

Santé mentale  
& précarité

les CAHIERS de RHIZOME

#63

Mars 2017



Cliniques et migration



---

## DIRECTEUR DE PUBLICATION

**Christian LAVAL**

---

## ASSISTANTE DE RÉDACTION

**Natacha CARBONEL**

---

## COMITÉ DE LECTURE

**Nicolas CHAMBON**,  
directeur adjoint de publication  
Rhizome, sociologue,  
responsable de la recherche,  
Orspere-Samdarra (Lyon)

**Gwen LE GOFF**,  
directrice adjointe  
Orspere-Samdarra (Lyon)

---

## COMITÉ DE RÉDACTION

**Guy ARDIET**,  
psychiatre  
(St-Cyr-au-Mont-d'Or)

**Marianne AUFFRET**,  
vice-présidente de l'association  
« Élus, Santé Publique et Territoires »  
(Paris)

**Arnaud BÉAL**,  
psychologue social, GRePS  
(Univ. Lyon 2)

**François CHOBEAUX**,  
responsable des secteurs  
social et jeunesse des CEMEA,  
sociologue (Paris)

**Bernard ELGHOZI**,  
médecin, président de Créteil  
Solidarités (Créteil)

**Pascale ESTECAHANDY**,  
médecin, DIHAL (Paris)

**Benoît EYRAUD**,  
sociologue (Univ. Lyon 2)

**Jean FURTOS**,  
psychiatre (Lyon)

**Sandra GUIGUENO**,  
psychiatre (Rouen)

**Antoine LAZARUS**,  
président de l'OIP  
et professeur de santé publique  
(Univ. Paris XIII)

**Édouard LEAUNE**,  
psychiatre (Lyon)

**Philippe LE FERRAND**,  
psychiatre (Rennes)

**Jean-Michel LE MARCHAND**,  
psychiatre  
(EPSM des Flandres, Bailleul)

**Jean-Pierre MARTIN**,  
psychiatre  
(CH Sainte-Anne, Paris)

**Alain MERCUEL**,  
psychiatre  
(CH Sainte-Anne, Paris)

**Éric MESSENS**,  
directeur de la LBFSM  
(Bruxelles)

**Pierre MORCELLET**,  
psychiatre (Marseille)

**Marie-Noëlle PETIT**,  
Chef du pôle Avignon Nord  
(CH de Montfavet, Avignon)

**Olivier QUEROUIL**,  
ex-conseiller technique  
fonds CMU (Paris)

**Bertrand RAVON**,  
professeur de sociologie  
(Univ. Lyon 2)

**Pauline RHENTER**,  
politologue (Marseille)

**Étienne RIGAL**,  
magistrat (Lyon)

**Aurélien TINLAND**,  
médecin de santé publique  
et psychiatre (Marseille)

**Nadia TOUHAMI**,  
aumônier des hôpitaux (Marseille)

**Nicolas VELUT**,  
psychiatre (Toulouse)

**Benjamin WEIL**,  
psychiatre (Lille)

**Halima ZEROUG-VIAL**,  
psychiatre, directrice  
Orspere-Samdarra (Lyon)

---

## CONTACT RÉDACTION

**Orspere-Samdarra**  
CH Le Vinatier  
95 bd Pinel  
69678 Bron Cedex  
Tél.: 04 37 91 53 90

[Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr](mailto:Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr)

---

## CRÉATION & RÉALISATION

**Médiacité**

---

## ABONNEMENT

Vous pouvez vous abonner à la version  
numérique ou papier sur le site  
de l'Orspere-Samdarra :  
[www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra)

---

## Artiste : Armelle de Sainte Marie

À travers ses peintures et ses dessins, Armelle de Sainte Marie mène une Odyssée colorée qui a trait au paysage, intérieur, onirique, parfois organique. Elle développe un univers qui propose des espaces suspendus, tendus entre presque-figuration et abstraction, des géographies imaginaires ambiguës dans lesquelles les formes semblent engendrer elles-mêmes leurs propres péripéties vitales. Armelle de Sainte Marie est née en 1968, et travaille à Marseille et Toulouse.

Elle expose son travail depuis 1996 en France et à l'étranger. Elle est présente dans des collections privées et publiques.

> Informations et contact sur : [www.armelle-desaintemarie.com](http://www.armelle-desaintemarie.com)

> Œuvre en couverture : Odyssée 15 (détail) / huile sur toile 81 x 65 cm, 2013 © AdSM



La revue *Rhizome* est éditée et diffusée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales : précarités, vulnérabilités, migrations...

La revue *Rhizome* s'inscrit dans la tradition de la clinique psychosociale et encourage les échanges entre différentes disciplines. Les numéros de *Rhizome* offrent un espace de réflexion à des professionnels de terrain afin de leur permettre de trouver des ressources pour leurs pratiques quotidiennes.

Dans le prolongement des activités de l'observatoire, la thématique des Cahiers est déterminée en fonction des recherches portées par l'Orspere-Samdarra. Pour chaque Cahiers un appel à contribution est mis en ligne sur notre site internet et diffusé par le biais de notre liste de diffusion.

Chaque année, trois bulletins et un Cahiers sont disponibles en version papier (par abonnement) et mis à disposition gratuitement sur internet. Dans une volonté de le rendre accessible et de sensibiliser un public hétéroclite, la diffusion numérique est désormais privilégiée. Ainsi, les numéros de *Rhizome* sont diffusables et peuvent être mis à disposition gratuitement sur les sites internet sans autorisation préalable.

# SOMMAIRE

5

AVANT PROPOS

Gwen Le Goff  
Halima Zeroug-Vial

14

DÉPOSSESSIONS, ACTES ET PAROLES  
DANS LA CLINIQUE DE L'EXIL

Laure Wolmark

21

INTERVENTION PSYCHOSOCIALE  
AUPRÈS DES EXILÉ.E.S SUR  
LE BIDONVILLE DE CALAIS

Lou Einhorn  
Anna Huurneman

31

LA GROSSESSE À L'ÉPREUVE  
DES RUPTURES ET EXCLUSIONS

Christine Davoudian

39

AU-DELÀ DU TRAUMATISME : PRATIQUE  
D'UNE PSYCHIATRE EN ÉQUIPE  
MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ

Claire Gekiere

44

ÉCARTS HUMAINS. OUVRIR LES  
FRONTIÈRES DE LA PSYCHIATRIE

François Journet

50

LE MIGRANT PRÉCAIRE  
ET LE PSYCHIATRE EN LIBÉRAL.  
DES PRATIQUES AUX MARGES  
POUR UN PUBLIC À LA MARGE ?

Julia Maury de Feraudy  
Roman Pétrouchine  
Aymeric Monet

57

DES PRATIQUES  
DE RECONNAISSANCE AUPRÈS  
DES MIGRANTS PRÉCAIRES

Olivier Daviet

60

L'ENTRETIEN DE PREMIER ACCUEIL  
AU CENTRE DE SANTÉ ESSOR

Dominique Coulot

68

LA MER COMME ESPACE LIMINAL

Serena Tallarico  
Thierry Baubet

75

ANALYSE PSYCHOSOCIALE  
DE L'EXPÉRIENCE DU RECOURS  
AUX PASS ET AUX EMPP DES  
POPULATIONS MIGRANTES

Gaëlle Deschamps  
Nicolas Fieulaine  
Arnaud Béal

83

LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS,  
L'AFFAIRE DE QUI ?

Cihan Gunes

90

MIGRATION ET SANTÉ MENTALE :  
QUELLES PERSPECTIVES  
DE POLITISATION ?

Nicolas Chambon

Gwen Le Goff

Halima Zeroug-Vial

# AVANT-PROPOS

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

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

En 2005, les Cahiers de Rhizome intitulés *Demandeurs d'asile, un engagement clinique et citoyen* restituait la recherche portée par l'Orspere sur la santé mentale des demandeurs d'asile<sup>1</sup>. Ce travail de recherche a abouti, grâce à un financement des tutelles régionales de santé, à la création du Réseau Samdarra<sup>2</sup>, en 2007. Dix ans après, les problématiques migratoires renouvellent les questionnements concernant la santé mentale des « migrants précaires<sup>3</sup> », sans que cela n'aboutisse pour autant à la création de dispositif spécifique. Les politiques migratoires, loin de favoriser l'accès au soin, participent au contraire à la vulnérabilisation du public migrant, ce qui accentue l'embarras des praticiens dans leurs pratiques professionnelles.

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

<sup>2</sup> Samdarra : Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes.

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

## RÉACTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE « SANTÉ MENTALE ET MIGRATIONS »

### Un nouveau contexte

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



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

Catherine Wihtol de Wenden<sup>4</sup> explique l'entrelacement des causes de départ des migrants actuels : ils quittent «des pays mal gouvernés, instables, insécurisés et corrompus (...)». Mais la cause essentielle des départs récents est la guerre, l'instabilité et la violence politiques : en Érythrée, en Somalie, en Syrie, en Irak, en Libye. Si, au Sud, on est souvent face à des «flux mixtes» d'hommes jeunes venus seuls fuyant la situation économique et politique sévissant chez eux, au Proche Orient la plupart des nouveaux venus sont des familles de demandeurs d'asile.» Lorsqu'ils arrivent sur le territoire national, les demandeurs d'asile ont généralement effectué des trajets longs, complexes et dangereux. La reprise de conflits armés, comme en Syrie depuis 2011 ou en Libye depuis 2014, entraîne une forte augmentation des départs, par les voies maritimes essentiellement. En effet, la fermeture des frontières de l'espace Schengen et l'externalisation de l'asile accroissent la dangerosité des parcours, notamment en Méditerranée.

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

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

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

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

Si certains ont pu dénoncer une «psychiatisation du social», dans la prise en charge médicale des problématiques d'ordre social, la santé mentale a depuis évolué vers une définition extensive. Elle intègre les souffrances psychiques parmi ces missions, en atteste le dernier Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2011-2015). Le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade<sup>5</sup> pointe parmi les atteintes à la bonne santé mentale des individus, la migration contrainte, l'absence d'accès aux soins, la grande pauvreté, les violences politiques ou encore les violations des droits de l'homme. Il insiste sur la nécessité d'une politique publique de santé prenant en compte la prévention de ces souffrances psychiques et qui «ne saurait limiter son champ d'action aux seuls soins psychiatriques des troubles mentaux.» Les rapports récents sur la psychiatrie pointent notamment les demandeurs d'asile ou les victimes de psycho-traumatismes comme des publics auxquels il faut porter une attention particulière.

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

Sur le terrain, les migrants fréquentent donc des dispositifs à destination des précaires, à l'image des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass), mis en place dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998<sup>7</sup>, ou encore

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

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

<sup>7</sup> Notamment l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998.

Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)<sup>8</sup>, créées quelques années plus tard et fréquentées par des populations en grande partie migrantes, notamment dans les grandes métropoles. Ces dispositifs pour précaires visent essentiellement l'accès aux soins<sup>9</sup> et en dépit d'une diversification de ces dispositifs, les publics cumulant de grandes vulnérabilités souvent imbriquées (sociales, médicales, administratives et juridiques) parviennent difficilement à s'inscrire durablement dans les circuits d'affiliation classiques<sup>10</sup>. Un médecin rencontré lors d'un entretien dans le cadre d'une recherche en 2013 sur une Pass<sup>11</sup> nous confie: «*tout se passe bien à la Pass, sauf la réorientation. On n'y arrive pas.*» Les difficultés à orienter entraînent les professionnels à poursuivre dans la durée les soins et les dispositifs se retrouvent inmanquablement saturés. Les associations humanitaires ou les organisations non gouvernementales se retrouvent de plus en plus sollicitées pour prendre en charge des migrants précaires qui ne trouvent pas de réponse ailleurs.

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

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

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

<sup>11</sup> Chambon, N. et Le Goff, G. et Cochet, P. (2013). Le migrant précaire PASSe à l'hôpital public. *Rhizome*, (46).

<sup>12</sup> Accueil Temporaire Service de l'Asile (AT-SA).

<sup>13</sup> Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (Huda).

## POLITIQUES MIGRATOIRES ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

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

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

Ces professionnels sont ainsi moins nombreux et moins formés. De plus, alors que l'hébergement en Cada représentait la norme des centres d'hébergement jusqu'en 2015, d'autres dispositifs se sont multipliés pour répondre à l'urgence des demandés : AT-SA<sup>12</sup> et Huda<sup>13</sup> notamment. Ces dispositifs ont un taux d'accompagnement encore plus faible. Aussi, depuis la réforme, l'accompagnement par les professionnels des centres d'hébergement s'est resserré autour de la procédure de demande d'asile. Par ailleurs, les migrations récentes (du Soudan, de l'Erythrée, d'Afghanistan) sont le fait de personnes isolées souvent allophones. L'accompagnement juridique de ces populations est donc particulièrement chronophage.



En octobre 2016, lors d'une journée d'étude organisée par l'Orspere-Samdarra<sup>14</sup>, un soignant d'une équipe mobile confiait que des professionnels d'un centre d'hébergement avait estimé que sur 130 personnes hébergées, 120 nécessitaient des soins en santé mentale. Les travailleurs sociaux des centres d'hébergement se retrouvent souvent en difficulté pour déterminer qui des personnes hébergées nécessitent des soins de manière prioritaire alors que nombreux sont ceux qui expriment leurs souffrances. Sans évaluation médicale préalable, ils se retrouvent souvent en difficulté pour orienter les personnes hébergées.

## Des procédures précarisantes

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

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

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

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

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

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

Selon la directive européenne «procédure»<sup>15</sup>, et depuis la dernière réforme de l'asile, il est nécessaire de détecter la vulnérabilité chez les demandeurs d'asile. Une liste non exhaustive établit des critères de vulnérabilité des demandeurs «du fait notamment de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols, ou d'autres formes graves de violences psychologiques, physiques ou sexuelles». Cette détection, dont l'objectif est d'«assurer une meilleure prise en compte de la vulnérabilité» y compris psychique, doit permettre d'influer sur les conditions d'accueil et la procédure des requérants. En 2017, au moment où nous publions ce numéro de Rhizome, il est encore trop tôt pour percevoir les effets de cette réforme. La détection telle qu'elle a été mise en place, ne semble pas accompagnée d'une procédure facilitant l'accès aux soins en santé mentale. C'est pourtant l'objet de nombreux certificats sollicités par les personnes (17 % selon l'évaluation de la réforme de l'asile). Comment faire pour que la détection de la vulnérabilité ne soit pas uniquement une procédure administrative mais permette un accompagnement adapté tout au long de la procédure de ces demandeurs d'asile<sup>16</sup> ?

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

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

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

## EMBARRAS DANS LES PRATIQUES ET NÉCESSITÉ DE SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

### La nécessaire prise en compte des singularités

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

Denys Robiliard<sup>17</sup>, dans son rapport sur l'avenir de la psychiatrie, distingue deux catégories de population qui ne peuvent se satisfaire du découpage en secteur : les populations précaires et les demandeurs d'asile. Effectivement, sur un certain nombre de territoires, la sectorisation est loin de faciliter l'accès à la psychiatrie

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

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

## La prise en compte des traumatismes et vulnérabilités cumulées

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

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

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

Du côté de la psychiatrie, la littérature internationale met en avant des risques supérieurs de prévalence chez les populations en demande d'asile aux troubles post-traumatiques, aux troubles d'adaptation et aux états dépressifs et anxieux. La nouvelle édition du DSM 5<sup>19</sup>, publié en 2013, donne une place importante aux troubles post-traumatiques qui ont vu leur description clinique s'élargir notamment aux troubles cognitifs. Les symptômes sont notamment des cauchemars répétitifs, des hallucinations, de l'hypervigilance et des reviviscences traumatiques. Au-delà de la question des traumatismes endurés dans le pays de départ et sur la route de l'exil, les personnes venant demander l'asile en France subissent les effets de la procédure. Les récits réactivent les événements traumatiques dans un contexte d'attente et d'incertitude. Les traumatismes chez les populations migrantes sont traités de manière marginale et ne trouvent que peu de réponses en terme d'offre de soin et quasi exclusivement dans des associations spécialisées qui ne sont pas nombreuses sur le territoire. Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (Cump), dont les modalités des missions ont été définies par deux circulaires en 1997 et 2003 interviennent en situation de crise «potentiellement traumatique» comme les attentats. Des méthodes adaptées de prise en charge dans un contexte post-crise sont proposées aux victimes. Les migrants ne font pas partie des publics à qui s'adressent ces prises en charge, le traumatisme étant souvent ancien.

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

---

## La nécessité de soutenir les professionnels

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

---

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

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

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

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

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

Laure Wolmark

Psychologue clinicienne

Comede (Comité pour la santé des exilés)

Paris

---

# DÉPOSSESSIONS, ACTES ET PAROLES DANS LA CLINIQUE DE L'EXIL

**«Que peut-il se passer d'effectif entre deux sujets dont l'un parle et l'autre écoute? Comment une action aussi insaisissable en ce qu'on voit et en ce qu'on touche, peut-elle atteindre aux profondeurs qu'elle présume?»  
(Lacan, 2001)**

Le Comede (Comité pour la santé des exilés) accueille depuis 1979 au sein de son centre de santé des personnes vivant l'expérience de l'exil. Médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, ostéopathes, agents d'accueil, écoutent, soignent, accompagnent les exilés et défendent leurs droits. Si les patients reçus au Comede ont en commun d'avoir quitté le pays dans lequel ils vivaient, ils sont aussi confrontés à la précarité sociale dans le pays d'accueil ainsi qu'à certaines formes de discriminations - liées à leur origine, leur couleur de peau, leur religion, leur statut administratif, leur langue, leur genre. Demandeurs d'asile, ils sollicitent la protection de la France et vivent dans l'incertitude de la reconnaissance d'un statut administratif. Réfugiés, ils demeurent en quête d'un lieu où s'abriter, où vivre. Atteints d'une maladie grave, ils instruisent des demandes de titre de séjour pour pouvoir se soigner en France, sont en attente de droit à une protection maladie. Arrivés depuis peu en France, ils manquent de mots pour se faire comprendre.

Cette liste s'écrit sous le signe de la privation, du manque. Inventaire de l'absence, elle ne décrit qu'une partie de la réalité. Les femmes et les hommes que nous recevons au Comede sont aussi des personnes qui ont résisté à des pouvoirs dictatoriaux, des ordres sociaux injustes, se sont battus pour leur liberté, leur survie, ont traversé des épreuves tragiques sur leur parcours, et tiennent debout.

Cependant, au moment où ils passent la porte du centre de santé du Comede et adressent une demande - de soin, d'aide -, ils se trouvent le plus souvent dans une forme de dénuement. Ce dénuement, nous pouvons l'entendre dans l'espace de la psychothérapie comme une dépossession - que je situerai au cœur de mon article.

La notion de dépossession permet d'éclairer certains aspects du transfert et du contre-transfert, et peut nous aider à penser de nouveaux modèles théorico-cliniques du soin psychique, notamment là où des frontières - théoriques, linguistiques, sociales, politiques, imaginaires - font obstacle à l'élaboration de nos pratiques.



## Dépossessions

« (...) La déposition recouvre les pertes constitutives et primordiales qui conditionnent le fait que l'on soit dépossédé (ou que l'on se laisse déposséder) par un autre : on est ému par et « mu » vers l'autre ; on est accessible et affecté par la vulnérabilité de l'autre. D'un autre côté (nous ne trancherons pas pour le moment la question de savoir à quel point il s'agit d'un autre côté), être dépossédé se réfère à des processus et idéologies par lesquels des personnes sont dépouillées et rejetées dans l'abjection par des puissances normatives et normalisantes qui définissent l'intelligibilité culturelle et régulent la distribution de la vulnérabilité : la perte de sa terre ou de sa communauté ; l'appropriation de son propre corps vivant par une autre personne, comme dans les histoires d'esclavage ; la soumission à la violence militaire, impériale ou économique ; la pauvreté, les régimes sécuritaires, la subjectivation biopolitique, l'individualisme possessif libéral, la gouvernementalité néolibérale et la précarisation. » (Butler et Athanasiou, 2016, p. 9)

Déposition-s, donc, s'écrit plus justement au pluriel. Dans le couple thérapeute/patient exilé, la déposition ne se rencontre pas que du côté du patient. En effet, en tant que disponibilité à l'autre, elle apparaît comme une des conditions essentielles de l'écoute et de l'efficace de la parole du côté du thérapeute. L'« empathie » et la « neutralité bienveillante », qui pourtant décrivent des postures tout à fait différentes, voire adverses, peuvent être comprises comme des déclinaisons de cette déposition. Le sentir « avec » ou « dans l'autre » de l'empathie, comme la neutralisation de ses propres affects et représentations dans la neutralité bienveillante, nécessitent une déposition volontaire, même partielle, de soi par soi au service de l'autre. L'accueil de la singularité dans l'espace thérapeutique se fonde donc sur une forme de déposition à minima.

« De l'autre côté » de la déposition se trouveraient les patients exilés, privés du soutien des leurs, dépourvus de statuts sociaux et juridiques stables, appauvris par la perte de leurs biens, sans droit au travail, occupés à survivre dans un contexte d'extrême précarité en France, le corps et l'esprit marqués par l'empreinte de l'agresseur ou du bourreau.

Dans la clinique de l'exil, il n'est pas rare qu'à une déposition radicale en réponse à un autre : les thérapeutes, *émus* par la situation de déposition extrême des personnes exilées, font alors preuve d'une disponibilité extrême. Ce « partage de la déposition », lorsqu'il est caricatural, se manifeste par la collusion de deux figures massives dans la relation de soin. À « la surenchère de figures tragiques du patient étranger » correspond une surenchère héroïque du soignant, investi d'une « mission thérapeutique » (Pestre, Baligand et Wolmark, 2016).

Cette extrême disponibilité peut être considérée comme un symptôme de la relation de soin avec les personnes exilées. Il n'est pas rare que la disponibilité à la vulnérabilité de l'autre se transforme en difficulté, pour les soignants, à fixer des limites à leur cadre d'exercice et à leur engagement : horaires extensifs de travail, implication dans des domaines multiples de la vie des patients, don d'argent, voire hébergement chez soi. Cet envahissement se transforme progressivement en

sentiments de débordement, d'impuissance, d'incapacité. Héros et victime se rencontrent pour que le sacrifice professionnel de l'un – forme de dépossession extrême – permette le sauvetage de l'autre, sa réintégration dans un espace commun. Si cette forme symptomatique de la relation thérapeutique n'est pas la règle, elle peut néanmoins s'observer chez certains professionnels exerçant dans des organisations fortement investies sur le plan de l'idéal du moi, car porteuses de valeurs morales et politiques. Elle pourrait rendre compte de certaines situations d'épuisement professionnel, même si elle ne suffit pas à expliquer leurs fréquences, ni n'épuise les mécanismes psychiques individuels et collectifs à l'œuvre.

C'est sur un autre plan, plus silencieusement, que la dépossession agit le plus communément. Le « contre-transfert préalable » (Lachal, 2006) des thérapeutes, lorsqu'ils choisissent de s'engager dans une clinique auprès des exilés, est nourri par une théorie du soin psychique. Cette théorie définit les limites de leur fonction ainsi que le cadre thérapeutique. Cependant, ces « assises » théoriques sont souvent mises à mal au cours du processus thérapeutique. Elise Pestre, dans *La Vie psychique des réfugiés* (2010), cite l'exemple des « psychologues inscrits dans une clinique psychanalytique ». Pour eux, « le travail psychothérapeutique porte sur la réalité subjective du patient. (...) la majorité des cliniciens se sent en porte-à-faux, mal à l'aise face au décalage présent entre leurs référents psychanalytiques, qui parfois négligent voire ignorent la dimension de la réalité matérielle, et leur pratique quotidienne avec les réfugiés » (Pestre, 2010, p. 213).

Et en effet, comment penser son rôle de thérapeute, faire droit à la réalité psychique, quand la précarité sociale affecte si profondément la vie qu'elle semble faire obstacle au processus psychothérapeutique ? Comment restaurer la fiabilité du rapport à l'autre pour des personnes ayant vécu des violences intentionnelles si, par ailleurs, leur parole est remise en question par les instances chargées de statuer sur la demande d'asile ? Comment alors ne pas être tenté d'agir pour le patient, dans la réalité, comme un psychologue clinicien, cité par Elise Pestre : « (...) *le plus important, c'est de dire sur le moment : "Voilà, il faut que vous fassiez ça, ça, ça" ? Et dire à quoi ils ont droit, à qui ils peuvent s'adresser, où ils peuvent aller... Parfois des consultations entières passent à ça.* » (2010, p. 205)

Ces interrogations traversent inévitablement les thérapeutes qui exercent auprès des exilés. S'en penser exempt constituerait une forme de déni de réalité. Cependant, il est peut-être possible de décaler ces questionnements en tentant d'appréhender plus précisément certaines formes de dépossession psychique.

## Possessions, interpellations, dépossessions

« Nous suggérons alors que l'idéologie « agit » ou « fonctionne » de telle sorte qu'elle « recrute » des sujets parmi les individus (elle les recrute tous), ou « transforme » les individus en sujets (elle les transforme tous) par cette opération très précise que nous appelons *l'interpellation*, qu'on peut se représenter sur le type même de la plus banale interpellation policière (ou non) de tous les jours : « hé, vous, là-bas ». » (Althusser, 1976, p. 111-112)

J'ai tenté de montrer lors d'une communication<sup>1</sup> l'importance dans la clinique de l'exil de certains phénomènes « limites ». Je me suis fondée dans cette analyse sur deux « illusions » ou « pseudo-hallucinations » fréquemment décrites par des patients sans droit au séjour reçus au Comede : l'impression *d'entendre son nom appelé*, l'impression *que l'on frappe à sa porte*.

