. »[3].

Dans cette course généralisée pour sauvegarder le « moins pire », l'ensemble des associations, des services sociaux, déplore la dégradation de leurs capacités d'intervention. Les professionnels intervenant auprès des exilés sont tout particulièrement heurtés par la violence des situations extrêmes qu'ils rencontrent. Les demandeurs d'asile restent un public méconnu, d'autant plus étrange et inquiétant que le climat ambiant n'est pas rassurant.

C'est dans ce contexte mouvementé que le Réseau Samdarra a souhaité marquer un pas de recul pour dresser un état des lieux de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil. Le recueil de données s'est déroulé pendant un an, de mai 2010 à avril 2011, sur l'ensemble du territoire national. Basé sur une méthodologie d'entretiens collectifs, chaque entretien a rassemblé une dizaine de professionnels intervenant dans les structures du Dispositif National d'Accueil, auxquels ont pu s'associer leurs partenaires soignants. Ces choix méthodologiques reposent sur une volonté d'ancrer ce projet dans une démarche d'expertise collective : ces rencontres interprofessionnelles ont pu favoriser la confrontation des pratiques et expériences d'acteurs d'un même territoire. Les échanges qui en ont découlé sont venus alimenter le contenu de cet état des lieux, tout en contribuant à nourrir les dynamiques locales autour de la question de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés.

Un des constats majeurs issu de cette investigation souligne la nécessité absolue de sortir d'une conception linéaire de l'accompagnement, où chaque intervenant se concentre sur ses interlocuteurs directs, pour évoluer vers une vision systémique, où chaque acteur a conscience d'être une maille d'un large filet de sécurité soutenant la santé psychique de la personne suivie. Le désormais bien connu système de transmission de la « patate chaude » a pu démontrer la grande difficulté d'un accompagnement où le professionnel/bénévole intervient jusqu'au bout de ses possibilités, avant de chercher un relais une fois épuisé, dépassé. A l'inverse, les dispositifs qui nous ont été présentés comme des évolutions bénéfiques dans les pratiques et partenariats, reposent sur le souci partagé des acteurs d'une indispensable articulation des intervenants comme soutien à leurs propres assises professionnelles, et par répercussion à la santé mentale des personnes réfugiées. Dans ces dispositifs, l'« aller vers » concerne également l'ouverture à l'« autre professionnel », du « champ d'à côté », pour nourrir une dynamique interprofessionnelle de complémentarité et de réciprocité.

Il peut être utile de souligner qu'en 2005[4] déjà, l'Orspere proposait le même constat qui avait notamment découlé sur la création du Réseau Samdarra par la Drass en 2007. Depuis, la dynamique de concrétisation

puis de développement de ce dispositif ont révélé la nécessité d'affiner l'analyse des systèmes de coopération à l'œuvre dans l'accompagnement et le suivi des demandeurs d'asile. Si les bénéfices d'un maillage inter-partenarial ne sont plus à démontrer, dans les faits, la complexité de la problématique due à l'intrication de différents champs, enjeux et niveaux de lecture rendent difficile le tissage de liens avec les ressources « non-expertes de l'asile » notamment.

Il devenait donc important de pouvoir observer comment les structures d'hébergement spécifiques à l'asile s'adaptent aux évolutions de procédure, de législations, de politiques ? Qu'en est-il sur d'autres territoires de l'articulation entre la santé et l'hébergement? Qu'est ce qui relève des réalités locales, et qu'est ce qui découle d'un niveau supérieur (politique, législatif, économique...). Existe-t-il des « bonnes pratiques » à partager? Convaincus que c'est dans la migration que l'humanité progresse, nous nous sommes inspirés de cette idée pour s'exiler ponctuellement en dehors de la région, afin de nourrir nos réflexions des expériences et réalités des différents territoires.

Cette nécessité de penser les dispositifs d'action comme des mailles impliquant l'articulation de systèmes et de logiques parallèles a donc alimenté cet état des lieux. Au fil des échanges avec un peu plus de 300 professionnels et bénévoles, des préconisations et recommandations se sont progressivement dessinées.

Avant de les aborder, nous vous proposons deux présentations succinctes représentatives des pratiques et articulations entre des structures de psychiatrie publique et des associations ou structures d'hébergement qui ont pu être partagées lors des entretiens.