Les thérapeutes (Nguyen, 2014) travaillant auprès des personnes exilées témoignent de la fréquente aggravation ou décompensation de syndromes psycho-traumatiques après le rejet de la demande d'asile par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra) ou la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Lors de ces décompensations, les reviviscences traumatiques prennent parfois des formes très sévères. Les voix des bourreaux forment des menaces de mort, des insultes, et tourmentent les patients jour et nuit. Les patients savent que les bourreaux ne sont pas là, et pourtant, ils continuent d'entendre ces voix, et peinent à dire si elles sont « dans leur tête » ou dehors. À la suite de cette communication, il m'a été suggéré que ces phénomènes pourraient avoir partie liée avec la « possession » par des esprits ou par un autre malfaisant, liés à des pratiques de magie noire. On pourrait aussi faire l'hypothèse que ces voix constituent des traces encore actives de l'influence du tortionnaire (Sironi, 1999) chez des personnes ayant subi la torture.

Phénomènes de possession, donc. Cependant, le moment de leur apparition nous conduit à compléter ces hypothèses : ces phénomènes de possession se manifestent, dans un certain nombre de cas, lorsque l'individu se trouve dans un affolement subjectif, du fait de son exclusion symbolique et réelle de la société d'accueil. L'interpellation quasi-hallucinée par le bourreau, ou la voix qui appelle son nom alors qu'il n'y a personne, apparaissent là où la possibilité d'être reconnu par un autre dans la société d'accueil vient à manquer. La polysémie du terme d'interpellation est presque troublante dans ce contexte. Pour les personnes sans droit au séjour, l'angoisse de l'interpellation par les forces de l'ordre est grande, d'autant plus grande que la vie de ces personnes est menacée en cas de retour forcé dans leur pays d'origine. L'exclusion de la communauté par l'absence de reconnaissance d'un droit au séjour livre – à nouveau - le sujet à l'interpellation par l'Autre terrifiant, persécutant, qu'est le bourreau.

L'angoisse produite par l'exclusion symbolique de la communauté d'accueil constitue une angoisse massive d'effacement du sujet. Il est ainsi réduit à une condition d'individu qui ne pourrait plus qu'être interpellé au sens policier du terme, et non interpellé au sens de la reconnaissance sociale (« idéologique ») « de tous les jours », dont Althusser (1976, p. 111-112) cite notamment cet exemple : « Pour prendre un exemple hautement « concret », nous avons tous des amis qui, lorsqu'ils frappent à notre porte et que nous posons, à travers la porte fermée, la question : « qui est là ? », répondent (car « c'est évident »), « c'est moi ! ». De fait, nous reconnaissons que « c'est elle » ou « c'est lui ». Nous ouvrons la porte, et « c'est bien vrai que c'est bien elle qui est là ». »

<sup>1</sup> « L'exil et l'appel : de quelques phénomènes limites dans la clinique de l'exil ». *La santé mentale des migrants* : colloque de Migration Santé, 17 juin 2016, Paris. Cité des sciences.

Certains patients que nous recevons au Comede hallucinent cette scène de mutuelle reconnaissance, mais l'hallucination elle-même choisit dans un vide (il n'y a personne derrière la porte), laisse le sujet dans un sentiment d'isolement radical et lui fait craindre de devenir fou.

Les échos entre les exemples concrets de la reconnaissance chez Louis Althusser et certains symptômes apparaissant à la suite de dénis de reconnaissance donnent à penser que la « dépossession », bien qu'elle se joue sur la scène sociale, se noue à des formes de dépossession psychique. Ce sont à ces formes de dépossession que les thérapeutes peuvent faire droit, en entendant leur nouage avec le politique et le pouvoir.

## De la clinique et du contre-pouvoir

Revenons au constat initial : les thérapeutes exerçant auprès des exilés, se sentent dépossédés des limites essentielles à leurs pratiques. Un trouble vient rendre leur pratique plus incertaine : qu'est-ce que le thérapeute peut faire face à des sujets dépossédés, au moins partiellement ou provisoirement, par les politiques d'État ? Qu'y a-t-il à *entendre* alors qu'il semble logiquement qu'il faille *agir* pour remédier aux situations de précarité et de privation de droit ? Comment ne pas répondre à cet appel à l'acte alors que nous pouvons être convaincus des effets délétères de la dépossession sur le plan psychique ?

Je me permettrais de citer ici l'exemple d'un de mes patients, Monsieur B., dont la demande d'asile a été rejetée. À la suite de ce rejet, il a dû quitter avec sa femme et ses deux enfants le Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (Cada) dans lequel ils vivaient depuis plus d'un an. S'en sont suivis plusieurs mois pendant lesquels la famille a été hébergée dans des hôtels pour quelques jours, ces temps de mise à l'abri alternant avec des nuits passées dans les bus ou, de manière très ponctuelle, chez des particuliers touchés par leur situation. Cet homme n'est pas francophone, et les entretiens ont eu lieu avec l'aide d'un interprète professionnel.

Pendant les mois où cette famille a été sans domicile, Monsieur B. n'a raté aucune de ses consultations. Il m'a raconté, avec force détails, la manière dont lui et sa femme se sont débrouillés pour se laver, se vêtir, manger, mais aussi les déplacements incessants pour maintenir la scolarisation des enfants. Lors de nos entretiens, il m'a décrit les contacts avec des professionnels, notamment ses échanges quotidiens avec les répondants du numéro d'urgence pour l'hébergement : *« On appelle le numéro d'urgence tous les jours. Les personnes parfois nous parlent mal, durement. Quand mon fils leur demande combien de temps cette situation va durer, elles disent : "ce n'est pas moi qui suis responsable". On n'a pas le choix. On ne répond pas des choses à quelqu'un qui vous donne dix euros. C'est bien déjà de nous donner quelque chose, une nuit ou deux. Alors, on ne peut rien dire. »*

Ces consultations étaient pour moi des moments douloureux, pendant lesquels je tentais de ne pas - trop - témoigner de mon indignation face aux conditions de vie inacceptable de cette famille, venue chercher asile en France à la suite de violences extrêmement graves dans le pays d'origine. Lorsque j'avais reçu

Monsieur B. pour la première fois, alors qu'il vivait encore au Cada, il ne sortait pas seul de chez lui, ne parvenait pas à s'occuper de ses enfants, était en proie à des crises d'angoisse massives dans les lieux vides de présence humaine. Au moment du rejet de sa demande d'asile, la plupart de ces symptômes avaient disparu. Je craignais une nouvelle décompensation si la situation durait. Des questions m'envahissaient : que faire ? Appeler moi-même le numéro d'urgence quitte à sortir de ma réserve ? Demander autour de moi si des amis ne pouvaient pas héberger cette famille ? Interpeller les pouvoirs publics<sup>2</sup> ?

Après plusieurs entretiens pendant lesquels je n'ai presque pas prononcé une phrase, tant Monsieur B. avait besoin de décrire ce qui lui arrivait, et tant j'étais mal à l'aise, j'ai fini par dire « je suis désolée de ne pas pouvoir faire plus pour vous et votre famille ». Monsieur B. m'a répondu que ce qui comptait pour lui était de savoir qu'il pouvait venir me parler deux fois par mois. « À qui pourrais-je raconter ce qui nous arrive ? Il n'y a pas d'interprète, ailleurs, et cela ne les intéresse pas. » Il a ajouté qu'il pensait que sa parole avait de la valeur pour moi, parce que je l'écoutais depuis qu'il allait mal, quand il était encore au Cada.

En tant que thérapeute, si nos assises théorico-cliniques vacillent face aux détresses des personnes exilées précarisées en France, la pierre angulaire de notre pratique demeure la place de la parole. Notre fonction est de garantir la possibilité d'une parole performative, ayant des effets sur l'autre et sur soi-même, qui incarne la valeur du lien humain.

Pour des personnes en situation de très grande précarité, soumises à des régimes de « subjectivation biopolitique » (Butler et Athanasiou, 2016), cet espace où la parole vaut pour soi n'est pas une forme dégradée d'action.

Mots incarnant la possibilité d'un lien, les paroles échangées avec la thérapeute participent à construire l'appartenance symbolique à une communauté d'accueil, au-delà d'une appartenance identitaire. Conçus comme mots précieux, donnés (Métraux, 2006), ils produisent une réappropriation de soi pour des personnes soumises à des formes multiples de dépossession. Dans ce contexte, l'espace de la thérapie doit être compris comme un lieu de contre-pouvoir psychique. L'acte de parole au sein des consultations avec les exilés a des ramifications micro-politiques multiples. Il est, en soi, une forme de refus des ordres sociaux d'exclusion et de domination, puisqu'il postule l'efficacité de la parole de personnes par ailleurs réduites à des formes d'impuissance et d'inexistence. Le « partage de la dépossession » entre thérapeutes et patients n'est plus alors une démarcation mais une proximité – l'impuissance ressentie des thérapeutes à aider leurs patients se muant en pouvoir d'entendre ce qui est par ailleurs inouï.

Les actes de parole dans la relation de soin ne peuvent pas être pensés isolément de la situation d'existence des sujets – qui inclut la manière dont le politique agit sur leur vie. Ces actes ne sont pas non plus extérieurs au rapport du thérapeute et de son institution au politique. En effet, la conception micro-politique de l'acte de parole au sein de l'espace psychothérapeutique ne devrait pas avoir pour conséquence la renonciation à des formes d'actions qui promeuvent, à un niveau plus

<sup>2</sup> Je précise que cette famille bénéficiait déjà d'un suivi social au sein du Comede, et qu'un grand nombre de patients suivis au Comede, femmes et hommes isolés ou en famille, connaissent à un moment de leur parcours d'exil cette situation.

global, les droits des exilés. La prise en charge par l'institution des aspects macropolitiques liés à la clinique est une des conditions de «dégagement» psychique des soignants par rapport à la nécessité d'agir dans le champ social. Les actions de plaider pour l'accueil des étrangers, de lutte contre les inégalités sociales de santé, de reconnaissance du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers gravement malades constituent les conditions de possibilité d'une transformation sociale et politique, qui, tout en soutenant l'engagement clinique des soignants, le dépasse.

## BIBLIOGRAPHIE

---

Althusser, L. (1976). *Positions*. Éditions sociales.

Butler, J. et Athanasiou, A. (2016). *Dépossession* (traduit par C. Nordmann). Bienne-Berlin : Diaphanes.

Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. Paris : Le Seuil.

Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La pensée sauvage.

Métraux, J.-C. (2013). *La migration comme métaphore* (2<sup>e</sup> édition). Paris : La Dispute.

Nguyen, A. (2014). L'agonie administrative des exilés : une clinique de l'asile. *L'Autre*, 15(2).

Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot.

Pestre, E., Baligand, P. et Wolmark, L. (2016). Ségrégations à l'hôpital, de quelques figures de l'étrange dans la relation de soin. *Cliniques méditerranéennes*, (94), 51-67.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.



Lou Einhorn

*Psychologue**Référente santé mentale à Médecin du Monde sur la mission Migrants Littoral**Chargée de la supervision des activités mises en place sur le volet santé mentale**Calais*

Anna Huurneman

*Psychologue**Bénévole sur la mission Migrants Littoral, Médecin du Monde**Calais*

# INTERVENTION PSYCHOSOCIALE AUPRÈS DES EXILÉ.E.S SUR LE BIDONVILLE DE CALAIS

## ENTRETIEN AVEC DES PSYCHOLOGUES DE MÉDECINS DU MONDE

**Rhizome:** *Pouvez-vous présenter la situation sur le littoral du Nord de la France ?*

Dans le Nord de la France, depuis déjà plusieurs années, des exilé.e.s sont en transit pour rejoindre l'Angleterre. Ces personnes viennent d'Afghanistan, d'Erythrée, du Soudan, du Pakistan, d'Irak, d'Ethiopie, de Syrie, d'Egypte, et fuient les persécutions subies dans leurs pays d'origine.

Des campements précaires existent à proximité des zones de passages pour l'Angleterre : les exilé.e.s tentent de rejoindre l'Angleterre en entrant dans les camions qui prendront par la suite les ferrys ou le tunnel sous la Manche. Ils et elles risquent leurs vies quotidiennement pour rejoindre ce pays. Pourquoi l'Angleterre ? Pour la langue qu'ils et elles parlent déjà, pour rejoindre une partie de leur famille qui y vit, parce que son système d'asile est réputé plus rapide que le système français, parce qu'il semble qu'on y trouve du travail plus facilement.

Toutefois, tou.te.s ne sont pas en transit vers l'Angleterre, d'autres habitant.e.s de ces campements sont en demande d'asile en France, par choix initial ou par dépit face à une frontière trop difficile à traverser.

Parmi ces camps, le bidonville de Calais a accueilli jusqu'à 10 000 personnes, avant d'être démantelé fin octobre 2016 par l'État. Les exilé.e.s ont été dispersés dans des Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO) dans toute la France, qui leur proposent un accueil et un accompagnement aléatoire selon les centres. Aujourd'hui, près de trois mois après le démantèlement, nous continuons à suivre plusieurs de nos patients ayant atterri dans des CAO. D'autres sont de retour dans la région pour continuer à tenter le passage vers l'Angleterre<sup>1</sup>.

**Rhizome:** *Quelles sont vos missions et vos activités ?*

La mission de Médecins du Monde sur le Littoral est d'améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité et en particulier des per-

<sup>1</sup> Nous écrivons cet article au présent pour faciliter la lecture, mais les activités « santé mentale » ont été arrêtées lors du démantèlement du camp fin octobre 2016. À l'heure actuelle, Médecins du Monde assure une veille sanitaire sur les camps de la région.

**2** Nous parlons ici de l'expulsion du camp dit de « Salam » le 2 juillet 2014, lieu de distribution alimentaire qui avait été occupé par les exilé.e.s suite à l'expulsion de plusieurs squats. Après plusieurs semaines de négociations entre les exilé.e.s, les associations et les autorités, la police a expulsé ce lieu où vivaient plus de 500 personnes dès 6 heures du matin. Simultanément, les trois squats restant sur le Calais ont également été expulsés. De nombreuses personnes ont atterri dans des Centres de Retention Administrative dans toute la France. Le préfet du Pas-de-Calais a par la suite été condamné par le tribunal administratif de Melun pour « détournement de pouvoir », pour l'utilisation des arrêtés d'expulsion comme un moyen de « vider Calais ».

**3** Selon le règlement Dublin, le premier pays européen par lequel la personne est entrée et a été contrôlée est le seul État responsable de l'examen de la demande d'asile. Si la France n'a pas réussi à renvoyer la personne dans l'État où elle a ses empreintes dans les 6 mois, elle devient responsable de l'examen de sa demande d'asile.

sonnes exilées sur la zone. L'association est présente depuis plus de dix ans auprès des populations exilées de la région, principalement dans le Dunkerquois. Depuis 2012, MdM développe aussi des activités dans la ville de Calais. En 2014, du fait de l'augmentation de la population migrante, d'une dégradation des conditions de vie, d'expulsions à répétition, le volume opérationnel sur Calais a fortement augmenté. À cette époque, de nombreuses associations extérieures ont commencé à développer des activités sur la zone, et le nombre de bénévoles a considérablement augmenté (notamment des bénévoles anglais). En effet, avant cela, les associations étaient majoritairement des associations locales ou ayant une antenne locale (Terre d'Errance Norrent-Fontes, l'Auberge des Migrants, Secours Catholique, Salam) travaillant avec des bénévoles locaux. La « crise humanitaire » sur le bidonville de Calais est arrivée à la même période que la parution de la photo du bébé syrien mort sur la plage. Énormément de personnes se sont alors mobilisées.

Pendant plusieurs années, l'intervention associative et humanitaire sur Calais était centrée sur les besoins primaires des exilés : conditions de vie, accès à l'eau, aux soins médicaux, etc.

Depuis 2014, notamment suite à l'expulsion très violente d'un camp<sup>2</sup>, la question de la santé mentale a commencé à se poser pour les exilé.e.s mais également pour les intervenant.e.s. Au début de l'été 2015, suite à une augmentation importante du nombre de personnes vivant sur le bidonville de Calais et à une dégradation alarmante des conditions sanitaires, MdM a ouvert un centre de soins sur le bidonville. Peu de temps après, des consultations psychologiques ont été mises en place, ainsi qu'un « espace psychosocial » afin d'aborder la santé dans sa dimension globale, physique et psychique. Quelques mois après, l'hôpital a embauché un psychologue pour assurer des consultations sur le bidonville dans le centre de santé qu'il venait de mettre en place. Ainsi, nous avons réorienté nos activités vers des « maraudes », afin d'« aller vers » les exilé.e.s qui n'étaient pas en mesure d'accéder seuls aux soins de santé physique et mentale dans le droit commun et nous avons mis en place un nouvel espace psychosocial.

**Rhizome :** *Sur le plan de la santé mentale, dans quelles situations se trouve le public que vous rencontrez ?*

Les personnes que nous accompagnons ont été confrontées à de nombreuses formes de violences tout au long de leur parcours et y sont toujours confrontées. Dans le pays d'origine tout d'abord, avec les guerres, tortures, persécutions et autres horreurs. Sur la route migratoire, qui a duré plusieurs mois voire plusieurs années (certaines personnes ont quitté leur pays depuis sept ans lorsque nous croisons leur chemin sur les camps). Nombre d'entre eux ont eu des problèmes dans les pays de transit par lesquels ils sont passés avant d'arriver en France (exploitation, enfermement, ou prise d'empreinte forcée dans un pays européen, qui leur vaudra par la suite d'être « dubliné<sup>3</sup> » lorsqu'ils demanderont l'asile).

Et puis, à l'arrivée en Europe et en France : désillusions et désespoir s'accumulent. La difficulté de la frontière, après toutes celles qu'ils et elles ont déjà traversées.

Les exilé.e.s sont confrontés à des conditions de vie indignes et humiliantes. Même l'accès aux besoins de base est très limité. Les associations ont négocié pendant plusieurs années pour obtenir des toilettes et points d'eau. Certains camps les négocient encore.

Ces exilé.e.s redécouvrent les violences policières, civiles ou des passeurs, alors même qu'ils et elles fuient des violences et sont en recherche de protection et de sécurité. Pour des personnes ayant été torturées par des gens en uniforme, voir la police en permanence sur leur lieu de sur-vie et subir ces violences ne fait que raviver les traumatismes et les souffrances.

Les exilé.e.s sont également confrontés à de nombreuses violences institutionnelles. Les différentes démarches sont longues et incompréhensibles. L'absence d'interprétariat est un obstacle supplémentaire, ne permettant que difficilement l'accès à l'information et aux droits, et mettant à mal la possibilité de prendre des décisions éclairées.

Ces différentes violences de l'inhospitalité ont été dénoncées à de nombreuses reprises par les associations, mais également par le Défenseur des Droits, Human Rights Watch, ou la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

Ces situations occasionnent beaucoup de souffrances sur le plan psychique et moral. Celles-ci sont souvent réactionnelles à ce que les exilé.e.s sont en train de vivre, en lien avec les conditions de sur-vie, la déshumanisation, le traitement dégradant qu'il leur est imposé, la précarité. État dépressif, état de sidération, stress et anxiété sont des problématiques récurrentes. Les exilé.e.s sont souvent en proie à des troubles du sommeil, de l'appétit, de l'affectivité, de la pensée.

De nombreuses personnes présentent des états de stress post-traumatiques, liés à des situations de violences vécues antérieurement et/ou à Calais.

Une part importante des souffrances dont nous sommes témoins constitue une réaction normale à une situation anormale. Certaines des personnes que nous accompagnons font également face à des troubles psychologiques/psychiatriques plus sévères, telles que des troubles de la perception, nécessitant souvent une hospitalisation en unité psychiatrique.

Par chance, des facteurs de soutien social et communautaire existent bien souvent au sein des différentes communautés présentes. Ils constituent des repères réels auxquels les personnes en souffrance peuvent se référer ainsi que des supports de résilience sur lesquels elles peuvent s'appuyer.

**Rhizome:** *Qu'implique le contexte d'urgence et de précarité sur votre intervention ?*

Ne semble-t-il pas absurde de tenter de favoriser le bien être des personnes au milieu d'un bidonville surpeuplé, alors que des tirs de grenades lacrymogènes résonnent quelques mètres plus loin ? Ce contexte, à l'origine de notre intervention, la sabote quotidiennement. Pour autant, celle-ci nous paraît nécessaire, au moins pour limiter les conséquences sur la santé mentale des habitant.e.s de cette zone de non droit.

Le contexte dans lequel nous intervenons est particulièrement délicat dans la mesure où il est susceptible de réactiver des traumatismes antérieurs et d'en créer, bien souvent, de nouveaux. Il n'est pas neutre, mais extrêmement destructeur et nocif pour la santé mentale.

À plusieurs reprises, nous avons accompagné les exilé.e.s ayant vu leur ami se faire écraser sur l'autoroute lors d'une tentative de passage en Angleterre, parfois sans que le conducteur s'arrête, ou encore écrasé par le train sur le site d'Eurotunnel. La violence de ce contexte est extrême : plus de 20 exilé.e.s sont morts à cette frontière en 2014, 25 personnes en 2015, 18 personnes en 2016, et déjà un jeune homme en 2017. Suite à ces décès dans des circonstances dramatiques, aucun soutien psychologique n'est mis en place par les autorités pour les proches ou les nombreux témoins (Eurotunnel a de son côté mis en place une cellule psychologique pour ses salarié.e.s), ni aucun accompagnement dans les démarches complexes de rapatriement du corps ou d'enterrement. De plus, les suites judiciaires sont peu nombreuses. Cela est d'une violence terrible pour les personnes.

Une personne en souffrance psychologique est d'autant plus vulnérable dans un contexte dans lequel sa souffrance n'est ni entendue, ni reconnue, voire reniée.

Nos interventions au sein du bidonville reflètent la précarité même du lieu dans lequel les personnes que nous recevons sur-vivent. Nous essayons de faire de notre mieux, mais dans ce contexte, notre intervention est, elle-même, véritablement fragile.

En transit sur ce bidonville, les exilé.e.s habitent la frontière, cet entre-deux insécurisant et déshumanisant. Ils et elles sont dans l'attente d'un endroit meilleur, ici ou ailleurs, dans lequel ils puissent se sentir suffisamment en sécurité pour commencer à se reconstruire. Le « voyage » n'est pas terminé. Les personnes exilées doivent en priorité satisfaire leurs besoins physiologiques et leurs besoins de sécurité afin de pouvoir se préoccuper par la suite de leur santé mentale.

Les prises en charge sont ponctuelles et limitées, ainsi les retentissements de nos interventions sont superficiels. L'engagement dans le processus thérapeutique nécessite une certaine stabilité physique et psychique à laquelle les personnes que nous accompagnons n'ont pas accès. L'attente d'une place en hébergement ou la chance d'un passage réussi pour l'Angleterre, par exemple, ne le permettent pas. La reconstruction dans le bidonville de Calais est impossible et impensable, c'est la raison pour laquelle les professionnels tentent d'apaiser les symptômes et de limiter les séquelles.

Les traumatismes, l'éloignement du pays d'origine et la perte des repères d'origine peuvent entraîner une altération du lien à l'Autre mais également du lien à soi. Le travail d'accompagnement psychologique sur le bidonville est donc principalement réduit à un travail de « (ré)humanisation ».

Nous aspirons à prendre l'individualité des personnes en considération, à leur rendre la dignité et l'humanité qu'elles méritent et qui manquent tant dans ce contexte déshumanisant. Nous soulignons dès lors l'intérêt et l'importance d'ex-

traire chaque personne de cette masse que les médias et les politiques appellent « les migrant.e.s ». Selon Jean-Claude Métraux « la reconnaissance prime sur la connaissance, il s'agit de reconnaître pleinement autrui avant de faire appel à nos usuelles techniques professionnelles. » (Métraux, 2011) Avant d'être une rencontre entre un.e professionnel.le de santé mentale et un.e patient.e, il s'agit avant tout d'une rencontre humaine.

En tant que représentants de la société d'accueil, nos équipes ont pour mission première d'accueillir les personnes dans leur singularité et leur unicité. Il s'agit de reconnaître l'autre en nouant un contact, en appelant les personnes par leur prénom, en créant du lien, en interrogeant, encourageant, rassurant. Nous cherchons à souligner les forces et les capacités de résilience dont ces exilé.e.s ont fait et font encore preuve. Nous essayons également de redonner de l'importance à une histoire de vie qui devient trop souvent l'objet de démarches administratives sans fin, et qui ne leur appartient plus réellement tant elle est questionnée et malmenée. « L'injonction à témoigner » (Pestre, 2010), à raconter, à rendre audible ces violences difficilement dicibles représente une épreuve supplémentaire pour la santé mentale de ces survivant.e.s. Le récit de vie est un impératif des procédures de demande d'asile. Il résume le parcours de vie des demandeurs, réduisant ainsi la richesse de leur identité à quelques pages de papier. Il est essentiel que les personnes puissent se réapproprier ce passé qui est le leur, pour pouvoir exister et être reconnues.

Nous tentons fréquemment de rassurer les personnes quant aux symptômes réactionnels qu'elles peuvent manifester sur le bidonville. Pour ce faire, nous cherchons à déculpabiliser les réactions psychologiques susceptibles d'émerger, en replaçant le contexte. Nous nous entendons souvent dire « *ce n'est pas toi qui es fou, mais la situation qui est folle* ». Il s'agit de nommer, renommer la violence, d'essayer de lutter contre sa normalisation, sa banalisation et pire encore son acceptation dans le but de reconstruire du lien, de remettre du sens là où il n'y en a plus.

Dans le cas des violences policières, nous entendons régulièrement. « *Je suis chanceux, je n'ai été gazé que trois fois en quinze jours.* » « *Tu sais, ce n'est pas grave, j'ai vu pire en Syrie.* »

Comment les politiques d'accueil de notre pays peuvent-elles engendrer autant de violences de la part de leurs représentants ?

La violence suppose l'annulation de la dignité de l'autre et la négation de son existence. Pour nos équipes, il s'agit tout d'abord de reconnaître et faire reconnaître le statut de victime de la personne qui témoigne, et de lui renvoyer pour qu'elle puisse en prendre conscience. Les équipes sensibilisent les personnes aux lois du pays « d'accueil » et aux droits dont elles disposent, dont la possibilité de porter plainte, de saisir le Défenseur des droits, de témoigner des violences qu'elles subissent.

Un monsieur en entretien exprime et décrit sa peur de devenir fou, son épuisement lié aux conditions de vie du bidonville, à la surpopulation, aux heures de marche pour les déplacements, à la présence constante de la police, à l'intrusion déplacée des personnes le prenant en photo sans demander son accord. « *Tout le monde*

*trouve cela normal. Moi cela me rend malade.*» La banalisation de la précarité des conditions de vie et de la violence contraint les personnes à introjecter les dysfonctionnements extérieurs.

Nous essayons de mettre en place un accompagnement qui se veut global pour contrer les fragmentations et les violences dont ils sont victimes. La création d'un « safe space » physique et psychique permet d'envisager la reconstruction d'un lien, la recherche de sens là où il n'y en a plus, où tout n'est que violence. La bienveillance, l'accompagnement, le « care » sont ainsi des éléments essentiels des différentes étapes de notre prise en charge.

La temporalité particulière de ce bidonville a également un impact sur notre intervention. L'urgence, due au contexte de transit, nécessite de la part des professionnels des réponses rapides et efficaces. Les personnes que nous rencontrons sont susceptibles de ne plus être disponibles le lendemain, en cas de passage réussi pour l'Angleterre ou de déplacement. Il est donc nécessaire d'anticiper afin de limiter la rupture de soins et de traitements.

La précarité et l'instabilité du contexte obligent les professionnels à plus de « souplesse » dans leurs logiques d'intervention. Il faut pouvoir renégocier un rendez-vous en psychiatrie lorsque le patient a raté son rendez-vous parce qu'il tentait le passage, ou parce que le contrôle de police au camp a duré trop longtemps. Là encore, la précarité et la violence du contexte se rajoutent à de nombreux facteurs excluant déjà généralement ces populations des dispositifs classiques de santé mentale (par les délais de rendez-vous, l'absence de traduction, la question de la sectorisation). L'accès aux soins dans le droit commun pour ces populations en situation de précarité fait partie du plaidoyer de Médecins du Monde, et nous tentons de le faciliter au quotidien par nos activités d'accompagnement.

**Rhizome:** *En quoi consiste l'intervention psychosociale ? Quels sont ses objectifs ?*

L'intervention psychosociale est basée sur une approche globale de la personne, qui prend en compte le contexte (social, politique, économique, culturel, familial) dans lequel la personne évolue.

L'objectif de notre intervention est préventif et curatif : il s'agit d'aider les personnes à maintenir une santé mentale suffisamment bonne, et de limiter l'apparition de troubles, la dégradation de leur santé mentale, mais également d'accompagner les personnes en souffrance vers un mieux-être. Nous tentons de favoriser la résilience, de créer un cadre dans lequel les personnes puissent renforcer leurs capacités à se prendre elles-mêmes en charge.

Nous partons sur la définition de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon laquelle « la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux ». L'idée ici est d'aider à développer ou maintenir une santé mentale suffisamment bonne dans ce contexte destructeur.

Pour cela, nous ne travaillons pas seulement avec les individus, mais avec le collectif, pour restaurer et maintenir le fonctionnement social de la population qui se



retrouve dans cet environnement de crise, où les mécanismes de protection et de soutien antérieurs sont mis à mal. Nous tentons de favoriser leur développement et leur reconstruction.

Quel intérêt y a-t-il à prendre uniquement en charge la santé mentale de la personne si celle-ci continue à vivre dans un bidonville alors qu'elle souhaite en sortir (pour aller dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, dans un foyer, ou encore pour trouver un appartement lorsqu'elle a obtenu le statut de réfugié)? Il s'agit donc d'accompagner la personne dans toutes les sphères en faisant du lien avec les autres acteurs. Le psychologue a souvent un rôle de liaison, permettant de présenter un cadre unifié d'intervention et éviter ainsi le morcellement des prises en charge.

**Rhizome:** *Concrètement, quel est votre cadre de travail et comment vous l'adaptez en fonction des situations ?*

Notre cadre d'intervention est très large. Nous travaillons dans une démarche centrée sur la personne et ses besoins. Chaque prise en charge est unique, et se définit avec le patient, qui est au centre de sa prise en charge, et pas uniquement « consulté ».

Cette démarche peut aussi impliquer un accompagnement, par un psychologue, du patient pour certaines démarches : préparation du dossier d'asile, consultation médicale ou psychiatrique, recherche d'hébergement, etc. Généralement nous proposons cette « médiation » quand les souffrances psychologiques et/ou psychiatriques du patient peuvent être un obstacle à une prise en charge adaptée et de qualité. Nous avons le souci que cet accompagnement soit provisoire et s'inscrive dans une démarche d'autonomisation. Autrement dit, cette proposition n'est pas systématique. Elle dépend des problématiques et difficultés des patients et des interlocuteurs auxquels ils vont être confrontés. Il s'agit de faire du lien entre les patients en souffrance psychique et les dispositifs pour que la rencontre se fasse dans les meilleures conditions.

D'autres fois, il peut s'agir de discuter avec les leaders religieux pour une prise en charge, de trouver une solution de sortie d'hôpital psychiatrique adaptée pour un exilé, etc.

Les psychologues se doivent d'adapter le cadre de leurs interventions en permanence, tant il est large et mouvant.

Concrètement, nous avons deux dispositifs d'intervention principaux :

### **La « tente psychosociale »**

C'est un lieu dans lequel chacun apporte ce qu'il souhaite. Notre objectif est d'offrir un lieu libre, un « safe space » qui favorise l'empowerment, le lien social, la rencontre entre les communautés, l'autonomie. Il ne s'agit pas de faire à la place, mais de donner les outils pour faire. De nombreux outils de médiation artistique sont disponibles dans ces espaces : feutres, peinture, argile, matériel de création, des livres

dans les langues d'origine et en anglais, dont les personnes peuvent se saisir. Dans une autre partie de l'espace, les psychologues et médiateurs impulsent des ateliers créatifs : réalisation d'attrapes rêves, de potagers, de peinture, de carnets de voyage, patchwork, mandalas, techniques de relaxation et respiration, calligraphie, auxquels ceux et celles qui le souhaitent participent, le temps qu'ils souhaitent. Nous favorisons la valorisation des compétences des exilé.e.s en leur proposant de mettre leurs compétences à profit au sein de cet espace : cours de français animés par des exilé.e.s francophones, cours de yoga par d'anciens sportifs.

Par le biais de ces activités, il s'agit de maintenir une santé mentale suffisamment bonne pour les exilés, de travailler différentes compétences psychosociales. L'OMS la définit comme suit : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » C'est un lieu où l'on s'autorise à penser à soi, et à prendre du temps pour soi. L'acte très simple d'écouter une musique que l'on choisit et qui nous apaise peut faire beaucoup de bien lorsqu'on est en transit depuis des mois ou des années. Lire un livre dans sa langue d'origine, dessiner, écrire, (se) raconter, tant de choses qui nous paraissent banales au quotidien mais qui manquent dans cet endroit.

Dans cet espace, il n'y a pas d'obligation. Oublions donc les « *Where are you from?* », « *Why did you leave your country?* » et ce genre de questions auxquelles les exilé.e.s doivent répondre parfois plusieurs fois par jour. Les équipes ont toujours une oreille disponible pour les personnes désireuses de parler de leur parcours. Elles ne posent pas de question mais peuvent être dépositaires d'histoires de vie. Les entretiens individuels sont possibles, dans un coin calme et isolé de la tente, dehors ou autour d'une table dans le container adjacent, selon le cadre dans lequel la personne se sent le plus à l'aise pour décharger ses souffrances.

Dans l'espace collectif ou en individuel, les personnes peuvent se remémorer le récit du voyage, les souvenirs des violences dans les pays d'origine, des trajets en bateau. La difficulté des conditions de vie, les violences policières ou les tentatives de passage de la veille, les démarches administratives en cours sont également fréquemment évoquées. Mais les équipes sont également témoins d'échanges riches d'émotions, de passions, de partage et de diversité. Ce lieu est à l'image de ceux et celles qui le fréquentent, chargé chaque jour de ce que les exilé.e.s souhaitent y apporter et accessible à tous.

### **Les « maraudes »**

L'objectif est « d'aller vers » les personnes en souffrance psychique qui ne seront pas en mesure d'accéder aux soins de santé mentale par elles-mêmes.

Notre but est de repérer ces personnes, de les informer, les orienter et/ou accompagner vers une prise en charge adaptée, maintenir le lien, suivre la personne et l'évolution de sa santé mentale.

Les maraudes de repérage sont des moments où nous « prenons le temps » de boire le café, de discuter, d'échanger sur nos représentations et les leurs de la santé mentale, du soin, les signes d'alerte,...

Nous expliquons les dispositifs existants sur le bidonville, tentons de déconstruire les représentations qui vont souvent avec (la rencontre d'un psychologue n'implique pas forcément d'être « fou »). Nous essayons de faciliter l'accès aux soins de santé mentale.

Les psychologues pataugent dans la boue en bottes de pluie, restent boire le thé, et font leur entretien dans la cuisine collective. Nos attitudes se confrontent souvent aux représentations que les exilé.e.s peuvent avoir des étrangers soignants, et manifestement elles seraient plutôt rassurantes. La rencontre avec notre équipe devient alors l'étape précédant les soins psychiques « classiques » pour ceux qui le nécessitent et pour qui cela semble approprié.

Pour les maraudes de suivi des patients, nous retournons régulièrement voir les patients que nous accompagnons pour nous entretenir, de façon informelle, autour d'un thé, prendre de leurs nouvelles, voir comment ils vont, vérifier l'observance du traitement s'il y a lieu, l'évolution de leur santé mentale, faire un point sur la prise en charge, faire le lien avec un autre acteur associatif.

Les équipes sont composées de psychologues, accompagnés de médiateurs médicaux, interprètes en fonction des besoins de la personne que nous allons voir.

**Rhizome:** *Avec quels partenaires avez-vous l'habitude de travailler ? Avez-vous des liens avec des « représentants » communautaires ?*

Au sein même de l'association, les équipes sont pluridisciplinaires. Des médiateurs, traducteurs, soignants, psychologues travaillent ensemble dans les différentes étapes avec les patients : repérage, orientation, accompagnement, suivi. Ces différents regards et compétences sont complémentaires et permettent une prise en charge globale.

Nous travaillons principalement en réseau pour favoriser une prise en charge adéquate et de qualité, et pour permettre leur accès aux droits.

Une grande partie de notre travail est la mise en lien entre les patients et les acteurs associatifs ou institutionnels, mais également entre ces acteurs eux-mêmes autour d'un même patient.

Nous travaillons avec les acteurs de première ligne (bénévoles associatifs, indépendants, etc. présents sur le camp) qui repèrent des personnes en souffrance psychique et nous interpellent.

Nous travaillons avec des acteurs du domaine de la santé mentale (les psychologues associatifs, l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité, l'hôpital psychiatrique, les urgences psychiatriques), mais également des domaines du médical, social, juridique, pour une prise en charge globale.

La communauté de la personne (ses amis, ses proches, sa famille), les personnes

qui vivent avec le patient au quotidien sont impliquées dans la prise en charge. Le lien avec le groupe et la compréhension du contexte et du cadre de vie du patient sont indispensables et souvent déterminants dans la réussite des prises en charge. Une personne dépendante aura plus de difficultés à arrêter sa consommation si elle n'est pas soutenue par son groupe. Tout comme une personne qui présente des symptômes de troubles post traumatique aura plus de difficultés à aller mieux si elle se sent stigmatisée dans le groupe et n'ose pas parler de ses troubles. Par ailleurs, nous échangeons beaucoup avec les communautés sur leurs représentations de la santé mentale, les nôtres, leurs représentations du soin, de la maladie, la stigmatisation.

Nous travaillons également auprès des leaders communautaires, des Imams, des curés qui nous sollicitent et que nous sollicitons régulièrement pour des prises en charge.

Il y a généralement beaucoup d'acteurs différents dans les prises en charge. Cela rend souvent les choses complexes, mais c'est cela qui en fait également leur richesse.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.**

**Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot.**

Christine Davoudian <sup>1</sup>

Médecin Protection Maternelle en PMI  
(Protection Maternelle Infantile)  
Saint-Denis

# LA GROSSESSE À L'ÉPREUVE DES RUPTURES ET EXCLUSIONS

## À PROPOS D'UN GROUPE DE PAROLES DE FEMMES ENCEINTES MIGRANTES EN PMI

### Préambule

**« J'essaie de protéger mon enfant, mais qui me protégera moi ? » Hadjidata (Côte d'Ivoire)**

La migration est un évènement sociologique inscrit dans un contexte historique, politique, économique mais aussi une histoire personnelle. Partir est toujours au final l'aboutissement d'un destin singulier qui trouve son origine dans le pays de départ. Les femmes enceintes en situation de migration vont être exposées à une double vulnérabilité. La vulnérabilité psychique singulière des futures mères en rapport avec ce déplacement identitaire majeur que constitue le passage de fille à celui du devenir mère (Bydlowski, 1997), auquel se rajoute en la potentialisant la vulnérabilité liée à l'exil (Moro, 2001), cet autre entre deux, avec tous ses bouleversements. Mais, nous pouvons aussi parler de **triple vulnérabilité** si on n'oublie pas les conditions du départ, du trajet combinées avec celles de l'accueil ici. À leur arrivée, ces femmes sont le plus souvent contraintes de vivre en marge de toutes affiliations sociales, dans une quasi invisibilité du fait des difficultés de régularisation. La plupart d'entre elles vont vivre un quotidien précaire avec des perspectives d'avenir peu lisibles. Beaucoup d'entre elles ne bénéficient pas de titre de séjour ni de perspective de régularisation, ce qui renvoie non seulement à un quotidien très éprouvant matériellement mais les expose aussi à des abus de toutes sortes. Contraintes à une « non-existence » légale souvent dans un climat de suspicion généralisée, ces femmes portent en silence les marques d'un proche passé souvent violent et l'angoisse d'un quotidien potentiellement dangereux. Les doutes sur les possibilités de rester, l'attente et les discriminations du présent provoquent une difficulté à penser l'avenir. Et l'on peut supputer que cette problématique va résonner singulièrement chez une femme qui va mettre au monde prochainement un enfant. Quelle inscription pour l'enfant quand soi-même on peine à trouver sa place ?

<sup>1</sup> Auteure et coordinatrice de deux ouvrages collectifs *Mères et bébés sans papiers* (2012), Collection 1001 BB, Èrès et *La grossesse une clinique hors norme* (2014), Collection 1001 BB, Èrès.

## Nouvelles figures de la migration féminine ?

Nos consultations de prénatal en Seine-Saint-Denis nous amènent à rencontrer beaucoup de jeunes femmes primo arrivantes qui vont accoucher pour la première fois en France mais aussi d'autres qui, à la suite de longs parcours d'errance, viennent nous voir pour le suivi d'une nouvelle grossesse. Nous avons été particulièrement interpellées par la présence (en constante augmentation) de femmes qui ne correspondent plus aux critères de la migration «classique» du regroupement familial qui prévalait encore, il y a une vingtaine d'années, dans notre territoire. Ces femmes ont en commun d'être venues seules ou de s'être rapidement trouvées isolées, de ne pas bénéficier de réseau familial ou communautaire soutenant (il peut être même maltraitant), ni d'hébergement stable. Elles peuvent vivre l'errance dans les hôtels sociaux du 115<sup>2</sup>.

Leur parcours d'exil chaotique est souvent l'aboutissement de situations de rupture déjà inscrites dans le pays d'origine. Rupture marquée de violence qui doit nous faire suspecter un vécu traumatique pré migratoire, trop souvent occulté derrière la situation de précarité.

Il ne nous faudrait pas oublier que les sociétés non occidentales et dites «*traditionnelles*» sont traversées elles aussi par d'importantes mutations. La mondialisation, internet, mais aussi les bouleversements économiques et structurels de ces pays, contribuent à bousculer les modèles traditionnels. Il faut bien dire que certaines remises en question sont portées par les femmes qui revendiquent une autre place que celle qui leur est traditionnellement assignée, qui en viennent à refuser des mariages coutumiers, l'excision. Nous pouvons voir alors se dessiner peut-être de «nouvelles figures du féminin» (Douville, 1999) qui revendiquent à leur tour que l'on ne «marchandise» pas leur corps pour fonder les alliances, que l'on n'ampute pas leur corps et qui exigent une autre place comme sujet social et dans la structure familiale. Mais si les lois évoluent et leur sont plus favorables, les mentalités et les organisations des groupes d'appartenance ne suivent pas toujours et il n'est pas rare qu'elles doivent payer un prix fort pour ce qui apparaît comme transgressif. Le prix en est souvent l'exclusion, le reniement ou même pire. Certaines prendront alors la route pour un ailleurs plus favorable ou protecteur. «*Je préfère être sans droit en France qu'avec des droits en Afrique*» nous disait l'une d'entre elles (Côte d'Ivoire). Sans oublier les guerres qui amènent leur lot de réfugiés. Nul besoin d'ouvrir les journaux ou la télévision quand on travaille dans un service public pour rencontrer la «violence du monde», et l'actualité de ces derniers mois s'est fait l'écho de la détresse de ces réfugiés.

<sup>2</sup> 30% de nos patientes vont se retrouver en errance au cours du suivi de grossesse. Plus de la moitié d'entre elles vont avoir recours au Samusocial (115) (Samusocial, 2014).

<sup>3</sup> Villain, M. J. (2012). Prendre le risque de la rencontre et de l'accueil. Dans C. Davoudian (dir.), *Mères et bébés sans-papiers : une nouvelle clinique à des preuves de l'errance et l'invisibilité ?* Collection 1001 BB. Paris : Érès.

## Repenser l'accueil : prendre le risque de la rencontre<sup>3</sup>

Les missions de la PMI ne réduisent pas notre intervention qu'à un suivi médicalisé mais nous engagent dans une préoccupation préventive, en particulier en ce qui concerne le soutien à la parentalité. Or il est bien admis que cette prévention commence en amont, pendant le temps de la grossesse, reconnaissant qu'en périnatalité ce qui est préventif et curatif pour la future mère est préventif pour l'enfant à



venir. C'est donc avec cette attention que tous les acteurs de la PMI seront amenés à collaborer pour accompagner et soutenir les futures mères les plus vulnérables. Il nous faudra non seulement inclure dans nos espaces communs et partagés ces femmes le plus souvent exclues de toutes autres institutions mais aussi penser des propositions innovantes spécifiques. Or, nous allons nous retrouver dans une posture pour le moins paradoxale : accueillir « *comme les autres* » ceux qui justement ne sont « *pas tout à fait* » comme les autres. Il y a bien à penser les difficultés qu'il y a à travailler avec nos postures habituelles de soignants et d'accueillants avec des personnes qui se retrouvent hors champs social et « hors la loi ». Qu'en est-il alors de nos pratiques ainsi confrontées à toutes sortes de difficultés inhérentes aux limites des possibles du champ social ? En effet, notre travail habituel est quasi empêché par ces zones de réel dont on ne sait pas toujours très bien comment faire avec. Cette grande exclusion constitue comme une « butée » (*une butée du réel*) (Boukobza, 2012) qui peut nous faire trébucher. Sidération, découragement mais aussi déni nous menacent constamment et nous exposent à des constructions défensives pas toujours favorables à l'accueil de ces personnes. Rencontre risquée aussi quand ces personnes amènent avec elles, souvent silencieusement, des violences inédites qui viendront empiéter notre espace psychique et déborder nos possibilités de représentation, suscitant alors angoisse et malaise. Le désarroi, la difficulté de penser ces situations témoignent aussi des effets contre transférentiels d'une clinique traumatique souvent sous estimée par nos institutions. Mais il faudra bien continuer à accueillir et écouter les désirs et rêves de nos patientes sans les réduire à n'être que des sujets de besoins.

Ouvrir des espaces de narrativité groupale nous a paru comme une proposition pertinente dans ce contexte de solitude, de désaffiliation majeure mais aussi d'invisibilité voire d'effacement du sujet.

## Le groupe de parole

**« Nous savons que vous ne pouvez nous donner des papiers, une maison, mais vous nous avez donné une voix et c'est déjà beaucoup. » Nicole (Congo)**

Le groupe a donc débuté en 2004, dans une PMI de la ville de Saint-Denis sur ma proposition comme médecin en charge du suivi de grossesse et avec la participation de la sage-femme. C'est une proposition ciblée que nous adressons au cours de nos consultations aux jeunes femmes les plus isolées et les plus désaffiliées. Ces critères ne sont bien sûr pas stricts. Nous avons rarement eu besoin d'avoir recours à un interprète, ces femmes dans l'ensemble maîtrisaient le français. Le groupe se réunit une fois par mois dans une salle conviviale de la PMI. Nous accueillons les femmes dès le début de la grossesse et jusqu'au premier mois de vie de l'enfant. Ce temps du post-partum permet une présentation de l'enfant au groupe.

Les thématiques abordées vont être d'une grande richesse. Elles balayent le passé et le présent, rassemblent des situations communes, mais aussi laissent la place

aux histoires individuelles. Nous ne pouvons dans cette présentation rapporter en détail et avec profondeur toute la diversité et complexité des échanges<sup>4</sup>, aussi nous nous contenterons de citer les thèmes les plus fréquemment évoqués.

### Évocation du pays d'origine

Le pays d'origine est évoqué avec beaucoup d'ambivalence : il est à la fois le « *doux berceau* » des origines mais a pu devenir le lieu de persécutions et de menaces. Nostalgie et colère, manque et rejet.

L'évocation des personnes absentes, restées au pays est une thématique largement partagée souvent avec beaucoup d'émotions (tristesse, pleurs, voire pour certaines l'expression d'une véritable détresse). La mère est convoquée en premier lieu (ou substitut maternel, la grand-mère, tante). Elle fait particulièrement défaut dans ce temps de grossesse. Le besoin d'une attention maternelle est parfaitement verbalisé par toutes ces femmes. L'évocation des mères se révèle une thématique riche et complexe marquée aussi d'ambivalence. Elle permet d'aborder la place de la mère dans leur vie, les manques ou le « *trop envahissant* ». Beaucoup d'entre elles ont exprimé la nécessité de mettre de la distance. Le départ comme une tentative d'autonomie, une mise à distance de l'ombre maternelle pour advenir mère à son tour ? Thématique universelle s'il en est. Autre absence douloureuse : celle des enfants restés au pays qui génère inquiétudes et culpabilité. Souvent le départ a été précipité et les moyens non réunis pour entraîner les enfants dans une aventure périlleuse et incertaine.

### La révélation des traumatismes

Il n'a pas été rare que des femmes s'autorisent (pour certaines « *pour la première fois* ») à confier au groupe la révélation d'un événement traumatique (morts d'enfants ou de parents, IVG clandestine, maltraitements, violences, viol, incestes...). Les mots sont toujours extrêmement pudiques (souvent allusifs), mais l'émotion intense. Le groupe accueille ces récits avec beaucoup d'attention, d'empathie, sans débordements émotionnels.

Ces récits de violences sont malheureusement loin d'être exceptionnels et certaines jeunes femmes nous révèlent alors une situation clinique psychique de trauma pas toujours décelable lors de la consultation médicale. On peut penser que cela devient possible à la faveur d'identifications communes et de l'empathie groupale qui ne semble jamais faire effraction à la pudeur mais au contraire forme comme une protection.

### La question de la transmission

Cette période de grossesse, à l'approche de l'accouchement, est aussi le temps des interrogations sur les origines, la culture et la transmission. « *Qu'est-ce que l'on va donner à l'enfant ?* » « *Qu'est-ce que l'on garde et qu'est-ce qu'on laisse derrière soi ?* » C'est en ces termes que ces questions vont être abordées. Les réponses vont être bien sûr différentes en rapport avec le degré d'acculturation de chacune mais aussi leur histoire individuelle et leurs rapports plus ou moins conflictuels

<sup>4</sup> Le groupe de parole a fait l'objet d'un mémoire de l'auteur et d'une captation filmée. Bagoë-Diane, C. *Accoucher en terre étrangère*. DVD disponible chez l'auteur.

avec leur famille ou communauté d'origine. Les ruptures violentes qui émaillent leur parcours conduisent certaines à fantasmer de débiter un nouveau lignage à partir de la venue de cet enfant sur cette nouvelle terre.

Mais le plus souvent, ce temps de parole va permettre d'élaborer ensemble le passage de «là-bas à ici», d'accrocher le futur enfant à l'arbre familial, mais aussi de commencer à le rêver comme «l'enfant de la France».

## Bénéfices du groupe pour les patientes

Créer du lien est bien sûr le bénéfice immédiat. Certaines femmes ont échangé leurs numéros de téléphone et sont restées en contact. Elles se sont rendues ensemble au chevet d'une jeune accouchée reconstituant ainsi le réseau féminin étayant.

### Permettre l'expression d'une parole retenue et censurée

Comment dire à ceux restés au pays que l'on va mal ? Certaines veulent épargner leur famille. *«J'envoie un peu d'argent au pays, ma mère croit que tout va bien pour moi, je ne peux pas la détromper.» «C'est pire pour eux là-bas, alors je ne vais pas me plaindre.»* Voilà ce qu'on entend le plus souvent chez celles qui se considèrent déjà chanceuses d'être ici. Trop de culpabilité *«pour se plaindre»*. Mais, aussi peu d'oreilles compatissantes pour écouter les «transgressives» qui ont rompu avec les codes culturels. *«Tu as voulu partir là-bas alors assume !!»*

Permettre à la femme de se réapproprier son histoire, de donner du sens à son parcours, à sa présence dans ce nouveau pays est essentiel mais aussi fondateur. D'où vient-on ? Pourquoi est-on partie ? Questions qui nécessitent des réponses permettant de retrouver de la cohérence dans des parcours souvent chaotiques, émaillés de ruptures. Cette narrativité permet aussi d'inscrire le futur enfant dans son histoire et *«le bébé a besoin d'une histoire»* nous rappelle le psychanalyste Bernard Golse (2005).