## PARTENARIAT ROUENNAIS D'AIDE AUX MIGRANTS/DEMANDEURS D'ASILE (présentation rédigée par O. JAN, psychologue, CH le Rouvray)

Nous travaillons entre institutions (psychiatrie publique et associations) à Rouen depuis plusieurs années afin d'améliorer l'accompagnement social et psychologique pour les publics migrants, notamment les demandeurs d'asile, présentant des tableaux traumatiques majeurs.

FIA[5] et ses associations connexes à Rouen (le PAPS[6], l'ASPIC[7]), et les professionnels des structures psychiatriques (UMAPPP[8], RRAPP[9] et CMP des hauts de Rouen dépendants de l'hôpital de St-Etienne du Rouvray), ont imaginé une articulation s'appuyant sur l'expertise et l'expérience de médiateurs culturels. Cette équipe de médiateurs culturels s'est mise en place au sein du réseau associatif, et intervient à la demande de différentes institutions (CMP, PMI, etc.). En retour, l'équipe-mobile propose des interventions au sein des différentes associations.

Parallèlement et indépendamment de ce dispositif, une consultation psychothérapeutique dite transculturelle hébergée par le CMP des hauts de Rouen[10], vient en aide, en deuxième intention, après une première prise en charge en milieu de soin classique, à des patients et leur famille. Il s'agit d'un dispositif créé en novembre 2009, fondé en partie sur une consultation groupale animée par des thérapeutes de différentes obédiences (psychanalyse, thérapie familiale systémique, ethnopsychiatrie). Cette activité s'inscrit dans celles du CMP, lieu cultivant une réflexion dans le domaine du fait de son implantation dans un grand ensemble urbain où plus d'une cinquantaine de nationalités sont représentées. La consultation transculturelle ne dispose pas de moyens propres. Les dépenses imputées à la consultation transculturelle sont donc prises en charge par le CMP, sur les fonds attribués ordinairement par l'hôpital. Ceci ne permet donc pour l'instant que de deux demi-journées par mois de consultation transculturelle.

Pour le moment, bien qu'il soit crucial de pouvoir proposer des dispositifs de soins à ces populations en demande d'asile, il nous est particulièrement difficile de trouver les soutiens financiers qui permettraient de développer et de pérenniser de telles initiatives.

## Partenariat entre le cada Nord 77, de Brou sur Chantereine et le Centre de Guidance Infantile de la Ferté sous Jouarre: (synthèse d'une présentation rédigée par l'équipe du

## CADA)[11]

Ce partenariat impliquant l'équipe du Centre de Guidance Infantile et le cada de Brou sur Chantereine a été initié en 2006. Lors d'une première rencontre, l'équipe du cada a pu présenter les observations qui les amenaient à solliciter l'intervention de la pédopsychiatrie. Parmi ces observations étaient par exemple évoqués :

- les difficultés de communication dans les familles et le poids des non-dits,
- les difficultés de projection des enfants et les conséquences liées à l'incertitude ambiante,
- une symptomatologie récurrente chez les enfants : terreurs nocturnes, bégaiements, énurésie, isolement, hyperactivité, insomnies...
- le fort sentiment de culpabilité des adultes et enfants lié aux proches « laissés au pays », l'impossibilité du deuil qui laisse une véritable « plaie ouverte »...

L'année 2007 est le théâtre de l'élaboration d'un travail en commun, dans un premier temps, deux moyens sont mis en œuvre :

- La création d'un espace, à visées thérapeutiques, à destination des enfants, au sein du CADA
- La mise en place de rencontres régulières entre les équipes des deux établissements.

L'un des objectifs est d'offrir un lieu où l'enfant va être « pensé » comme un enfant, et non comme un enfant réfugié. C'est-à-dire, que tout va être mis en place pour qu'il puisse jouer, rire, communiquer et s'exprimer « comme un enfant de son âge » en vue d'un début de reconstruction interne.