### Remobilisation psychique

Au décours des séances nous avons pu voir des patientes «se réanimer». Constat physique : les postures se redressent, le regard va à la rencontre de l'autre, la voix s'affermie. Les plus silencieuses, voire mutiques, retrouvent une parole, se «dégèlent» en exprimant émotions, pleurs, rires, colères. Reprise aussi dans certains cas d'une vie psychique qui paraissait comme suspendue pour certaines. *«Après le groupe, j'ai recommencé à rêver»*, nous dit Rita.

Le groupe s'il autorise la mise en mots de la souffrance permet aussi l'expression des forces vives et des ressources individuelles de chacune.

Nous découvrirons parmi elles, de véritables résilientes. Des femmes (re)venues de loin dans tous les sens du terme, qui ont su surmonter des traumatismes (souvent survenus tôt dans leur enfance). Elles se montreront les plus créatives dans les stratégies de survie au quotidien. Ces femmes jouent un rôle essentiel dans le groupe. Comme beaucoup de résilientes, elles sont promptes à soutenir les autres

et à les orienter vers les lieux ou personnes ressources. Elles apaisent les autres par leur capacité de mise à distance de la souffrance. Enfin, elles s'avèrent souvent les plus aptes à se projeter dans le futur, d'envisager les possibles et en cela, elles permettent aux autres de se construire à leur tour des images d'avenir.

### Ouvrir l'accès au soutien psychologique individuel

Le groupe, comme une chambre d'échos des souffrances, a pu aussi ouvrir la porte à la prise en charge psychologique individuelle qui n'avait pas fait sens lors des propositions antérieures.

### Bénéfice pour les professionnels

Les professionnels présents n'ont que des bénéfices à retirer de leur participation au groupe. Connaissance plus approfondie de l'histoire de leurs patientes mais aussi partage émotionnel qui renforce et vivifie les liens avec nos patientes. Elles nous ont donné à voir un autre visage: celui de femmes «au destin singulier» actrices de leur destin qui, pour la plupart assument leur choix d'exil. Découverte alors de leurs ressources psychiques, de leurs forces vives. Enfin, la mise en place de ce dispositif nous a permis à notre tour de re-dynamiser et re-mobiliser notre désir. La très grande précarité nous expose nous aussi, comme en miroir à une sidération psychique, une anesthésie émotionnelle défensive ou à un envahissant sentiment d'impuissance. «*Trop c'est trop, je me sens paralysée*», nous disait une collègue sage-femme. Le groupe a pu occuper une fonction tierce pour absorber ce qui est parfois du «trop» et nous permettre ainsi de ne pas nous laisser happer dans une relation duelle.

### La place des soignants «à l'écoute»: un transfert du «troisième type»?

Le groupe n'a jamais pu se constituer par l'intermédiaire d'affiches ou de propositions faites par d'autres professionnels. Aussi l'invitation a été faite au cours des consultations à la faveur d'un lien de confiance et une évaluation des besoins. La venue et la fidélité des femmes au groupe ont validé après coup nos intuitions cliniques. La nature particulière du lien entre la femme enceinte et le professionnel qui accompagne la grossesse, qui touche leur corps, s'est révélée ici particulièrement opérant (Molénat, 1992). La présence de ces professionnels dans un groupe de parole est un signe fort qui permet de se dégager du clivage «esprit /corps». Rappelons que le temps de la grossesse est un dialogue permanent entre le vécu corporel et le vécu psychique, avec un enfant qui se rêve mais aussi qui prend corps à l'intérieur de soi. Le professionnel, attentif aux mouvements du corps, ne peut rester étranger aux mouvements psychiques. Comme nous le rappelle Patrick Ben Soussan (2000), nous sommes comme «les parrains d'un autre temps, ceux qui accompagnent les grandes mères et les protègent dans leur vulnérabilité, des dangers du monde. Vous êtes à une place singulière. Il est des rendez-vous que l'on ne peut rater en ce temps de maternité, rendez-vous avec l'histoire des femmes, avec leur inconscient, avec quelque chose de l'avenir de l'enfant qui déjà

s'organise.»

Cette place reconnue du soignant au sein du groupe bénéficie bien sûr du transfert positif déjà mis en place au cours de la consultation singulière. Mais au-delà de cela, nous avons pu noter combien il paraissait essentiel à ces femmes de nous parler, de s'adresser spécifiquement à nous, Françaises représentantes d'un Service Public et peut-être de la République française. République dont justement elles étaient exclues. J'ai pu éprouver (contre-transférentiellement ?) qu'il se passait à ces moments une chose au-delà de ce qui compose habituellement les éléments classiques du transfert en psychanalyse. Quelque chose qui pourrait être comme la dimension sociale du transfert. Notre présence et attention viendraient alors comme réparer les blessures de l'exclusion.

## Conclusion

**«*Nous ne sommes pas des femmes de papiers !*» Fatima**

Si le groupe ne se veut pas un lieu psychothérapique, il a indéniablement une fonction soutenance. Il s'avère être, selon nous, un dispositif pertinent pour la prévention de la dépression maternelle chez ces jeunes femmes migrantes isolées. Les patientes nous l'ont fait savoir par l'expression de leur satisfaction et par l'amélioration clinique constatée. Il peut donc être pensé comme un vrai dispositif de préparation à la naissance. Ce processus d'accompagnement devrait pouvoir se poursuivre après l'arrivée du bébé.

Bien évidemment, les problématiques sociales et administratives dépassent le cadre des compétences des seuls acteurs de santé mais, de même que l'étranger ne peut être renvoyé qu'à sa culture, le précaire ne peut pas être renvoyé qu'à sa précarité. Les femmes ont très peu évoqué dans le groupe leurs difficultés matérielles et sociales (qui pourtant étaient majeures). Elles nous ont donné à entendre toute leur singularité et leur richesse de personne. Elles nous ont dit leur refus de n'être que des «*sans*» («*sans papiers*», sans domicile, sans famille...) et ont clairement affirmé leur volonté d'exister comme sujet, dans toutes les dimensions de leur humanité. Devenir sujet de notre intérêt, de notre curiosité pour leur histoire et non réduites à n'être qu'objet de nos préoccupations ou sollicitudes et renvoyées sans cesse à leur précarité. Voilà l'invitation qui nous est faite, à nous de trouver la disponibilité et la créativité pour y répondre.

## Post scriptum

Malgré nos dispositifs et notre accueil, nous restons bien préoccupés sur le devenir de ces femmes et de leurs enfants (familles aussi) dans le contexte politique actuel. Avec de véritables inquiétudes sur la construction de la parentalité pour ces femmes exclues et marginalisées, regroupées parfois en des espaces sociaux déstructurés et fermés à la règle commune. Inquiétudes aussi sur le devenir des enfants pris dans ces systèmes d'exclusion et de disqualification de leurs parents. Inquiétudes légitimes face au «*climat*» ambiant qui exclue, discrimine et transforme le sujet souffrant en intrus et suspect.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ben Soussan, P. (2000). *La grossesse n'est pas une maladie*. Paris : La découverte.
- Boukobza, C. et coll. (2012). *Bébés précaires. Comment les accueillir ?*  
Dans O. Douville (dir.) et al., *Clinique psychanalytique de l'exclusion*. Collection Inconscient et Culture. Paris : Dunod.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris.
- Douville, O. (1999). À propos du parcours de soins des patients africains séropositifs en France. *Cliniques méditerranéennes* (59/60).
- Golse, B. (2005). Avant propos. Dans B. Golse (dir.) et S. Missonnier, *Récit, attachement et psychanalyse : pour une clinique de la narrativité*. Collection la Vie de l'enfant. Paris : Érès.
- Molénat, F. (1992). *Mère vulnérable. Des maternités s'interrogent*. Stock.
- Moro, M. R. (2001). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Collection Fil rouge. Paris : Presses universitaires de France PUF.
- Samusocial (2014). *Étude : ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*. Observatoire du Samusocial de Paris.
- Villain, M. J. (2012). Prendre le risque de la rencontre et de l'accueil. Dans C. Davoudian (dir.), *Mères et bébés sans-papiers : une nouvelle clinique à des preuves de l'errance et l'invisibilité ?* Collection 1001 BB. Paris : Érès.

Claire Gekiere

Psychiatre  
Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)  
Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie  
Chambéry

# AU-DELÀ DU TRAUMATISME : PRATIQUE D'UNE PSYCHIATRE EN ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ

« Je soussignée, Dr Claire Gekiere, psychiatre des hôpitaux, praticien hospitalier, certifiée suivre depuis janvier 2014. Mme ..., originaire de la République Démocratique du Congo, arrivée en France en juillet 2013, et actuellement hébergée au Cada de ... »

Elle présente des troubles psychiques tout à fait évocateurs de psychotraumatisme, associant :

- *Insomnie chronique, avec cauchemars récurrents (où elle voit des personnes masquées la poursuivre pour la tuer avec des couteaux);*
- *Reviviscences diurnes, avec angoisse majeure, troubles de l'attention et de la concentration, entraînant une gêne quotidienne avec de nombreux oublis, et pouvant perturber sa communication et sa compréhension;*
- *Ruminations anxieuses quasi permanentes, portant surtout sur le sort de ses deux enfants restés au pays, dont elle n'a pas de nouvelles;*
- *Irritabilité, contrastant avec son caractère antérieur, dont elle a tout à fait conscience;*
- *Maux de tête récurrents, mal calmés par les antalgiques, et douleurs abdominales fréquentes.*

*La prise en charge psychiatrique (médicale et infirmière) et la prise d'un traitement psychotrope est indispensable et doit se poursuivre. Le traitement (sédatif et prescription de prazosine, pour lutter contre les cauchemars post-traumatiques) a permis une amélioration du sommeil, de nouveau très perturbé lorsque de nouveaux problèmes surviennent.»*

Lors des consultations de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)<sup>1</sup>, des certificats comme celui-ci, j'en rédige plusieurs par mois. Ils sont un élément important de la prise en charge de personnes migrantes à différents stades de leur parcours

<sup>1</sup> L'EMPP de la Savoie est composée de cinq infirmiers, un cadre, une psychologue et une psychiatre à mi-temps, un temps de secrétaire et de cadre supérieur de santé. Elle dépend du Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie (CHS). Les consultations psychiatriques se déroulent en accueil de jour, en hébergement, et parfois au CHS.

du combattant comme demandeurs d'asile, puis de personnes déboutées pour nombre d'entre eux :

- Pour l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra), en insistant sur les troubles de concentration et souvent la sidération qui conduit les gens à parler des horreurs qu'ils ont vécues sans émotion apparente.
- Pour la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), la certification du psychotraumatisme comme élément de preuve de l'évènement traumatique.
- Pour des personnes déboutées pour une demande dite « étranger malade », et ensuite dans diverses procédures de recours après le refus, maintenant fréquent en Savoie malgré l'avis favorable du médecin de l'Agence Régionale de Santé, de ce titre de séjour.

Ces prises en charge nous confrontent à une double inclusion stigmatisante : soigner des « migrants précaires ». Indemnes de troubles psychiatriques pour la plupart avant de vivre ce qui a provoqué leur exil, « des personnes non malades, mais souffrant soudainement de faits anormaux » (Fassin et Retchman, 2007), ils se retrouvent installés dans une précarité durable par notre accueil en France. En effet, l'inhospitalité des conditions politiques de l'accueil fabrique pour ces personnes un monde social pénurique et souvent violent (Jamouille, 2013). Chacun sait qu'être privé d'un toit, ne pas avoir le droit de travailler et rester donc dépendant d'une assistance, ne pas savoir quand et comment son sort va se jouer, est néfaste pour la santé mentale et peut provoquer des troubles psychiques qui s'intriquent alors avec le tableau de psychotraumatisme.

Notre travail consiste donc à travailler avec ces inclusions stigmatisantes, puisque cette précarité construite amène ces personnes plutôt vers l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) qu'en psychiatrie de secteur, en tout cas en première intention. La mobilité forcée imposée aux migrants est l'obstacle principal à une prise en charge initiale en CMP, une fois dépassés le sentiment d'impuissance initial, le mode d'emploi pour avoir un interprète (excellents en Savoie) et l'ébahissement devant les conditions de vie faites aux personnes.

Car quand les soignants découvrent, à l'occasion d'une demande en CMP, les obstacles kafkaïens que doivent surmonter les migrants (hébergement aléatoire et très conditionné par le statut, difficultés pour se nourrir, complexité et longueur des procédures, rebuffades à la préfecture...), le gouffre qui sépare leurs conditions de vie du discours officiel (la France reste une terre d'accueil, l'hébergement d'urgence est inconditionnel dans la loi...) et l'impact sur la souffrance psychique, il leur faut un temps d'accommodation et souvent d'échange avec notre équipe pour retrouver leurs moyens et pouvoir s'occuper de ces personnes.

Ce travail sur les inclusions stigmatisantes est indispensable si nous voulons faire correctement en même temps notre travail psychiatrique, et soulager des souffrances psychiques intenses et durables. Je les aborderai donc l'une après l'autre.



## Exister plutôt que survivre

Les personnes que nous recevons ont abandonné beaucoup : des grands pans voire toute leur famille, leurs proches, leur travail ou fonctions, leur pays, souvent une communauté religieuse, un parti politique, une association, en général plusieurs groupes d'appartenance<sup>2</sup>. L'accumulation de ces pertes, ajoutée aux violences physiques graves ou menaces vitales répétées altèrent le sentiment d'exister, le sens de la vie.

«C'est que la vie nous est donnée, le corps a ses exigences, mais le sentiment d'exister, être en accord avec soi-même et avec la vie qu'on mène est une construction.» (Neuburger, 2012) Je peux aussi le formuler ainsi : notre identité se construit au carrefour de nos différentes appartenances, et une partie essentielle de notre travail est donc de conforter les appartenances qui subsistent et sont attaquées (par exemple chez un couple qui a dû fuir les familles d'origine hostiles à un mariage dit « mixte » au Kosovo, ou une femme arrivée avec certains de ses enfants de la République Démocratique du Congo, sans connaître le destin du père et d'autres enfants...), d'en favoriser l'émergence pour d'autres (retrouver une communauté religieuse, tisser des liens à l'école, trouver une association où s'impliquer...), et de lutter au maximum contre les inclusions stigmatisantes.

Il s'agit donc d'une part d'assurer une continuité relationnelle (souvent à deux ou trois : un même patient reste en lien tout au long de ses tribulations avec la même infirmière et moi-même, la psychologue et une infirmière, ou deux infirmières...) et d'autre part de proposer des appartenances possibles, dont la personne se saisira ou non, d'elle-même ou avec notre aide. Cela demande de repérer d'abord avec les personnes sur qui et quoi elles peuvent compter, s'appuyer. Certaines ne nous attendent pas pour devenir bénévoles dans des associations, trouver une communauté religieuse qui leur convienne, s'impliquer dans des activités proposées par des associations (foot solidaire, Accorderie<sup>3</sup>...).

Ce travail croise celui de la Pass (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), de certains travailleurs sociaux des lieux d'hébergement, et bien sûr celui des associations militantes s'occupant de migrants, pour qui le sentiment d'appartenance n'est pas un vain mot.

La continuité des soins a bien sûr ses limites dans une EMPP, surtout quand celle-ci est très attachée à ne pas favoriser des filières stigmatisantes. Mais il est indispensable de ne pas faire revivre des abandons aux personnes très traumatisées tant qu'elles ne sont pas suffisamment tirées d'affaire, c'est-à-dire dans une situation assez stable, notamment quant à leur lieu et conditions d'existence, ce qui peut prendre plusieurs années, notamment lorsque les personnes sont déboutées. Généralement, ce sont plutôt alors les personnes qui se détachent de nous, tout en nous donnant ensuite des nouvelles de leur devenir.

Notre préoccupation commune en équipe pour ce sentiment d'exister permet de proposer, si besoin, un abord psychothérapique individuel, ou parfois en couple ou parents-enfants. La langue n'est pas un obstacle en soi, car qu'il s'agisse de

<sup>2</sup> Un groupe d'appartenance est un groupe qui vous apporte des éléments d'identité et auquel vous en apportez (famille, association, amis...); un groupe d'inclusion est un groupe auquel vous appartenez seulement par un élément partiel commun (migrant, précaire, SDF, schizophrène, joueur au loto...). Un travail ou une classe peut être l'un ou l'autre suivant les cas (Neuburger, 2006).

<sup>3</sup> L'Accorderie pratique l'échange de savoirs, non monétarisé, ce qui la distingue des SEL (Sociétés d'Exercice Libéral); des personnes font du bénévolat à la Croix Rouge, d'autres travaillent à Emmaüs...

consultations de psychiatrie générale (avec des échanges autour des prescriptions et de l'usage concret d'une ordonnance) ou de suivi psychothérapeutique (et dans ce cas si possible toujours avec le même interprète), dans mon travail de psychiatre les interprètes sont des présences précieuses, confortables, ni « tiers » qui inter-férerait dans une relation duelle idéalisée, ni « auxiliaire », mais co-constructeur, co-créateur de relations thérapeutiques. D'autant qu'ils connaissent souvent les personnes pour intervenir dans d'autres contextes, et qu'ils ont souvent déjà gagné leur confiance (Gekiere, 2015).

---

## Traiter les symptômes

Nous recevons des personnes avec des tableaux post-traumatiques sévères avec des symptômes marqués et tenaces, évoluant souvent depuis plusieurs mois ou années.

Comme médicaments, je prescris des psychotropes classiques et peu onéreux, comme du Tercian, du Théralène et du Seresta pour les insomnies, les angoisses et les problèmes de concentration où prédominent les ruminations envahissantes. Pour les personnes avec des syndromes de répétition (cauchemars très effrayants et répétitifs, reviviscences diurnes) je prescris depuis 2014 un alpha bloquant, de la prazosine<sup>4</sup>, dont les résultats symptomatiques sont très intéressants. Les personnes n'éprouvent plus ou beaucoup moins les sensations physiques de l'effroi, et cessent de se réveiller sans cesse, épouvantées, le cœur battant dès que les cauchemars surviennent. Elles dorment donc mieux et se sentent moins épuisées le jour, avec le sentiment de retrouver un peu de maîtrise sur leur corps.

---

## Dépression ou désespoir ?

Les critères actuels d'inclusion dans le diagnostic de dépression sont très larges et conduisent à un usage extensif de cette étiquette diagnostique, ce qui entraîne un risque de médicalisation d'états de désespoir, de fatigue avec tristesse, de « péjoration de l'avenir » qui n'est souvent qu'un constat lucide. Pour ces migrants précaires, les conséquences d'un tel diagnostic peuvent être très négatives : décontextualisation et rabatement sur l'individu, et prescription d'antidépresseurs alors inefficaces (sauf éventuellement par leur effet sédatif).

Le travail psycho-corporel, en individuel ou en groupe est très intéressant, mais délicat, car s'il apporte un apaisement à bien des souffrances corporelles, il nécessite un art de la distance juste et du toucher non intrusif pour des personnes qui ont souvent été gravement violentées dans leur corps. Relaxation et massage sont possibles et demandent souvent un temps d'approvisionnement réciproque.

Une des infirmières de l'équipe, formée à ces techniques, reçoit des patients et, par période, co-anime un groupe à la maison de quartier du centre-ville de Chambéry. Et nous favorisons les formations psycho corporelles au sein de l'équipe.

<sup>4</sup> La prazosine est commercialisée comme antihypertenseur (Minipress ou Alpress). Il y a des études publiées sur son utilisation dans le stress post-traumatique.

## En conclusion

La prise en charge des personnes psychotraumatisées en EMPP peut paraître très spécifique, mais elle repose sur des principes nécessaires à toute prise en charge psychiatrique en équipe, s'attaquant aux souffrances psychiques d'abord rapportées à des individus isolés : toujours tenir compte du contexte, repérer et lutter contre les inclusions stigmatisantes, utiliser plusieurs outils thérapeutiques et souvent bricoler avec, tenir bon sur la continuité des soins, travailler avec des partenaires variés...

## BIBLIOGRAPHIE

- Fassin, D. et Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.
- Gekiere, C. (2015). Interpréter une consultation psychiatrique. *Revue Maux d'exil*. Comede.
- Jamouille, P. (2013). *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*. Paris : La Découverte.
- Neuburger, R. (2006). Rituels d'appartenance et rituels de soumission (Chapitre II). Dans *Les rituels familiaux*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, (597).
- Neuburger, R. (2012). *Exister le plus fragile et intime des sentiments*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

François Journet

Psychiatre  
Villefontaine

# ÉCARTS HUMAINS. OUVRIR LES FRONTIÈRES DE LA PSYCHIATRIE

**1** L'Ordre des médecins lance une campagne de valorisation de la profession de médecin. (2015, 2 octobre). Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1647>

**2** Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ; Centre Médico-Psychologique (CMP).

**3** Protection Universelle Maladie (Puma).

**4** Aide Médicale d'État (AME).

**5** Les médecins conventionnés en secteur 1 et 2 doivent appliquer les tarifs opposables.

**6** En 2016, 22,9 psychiatres pour 100 000 habitants en France, quand le Congo-RDC, selon l'OMS, comptait 0.066 psychiatre et 0.015 psychologue pour 100 000 habitants en 2013, soit 44 psychiatres et 10 psychologues pour près de 68 millions d'habitants (OSAR - Mai 2013). Une moyenne qui dissimule des inégalités de territoire.

« Jamais tu n'avais vu nulle part l'administration et la vie à ce point imbriquées, tellement imbriquées qu'on avait parfois le sentiment que chacun avait pris la place de l'autre. » (Kafka, 1926)

« La main qui ne répond pas pousse au suicide. » (Tchicaya U Tam'si)

En octobre 2015, l'Ordre des médecins publie une vidéo véhiculant « un message de fierté » destinée à valoriser l'exercice quotidien de la médecine<sup>1</sup>. Les personnages du film n'ont rien du mandarin aux honoraires exorbitants, du spécialiste refusant la CMU (Couverture Maladie Universelle) ou du racketteur d'étrangers malades : ils exercent une médecine moderne avec humanité, en accord avec le serment d'Hippocrate récité en voix off. « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* » dit la voix, tandis qu'apparaît au-dessus du médecin, le logo de Médecins du Monde. Cette image, exonérant le praticien de son serment dans l'exercice habituel, n'assigne-t-elle pas le patient précaire aux réseaux caritatifs, ainsi promus spécialistes de l'accueil de ce public ? Plus généralement, le patient précaire, qui sera ici un migrant précaire, n'est-il pas présumé usager de structures, sinon caritatives, du moins publiques, Pass ou CMP<sup>2</sup>, inapte à intégrer le réseau de soin privé ?

Le droit commun ne se limite pas au public. Les bénéficiaires de la Puma<sup>3</sup> (pour les demandeurs d'asile) ou de l'AME<sup>4</sup> (pour les personnes déboutées de l'asile) ont accès à la psychiatrie privée conventionnée qui nous intéresse ici<sup>5</sup>. Mais qu'en est-il en réalité ? Est-il raisonnable, souhaitable, d'accueillir ces patients en souffrance psychosociale dans l'isolement d'un cabinet de psychiatrie, quand les spécialistes soulignent l'importance du travail collectif ? Et comment franchir l'obstacle de la saturation des cabinets, qui n'a rien à envier à celle des structures publiques ?

Le Nord-Isère, où j'exerce, reflète une situation générale dans un pays pourtant riche en psychiatres<sup>6</sup> avec guichets fermés ou avec des délais d'attente à six mois en libéral. Cette saturation implique un « tri » des patients selon des critères qu'on aimerait préciser puisqu'ils détermineront l'accès in fine chez le libéral : comment encourager à recevoir ces patients ?

## Une expérience en libéral

Je reçois des patients demandeurs d'asile, réfugiés et/ou déboutés, originaires principalement d'Afrique sub-saharienne, souvent francophones avec de fréquents et graves problèmes traumatiques<sup>7</sup>.

Une approche non spécifique de psychiatrie générale, un cadre géographique excentré des pôles administratifs, des CADA aux équipes investies, des associations engagées auprès des étrangers précaires, un profil particulier de patients : dans ce contexte, le premier problème tient, selon moi, de la précarité au long cours accablant ces patients. Ceci m'a conduit à des modifications inédites dans ma pratique : échanges poussés avec les interlocuteurs sociaux, juridiques, associatifs, certificats multiples et complexes, tolérance maximale dans la gestion des rendez-vous manqués, reportés, aménagements et agir multiples, attention aux besoins primaires des patients, ceci sous l'œil sadique du surmoi professionnel en ébullition.

Pour distinguer dans cette bousculade ce qui relevait ici d'aspects personnels et d'aspects communs, j'ai interrogé divers intervenants sociaux et soignants familiaux de cette clinique. En retour à un questionnaire réalisé à cette intention<sup>8</sup>, un collègue explique : *« les symptômes étaient générés par le contexte inadmissible de l'attente et de l'interdiction de travailler infligées aux demandeurs d'asile »*. Sa réaction rejoint de nombreux témoignages : *« Au début, j'étais désespéré, je rentrais malade chez moi le soir car je ne croyais pas qu'un tel niveau de misère existait en France »* - un généraliste - (Le bulletin de l'Ordre national des médecins, 2016), *« l'impression que je ne soignais plus des malades mentaux, mais des victimes de la folie du monde »* - un psychiatre de Pass - (Tremblay, 2016), *« Je me pose la question du sens du soin psy quand tout le reste est aussi écrasant... c'est complètement fou... »* - une assistante sociale en CMP - (Geny Benkorichi et Vignal, 2012).

Ces témoignages convergents décrivent une émotion conjuguant désespoir, sentiment de folie du monde, révolte. Je relie cette émotion à l'écart séparant le monde familial du soignant du monde importé par les patients. Ce deuxième monde mêle deux dimensions : l'une, l'éthos du malheur du pays d'origine où pauvreté, maladie et violence politique ont pour premiers remèdes les croyances magico-religieuses (Tonda, 2002), l'autre, le produit d'une application dévoyée du droit des étrangers en France que dénonce le rapport du Défenseur des droits (2016). Un malheur lointain, un autre proche, faisant du monde qui soutient et légitime le soignant (l'état de droit du pays d'accueil), un univers insensé, mauvais.

Ce sentiment de folie des mondes lointains et proches au cœur de l'émotion du soignant atteste d'une intériorisation par celui-ci d'une souffrance du migrant d'origine socio-politique. Cette contrainte objective externe percute une pratique habituelle visant la singularité psychique au moyen d'un échange intersubjectif à l'abri du monde. Mais si le choc peut sidérer, l'émotion mobilise, motivant le témoignage, la dénonciation de ce que fait le pays d'accueil aux patients, quand on attend qu'il garantisse contenance et sécurisation.

<sup>7</sup> Quelques suivis avec interprète grâce à une enveloppe de l'ARS ad hoc.

<sup>8</sup> Réalisé en 2015 : <http://usdmhd.eu/doc/Retour%20QDA.pdf>

## Vulnérabilité du libéral

Le rapport du réseau Samdarra sur l'état de la santé mentale des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil (2012) expose les difficultés des soignants du public. Un libéral s'y reconnaîtra: «*évolution des pratiques*», «*conflictualité éthique*», «*adaptation de la limite entre engagement personnel ou citoyen*». Mais au-delà de la concordance des problèmes, la manière d'ajuster ces écarts relativement à une pratique habituelle ne diffère-t-elle pas selon le cadre privé/public ?

Si l'angoisse du praticien en CMP quant au lieu de résidence du patient appartient au public, la souplesse d'aménagement des limites professionnelles/privées ne dépend-elle pas plutôt du rapport singulier qu'a le soignant relativement à son émotion ? Dans quelle mesure, l'écart *public/privé* ou *structure collective/structure individuelle* conditionne-t-il les écarts à la norme dans une pratique de soin ?

L'exercice libéral confronte à une borne économique (le paiement à l'acte ne rémunère que la consultation effective) et, surtout, à la solitude. Quand l'équipe se réduit au praticien, sans cerbère à la porte du patron, ni filtre hiérarchique ni protocole institutionnel, le dispositif thérapeutique et ses règles sont à la merci du seul praticien.

Cette personnalisation est une opportunité et une vulnérabilité. Elle favorise l'investissement du patient si elle ne l'affole pas, mais fragilise le praticien dans sa capacité à penser quand s'imposent dans l'espace thérapeutique des éléments traumatiques ou projectifs ET la réalité externe qui enveloppe inextricablement le patient.

L'effraction traumatique doublée du fardeau des priorités de survie du sans-droit auront toute *chance* de franchir la frontière du dispositif habituel. *Chance* comme risque mais aussi comme espoir car cette intrusion est la porte que ce patient nous propose, avec qui il s'agit de soutenir cette *reliance* à *l'humanité* dont parle Roisin (2014), malgré, parfois, son apparente dé-subjectivation.

## Mal lointain, mal proche

Monsieur A. debout, mime son arrestation d'une violence inouïe, les tortures abjectes. Horrifié, je ne peux détourner le regard : l'acteur requiert un spectateur. J'ai changé d'univers, je suis à l'intérieur d'une douleur. Suis-je un voyeur sidéré, coupable de non-assistance à cet homme violenté, le bourreau jouissant de son pouvoir, un autre lui-même dissocié, observant son propre anéantissement ? Comment faire, au-delà de la tourmente de dégoût, rage, impuissance, incrédulité, désespoir, honte d'appartenir à l'espèce humaine ?

Des patients, au contraire, taisent, éludent. Certains, distanciés, gelés, d'autres agités entrent sans frapper, franchissent notre espace de sécurité physique, un regard affolé où l'on croit lire la violence. Échanger est difficile quand l'être semble réduit à une écorce, dépourvu d'une substance à partager.

D'autres, comme Monsieur B., sans papier, petit-fils d'un héros de l'indépendance du Congo assassiné, sont d'une délicatesse remarquable. Son respect chaleureux fait mal. Lui qui dort dehors, peine à se nourrir, vient un jour le visage déformé par un abcès considérable en attente d'un rendez-vous dentaire quatre jours plus tard. La vision de sa fiancée enceinte qui fut battue à mort le hante mais il se comporte comme si protéger son interlocuteur était prioritaire.

« Ça me dérange », « ça me fatigue », disent ces hommes épuisés, poursuivis chaque nuit par des militaires dont les silhouettes persistent dans la chambre au réveil hurlant. Un autre, évoquant sa famille disparue, se frappe violemment la tête : « ça me fait très mal ! » Exfiltrée en catastrophe pour éviter le pire après son incarcération, cette femme qui a laissé 4 enfants au pays me dit avoir appris la veille que sa fille de trois ans était malade : disant ceci elle se met à vomir.

Cet écrasement par le traumatisme psychique, les souffrances de l'exil, du deuil, dénudent, arrachent les oripeaux socio-psychologiques qui nous identifient. Ne reste qu'un socle résumant notre humanité commune, qui fait des étrangers que nous sommes, des frères. Un sentiment de retour à l'essentiel émerge.

La relation thérapeutique débutante s'institue dans un ressenti contradictoire d'étrangeté et de familiarité, de distance infranchissable et d'étonnante proximité. Ce patient n'est pas ce fou étrange qu'il craint de devenir, il a la figure du messager maudit. Il n'annonce pas une pathologie déconnectée de l'histoire du monde, il nous contraint à voir ce qui doit rester enfoui.

Ces africains sont messagers d'une histoire oubliée, niée, commune au pays d'accueil et d'origine au travers des colonisations et des indépendances. Ils portent la désillusion fondamentale, désespérante, de cette possibilité qu'a l'homme de transgresser les tabous anthropologiques (Roisin, 2014)<sup>9</sup>. Ils rendent compte de *l'es-pèce humaine*, pour reprendre le titre du livre de Robert Antelme, de ce qu'évoque Nancy Huston (2014) : « Pourquoi Gary s'est-il suicidé ? L'une des raisons, j'en suis convaincue, était son extrême lucidité devant ce qu'il appelait L'affaire homme. Gary savait et ne supportait pas de savoir une chose que la majorité d'entre nous préfèrent ignorer : que l'inhumain fait partie de l'humain. »

Ce malheur lointain désormais à l'intérieur du cabinet, en nous, est doublé d'une autre désillusion, celle de la réalité du pays d'accueil, vécue comme trahison. « *Je suis comme un insecte* » dit C. Déboutée, Mme E., attend sa mise « à la rue » avec ses quatre enfants : quand elle arriva en France, sans nouvelle du mari certainement assassiné, elle crut être sauvée, n'aurait jamais imaginé les complications administratives. « *Je vis, je vis !* » répète ce patient pour expliquer qu'il s'oblige à un éternel présent dont il n'y a rien à dire, immédiateté sans passé ni avenir, afin d'oublier ce passé et cet avenir qui le torturent. Sans droit de travail, aucun avenir n'est imaginable : l'impuissance du soignant paraît totale.

Emmanuel Declerck (2014) dit : « Me basant sur les théorisations de Freud sur le *Nebenmensch* et celles de Ferenczi sur la deuxième personne secourable, j'avancerai ensuite l'hypothèse que ce n'est pas toujours uniquement l'impact du coup initial traumatisant et déstructurant dans le pays d'origine qui est au cœur de

9 « Tout être humain et toute société pour s'instaurer instituent les interdits liés aux formes du cannibalisme, l'interdit de l'inceste, interdits qui prescrivent la confrontation à la présence de l'Autre, le renoncement à la toute-puissance pulsionnelle, l'inscription de la différence dans la régulation de la vie affective. » (Roisin, 2014)

l'étiologie de la souffrance et de son maintien, mais parfois également la possible défaillance de la deuxième personne supposée secourable, à savoir les conditions de vie dans la nouvelle terre d'accueil, la procédure d'asile, etc.»

Monsieur F. se révolte contre le refus de reconnaissance par la CNDA<sup>10</sup>. Il s'agit, dit-il, non de lui-même, mais de l'Injustice : « *Je pourrais être mort, un autre serait à ma place et demanderait l'asile.* » Mais quand il obtient un titre de séjour comme « étranger malade », c'est grâce au ministère de l'éducation nationale mobilisé pour cet homme très actif dans le domaine scolaire et associatif, ce qui lui fait dire : « *ce titre a été donné par des Français à d'autres Français !* »

Statuts de réfugiés et titres de séjour refusés, parole de l'exilé niée, certificat du thérapeute « méprisé », comme le dit Monsieur G. au parcours juridique kafkaïen depuis 2009 : soupçon et stigmatisation qui frappent l'exilé contaminent ses accompagnants, dont le thérapeute amené à douter de sa raison. Quand le mensonge est promu vérité par l'instance juridique, le socle de références et valeurs dont le soignant tire légitimité et sécurité vacille.

## Ouvrir les frontières de la psychiatrie

Fondre ces exilés dans une clinique à part pourrait contribuer à cette massification médiatique qui les déshumanise. Au-delà de problèmes communs à l'exil, c'est un être irremplaçable dont on veut soulager la douleur, une relation unique dans un espace de confiance que l'on veut établir.

Mais s'il s'agit de ne réduire un humain ni à un objet de soin standard ni à une situation juridique, cette dernière m'importe cependant. Parce qu'elle conditionne la santé du patient. Parce que nous sommes, lui et moi, liés.

Ainsi, m'importe le sort de Monsieur A. dont la femme, ayant appris en Guinée qu'il avait été refusé à l'Ofpra<sup>11</sup>, a fui avec leurs enfants sans laisser de trace ; au jour de la réponse positive de la CNDA, il se jette sur moi, pleurant, criant, m'embrassant, nous remerciant tous, moi, la France, le Cada : « *Vous m'avez sauvé la vie !* » Ainsi m'importe le sort de patients sans abri qui témoigneront plus tard de l'importance du lien et de ces entretiens qu'on avait crus dérisoires à l'aune des impératifs de survie. Retours émouvant qui font sens.

Cette clinique de l'exil comporte une dimension particulière dont atteste la puissance de l'émotion évoquée et que partagent nombre d'intervenants. Non que le soin y soit fondamentalement autre, mais parce qu'il réactive les questions premières inhérentes à la rencontre thérapeutique : hiérarchie des valeurs soutenant le soin psychique, nature du partage et/ou de l'écart entre soignant et patient.

Soutenir l'engagement thérapeutique au nom d'une émotion peut troubler quand la psychiatrie cherche une légitimité scientifique. Dans son livre *Peuples en larmes, peuples en armes*, Didi-Huberman (2016) réhabilite l'émotion, prise au piège de l'hyper-valorisation ou de la dévalorisation. Il souligne sa puissance mobilisatrice entre singulier et collectif, subjectif et objectif, pensée et acte. L'émotion n'est pas passivation, elle n'est pas chair sans conscience. À propos d'une scène du film de

<sup>10</sup> Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

<sup>11</sup> Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra).



Sergueï Eisenstein, *Le cuirassé Potemkine*, qui est le support de son travail, il écrit : « la douleur subie devient acte, action : un véritable défi de la douleur. La plainte deviendra quelque chose comme une action en justice, ou un acte de justice : elle va porter plainte. L'émotion vaudra fraternisation, au contraire de tout repli, de toute passivité. On comprend ici que le peuple en larmes n'est pas si désarmé que cela, bien au contraire, puisque sa plainte va finir dans un véritable appel aux armes. »

L'émotion exaspérée par la solitude du cabinet n'est-elle pas de cette nature ? Née dans l'intimité d'une relation duelle, elle mobilise, fait sortir du champ parfois étroit, normé, de la spécialité et/ou de la position soignante. Elle relie au monde des intervenants sociaux professionnels ou associatifs, dont on découvre l'engagement et l'importance de l'aide apportée aux patients comme au thérapeute. Elle relie aux mondes d'ici et de là-bas, dont les écarts font écho à nos déchirures internes.

Des patients exilés passent les frontières du cabinet. Ils osent une confiance improbable, témoignent de l'état du monde et de la puissance du désir de vivre, indiquent une possibilité de résistance, questionnent le sens profond du soin et relient au monde collectif : ils ouvrent un chemin d'humanité.

## BIBLIOGRAPHIE

Didi-Huberman G. (2016). *Peuples en larmes, peuples en armes. L'œil de l'histoire*, 6. Paris : Les éditions de minuit.

Declerck E. (2014). Sur le sens et le non-sens d'un engagement thérapeutique. Dans L. T. Tovmassian et H. Bentata (dir.), *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, (263-273). Paris : In Press Éditions.

Geny-Benkorichi, M. et Vignal, M. (2012). *État des lieux national de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du dispositif national d'accueil (Rapport de synthèse)*. Lyon : Réseau Samdarra.

Huston N. (2016). *Carnets de l'incarnation*. Arles : Actes Sud.

Kafka, F. (1926). *Le Château*. Le défenseur des droits. (2016). *Les droits fondamentaux des étrangers en France*. Repéré à [http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170\\_ddd\\_rapport\\_droits\\_etrangers.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf)

Roisin J. (2014). Les groupes de parole pour victime d'agression et reliance à l'humanité. Dans L.T. Tovmassian, H. Bentata (dir.), *Quels traitements pour l'effraction traumatique ? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, (108-125). Paris : In Press Éditions.

Tonda, J. (2002). *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Collection Hommes et sociétés. Paris : Karthala.

Tremblay, V. (2016). *La prise en charge des migrants en santé mentale. Enquête sur l'élargissement du réseau de prise en charge des migrants précaires vers les psychiatres libéraux* (Mémoire de Master 2 de sociologie). Université Lumière Lyon 2.

**Julia Maury de Feraudy**

Psychologue  
Orspere-Samdarra  
Lyon

**Roman Pétrouchine**

Pédopsychiatre  
Orspere-Samdarra  
Lyon

**Aymeric Monet**

Psychologue  
Orspere-Samdarra  
Lyon

---

# LE MIGRANT PRÉCAIRE ET LE PSYCHIATRE EN LIBÉRAL. DES PRATIQUES AUX MARGES POUR UN PUBLIC À LA MARGE ?

À une période où l'orientation des demandeurs d'asile, des migrants en situation de précarité (que l'on désignera ici « migrants précaires ») vers la psychiatrie publique, saturée, s'avère être (un exercice) de plus en plus difficile, les professionnels du domaine de l'asile, du champ de la précarité, ainsi que ceux de la psychiatrie publique, sont souvent démunis et en difficulté face à la complexité de ces prises en charge. Face à ces constats, le projet « Les psychiatres libéraux et les migrants précaires, construction d'une coordination en Rhône-Alpes », piloté par l'Orspere-Samdarra, voit le jour en 2016 <sup>1</sup>. Celui-ci vise à faciliter l'orientation du public migrant précaire vers les psychiatres libéraux lorsqu'une nécessité de soins psychiques est identifiée, et s'appuie sur la rencontre d'une cinquantaine de psychiatres libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes. C'est à partir de notre implication au sein de ce projet, en tant que psychologues et psychiatre, que nous proposons ici une réflexion autour de la notion de « marge ».

---

## Le « migrant précaire » : un public à la marge des institutions

<sup>1</sup> Le projet de coordination des psychiatres libéraux, porté par l'Orspere-Samdarra, est soutenu par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes en 2016. Une équipe pluridisciplinaire a travaillé avec nous sur ce projet pendant un an : Gwen Le Goff (politiste), Nicolas Chambon (sociologue), Maelle Chiron (consultante sociologue) et Vincent Tremblay (consultant sociologue).

La notion de marge nous est apparue comme étant pertinente au regard de la population des migrants précaires, qui débordent des dispositifs de l'action publique, et des psychiatres libéraux, qui ont choisi de s'y extraire. Le substantif « marge » vient du latin « *margo, marginis* » : le bord, la bordure. La marge peut renvoyer à cet espace blanc laissé autour d'un texte manuscrit ou imprimé. Elle évoque les lisières, les contours d'un lieu, l'extériorité, les transitions, les passages, parfois l'errance. Elle renvoie également à un écart que l'on se donne pour disposer d'un délai ou d'un espace : on parle d'une « marge d'erreur », une « marge de liberté ». La marge évoque en ce sens une distance nécessaire. Indissociable de l'idée de processus, cette notion renvoie également à une dynamique, une mobilité. Elle serait aussi liée à l'idée de manque. Pour que des refondations, des transformations soient possibles, il faut qu'il y ait de la vacuité. La notion de marge rencontre celle d'« espace transitionnel » (Winnicott, 1971) : elle est aussi le lieu de la rencontre, de

la créativité et de l'inventivité pour le clinicien. Elle symboliserait alors un positionnement permettant l'écart à la norme, aux pratiques validées et objectivées, écart inhérent à la singularité des rencontres individuelles. Elle aurait ainsi un pouvoir de transgression, de subversion de l'espace de la normativité (qui est celui des catégories, des savoirs établis) et de l'universalité.

Le migrant serait aussi celui qui, en quittant son pays, aurait su dire «non» à ce que lui imposait une société donnée, un système, venant inscrire l'écart entre une contrainte imposée et ce qu'il s'autorise comme liberté, en tant que sujet. Qu'il ait migré pour dénoncer des pratiques politiques (victime de persécutions, de tortures...), pour fuir la guerre ou pour des raisons économiques, il viendrait signifier et révéler une faille, une brèche dans ce qui est institué, déjà là, mettant alors en danger, selon les termes d'Alain-Noël Henri (2013), «l'organisation symbolique, la trame de sens, qui constitue l'existence sociale des humains, et qui, de fait, les rend humains.»

Le migrant précaire, porteur d'une étrangeté, deviendrait pour la culture d'accueil une figure de l'inhumanité, puisqu'il incarnerait ce qui ne cesserait de ne jamais s'inscrire. Il est alors relégué dans les marges, aux frontières, aux lisières (du social, du culturel, du juridique, du psychisme), ni dedans, ni dehors. Pourtant, sa présence est indéniable et invincible.

Il incarne aussi l'étranger, celui qui nous habite, «la face cachée de notre identité» (Kristeva, 1988). À la fois l'ennemi, le semblable et le frère, il devient le «symptôme qui rend précisément le "nous" problématique» (Kristeva, 1988, p. 9).

Ainsi, le migrant précaire, renverrait au paradoxe suivant: il constitue à la fois une figure radicale de l'altérité, de l'extériorité, de l'étrangeté, tout autant qu'une figure ambiguë de «mêmeté» et d'intériorité.

Il déstabilise donc l'institué, c'est-à-dire les cadres de pensée des dispositifs, l'espace de la norme, obligeant les organisations à entendre quelque chose au dehors. Ne s'agit-il pas alors pour les institutions de faire l'expérience de l'étrangeté? Étrangeté que nous entendons comme «surgissement», «effraction», qui échappe et renvoie à la part de nous-même la plus étrangère et paradoxalement la plus intime, un sentiment d'inquiétante étrangeté.

L'institution hospitalière et le professionnel apparaissent en difficulté face au migrant. Il semble déborder l'établissement et ses cadres préétablis. Nicolas Chambon (2013) parle des migrants précaires comme «nouvelles figures du débordement». Le migrant amène alors les professionnels à travailler en marge, à sortir des cadres, à s'extraire du centre, du connu, du normé. Dans la rencontre, les frontières deviennent floues, les professionnels semblent devoir prendre en charge des problèmes qui débordent le contenu de leur mission, l'hôpital se doit de repenser ses normes et ses dispositifs. L'absence aux rendez-vous et les retards répétés obligent à une certaine souplesse et malléabilité, la barrière de la langue nécessite de bousculer le cadre de l'entretien en pensant la place et le rôle de l'interprète, l'interculturalité de la rencontre confronte à l'altérité et induit une remise

en question des savoirs. Les professionnels du champ de l'asile et de la précarité rencontrent le traumatisme, l'inhumain dans l'humain, la folie meurtrière du pays d'origine, auxquels s'ajoute la violence administrative du pays d'accueil.

Ces rencontres mettent donc en difficulté et quelque fois même en échec. Face aux migrants précaires, les professionnels font parfois évoluer les lignes institutionnelles, en introduisant un certain «bricolage» de la pratique pour lui donner un sens nouveau, en transgressant les normes et pratiques qui régissent l'établissement hospitalier. Ils débordent alors, et se positionnent ainsi dans les marges de leur pratique, dans cette zone de mobilité et de vacuité, de transformation et de création que représente l'«espace transitionnel». Penser la marge et penser en marge supposerait donc un déplacement. Il s'agirait de sortir d'une zone de confort, d'emprunter des sentiers inconnus et de s'ouvrir à ce qui est étranger.

**2** Irdes. (2016). *Loi de modernisation du système de santé français*. Repéré à [www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf)

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les professionnels de santé pourront proposer la dispense d'avance de frais aux femmes enceintes et aux personnes atteintes d'une Affection de Longue Durée (ALD) grâce à un dispositif modernisé et simplifié. Le tiers payant s'applique déjà à tous les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Désormais, les professionnels de santé pourront le proposer aux patients couverts à 100 % par l'Assurance maladie : 15 millions de Français sont concernés. Cette possibilité deviendra un droit pour chaque Français le 30 novembre 2017.

**3** Mouvement pour la santé pour tous. Syndicat des médecins libéraux (SML) <http://www.lesml.org/fr/157mouvement-pour-la-sante-de-tous.php>  
Lettre de l'AFPEP-SNPP : <http://afpep-snpp.org/journee-de-greve-le-13-novembre-2015/>  
Sites consultés le 20 janvier 2017.

## Les libéraux et l'institution de soins : des liaisons dangereuses ?

«Le corps médical est attaché à la pratique libérale de la médecine parce qu'elle seule permet que s'établissent entre le malade et le médecin ces liens de liberté et de confiance sans lesquels il ne saurait y avoir de thérapeutique valable.» (Hatzfeld, 1963)

Le libre choix, la liberté thérapeutique et de prescription, énumérés dans la Charte de la Médecine libérale de 1927 (Da Silvan et Gadreau, 2015), sont au fondement de l'identité de la médecine libérale française. Historiquement, la médecine libérale, fondée sur l'autorégulation des pratiques, fait référence à l'entente directe entre le malade et le médecin. Remise en question face au principe de solidarité nationale, la médecine libérale serait hostile à l'idée qu'un tiers s'imisce dans la relation de soin pour réguler les prix et les pratiques. Les dispositifs de l'action publique peuvent être perçus par les médecins libéraux comme ce tiers hostile à la relation thérapeutique. Récemment, la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés sociaux, définie par la loi de modernisation du système de santé<sup>2</sup>, a suscité des réactions des syndicats de médecins libéraux<sup>3</sup> qui exemplifient l'inquiétude associée à la perception de perte de liberté liée à l'intrusion d'un tiers, représenté par les mutuelles ou assurances privées soumises aux règles de la rentabilité.

Pour certains psychiatres en libéral que nous avons rencontrés, à l'origine du choix de l'exercice libéral il y a le désir de s'extraire du cadre normatif de l'établissement hospitalier. L'un d'entre eux évoque notamment le contrôle des pratiques à l'hôpital. Dans les dispositifs de l'action publique, le geste soignant serait fondé sur un ensemble de normes et de contraintes évaluables, nécessairement rentables et performantes. Or, il s'agit là d'une représentation du soin non partagée par de nombreux psychiatres en libéral interrogés, qui privilégient l'idée d'un soin fondé sur une éthique individuelle de la relation, potentiellement plus coûteux en temps, non quantifiable, dont les objectifs sont dans une redéfinition dynamique permanente, réflexive et critique. Ils n'acceptent pas l'idée d'un soin fondé sur l'hyperspécialisation, la codification, l'objectivation, la régulation et le contrôle des pratiques et

des savoirs, le cloisonnement des rôles et des missions. Un psychiatre, exerçant à 50% en CMP et 50% en libéral, dit que le libéral représente pour lui le « lieu de la clinique ». Une clinique fondée sur l'intersubjectivité qui s'oppose à une pratique « gestionnaire » qui serait celle de la psychiatrie publique. Il s'agit de s'installer en libéral pour pouvoir « retrouver » une liberté d'exercice. À l'hôpital s'exercerait la tyrannie du « même » et du « quantitatif » qui ne laisserait plus de place au qualitatif, au singulier.

D'après eux, dans l'exercice libéral, ce n'est plus l'établissement de soin qui contrôle et maîtrise les pratiques, mais des règles moins contraignantes qui laissent plus de place au désir et à l'éthique dans la rencontre avec le patient. Il y a l'idée que la démarche du patient serait plus volontaire et liée à une demande de soin plus authentique qu'à l'hôpital. C'est en ce sens que certains psychiatres nous parlent de « rencontre directe » et de « vraie demande » dans le cadre libéral. Il serait question ici d'engagement personnel de par la marge de liberté et de manœuvre que le libéral peut offrir. Le patient viendrait rencontrer une personne, le psychiatre, dans un lieu singulier et privé, le cabinet, lieu de l'intime et de la « confiance »<sup>4</sup>. Le psychiatre en libéral exerce seul et isolé, sous sa propre responsabilité, son libre arbitre et est le seul à devoir assumer les conséquences de son activité.

## Le singulier de la rencontre dans l'exercice libéral

Libérée des contraintes de l'établissement de soins, dans l'intime du cabinet privé, la relation engage directement les deux acteurs : le patient, porteur d'une demande, et le psychiatre disposé à l'accueillir. Le cabinet du psychiatre serait donc avant tout le lieu de la rencontre entre deux subjectivités.