Pour assurer la pérennité de cet espace, et aider les professionnels du CADA, les thérapeutes du Centre de guidance Infantile proposent que les intervenants sociaux pratiquent une « observation attentive des enfants » [12]. Une fois l'observation effectuée, la personne présente note ce qu'elle a relevé. Cet écrit est ensuite commenté et analysé afin de donner du sens à ce qui a été observé et ressenti. Apparaissent ainsi un certain nombre d'hypothèses qui proposent un éclairage portant sur des modes inconscients de communication, et sur l'approche de concepts psychanalytiques, tels que ceux de contenant psychique, de figures parentales, de projections, de transfert, de contre transfert...

Il ne s'agit pas, pour les membres de l'équipe du CADA, de devenir des thérapeutes, mais de tenter de repérer, et de comprendre des modes de communication inconsciente et prendre conscience que les émotions ressenties en présence de ces enfants, peuvent devenir un outil de réflexion au service de l'accompagnement mis en place autour des familles.

Nous avons par ailleurs convenu avec l'équipe du Centre de Guidance Infantile de nous rencontrer de façon régulière (environ une fois par mois) afin d'échanger autour de l'organisation, du déroulement et de l'articulation de ce projet. L'intérêt premier est de « penser » ce qui se met en place dans le lieu d'accueil des enfants.

Ces séances se déroulent dans les locaux du CMP. Au cours de ces rencontres, les professionnels des deux établissements, apprennent à se connaître et affinent, au fil du temps, ce projet commun. La mutualisation des compétences favorise l'ajustement des moyens à mettre en œuvre. Dans ces espaces, la réflexion permet l'expérimentation.

Un grand nombre d'expériences similaires nous ont été présentées. Elles nous ont menés à préconiser différents principes directeurs qui permettraient de favoriser la coordination des interventions auprès des personnes en demande d'asile et réfugiées. Nous vous en proposons ici quelques uns :

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

Comme le montre les exemples ci-dessus, la fréquente réticence des directions d'établissements hospitaliers à institutionnaliser ces partenariats fait que les articulations interprofessionnelles qui nous ont été présentées reposent en grande majorité sur l'implication d'acteurs-porteurs.

Il nous semble donc important d'inscrire nos préconisations et recommandations en rupture avec ce mode de fonctionnement couteux sur le plan humain et qui maintient les dispositifs dans la précarité d'une dépendance envers la bonne volonté de ces personnes « piliers ». C'est pourquoi nous préconisons une action coordonnée et en synergie qui prenne en compte les différents niveaux de compréhension de la problématique qui constituent également des niveaux de changements envisageables.

Pour reprendre la distinction proposée par Gregory Bateson[13], il s'agit de passer d'une logique de changement de niveau 1 qui cible les éléments du système à une démarche qui concerne les règles de fonctionnement du système, c'est à dire de viser à produire un changement de niveau 2.

En d'autres termes, il semble indispensable d'œuvrer pour que les préoccupations et difficultés de terrain concernant la santé et la santé mentale des exilés puissent trouver des cadres de références au sein d'une instance gouvernementale impliquant les différents ministères concernés.

## Un recadrage de la problématique dans le champ de la santé publique et dans le cadre des inégalités sociales, territoriales et culturelles de santé

Au cours de notre investigation, les « figures » locales des dispositifs publics de santé (ARS, hôpitaux publics, etc.) ont été régulièrement pointées pour leurs failles en ce qui concerne ce public : difficulté d'accès aux soins, pratiques non adaptées au public, méconnaissance, manque de formation/d'information... Ces constats peuvent être associés au fait qu'à ce jour dans l'organisation gouvernementale, la problématique des demandeurs d'asile et réfugiés soit avant tout une responsabilité du Ministère de l'Intérieur, via le Service de l'asile, et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Si l'absence du Ministère de la santé peut s'entendre par l'impossibilité constitutionnelle de promouvoir des actions de santé qui discriminent une partie de la population pour leurs origines ou statuts administratifs, il est également utile de souligner que de dissoudre les demandeurs d'asile dans la masse floue des « populations vulnérables » ne suffit pas à répondre à leurs besoins spécifiques.

Il peut donc être utile de rappeler et de souligner le fait que la problématique de santé mentale des demandeurs d'asile relève pleinement du champ de la santé publique; et que la loi de santé publique du 9 août 2004 décrète la responsabilité de l'état (l'état est le garant de la protection des personnes en matière de santé), et préconise le renforcement des partenariats entre les institutions de santé, les collectivités territoriales, les usagers, associations et professionnels du secteur sanitaire et social.