Entrer dans le cabinet du psychiatre, dans ce lieu singulier, n'est-ce pas, déjà, entrer dans son intimité ? Le lieu parle de celui qui l'habite, il parle intimement de celui qui accueille la demande. Certains cabinets à l'atmosphère très chaleureuse se trouvent parfois dans le lieu de vie même du psychiatre. Il s'apparente à un lieu d'accueil, d'hébergement. Pour ces psychiatres, soigner, ne serait-ce pas accueillir ? Le cabinet du psychiatre pourrait ainsi devenir pour le migrant, dont l'hébergement est une question toujours précaire, un lieu d'ancrage et de stabilité, habité et habitable, accueillant et assurant une continuité au milieu du chaos, là où le migrant est toujours déplacé, ne cessant de ne jamais arriver.

Malgré la diversité des approches et référentiels théoriques (systémique, cognitiviste, psychanalytique, psychodynamique, biomédical, fonctionnaliste, phénoménologique...), il semblerait que face au sujet et à sa souffrance psychique, face à la complexité de la rencontre et celle du psychisme humain, le psychiatre doit sans cesse ajuster ses pratiques et ses référentiels à une situation singulière. Il s'agit pour lui de se débrouiller. Les modèles cliniques montrent alors leurs limites. Le hiatus entre théorie et clinique se vérifie à chaque patient. Ainsi, les psychiatres nous disent : « *mes référentiels théoriques ? Je m'appuie de plus en plus sur moi. Mon outil est intuitif* », ou encore : « *mes référentiels c'est la clinique* », « *mes référentiels sont éclectiques* », « *j'ai une pratique humaniste* », « *tu soignes par ce que tu*

<sup>4</sup> Nous reprenons ici le terme employé par un psychiatre.

es et non par ce que tu sais », « la psychiatrie ? Ça m'intéresse moins que l'humain », « ce qui m'intéresse c'est la relation », « en psychiatrie, rien n'est objectivable ». L'inventivité viendrait en réponse à la singularité du cas.

Face à l'autre et à sa souffrance psychique, face à la complexité de l'humain, à son étrangeté peut-être, les catégories ne suffiraient plus : quelque chose échappe toujours. Toute relation de soin commence ainsi en éthique et non en technique. Nos rencontres nous renvoient en premier lieu à une pratique de la singularité, de l'expérience du cas, dans l'intimité du cabinet privé. Comme le souligne Michel Constantopoulos (2003), c'est donc bien la question du sujet singulier qui induit un flottement dans le savoir et amène peut-être à sortir des cadres, pour prendre la voie du souci de soi qui n'est pas sans danger pour celui qui s'y engage.

## Le psychiatre en libéral et le migrant précaire : quelle rencontre possible ?

En avançant dans ce projet, nous avons été amenés à déconstruire nos représentations sur le rôle du psychiatre et sur l'exercice de la psychiatrie libérale. Il y a l'idée que la précarité, ici le « migrant précaire », serait l'affaire de l'institution hospitalière, du secteur public, et non du réseau de soin privé. Les psychiatres interrogés<sup>5</sup> ont rencontré un vif intérêt à la réflexion critique théorico-clinique qui sous-tendait ce projet, à l'articulation des problématiques cliniques, politiques, sociétales, gestionnaires et éthiques<sup>6</sup>. Nous avons découvert des réseaux informels déjà constitués autour de la prise en charge des migrants par la psychiatrie libérale. De nombreux psychiatres revendiquent d'accueillir le tout-venant, et refusent de se positionner dans le sens de l'accueil d'un public « spécifique ». Ainsi, certains d'entre eux reçoivent des migrants précaires. Ils disent recevoir la « demande » et souhaitent ne pas accueillir spécifiquement les « migrants précaires » comme catégorie particulière.

Pour autant, les psychiatres en libéral sont soumis à un afflux de demandes qu'ils doivent filtrer. L'engorgement propre révélé de la filière libérale souligne un frein majeur à l'accès aux soins en santé mentale en libéral pour les migrants précaires.

Un autre frein serait lié à des questions cliniques, celles-ci inférant des difficultés organisationnelles. Le psychotraumatisme pourrait induire des troubles cognitifs, une désorganisation temporo-spatiale : confusion des rendez-vous (retards, absences) ou au contraire demandes de rencontre en urgence à un moment où le psychiatre n'est pas disponible. La dimension interculturelle pose la question cruciale de l'interprétariat, dont l'accès est compliqué en libéral. La précarité administrative et juridique transforme la professionnalité des psychiatres, sollicités pour la réalisation de nombreux certificats, de nombreux liens interprofessionnels, ce qui remet en question la dimension intime de la consultation et qui s'avère potentiellement très chronophage pour le psychiatre déjà débordé.

Plusieurs modalités d'engagement dans cette coordination ont été évoquées afin de dépasser ces difficultés : permanences des psychiatres libéraux en centre d'hébergement, en Pass et en EMPP (permettant de bénéficier d'un étayage socio-éducatif), accueil au cabinet sous condition d'un réseau soutenant.

<sup>5</sup> Au 20 janvier 2017, nous avons rencontré 53 psychiatres libéraux et réalisé 14 entretiens téléphoniques.

<sup>6</sup> Nous précisons toutefois que nous nous appuyons ici uniquement sur les psychiatres ayant répondu à nos sollicitations (courrier, appel téléphonique individualisé et systématique), soit environ 10,6% des psychiatres référencés en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous découvrons aussi une diversité dans les attentes des professionnels du travail social et dans leurs représentations du rôle du psychiatre. Sont-ils en demande d'un médecin, d'un thérapeute, d'un prescripteur de médicaments, d'un délivreur de certificats, d'un médecin coordinateur d'une prise en charge globale, d'un superviseur dans leurs pratiques et leurs souffrances propres ? Cette diversité des attentes vient en écho à une diversité des pratiques du côté des psychiatres libéraux. Qui porte la demande, le travailleur social, le migrant ? De quelle demande s'agit-il ? Et quelles sont les attentes et représentations des migrants vis-à-vis du psychiatre ?

### Conclusion : De ce qui naît dans les marges

Dans cette réflexion sur les enjeux d'une rencontre entre le migrant précaire et le psychiatre en libéral, nous avons interrogé ce qui peut naître dans les marges, permettant de pouvoir prendre en compte l'étrangeté, ce qui effracte, ce qui surprend et échappe à un discours plein, objectivable et démontrable. Il ne s'agirait alors plus de « normaliser », mais plutôt d'accueillir le singulier, la différence, de « faire avec », d'« inventer », de « bricoler ».

Si l'exercice libéral permet un écart à la norme ouvrant à la singularité des rencontres individuelles, elle confronte aussi le psychiatre à l'isolement dans sa pratique. Cet isolement lui est encore plus pénible lorsqu'il est confronté au traumatique, à ce point de réel auquel nous ramène celles et ceux qui ont été poussés hors du monde des vivants, victimes de la cruauté humaine. N'est-ce pas paradoxalement cette rencontre avec la pulsion de mort qui habite le psychisme du migrant précaire psychotraumatisé qui pousse l'ensemble des professionnels du travail social ou du soin à trouver de nouvelles modalités de pratiques et de liens, en marge des pratiques instituées, à essayer malgré tout d'être un peu plus vivant ensemble ? Ce public appelle à faire institution (symbolique et humanisante), nécessaire au lien qui a le pouvoir de soigner. Les réseaux informels ou formels constitués autour de la prise en charge des migrants précaires ne viennent-ils pas tenter de réparer, contenir, composer avec ce qui déborde ?

Nous formulons l'hypothèse suivante : pour que la rencontre entre un migrant précaire et un psychiatre en libéral prenne sens, il faut qu'elle s'inscrive dans une tension entre une marginalité et une dynamique instituante. Cette marginalité est ambiguë et se décline de plusieurs manières. Elle s'établit entre le psychiatre en libéral et le migrant précaire dans une relation spéculaire. Pour le premier elle est choisie, et pour le second elle est imposée et aliénante. Nous la reconnaissons comme nécessaire dans le processus de subjectivation.

Ce qui semble commun aux diverses modalités d'engagement des psychiatres libéraux auprès des migrants précaires, aux attentes et aux besoins suscités par ces prises en charge, serait la nécessité de réintroduire du tiers dans la rencontre, face à ce qui échappe. Cela nous apparaît très complexe. Quel tiers institutionnel est-il possible pour un psychiatre en libéral revendiquant une autorégulation de sa pratique, à distance des dispositifs de l'action publique ? Quel tiers institutionnel est-il

possible pour un migrant précaire qui est mis à distance des dispositifs de l'action publique et dont le parcours signe souvent un désir de s'en protéger? Comment instituer ce tiers en respectant une marge irréductible chez le migrant précaire comme chez le psychiatre en libéral? Comment penser une forme de tiers qui ne soit pas trop aliénante mais quand même suffisante pour élaborer un travail de re-(co)-naissance, de subjectivation du migrant précaire dans sa rencontre avec le psychiatre en libéral?

## BIBLIOGRAPHIE

---

Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, (48), 5-6.

Constantopoulos, M. (2003). Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre. *Che vuoi ? 1*(19), 203-217.

Da Silva, N. et Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. *Revue de la régulation*, (17), 1<sup>er</sup> semestre/spring.

Hatzfeld, H. (1963). *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris : Les éditions ouvrières.

Henri, A-N. (2013). Le migrant précaire comme objet mésinscrit. *Rhizome*, (48), 3-4.

Kristeva, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*. Fayard.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et Réalité*. Éditions Gallimard.



Olivier Daviet

Psychologue au Relais Ozanam  
Membre de l'association Le Caméléon  
Grenoble

# DES PRATIQUES DE RECONNAISSANCE AUPRÈS DES MIGRANTS PRÉCAIRES

Les personnes arrivées en France via les parcours de la demande d'asile (communément appelées *migrants précaires*) laissent apparaître le plus souvent une souffrance psychique aiguë et polymorphe. Pour autant, ces publics s'avèrent peu pris en charge par les services *spécialistes* de la santé mentale, la charge revient donc souvent aux seuls « accompagnateurs » de tous poils (travailleurs sociaux, bénévoles, militants, équipes mobiles) de (sup)porter, de contenir, de soulager toute cette souffrance psychique enchâssée dans les violences politiques (dans le pays d'origine mais aussi, sous une autre forme, dans celui d'accueil). Le propos qui suit s'enracine dans la co-animation de séminaires cliniques proposés par l'Orspere-Samdarra. Ces espaces de travail constituent à la fois un lieu d'observation et une tentative d'inventer des voies de ressourcement, où les soignants<sup>1</sup> prennent soin des soignants, où le *petit lien* (Laplantine, 2003) redevient objet de travail noble, où l'on s'autorise à s'aventurer hors de l'ombre des experts pour refaire société à hauteur de sujet.

*La rupture* constitue sans doute la pièce maîtresse de toute situation migratoire, qui installe le sujet sous l'égide de la discontinuité. Au fait d'être devenu étranger (de ne plus *en être*), s'ajoute une seconde exclusion dans le cas des exilés fuyant des situations de persécution dans des conditions souvent extrêmement malmenantes : celle de ne plus être, non plus, comme ceux qui n'ont pas vécu ce type de traumatismes, ce qui tend à redoubler le sentiment d'étrangeté. Par ailleurs, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait qu'une des cibles principales de la torture ou des traitements dégradants est le *lien*, celui dans lequel s'inscrit la victime, celui qui l'amarre à son appartenance humaine et d'où il est question de l'expulser (Sironi, 1999). Enfin, la politique européenne actuelle d'accueil/non accueil de ces populations fabrique des cohortes de personnes de tous âges et de toutes origines sans existence administrative ou essentialisées dans des catégories administratives privatives (les anciens SAC - Situation Administrative Complexe - devenus les « sans droits ni titres »). Le *lien* et les *appartenances* s'avèrent donc des lieux majeurs de la souffrance psychique.

<sup>1</sup> *Care-givers* serait l'anglicisme adapté, tant les pratiques d'accompagnement de ces populations rendent insatisfaisante l'étanchéité des catégories comme celles de « soignants » et « travailleurs sociaux ».

Pour les soignants/accompagnateurs, se mettre en lien avec des migrants précaires revient à entrer en relation avec des *figures* particulièrement effractives, de par leur parcours personnel jonché de traumatismes (généralement détenteurs d'un grand pouvoir de contamination psychique) mais aussi en tant qu'incarnations de la dimension excluante d'un système auquel (par essence) chacun participe. Ils deviennent ainsi vecteur de désillusion (« c'est donc dans ce *pays-là* que je vis ?! »). Les intervenants relatent ainsi régulièrement leur gêne, voire leur impossibilité à partager, en dehors de milieux assez confinés, les observations et affects issus de leur pratique ou de leur engagement (« tu vas encore plomber l'ambiance avec tes histoires... »). Un tel partage leur ferait courir le risque social de se trouver eux-mêmes exclus vers la même catégorie que celle des migrants précaires, celle des surnuméraires. D'ailleurs, parmi les réactions et commentaires hostiles aux (désormais très nombreux) articles ou *posts* sur les réseaux sociaux relatifs à cette population, on observe régulièrement une forme de rejet des aidants ou de ceux qui dénoncent la situation, sous la forme du « rejoignez-les » (décliné en « vous n'avez qu'à les accueillir chez vous » par exemple) : il est ici question de choisir son camp face à une réalité qui ne devient tolérable qu'au prix du clivage. Contrairement à d'autres pratiques auprès de sujets souffrants (le handicap par exemple), celles dont il est question ici ne sont pas sans remuer le couteau de la culpabilité dans la plaie de la participation sociale...

Se rendre disponible auprès de personnes en migration aujourd'hui, c'est ainsi accepter d'être *dérangé* (au sens de ses propres appartenances, de son propre mode de vie, mais également au sens de sa propre santé mentale) : c'est à ce prix qu'un lien suffisamment identificatoire pourra se construire. Les vellétés identificatoires se retrouvent d'ailleurs au cœur de plusieurs initiatives militantes<sup>2</sup> récentes, telles que l'ouvrage collectif « Eux, c'est nous » initié par la Cimade ou l'expérience menée par Amnesty International Pologne autour de l'empathie à l'égard des migrants<sup>3</sup>. Tournée à Berlin, la vidéo qui en est issue montre des citoyens européens et des migrants se regarder dans les yeux pendant quatre minutes et tout l'échange et l'intensité émotionnelle que ce simple setting génère.

Face à la saturation des dispositifs d'accueil, à la raréfaction des accès vers les droits, à l'arbitraire des décisions administratives et à l'hostilité montante à leur égard, les migrants précaires trouvent parfois dans le regard du soignant/accompagnateur une forme de « dernière lumière allumée ». Par l'identification (donc la suffisante mêmeté malgré les différences), la rencontre peut ainsi parfois opérer, pourvoyeuse d'une reconnaissance par d'autres d'une identité et d'un parcours, donc d'une unicité. Cette rencontre autorisera le sujet migrant (déjà émigré mais pas encore immigré) à se réinscrire, voire à appartenir à un groupe. Car c'est bien de groupes qu'il a fallu se séparer (souvent même de ses groupes primaires) et c'est à l'endroit de la groupalité que ça souffre. De nombreux dispositifs thérapeutiques placent d'ailleurs cette dimension au centre de leur travail<sup>4</sup>.

Cette invitation au lien, l'hébergement d'une parole<sup>5</sup> qui en découle (à défaut, parfois, de la possibilité d'héberger une personne), ces mécanismes identificatoires, cette reconnaissance mutuelle (Ricoeur, 2004) constituent le ferment d'une res-

<sup>2</sup> ... ou devrions-nous les appeler « soignantes » si l'on considère qu'il est ici question de soigner le lien social contemporain ?

<sup>3</sup> Amnesty International. (2016). *Look beyond borders - 4 minutes experiment*. Repéré à <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/05/look-refugees-in-the-eye/>

<sup>4</sup> On peut penser à différents dispositifs en ethnopsychiatrie, au travail avec les interprètes ou aux préconisations de la recherche-action sur la santé mentale des demandeurs d'asile (Orspere, 2007) qui a mené à la création du réseau Samdarra.

<sup>5</sup> Expression amicalement prêtée par Farid Righi.

tauration pour ces populations, voire comme l'argumente Jean-Claude Métraux (2007) «l'attention portée au lien susceptible de nous unir recèle aussi de puissantes vertus thérapeutiques, en particulier lorsque la source des symptômes est située dans l'exclusion elle-même.» On peut ici parler de *thérapeutiques de la reconnaissance*.

Alors donc qu'ils se situent à une place déterminante du parcours de ces humains en errance, alors qu'ils participent parfois à rien de moins qu'à les maintenir dans un sentiment d'appartenance à l'Humanité, alors qu'ils recourent finalement à des leviers à fort potentiel thérapeutique, ces travailleurs de la *marge* (institutionnellement et/ou statutairement) peinent à ne pas être submergés par l'impuissance et à trouver une légitimité à leur pratique. Cette forme de *préoccupation soignante primaire* tend en effet à être balayée et invalidée par l'étendue des pertes, par le peu d'espoir autorisé et par la faible reconnaissance des soignants/accompagnateurs qui en sont les porteurs...

Aussi modestes d'apparence qu'elles sont complexes, ces pratiques de la reconnaissance parviennent aujourd'hui au mieux à être considérées comme un pont vers *les soins*. Mieux définies et validées, elles pourraient être envisagées, en tant que telles, comme un véritable espace d'étayage psychique, étape pouvant s'avérer indispensable à l'entrée dans un processus de rétablissement.

## BIBLIOGRAPHIE

Laplantine, F. (2003). *De tout petits liens*. Paris : Mille et une nuits.

Métraux J. C. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le Journal des psychologues*, 9(252), 57-61.

Pennac, D., Saturno, C., Magan, J. et Bloch, S. (2015). *Eux c'est nous*. Paris : Cimade, Gallimard.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.

**Dominique Coulot**

en lien avec l'équipe du Centre de santé Essor

Forum réfugiés Cosi

Médecin psychiatre

Villeurbanne

---

# L'ENTRETIEN DE PREMIER ACCUEIL AU CENTRE DE SANTÉ ESSOR

**« Le discours, la justice, la droiture éthique, tiennent d'abord à l'accueil. L'accueil est toujours accueil au visage. » (Derrida, 1997, p. 79)**

**« Tous les chagrins peuvent être supportés si on les transforme en histoire ou si l'on raconte une histoire sur eux. » (K. Blixen, citée par Arendt, 1989, p. 333)**

---

## La condition de réfugié

À l'origine du terme réfugié se trouve le verbe « fuir » et le « chercher refuge ». Les motifs de la fuite et du demandeur de refuge sont variables mais ont tous en commun une violence structurelle, politique, économique, culturelle. L'étranger, le réfugié, abandonne la plénitude de son être de citoyen « habitant de son pays » pour vivre ailleurs où, dépouillé de ses droits, il demande asile et protection. Le refuge suppose l'accueil et l'hospitalité qui ne se déploient non dans la plénitude d'un droit universel mais trouve ses limites dans les « les lois de l'hospitalité » (Derrida et Dufourmantelle, 1997) : politiques nationales, acceptabilité de la société, capacités d'hébergement, d'assistance sociale et sanitaire.

Adossée à l'association Forum réfugiés-Cosi, l'existence du centre de santé Essor est intégrée dans la stratégie des programmes de protection et d'intégration des demandeurs d'asile et bénéficiaires de protection internationale. En réponse à des besoins spécifiques de santé identifiés chez les personnes relevant de la demande d'asile (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005), la mission d'assistance psychologique s'est structurée historiquement d'abord au sein des différents lieux d'hébergement et depuis 2008 dans un lieu unique. Le centre de santé, acteur reconnu du réseau de soins, a accueilli 504 personnes en 2015 et réalisé depuis son ouverture plusieurs milliers de consultations.

L'évolution du contexte international et la multiplication des zones de conflits actualisent tragiquement les enjeux de l'accueil et des besoins de santé de personnes en rupture d'appartenance, dont le parcours d'exil est marqué par la violence. L'organisation des soins dans le droit commun apparaît peu préparée, mal dimensionnée et ne répond pas suffisamment à une demande qui trouble les repères

nosographiques. Répondre de manière spécifique à des besoins de santé identifiés nous paraît ainsi impliquer de nombreux enjeux :

- Pertinence de l'action dans une ouverture à une clinique de la rupture et du traumatisme.
- Permanence du dispositif d'accueil et de soin dans la précarité du séjour.
- Enjeux éthiques du soin inconditionnel dû à la personne souffrante et migrante.

Au-delà des particularités culturelles, des difficultés de transposition du langage, que puis-je apprendre et comprendre de celui qui m'apparaît étranger et exposé dans la précarité de son existence ? Quelles réponses apporter ? Au regard d'une clinique de la singularité, modulée par le contexte, comment recevoir et qualifier la demande de soins dans un cadre d'écoute ouvert et ajusté ?

L'autre étranger qui vient perturber notre histoire et déranger notre « chez-soi » nous paraît interroger plus généralement notre relation à l'altérité. Altérité des objets du monde où j'habite, altérité d'autrui absolument « Autre ». Relation à l'Autre qui s'ouvre originellement dans le langage. Après avoir situé notre regard dans son cadre d'exercice et à partir d'une phénoménologie de la relation à autrui pensée comme éthique et « philosophie première » par Emmanuel Levinas (1990, p. 11), nous déroulerons dans le temps d'un premier entretien d'accueil, illustré par des observations cliniques, les dimensions propres à l'évaluation d'une demande de soin. Nous évoquerons ensuite dans la continuité et la cohérence d'un parcours de soin, les limites d'une prise en charge au sein de notre structure. Nous terminerons sur la question du positionnement du professionnel dans la relation de soin.

## Le temps et le cadre

Un travail d'autoévaluation du fonctionnement du centre nous a permis d'imaginer un dispositif de premier accueil fonctionnant de manière pluridisciplinaire, avec interprète dès que nécessaire. Mené le plus souvent à trois, médecin, psychologue, cheffe de service, il consiste en un entretien semi-structuré, au sein d'un lieu garantissant la confidentialité et le professionnalisme des intervenants. En pratique, l'atmosphère de bienveillance et la retenue dans l'investigation permettent d'installer un espace de confiance où peuvent s'exprimer les plaintes et symptômes, et se formuler les besoins. L'évaluation clinique réalisée dans ce premier temps débouche rarement sur la qualification d'un trouble psychique au sens des classifications actuelles. En dehors d'un syndrome de reviviscence traumatique, la symptomatologie observée, plus ou moins envahissante et invalidante, est le plus souvent aspécifique. Formes communes de l'anxiété avec ses expressions somatiques, affects et repli dépressif, troubles du sommeil. La monotonie de cette clinique entre en contraste avec la singularité des situations et la détresse exprimée et oblige notre regard à se déplacer vers l'expérience vécue. Expériences des violences subies, des deuils et des ruptures, expériences du rejet et de la déchéance sociale, des espoirs déçus.

Cerner une réalité mouvante, quitter le sol assuré des objets de la psychiatrie et de

modèle psychodynamiques éprouvés ne consiste pas à « faire table rase » d'un savoir constitué. Nous garderons à l'esprit l'existence de pathologies psychiatriques nosologiquement identifiables et relevant des ressources de la psychiatrie institutionnelle.

### Observation :

*Mme B., d'origine albanaise, est arrivée récemment en France avec son mari et un fils majeur. Reçue une première fois, sa présentation et le caractère ancien des troubles amènent à une évaluation clinique individuelle. Ralentie, apragmatique, Mme B. vit cloîtrée depuis 10 ans, alitée chez elle, dépendant entièrement de son entourage proche. Le contact est désaffectivé, le discours très pauvre. La symptomatologie évoquant une organisation psychotique déficitaire, nous tentons de l'adresser au CMP.*

Les limites et frontières avec une qualification psychiatrique abusive peuvent être mouvantes et se déplacer brutalement dans les aléas d'une existence précarisée. Il ne s'agit pas non plus de s'absorber dans une pure réceptivité d'une étrangeté à découvrir. L'étrangeté n'est pas un accident, elle renvoie à la manière et aux modalités dont se présente le monde. Un monde déjà constitué des objets dont on parle. Dans cette approche contextuelle, ouverte sur la singularité, la pensée d'Emanuel Levinas nous paraît fournir quelques repères à la fois théoriques et éthiques.

## L'altérité de l'Autre

L'expérience que nous avons de la pratique de la relation humaine et du soin psychique nous enseigne que l'autre ne se laisse pas facilement circonscrire dans les objets d'un savoir constitué, qu'il nous « déborde » en permanence, débordement des représentations de la totalité d'un savoir. Dans la relation à Autrui, le désir de connaître suppose la question d'un inconnu, d'un inconnu qui se révèle non comme une partie d'une totalité qui serait comme un reste à conquérir, mais altérité qui se présente comme un absolu, un infini. Comment cet infini peut-il prendre sens ?

Dans son « essai sur l'extériorité », Emmanuel Levinas (1990) pose la subjectivité comme « l'événement » de l'accueil d'Autrui, comme « hospitalité ». Changement de position du moi face au monde et de « l'égoïsme » qui oriente le monde. L'Autre étant absolu, distinct de tous les autres *étants*, se donne à moi, non comme un objet, une représentation, une vérité à dévoiler, mais s'ouvre dans le langage. Dans cette perspective, mettre la parole à l'origine de la vérité, la relation à l'autre ne peut être que morale. L'autre dans son appel s'adresse à mon attention, attention souveraine « qui n'est pas attention à quelque chose parce qu'elle est attention à quelqu'un. » (Levinas, 1990)

Pour Emmanuel Levinas l'événement de cette révélation, l'expérience première c'est le « visage » d'Autrui. Le visage est plus que sa manifestation plastique, les « choses » qui nous entourent n'ont pas de visage. Au-delà de toutes les caractéristiques objectives, culturelles, c'est l'expérience pour la conscience à la fois de l'altérité radicale et de la nudité toujours offerte à la prise de pouvoir et à la

violence. Donné initialement dans le domaine du savoir et de la représentation, le visage dans son « épiphanie » s'en arrache et s'impose alors dans sa transcendance et sa vulnérabilité.