La loi rappelle également la nécessité de lutter contre les inégalités de santé (vigilance vis-à-vis des populations vulnérables, en situation de précarité, dépendantes, etc.), et définit la région comme le niveau de planification des actions et de coordination des acteurs.

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

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

## S'inspirer des approches de santé communautaire pour développer la promotion de la

## santé mentale : « Travailler avec plutôt que travailler pour »

Nous renvoyons le lecteur qui souhaitera approfondir ses connaissances et la compréhension de la démarche de santé communautaire au site internet et aux différentes publications de l'institut Théophraste Renaudot[14], principal acteur du développement de ces pratiques.

Dans le cadre de la problématique de prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile cette approche pourrait ouvrir de nouvelles perspectives, il nous semble d'ailleurs que de nombreux professionnels mettent en œuvre dans leurs actions les principes éthiques et méthodologiques.

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

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

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

D'autres principes directeurs seront développés dans le rapport final de l'état des lieux qui est à ce jour en voie de finalisation. Ce travail intense de mise à plat des différents facteurs de la complexité de la problématique, a été l'occasion de nombreux et riches échanges avec une multitude d'acteurs du soin, du monde associatif et bien entendu du Dispositif National d'Accueil. Nous voudrions profiter de l'occasion de cet écrit, pour rappeler combien leur investissement au quotidien est la base précieuse du soutien à la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés, et que sans leurs expertises respectives, rien ne serait possible.

### Notes



[1] Par santé mentale, nous entendons, selon la définition de Jean Furtos « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte, c'est-à-dire la capacité d'investir et de créer dans cet environnement donné, y compris des productions atypiques et non normatives ». C'est donc une approche globale, ou psychosociale, de la santé mentale, qui considère l'impact des facteurs environnementaux sur la santé psychique, le bien-être. Ainsi, l'habitat, les liens sociaux, le travail, les repères socioculturels, sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur le psychisme.

[2] Le DNA comprend les centres d'accueils pour demandeur d'asile (Cada), les centres provisoires d'hébergement destinés aux réfugiés (CPH), des places d'hébergement d'urgence, les plateformes d'accueil, et la gestion des allocations temporaires d'attentes (ATA).

[3] « Au secours tout va trop vite », Propos recueillis par Frédérique Joignot pour le Monde Magazine du 29/08/10.

[4] Voir le rapport de recherche action de l'Orspere, « Pour un Réseau régional Santé mental-Précarité-Demandeur d'asile », mai 2007

[5] FIA : Femmes Inter Associations

[6] PAPS : Pôle d'Action Psycho Sociale. Fondé à la fin des années 1990, le PAPS a pour but de proposer

une aide psychologique à des personnes présentant une souffrance psychique liée à des difficultés dans leur insertion sociale.

[7] ASPIC : Association Stéphanaise de Prévention Individuelle et Collective de SAINT ETIENNE DU ROUVRAY .

[8] UMAPPP : Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées, est l'une des premières EMPP \_ Equipe Mobile Psychiatrie Précarité \_à avoir été créée en France, en1999.

[9] RRAPP : Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité. Ce réseau (financé par l'ARS) s'est constitué autour des 4 EMPP de la région (SEINE MARITIME et EURE). Voir son site : RRAPP.fr

[10] CMP rattaché à l'hôpital de St-Etienne du Rouvray.

[11] Si vous souhaitez en savoir plus sur ce dispositif, une présentation complète du projet peut être sollicitée auprès du CADA de Brou sur Chantereine : cadanord77.psti@sfr.fr

[12] Selon la méthode mise au point par Esther BICK, psychanalyste, cette méthode d'observation psychanalytique consiste à observer des enfants en milieu « naturel », avec, comme moyens l'attention de l'observateur, sa réceptivité, son émotivité et sa sensibilité.

[13] « vers une écologie de l'esprit », seuil, 1977

[14] <http://www.institut-renaudot.fr/> 

ORSPERE SAMDARRA  
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95  
BD PINEL 69678 BRON CEDEX