C'est bien l'éthique qui est « philosophie première » pour Emmanuel Levinas. Une responsabilité qui m'oblige dans le face à face de la socialité. Éthique lucide qui suppose la séparation et l'éloignement. Le tiers accompagne toujours le visage d'autrui et la justice que je lui dois. Le rapport de Moi à Autrui se coule dans les formes du tiers, du « Nous » de la politique et des institutions toujours en menace de tyrannie (Levinas, 1990).

## L'entretien d'accueil

Nous avons à dessein placé en exergue cette citation de Jacques Derrida. Lieu de l'altérité, le visage est cette partie du corps qui est nue, vulnérable, exposée à toutes les tentatives de réduire l'autre homme à un objet. De cette faiblesse, « je dois répondre » et ma responsabilité dès lors consiste à ne pas laisser autrui à son dénuement, à « prendre soin du besoin de l'autre » (Levinas, 1991, p.119). Dans cette perspective, l'hospitalité est cela même qui s'ouvre au visage, ce qui précisément « l'accueille ».

### L'accueil

« *Bonjour, bienvenue au centre de santé.* » Cette phrase répétée rencontre après rencontre est plus qu'une posture ou formule de politesse. Elle signifie, « nous vous accueillons chez nous » dans notre lieu de travail et engage alors dans l'hospitalité et la promesse d'une écoute. Rien cependant d'une propriété dans ce « chez nous », « l'hôte accueillant c'est en vérité un hôte reçu » (Derrida, 1997, p. 79). Celui qui reçoit est reçu et la demeure s'ouvre alors comme « terre d'asile », lieu non appropriable, « intériorité ouverte ». Franchir le seuil d'un lieu, assurance d'une demeure, mais qui peut être « dérangé », qui peut se laisser désemparer, s'étonner.

### La question de la langue du discours

Accueillir autrui avec interprète dans la langue qu'il a choisie, ce « chez-soi chez un autre » (Derrida, 1997) est aussi signe d'hospitalité. L'entretien clinique avec une personne allophone doit faire l'économie de la transparence habituelle des contenus explicites ou implicites d'une langue partagée. Une langue c'est l'ensemble d'une culture, des normes, des valeurs, des significations qui habitent la langue. Dans la réciprocité de l'échange, rythmé par la traduction, où « l'autre me regarde le regarder » (Levinas, 1990), ce qui fait sens déborde largement la neutralité formelle d'un contenu de pensée et requière la volonté de se projeter dans l'expérience d'autrui. Capacité pouvant être fortement sollicitée et être toute ou en partie mise en échec.

### Observation :

*Monsieur D. arrive à Lyon et est hébergé dans un centre d'accueil. Il parle le kurde et la traduction se fait avec l'aide d'un interprète par téléphone. Nous avons quelques*

*informations préalables sur le refus de Monsieur de vivre dans un quartier à forte communauté musulmane. Deux entretiens longs et laborieux ne parviendront pas à démêler ce qui ressort de persécutions subies en tant qu'«apostat» ayant renié sa religion d'origine d'avec une sthénicité passionnelle. On apprendra quelque temps après que Monsieur D., en crise, a dû être hospitalisé en urgence dans un service de psychiatrie.*

### **Le corps et le soin**

Après présentation des intervenants présents et du fonctionnement du centre, c'est le plus souvent par l'entrée « corporelle » qu'est initié l'échange. Dans le respect de la pudeur et de l'intimité, la maladie, plaintes et symptômes, traitement en cours, permettent de parler de « soi », « à travers soi » des violences et traumatismes subis. La question des troubles du sommeil est la porte d'entrée habituelle à l'évocation des reviviscences traumatiques. De manière plus pratique, cette partie de l'entretien permet de préciser les parcours de soin en cours et vise à garantir la cohérence d'une proposition de soin.

#### **Observation :**

*Mme A., issue d'une famille de harkis, a fui avec un enfant en bas âge, les discriminations et un mari violent. Elle vit dans la peur d'être rattrapée. Elle exprime un stress continu, des maux de tête quasi permanents, des douleurs « dans tout le corps », « la peur d'être paralysée ». Elle dort mal, fait des cauchemars et se réveille « s'étant faite sur [elle] », pleure abondamment à l'évocation de sa vie en Algérie. Nous lui proposerons tout d'abord un entretien avec un médecin généraliste pour une évaluation et reconnaissance des plaintes somatiques.*

### **Le quotidien et le temps de la procédure**

*« L'étranger est d'abord étranger à la langue du droit dans lequel est formulé le devoir d'hospitalité, le droit d'asile, ses normes... » (Derrida et Dufourmantelle, 1997)*

*Où en êtes-vous dans la procédure d'asile ?* Du dépôt de la demande de protection à la décision définitive, il peut s'écouler de nombreux mois vécus dans l'inactivité. Dans cet intervalle, c'est un « à venir » par nature incertain, ponctué par les échéances de la procédure, qui sert d'horizon. L'exploration de la vie quotidienne permet alors de préciser les ressources mobilisées, dans cette position d'attente et d'inactivité : isolement d'un monde extérieur perçu comme hostile ou mobilisation autour des soins et la scolarité des enfants, l'apprentissage de la langue.

### **L'expression des affects**

*Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?* L'exploration de la vie intérieure ouvre à l'expression de la souffrance psychique. Précisément la souffrance renvoie à l'inas-surable réfractaire à l'ordre d'un sens, éprouvé dans l'impuissance ou la révolte. Les pertes matérielles, symboliques, s'expriment dans des sentiments de dévalorisation ou d'indignité : n'avoir pas su ou pas pu protéger les siens. Le deuil à faire ou toujours possible de ceux, enfants, parents, qui sont restés au pays.



## Observation

*Mme M. est une femme d'origine camerounaise arrivée depuis peu à Lyon et adressée par une ONG locale. Elle s'effondre rapidement à l'évocation de son périple à travers l'Afrique, la traversée de la Méditerranée. Victime de toutes les violences, elle a dû abandonner dans sa fuite ses trois enfants. Ignorante même des possibilités d'une demande de protection, elle exprime un état de total abandon où « plus rien ne tient ». Situation de détresse absolue où Mme M. se trouve comme dénouée de tout lien social, affectif, matériel, en danger de sombrer dans l'anonymat de la rue. Sa demande est de retrouver un minimum de sécurité, « d'être tranquille ».*

## Reconnaître ce qui a été dit et demandé et formuler une réponse.

*Que pensez-vous de venir parler de vous avec un professionnel ?* Permet de préciser les modalités d'entretiens ultérieurs avec un psychologue ou d'un rendez-vous avec un médecin, projeter une rencontre où l'intimité peut se dévoiler dans une rencontre duelle garantie par le secret professionnel. Proposer un soin d'ordre psychologique n'entre pas forcément dans les représentations culturelles. Pour certain, ce peut être la possibilité même du partage de l'intériorité psychique avec un autre, étranger, qui pose question. Pour d'autres dans le décalage d'une arrivée récente et de l'urgence de l'adaptation à de nouvelles normes d'existence, ce n'est manifestement pas « le moment ».

Une brève synthèse sur ce qui a été échangé conclut l'entretien avec la promesse d'une réponse rapide formalisée.

## Observation :

*Mohamed, jeune homme d'origine soudanaise, a évoqué avec le chargé d'opération un parcours d'exil extrêmement dangereux et potentiellement traumatisant. Emprisonné, torturé dans son pays, il est de nouveau persécuté en Lybie. Parvenant à embarquer, il survit miraculeusement à un naufrage en Méditerranée pour rejoindre Paris où il subsiste « à la rue » avant d'arriver à Lyon. Lors de notre entretien, Mohamed « va bien », il est désormais en sécurité, n'exprime aucune souffrance, ne présente aucun symptôme. Nous nous quittons en l'assurant de notre disponibilité future « au cas où », dans l'éventualité qu'à distance se manifeste « l'après coup » du traumatisme.*

## Construire une proposition de soin

Dans un second temps, au cours d'une réunion hebdomadaire avec les autres professionnels de l'équipe, une réponse est élaborée et formalisée par un courrier. Près des trois quarts des entretiens d'accueil débouchent sur un rendez-vous auprès d'un professionnel. Proposition pouvant se limiter à un nombre de séances limitées à l'exploration de la demande et à l'expérimentation d'une rencontre basée sur la parole. Par la suite, les rencontres ultérieures permettent de préciser les modalités les plus pertinentes de suivis, prises en charge médicales, individuelles ou partagées, avec les autres professionnels (médecins, kinésithérapeutes, art-thérapeutes).

Un certain nombre de personnes reçues sont, au regard de la symptomatologie, orientées vers la psychiatrie de secteur (dépressions majeures, troubles psychotiques, addictions sévères) ou la psychiatrie libérale quand la langue le permet. L'accès aux CMP reste conditionné aux ressources mobilisées en interprétariat et aux règles de la sectorisation. Pour un certain nombre, la demande de soins portée par l'entourage social ou médical ne rencontre pas l'adhésion à la proposition de soins, ou arrive « trop tôt » au regard de situations familiales et sociales trop précaires, de maladies somatiques en cours d'exploration. Dans tous les cas, un travail de liaison est assuré avec les entours médicaux et sociaux comportant la proposition de réévaluer la situation à distance. Enfin, des demandes spécifiques (violences faites aux femmes, périnatalité) peuvent se partager avec les autres acteurs du réseau social ou associatif.

### Prendre soin, une question éthique

Dans le temps du soin soumis aux aléas de la procédure administrative et de sa propre violence, la relation d'aide ne peut faire l'économie d'un positionnement éthique où le soignant s'engage avec ses propres convictions et détermine les limites de son action.

Dans le souci, la préoccupation, la sollicitude, comment puis-je me situer comme professionnel du soin ? Si ce que me commande le visage, l'Autre, est « sans mesure et sans fin », « ma responsabilité est infinie envers lui » (Levinas, 1990, p. 235). Dans cette proximité de la relation, Emmanuel Levinas maintient la rationalité du face à face qui n'est pas confusion ou implantation dans autrui. « Le tiers me regarde dans les yeux d'autrui » (Levinas, 1990, p. 234). Le rapport authentique à autrui maintient la séparation garante de l'émergence de soi et de l'autre où peut se déployer la relation éthique (Arbib, 2015, p. 95). Position singulière d'un face à face qui me concerne et m'implique où un tiers administratif vient forcer les limites et oblitérer l'avenir ; rien de plus incertain que l'obtention d'une protection.

Dans cet accompagnement en regard de l'impersonnel de la règle administrative et de la violence de l'arbitraire répond « la capacité d'être affecté » (Worms, 2010) par celui qui est exposé dans son existence et qui nous demande secours. Participation à la détresse qui n'est pas confusion mais lucidité sur ce qui me concerne et de ce qui peut se porter de la souffrance de l'autre, assurer la promesse d'une présence. Sur ce fond de provisoire et d'indéterminé, le soin institué dans un « îlot de sécurité », peut alors se donner le projet d'une reprise du désir et de la faculté d'agir. Ouvrir l'avenir à la puissance d'agir c'est aussi tout le sens de l'action éthique guidée par l'idée que l'humanité puisse *effectivement* devenir meilleure (Minkowski, 2013, p. 106).

Accueillir la demande de soin, c'est d'abord donner l'occasion de se raconter, transmettre, témoigner, de l'injustice et de la violence. C'est aussi ouvrir le temps vers un retour à la communauté humaine du Droit, de retisser des liens, de se « raccommoder » avec le monde. Temps futur peut-être de la réconciliation ou du pardon de l'impardonnable. « L'impardonnable consisterait à priver la victime de ce droit

à la parole, de la parole même, de la possibilité de toute manifestation, de tout témoignage. La victime serait alors victime, de surcroît, de se voir dépouillée de la possibilité minimale, élémentaire, d'envisager virtuellement de pardonner à l'impardonnable.» (Derrida, 1999, p. 13)

Nous resterons toujours étonnés par la capacité des personnes à réinvestir un possible de la vie au regard du tragique des histoires qui nous sont rapportées dans l'intime de la parole partagée.

## BIBLIOGRAPHIE

Antenat N. (2003). Respect et vulnérabilité chez Levinas. *Le Portique*, 11. URL : <http://leportique.revues.org/558>

Arbib D. (2015). *La lucidité de l'éthique*. Paris : Herman éditeurs.

Arendt, H. (1989). *La crise de la culture*. Paris : Folio Essais.

Derrida, J. (1997). *Adieu à Emanuel Levinas*. Paris : Gallilée.

Derrida, J. et Dufourmantelle A. (1997). *De l'hospitalité*. Paris : Calman Levy.

Derrida, J. (1999, décembre). Le siècle et le pardon. *Le Monde des Débats*. URL : <http://hydra.humanities.uci.edu/derrida/siecle.html>

Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, pp. 1309–14.

Levinas, E. (1991). *Entre nous. Essai sur le penser - à - l'autre*. Paris : Grasset.

Levinas, E. (1990). *Totalité et infini*. Paris : Le livre de poche.

Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu*. Paris : PUF Quadrige.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin*. Collection Éthique et philosophie morale. Paris : PUF.

**Serena Tallarico**

Anthropologue médicale  
Doctorante en Psychologie à l'Université de Paris 13  
Co-tutelle de thèse internationale en Anthropologie  
Università degli Studi di Roma La Sapienza  
Rome / Paris

**Thierry Baubet**

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, EA 4403  
Chef de service de psychopathologie de l'enfant et de  
l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée  
Saint-Denis

---

# LA MER COMME ESPACE LIMINAL

## ÉTUDE DE CAS SUR LES ASPECTS SYMBOLIQUES ET MAGICO-RELIGIEUX DE LA TRAVERSÉE DE LA MER MÉDITERRANÉE

La mer Méditerranée, dont le nom dérive du latin *mediterraneus* (au milieu des terres) a été depuis toujours un lieu de passage qui offrait la possibilité, à qui se risquait à traverser ses eaux, de réaliser « à la fois un changement d'État et une transformation d'état » (Green, 1999), de passer les frontières entre le familier et l'inconnu, le nous et les autres.

Notre travail dans le cadre de la clinique transculturelle, en Italie et en France, nous a amené à nous interroger sur les mécanismes de construction identitaire et sur la fonction de la rupture, de la trahison, de la violence dans cette quête de transformation sociale et psychique grâce aux rencontres avec des patients venus d'ailleurs.

Qu'en est-il donc du temps et de l'espace du passage, de nos jours, et qu'est-ce qu'il nous indique sur la souffrance psychique des personnes migrantes qui, enfin, arrivent sur nos côtes ?

La théorie de rite de passage de Van Gennep (1909)<sup>1</sup>, dont la liminalité constitue une phase fondamentale, nous semble avoir un fort intérêt heuristique pour analyser les processus psychologiques et symboliques qui interviennent au moment du voyage migratoire, car elle évoque à la fois des processus socio-anthropologiques, politiques et psychiques de cette transition.

Selon la définition anthropologique des rites de passage (Fabietti et Remotti, 2009) pendant la période liminale, l'individu, qui participe à un rite de transition, se retrouve dans une phase intermédiaire entre deux positions socialement définies : le vieux rôle qu'il abandonne et le nouveau qu'il doit encore obtenir. Il habite donc une situation de marge entre un état antérieur et un état postérieur.

Cette phase se déroule dans un espace extra-ordinaire (hors de l'ordinaire), comme c'est le cas pour la mer. *Ce lieu liminal* nous renvoie à la fois à une condition de suspension, d'entre-deux, et en même temps à des dynamiques de transition des *limes* (frontières), de rupture, de déconstruction - suspension - reconstruction à travers l'abandon de l'identité et la rencontre avec l'altérité. Pour y accéder, la personne doit sortir du territoire de la communauté pour demeurer un certain temps dans un espace potentiellement dangereux, étrange.

<sup>1</sup> Les concepts de « liminalité et de marge » sont aussi centraux dans la réflexion de Victor Witter Turner (1977).

Les frontières, à un niveau géographique, mais également sur un plan symbolique et social, se basent sur un principe d'exclusion qui crée une unité intérieure à travers une séparation avec le monde extérieur: la délimitation des territoires permet la construction d'un nous à travers «la ligne de démarcation entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est exclu, séparé, externe, autre» (Zanini, 1997)

La frontière est normalement la barrière de protection contre des troubles externes, contre les ennemis visibles et invisibles. Elle sert à protéger à l'intérieur de l'incertitude, de ce qui, au-delà de la frontière est perçu comme inconnu, incertain et obscur.

Qu'advient-il lorsque les valeurs de ce rapport espace intérieur/extérieur sont inversées? Lorsque c'est précisément «l'altérité» territoriale et symbolique d'un pays étranger, qui se trouve au-delà de la mer, qui est considérée comme capable de protéger l'individu? Lorsque c'est l'espace de son propre territoire qui est dangereux et perçu comme une «mère mortifère»?

Pour essayer de répondre à de telles questions, nous proposons un extrait du document officiel du récit de vie (auquel nous avons ajouté la transcription de notes d'entretien) de Udo, un demandeur d'asile d'origine nigériane, âgé de 28 ans et persécuté par l'Ogbony Fraternity, une secte secrète assez puissante dans son pays d'origine, que nous avons rencontré lors de notre mission d'anthropologie à l'INMP<sup>2</sup> de Rome.

## Udo et son récit

*«Mon nom est Udo, je suis né au Nigeria. Mon père est mort quand j'avais six ans et nous avons été confiés à mon oncle paternel.*

*Mon père était un agriculteur et il était l'un des leaders de la société secrète Ogbony Fraternity. J'ai appris plus tard qu'avant sa mort, qui a eu lieu dans des circonstances étranges, mon père m'avait désigné comme son successeur, car je suis le premier né de sexe masculin, et que mon oncle avait temporairement pris ma place jusqu'à ce que je devienne adulte.*

*J'ai découvert tout cela quand mon oncle était gravement malade et il m'a appelé dans sa chambre et il m'a expliqué les règles et les symboles de cette société.*

*Il m'a montré le fétiche qu'il gardait sous le lit et les symboles pour reconnaître les membres de Ogbony. À cette occasion, mon oncle m'a prédit le jour de sa propre mort, qui, en effet, a eu lieu juste comme il l'avait dit.*

*Le jour de l'enterrement de mon oncle, j'ai rencontré pour la première fois les membres de cette secte. Ils étaient tous habillés en noir, ils ont interrompu la célébration des funérailles, ordonnant aux personnes présentes de s'éloigner du corps et de le leur laisser. En fait, lorsqu'un membre de la secte Ogbony décède, ils veulent être les premiers à manipuler le corps parce qu'ils ont des rituels à accomplir.*

*Lorsque nous avons été autorisés à prendre le corps, nous avons vu que le cœur avait été enlevé ainsi que les organes génitaux.*

<sup>2</sup> INMP : Institut National pour la Promotion de la Santé des Populations Migrantes et la lutte contre les maladies de la pauvreté.

*Après la mort de mon oncle, les membres de la secte ont commencé à me demander avec insistance de faire partie de leur groupe.*

*Ils m'ont appelé au moins cinq fois, mais j'ai toujours refusé, même s'ils me disaient que je ne pouvais pas échapper à cette obligation. Deux mois après la mort de mon oncle, j'ai demandé au pasteur de mon église de venir à ma maison et de brûler tous les fétiches, les objets rituels et les symboles que mon oncle m'avait montré.*

*Dans les mois qui ont suivi, les Ogbonis sont venus chez moi trois fois pour me convaincre de me joindre à eux, en disant que je ne pouvais pas échapper à cette obligation et que si je le faisais, j'en payerais de ma vie.*

*En mars, ils ont fait irruption dans ma maison. Ils m'ont frappé à l'aide de bâtons, me blessant à la tête et à l'arcade sourcilière, jusqu'à ce que je perde connaissance et ils sont partis, pensant que j'étais mort.*

*Je me suis enfui à Bénin City où j'ai pris un bus pour le Niger. J'ai vécu pendant quelques mois à Agadez mais les conditions de vie étaient si dures que j'ai décidé de quitter le pays.*

*Enfin, j'ai embarqué à bord d'un bateau à Tripoli et je suis arrivé à Lampedusa en passant par Malte.»*

#### **Notes d'entretien :**

*«Udo: Le voyage en mer a été tellement dur, beaucoup d'entre nous sont morts mais moi je savais que j'étais sauvé parce que j'étais en train de traverser la mer et que même si je mourais, j'étais sauvé.*

*Au tribunal, ils vont te demander pourquoi tu n'es pas parti dans un autre pays d'Afrique et pourquoi tu as décidé de venir ici...*

*Udo: Parce que la sorcellerie des Ogboni est très puissante, ils ont tué mon père, ils ont tué mon oncle et ils m'ont menacé de mort. Si je reste sur le territoire, je vais sûrement mourir.*

*Quel territoire, le Nigeria ?*

*Udo: Toute la Terre, tout le territoire d'Afrique. La seule façon de se protéger, c'est de traverser la mer. Au-delà de la mer, ils ne peuvent pas me voir, ils ne peuvent pas me joindre, ni me tuer.»*

Nous commençons notre analyse à partir de ce dernier propos exprimé par Udo. La traversée de la mer assume ici une signification beaucoup plus ample que le simple voyage entre deux territoires. Grâce au pouvoir symbolique de protection dont elle est investie par le sujet, la traversée devient à tous les effets un « passage », un symbole-clé des nombreux rituels. Dans l'ouvrage de Van Gennep (1969) dédié aux rites de passage, l'auteur parle de la traversée comme d'une action de transition entre deux territoires et il met en évidence l'aspect symbolique de ce passage. Il cite par exemple l'interdiction pour les bouddhistes, les musulmans et les chrétiens d'entrer et de séjourner dans des territoires non soumis à leur foi. « Étant donné le pivotement de la notion de sacré, les deux territoires appropriés sont sacrés pour

qui se trouve dans la zone (...) Quiconque passe de l'un à l'autre se trouve ainsi matériellement et magico-religieusement, pendant un temps plus ou moins long, dans une situation spéciale : il flotte entre deux mondes. C'est cette situation que je désigne du nom de marge et (...) cette marge idéale et matérielle à la fois se retrouve, plus ou moins prononcée, dans toutes les cérémonies qui accompagnent le passage d'une situation magico-religieuse ou sociale à une autre.»

Nous retrouvons dans le récit de migration de Udo certains de ces éléments décrits par Vang Gennep dans le rite de passage : les deux territoires investis des pouvoirs de menace et de protection (le Nigeria et l'Italie), et la mer comme lieu de transition, de marge entre les deux.

Avant d'explorer la fonction de la mer dans le récit de Udo ; commençons par définir la notion de territoire et son importance dans la construction de l'identité de Soi et de l'Autre, ainsi que ses analogies symboliques avec les rites de passage.

D'un point de vue étymologique, le terme territoire viendrait du latin *territorium* et bien que son lien avec le mot terre soit évident, le terme a également un lien direct avec le *jus terrendi*, le droit de terrifier. Il est donc associé avec le contrôle d'une terre et avec le pouvoir de la protéger par la menace (*terrere* : terrifier). On voit ici le lien évident entre le mot terre et effrayer.

On pourrait donc dire que le territoire est une terre humanisée, délimitée par des signes humains et protégée à travers la peur, la menace de mort contre qui ose traverser ses sillons sans autorisation mais, également, contre qui constitue une menace à l'intérieur. On cite comme exemple le mythe de la fondation de Rome où, d'après la légende, Romulus trace le sillon de l'enceinte comme premier acte de la création de la ville de Rome en 753 av. J.-C. et lorsque Rémus, par dérision, viole cette limite en sautant au-dessus du sillon, Romulus le tue, car l'acte est vu comme sacrilège.

L'acte de fondation du territoire, donc, se réalise à travers l'acte de marquer la terre et de sacraliser ce sillon et, à travers un processus symbolique, l'effusion de sang, cette ligne devient une frontière. Les frontières constituent, donc, les bases sur lesquelles le *territorium* revendique un principe d'exclusion de l'autre, et en même temps, il crée une unité intérieure à travers une séparation avec le monde extérieur ; la délimitation des territoires permet la construction d'un *nous* par rapport à l'autre, d'une identité comprise au sens d'un même-idem selon la définition de Paul Ricoeur (1990) qui est possible grâce à la présence de l'autre.

Dans les rituels d'initiation, qui font partie de l'ensemble des rituels de passage, nous retrouvons la même frayeur, la violence sacrée, la présence du sang, et le traumatisme, ici entendu dans son sens étymologique d'action de blesser, que nous avons vu dans la construction et la protection de la frontière. Ces éléments de violence maîtrisée et de traumatisme ritualisé ont la fonction de couper pour toujours les liens du sujet avec son ancienne condition, de faire mourir « le vieil homme » pour pouvoir donner vie à une nouvelle identité.

Selon Tobie Nathan (2005), en effet, les rituels d'initiation pourraient être considérés comme « des traumatismes du non-sens (...) » : « traumatisme des frayeurs, quelquefois savamment mises en scène, traumatisme physique, aussi, des douleurs et des blessures (...) le rituel d'initiation apparaît là-même où il est nécessaire de transmettre à l'identique (...). Construction d'une mémoire commune, fabrication d'êtres "de même chair", constitution sociale de groupes de semblables, telles sont d'évidence les conséquences et donc probablement les fonctions psychologiques de tels rites. »

L'histoire de Udo, comme il est souvent le cas pour le demandeur d'asile, commence avec un acte de violence, il est blessé à la tête et il est cru mort par les Ogboni, car il a refusé l'affiliation à leur secte. Ce refus, qui a été payé avec le sang, peut être lu comme ce traumatisme de non-sens, théorisé par Tobie Nathan et qui représente, à la fois, le début de la migration et la première phase du rituel d'initiation. Nous pouvons donc considérer que pour Udo, la migration est une sorte de rite de substitution, comme s'il existait pour lui un impératif social, une trace de la fonction psychologique du rituel de passage qui aurait signifié son entrée dans la secte Ogboni, rituel auquel il avait décidé d'échapper.

Selon notre hypothèse, la migration sera pour Udo un rite de passage, dont les blessures subies constituent le traumatisme qui l'oblige à abandonner son territoire, ici entendu comme l'enveloppe symbolique de son ancienne identité, qui a cessé de représenter le lieu privilégié de la construction et du développement du sujet pour devenir le lieu de la menace et de l'anéantissement du Soi. Pour échapper à la mort réelle et symbolique, le sujet quitte ce lieu pour atteindre un nouveau territoire où il puisse se reconstruire, en termes subjectifs et identitaires. Pour que cette transformation puisse se réaliser, est nécessaire le passage à travers la phase liminale décrite par Van Gennep; et la mer est le lieu marginal par excellence, en tant que lieu non-humain ni humanisable. La traversée de la mer devient donc pour Udo plus qu'un acte de passage (du latin *transversare*, naviguer, passer d'une côte à l'autre). Elle représente la deuxième phase du rituel, ce moment de suspension qui permettrait à l'individu de se séparer de la terre et de se soustraire à son influence mortifère et de se préparer au changement.

À travers le passage de la frontière-mer-non-humaine, l'individu subirait donc un processus de déshumanisation, qui est entendu ici comme un processus de rupture des liaisons sociales qui constituent son être social. Cette phase liminale constitue pour le sujet une métamorphose qui lui permettrait de se projeter vers une nouvelle affiliation, ici entendue comme ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent pluriel (Moro et Baubet, 2003).

Une métamorphose qui est douloureuse mais nécessaire pour acquérir un nouvel habitus<sup>3</sup> et pour conquérir le droit symbolique de pénétrer et de rester dans un nouveau territoire. Avec le mot métamorphose, Tobie Nathan, dans son article La morale du crocodile, souligne l'action de construction de la personne opérée par les rituels à travers la manipulation et la transformation du corps. Cette appartenance du sujet à sa communauté s'inscrit, comme on l'a vu dans le récit de Udo, jusqu'au-delà de sa mort « *lorsqu'un membre de la secte Ogboni décède, ils veulent être les premiers à manipuler le corps parce qu'ils ont des rituels à accomplir.*

<sup>3</sup> Ici on utilise la notion d'habitus selon la définition donnée par Marcel Mauss dans les *Techniques du corps* (1934), un lien englobant des dimensions diverses d'ordres physique, psychique, social et culturel.



*Lorsque nous avons été autorisés à prendre le corps, nous avons vu que le cœur avait été enlevé ainsi que les organes génitaux.»*

À travers le passage commencé par sa mort symbolique, il peut se protéger de la menace de mort de la secte des Ogbony : *«je savais que j'étais sauvé parce que j'étais en train de traverser la mer et que même si je mourais, j'étais sauvé.»*

En quittant la terre pour entreprendre son voyage en mer, Udo rentre dans la zone marginale et il signifie, à travers son acte, la rupture des liens avec son territoire.

## Conclusion : de la souffrance du rejet

La demande d'asile de Udo a été rejetée.

Le refus décidé par la commission entraîne comme conséquence l'impossibilité pour Udo d'accomplir le rituel du passage, de finaliser l'agrégation, voire l'incorporation à un nouveau groupe après le passage du rituel. Le retour à la condition de départ n'est pas possible dans le rituel, comme une chrysalide ne peut pas revenir à l'état de chenille.

Le rituel de passage n'a, selon notre opinion, que deux conséquences possibles : soit le rite s'est bien achevé et le sujet se configure selon une nouvelle identité prévue, soit il se réorganise autour d'une identité déformée, anormale, stigmatisée.

Comme Jean-Thierry Maertens (2001) le souligne, l'exigence de l'inscription répond bien à une attente psychique : les traces indicibles et angoissantes de la jouissance originelle trouvent une issue vers l'extérieur et se satisfont dès lors des représentations qui leur sont superposées.

Udo nous semble donc contraint de choisir entre la mort physique ou symbolique, ou devoir se réorganiser autour d'une identité déformée, abîmée (Goffman, 1975), en exprimant à travers la souffrance son droit à exister.

La maladie semblerait être la seule voie pour répondre à cette attente psychique et pour échapper à l'angoissant entre-deux auquel la frontière italienne semble condamner Udo. Une existence d'errance, dans la zone de marge où, si l'on n'est pas mort, on n'est pas non plus pleinement vivant, ni en dehors de la société, ni tout à fait à l'intérieur.

Sur la base des connaissances des logiques culturelles et symboliques du contexte du sujet, grâce aux outils épistémologiques spécifiques de l'anthropologie, nous avons fait l'hypothèse que la persistance de Udo dans une situation liminale puisse donner comme conséquence une fixation à un passé (dans un sens temporel et spatial). Ici entendu comme un espace non historique où le présent est sans avenir, où on assiste à une impossibilité de toute transformation pour le sujet, un phénomène proche de ce qu'on peut retrouver dans la psychose.

L'éternel présent de l'espace liminal du rituel inachevé serait, donc, un « présent envahi par un passé indépassable (...), un espace de temporalité du retour incessant caractérisé par le retour d'un choc inassimilable, qui réduisent l'expérience elle-même à un « choc en retour » (Romano, 1999).

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris : Flammarion.
- Goffman, E. (1975). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps* (traduit par Kihm A.) Paris : Éditions de Minuit.
- Green, N.L. (2003, 15 janvier). *Trans-frontières : Pour une analyse des lieux de passage*. Repéré à <http://socio-anthropologie.revues.org/110>
- Maertens, J.T. (1987). *Ritanalyse 1*. Paris : J. Million.
- Moro, M.R. et Baubet, T. (2003). *Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire*. Dans M.R. Moro et T. Baubet (dir.), *Soigner malgré tout, Tome 1 : Trauma, culture et soins*. Paris : Éditions La Pensée sauvage.
- Riti di passaggio*. (2009). Dans U. Fabietti et F. Remotti (dir.), *Dizionario di antropologia. Etnologia. Antropologia culturale. Antropologia sociale*. Bologna, Italia : Zanichelli Editore.
- Romano C. (1999). *L'événement et le temps*. Paris : P.U.F
- Nathan, T. (2005). *Préface*. Dans Hervieu F., *Une boussole pour la vie les nouveaux rites de passage*. Paris : Albin Michel.
- Van Gennep, A. (1981). *Les rites de passage. Étude systématique des rites : de la porte et du seuil, de l'hospitalité de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.* Paris : A. et J. Picard.
- Zanini, P. (1997). *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*. Milano, Italia : Bruno Mondadori.

Gaëlle Deschamps

Psychologue sociale  
Consultante  
Orspere-Samdarra  
Lyon

Nicolas Fieulaine

Maître de conférences en psychologie sociale  
Groupe de Recherche en psychologie  
sociale (Université Lyon 2)  
Chercheur associé au Laboratoire Intelligence  
des Mondes Urbains (Université de Lyon)  
Lyon

Arnaud Béal

Docteur en psychologie sociale  
Groupe de Recherche en  
psychologie sociale (GRePS)  
Université Lyon 2  
Lyon

# ANALYSE PSYCHOSOCIALE DE L'EXPÉRIENCE DU RECOURS AUX PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ DES POPULATIONS MIGRANTES<sup>1</sup>

## Introduction

Les Pass et EMPP favorisent l'accès aux soins, l'accès aux droits et le retour dans les circuits de santé de droit commun des populations « démunies »<sup>2</sup>. À partir d'une étude menée d'un point de vue psychosocial (Moscovici, 1984) sur le recours à ces dispositifs, différents constats sont venus éclairer les logiques et les formes de (non-)recours aux droits sociaux et aux soins (Warin, 2010) des populations précarisées, et notamment des publics « migrants ».

La problématique de l'accès aux soins et aux droits est indissociable de celle du recours des populations concernées aux dispositifs qui sont conçus pour accueillir leur demande. Différents travaux récents en psychologie sociale ont porté sur les dynamiques et logiques du (non-)recours aux droits et aux soins (Réseau Exclusions et non-recours aux droits et services, 2008 ; Béal et al., 2014), mettant en évidence les interactions entre motifs, trajectoires et expériences de recours. Dans ce champ de recherche, les formes, temporalités, et trajectoires de recours entrent en interaction avec les normes, temporalités et contextes qui reçoivent et co-construisent les demandes (Durif-Bruckert, 2008 ; Béal, 2016 ; Fieulaine, 2006).

À partir d'une démarche d'enquête qualitative par observations et entretiens semi-structurés menés dans 9 Pass, 3 EMPP, et auprès de 90 usagers (dont 15 interviewés) et 35 professionnels, nous avons ainsi questionné les manières dont les usagers mettent en sens leur expérience vécue et comment cela participe à la

<sup>1</sup> Étude menée dans le cadre de l'Orspere-Samdarra en collaboration avec le Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier, et le financement du Conseil Scientifique de la Recherche du CH le Vinatier (CSR) et de l'Université Lyon 2.

**2** Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass) et les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) tirent leur origine de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions votée le 28 juillet 1998, qui répondait au constat d'inégalités persistantes en matière de santé, questionnant la mission sociale de l'hôpital, notamment en termes d'accès aux soins et de lutte contre les exclusions (même si la création à proprement parler des EMPP fait suite à une circulaire de 2005 venant affirmer la nécessité des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (les PRAPS, initiés avec cette même loi de 1998) à travers la création des équipes mobiles psychiatriques chargées d'améliorer la prise en compte des besoins en santé mentale des personnes précaires). Loi cadre, il était alors question de l'accès pour tous à l'ensemble des droits fondamentaux (la santé, l'emploi, le logement, la justice, etc.). La création de ces dispositifs répond donc à la nécessité de soigner les individus en « rupture » de droits sociaux, permettant à la fois d'être soignés dans l'urgence et d'ouvrir des droits afin d'accéder aux dispositifs de soin classiques « de droit commun ».

compréhension des dynamiques de (non-)recours aux droits et aux soins à travers les Pass et EMPP. Nous avons porté une attention particulière aux enjeux posés par la perspective temporelle (Fieulaine, 2006) dans l'accès aux soins et aux droits en lien avec l'injonction paradoxale, à l'activation et à la victimisation contenue dans les dispositifs contemporains de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (Thomas, 2010). Notre regard s'est porté en particulier sur l'articulation des parcours de recours, souvent longs et complexes, et des trajectoires, c'est-à-dire des points de vue subjectifs et temporels portés sur ces parcours, de leur sens en tant que récits de soi, des autres et des lieux (Dubar, 1998; MCadams, 1999). Cette narration, marquée par la précarisation qu'entraîne la migration et par la dépendance aux institutions, est envisagée comme un marqueur potentiel de souffrance psychosociale (Barus-Michel, 2001), en-deçà des traumatismes possibles; l'expérience psychosociale pouvant dès lors être analysée au travers des rapports au temps, aux autres et à l'espace, dans la fermeture ou l'ouverture des perspectives (Schütz, 1976/2003), dont témoignent les manières de se représenter pour les usagers migrants des Pass/EMPP, leur propre histoire et leur devenir. Ces « catégories de l'expérience » (Creed et Machin, 2003) pourraient ainsi être des indicateurs d'une souffrance, de manière commune à des histoires de vie pourtant toutes différentes.

Nous proposons dans cet article de revenir sur quelques résultats saillants de notre enquête de terrain, en nous focalisant plus spécifiquement sur la catégorie des « migrants » que l'on retrouve particulièrement dans certains de ces dispositifs Pass et EMPP<sup>3</sup>.

## Un passé en ruptures

Le premier élément opérant dans nos diverses observations et entretiens prend racine dans l'importance du passé des sujets et notamment dans la question posée par la ou les ruptures vécues. Nous pouvons distinguer deux manières de penser son expérience passée à travers deux types de ruptures biographiques, façonnant différemment les recours aux droits et aux soins à travers les Pass/EMPP.

Dans le premier cas, les usagers nous racontent une vie somme toute ordinaire jusqu'à ce que survienne un évènement (politique ou personnel) qui vient bouleverser son équilibre. Il va s'agir, par exemple, d'une menace d'assassinat ou d'une mise à exécution; d'un changement de régime politique ou d'une guerre. Tous décrivent alors la précipitation des évènements. Leurs récits sont précis tout autant que saccadés, traduisant des ruptures en cascade. C'est ce qu'évoque entre autres Mme Holohana<sup>4</sup> (Guinée équatoriale, 32 ans): « *c'est allé trop vite, c'est allé trop vite, ça s'est passé en trois mois donc, aux mois de février, mars, avril tout a basculé, tout a basculé... voilà on nous a tout pris, on nous a enfermé.* » L'expérience ordinaire des sujets devient alors extraordinaire et étrangère, irréprésentable (Kalampaliki & Haas, 2008). Mme Wauta (Cameroun, 37 ans) illustre cette rupture quand elle souhaite, lorsque nous la rencontrons dans les couloirs de la Pass nous montrer les photos du corps de son frère mâchetté quelques jours plus tôt. Une psychologue intervenant en EMPP nous en parle en nous évoquant un homme qui « (...) partici-

paît à un défilé présidentiel, une pierre a été jetée sur le président, il a été arrêté; il n'y était pour rien mais il a été arrêté. Sa vie était menacée, il n'a pas eu d'autres choix que de quitter le pays.» Cela peut aussi se caractériser par une succession de violences subies comme en témoigne Monsieur Tone (Guinée équatoriale, environ 20 ans): « moi j'ai quitté et j'ai beaucoup vécu, j'ai vu la mort, beaucoup de morts donc on a tué même devant moi donc parfois ça vient dans mes rêves. » La convocation de ce passé s'il peut permettre de se projeter et de s'activer, est souvent synonyme de traumatisme, de souffrance et d'angoisse chez les sujets, justifiant le recours aux Pass et des demandes fortes de prises en charge, notamment en terme de soins psychiques: « j'ai pas la tête tranquille, je pense à ma maman, je pense à mon père, je pense à mes petits frères »; « j'ai été maltraité, j'ai pas la tête tranquille (...) je pense à comment vivre maintenant dans ma vie » (Monsieur Tone). Nous retrouvons ici des sujets essentiellement demandeurs d'asile, parfois diagnostiqués PTSD<sup>5</sup>, pour qui le passé ressurgit dans le présent de manière violente.

Le second type de rupture, qui caractérise une partie des sujets recourant aux Pass/EMPP, renvoie aussi à des situations de violence à fuir, mais apparaissant non comme un événement soudain venant rompre l'expérience ordinaire des sujets mais dans un temps plus long. L'ordinaire des sujets est ici incarné par une violence quotidienne durable, familiale ou conjugale, ou encore par une vie trop misérable. Nous retrouvons ici des sujets qui disent subir cela pendant trop longtemps et qui prennent à un moment la décision d'y mettre fin. La rupture est formellement identifiée à un moment où la situation n'était plus tenable, ce qui a causé le désir de changement et le départ. Les patients de notre échantillon qui rapportent et portent cette rupture ont essentiellement en commun leur jeune âge comme par exemple Melle Anna (Allemagne - 19 ans) qui a fui les violences répétées de son père ou encore Mme Isidima (Albanie - 25 ans), ayant obtenu l'asile en raison des violences de son mari. Ce sont des fugues que nous relatent alors les sujets.

Dans cette même catégorie de rupture, il peut également être question de conditions de vie à fuir. Par exemple, Ausarta (Tunisie - 22 ans) quittera la Tunisie après la chute de Ben Ali « pour avancer dans la vie »; César (Albanie - 22 ans) laissera l'Albanie « avec l'espoir qu'[il peut] refaire une nouvelle vie »; ou Tatiana (Roumanie - 14 ans) viendra avec le reste de sa famille parce qu'en Roumanie, « y'a pas de travail, y'a pas de monnaie, y'a pas de mangé. » Dans ces cas-là, nous retrouvons un rapport au passé ténu. Leur narration est froide, distante. Le départ n'est pas réinterrogé et ce qui semble faire souffrance apparaît davantage tenir à l'expérience vécue aujourd'hui en France; il fallait de toute façon partir. Le passé est parfois rejeté et s'ils veulent bien l'évoquer, certaines évocations font souffrance voire blocage. Ce rapport au passé que l'on fuit est souvent fortement corrélé avec une projection dans le futur et une volonté de changer individuellement de situation.

Ces rapports au passé mettent en évidence la construction d'une interprétation des causes de la migration et donc de la situation présente trouvant ses racines en dehors des sujets; déresponsabilisation qui participe aux processus de demande effectuée dans les Pass. Par ailleurs, que la rupture soit liée à l'irruption de l'extraordinaire ou au trop-plein d'un ordinaire, le rapport au passé est marqué par la

<sup>3</sup> Nous avons davantage retrouvé ces publics migrants dans les dispositifs qui « voient venir » les patients, qu'ils soient primo-arrivants, demandeurs ou déboutés du droit d'asile, européens, sous visa touristique... ; alors qu'on ne les retrouve quasiment pas dans les mouvements centrifuges des Pass/EMPP (« aller vers »), les publics étant dans ces cas-là constitués de ce que les professionnels appellent les « grands précaires » ou « exclus », mais aussi de migrants qu'ils nomment « installés » ou d'un public intermédiaire incarné par des individus migrants originaires d'Europe de l'Est (essentiellement de nationalité polonaise ou issus de la communauté Roms). Ce qui est un résultat en tant que tel, montrant que ce public est très souvent dans une demande active dans ces lieux d'accès aux droits et aux soins, comme cela a été montré par ailleurs en ce qui concerne le recours à la PASS-psy de l'hôpital du Vinatier (Chambon, Le Goff & Collet, 2013).

<sup>4</sup> Noms d'emprunt.

<sup>5</sup> Post-Traumatic Stress Disorder (trouble de stress post-traumatique).

volonté de s'en défaire, de rompre avec lui, la migration devenant alors la promesse d'une vie meilleure ; ce qui va également alimenter des formulations de demandes auprès des Pass.

## La rue et la précarité : un nouvel irreprésentable dans un présent omnipotent

Pour les usagers « migrants » que nous avons rencontré et interviewé, la situation qu'ils vivent actuellement est la plupart du temps un nouveau surgissement de l'extraordinaire et une nouvelle irruption de violence. Elle est souvent marquée par la vie à la rue, ou du moins par une forte précarisation de leur vie quotidienne, constituant une continuité de la violence déjà éprouvée. La situation présente est vécue comme extraordinaire et est difficilement compréhensible. Violences et ruptures deviennent alors systémiques. Ces conditions de vie nouvelles et fortement précarisées viennent s'opposer à leurs espoirs de vie meilleure au regard d'un passé avec lequel ils veulent rompre.

La précarisation n'était pas prévue, pas anticipée (en tout cas pas à ce point-là) et elle vient incarner un nouvel irreprésentable pour les sujets. Les ruptures deviennent persistantes, continues, et l'extraordinaire aussi. Cela crée des tensions, des agitations, de la souffrance que les sujets expriment et que les parents peuvent par exemple identifier chez leurs enfants : *« il ne parle pas... l'agitation... (...) comme s'il a envie de parler mais la parole ne sort pas... il s'est passé beaucoup de choses... »* (Monsieur Pateré, environ 45 ans, Libye)

C'est alors la désillusion qui prend le pas, chargée d'une forte anxiété voire d'un traumatisme supplémentaire. Aussi, cette mise en précarité peut prendre l'allure d'un « choc » comme le décrit César : *« quand nous sommes venus, on est restés dehors, en bas du pont Kitchener en fer, Ferrache, on est resté là pour 3 mois, c'étaient des expériences que je pense la plus pire de ma vie, et parce que je ne pouvais pas retourner »,* ajoutant *« quand nous avons vu cet endroit, c'était un peu choquant pour nous, c'était trop choquant. »* Les sujets évoquent aussi régulièrement la peur qui occupe leur esprit du fait de devoir vivre à la rue, voire du fait d'avoir à recourir aux dispositifs d'hébergement qui ne les rassurent pas toujours. Lapew (Congo- 23 ans) témoigne ainsi de son recours à un hébergement d'urgence, décrivant un endroit où les *« gens n'ont plus de raison »* (traduction de l'interprète) ; où il a eu peur d'être agressé ; où toute la nuit, *« les gens poussaient des cris et ouvraient sans cesse [sa] porte »* ; où l'insalubrité des locaux était pour lui insoutenable. Ainsi, au-delà de la précarité, les sujets peuvent décrire la confrontation à des formes d'altérités caractérisées par la « folie » et la « souillure », figurant une pauvreté extrême de laquelle ils se distinguent<sup>6</sup>.

En lien avec la précarité et l'urgence présente, très souvent, cette nouvelle vie quotidienne pour ces publics migrants est également définie par la solitude, caractérisée par des difficultés pour contacter leurs proches (technique, financière ou par peur de représailles contre ceux-ci), une mobilité réduite, les transferts de Cada en Cada... et par l'étrangeté de la société et de la culture française. Des profession-

<sup>6</sup> Distinction qui est très souvent évoquée par les professionnels des Pass/EMPP.

nels nous préciserons que cette solitude des migrants est à différencier de l'isolement dans lequel se mettrait une partie des publics non-migrants et précaires, à qui ils attribuent une forme de pathologie du lien social<sup>7</sup>. Leur solitude légitime d'ailleurs des pratiques de recours des sujets<sup>8</sup>.

Enfin, il est question d'un rapport intenable au temps présent pour ceux pour qui l'urgence vient se heurter aux difficultés de réceptionner et d'accéder immédiatement à des soins, des droits, des aides. Les non-réceptions créent des difficultés pour vivre dans le présent et pour se projeter dans le futur. Le temps présent est souvent vécu comme obnubilant et omnipotent. Il ne s'y passe souvent rien ou pas grand chose. La longueur du temps peut être insondable, créant un profond ennui et du trépignement, accentués par l'impossibilité (légitime ou circonstancielle) de travailler. Ainsi, le « suspens » des contraintes légales ou administratives contribuent à créer de la souffrance, comme l'illustre avec force les propos de Monsieur Tone qui met en équivalence les différentes violences qu'il a subi durant son parcours migratoire et le fait d'avoir le statut de « dubliné<sup>9</sup> » qui l'empêche de s'inscrire dans une demande d'asile en France : *« parfois je repense à mon ami, mon ami qui est resté dans l'eau, je repense à Dublin, Dublin, que moi je suis dans la procédure Dublin, on attend la réponse de l'Italie et je repense aux autres personnes qui ont été tuées devant moi... ça me vient moi comme un rêve... »*

## Un futur entre force et faiblesse

Dans ces expériences de migration, d'errance, d'attente, de mise en précarité, les sujets construisent très souvent des représentations marquées par l'épuisement corporel et psychologique auquel il faut faire face. Il s'agit alors de « tenir », de résister, pour ne pas faillir physiquement et mentalement, permettant de continuer à se projeter dans l'avenir. Mais cette injonction à tenir et finalement à se responsabiliser individuellement, est mise en tension par la faiblesse et la vulnérabilité qu'il faut pourtant souvent démontrer pour obtenir de l'aide, des droits, des soins (Thomas, 2010 ; Fassin, 2001 ; Béal, 2016), à l'image des procédures de demandes d'asile (Fassin et Retchman, 2007). Les usagers que nous rencontrons s'emploient ainsi à expliquer la fragilisation qu'entraîne leur situation et simultanément, la force dont ils ont besoin, tant pour tenir face à la précarisation de leur quotidien que pour s'activer pour faire les démarches de droits et de soins. En effet, ces démarches peuvent faire émerger par les usagers et les professionnels une représentation de l'expérience du recours caractérisée par des contraintes qui apparaissent comme autant d'épreuves de plus à surmonter<sup>10</sup>.

Paradoxalement à cette force qu'il faut déployer dans ces situations, il est question d'objectiver son corps, celui-ci pouvant incarner l'espoir pour demain et une forme de reconnaissance. C'est donc d'un corps fragile dont il faut faire état, en montrant ses traces, ses cicatrices issues des ruptures passées ; cela nécessite de se replonger et de se reconnaître dans les souffrances passées, dans les ruptures, celles par lesquelles le départ a pris sens. La souffrance issue du passé devient socialement fonctionnelle, notamment afin de se projeter dans l'avenir. Aussi, les publics migrants sont décrits par plusieurs professionnels des Pass comme parti-

**7** Isolement qui légitime les mouvements centrifuges des Pass et des EMPP pour « aller vers ».

**8** Comme en témoigne l'attrait des femmes d'un Cada pour un groupe de parole créé par une psychologue d'une Pass-psy d'une ville moyenne.

**9** Le fait d'être « dubliné » contraint le demandeur d'asile à réaliser sa demande dans le pays où ont été saisies ses empreintes.

**10** Démarches figurées par le temps long de l'administration, son soupçon, aux aller-retour des dossiers, à la multiplicité des démarches et des papiers, créant des temporalités saccadées et saturées avec des demandes institutionnelles qui peuvent parfois être jugées aberrantes, y compris par les professionnels eux-mêmes (dénonçant parfois une « suspicion organisée » - assistante sociale ass).

culièrement actifs dans les demandes de « prise en soins » qu'ils effectuent auprès des professionnels, parfois si nombreuses qu'elles peuvent les mettre en difficulté. Ils se soucient de leur corps et de leur santé, comme pour « persévérer dans ce désir d'être » (Brugère et Le Blanc, 2017) comparés aux publics catégorisés comme « grands précaires » qui eux sont décrits comme « loin du soin ».

Ces recours apparaissent ainsi à travers toutes leurs contradictions. Parfois, avoir à se plaindre pour recourir peut être vécu comme une nouvelle forme de violence pour les sujets migrants, d'autant plus vive et paradoxale qu'elle rentre en contradiction avec la nécessité d'avoir à être fort et donc ne pas se montrer comme une victime en donnant à voir sa faiblesse, son histoire, ses ruptures et son manque de contrôle sur sa vie. Il s'agit parfois également de montrer ses traces ; or, ce sont parfois précisément celles-ci que les sujets souhaitent enlever. Là où il est question de se projeter dans le futur, la plainte peut ramener à hier, enfermer l'usager dans un statut et une histoire sans perspectives. Les professionnels des Pass/EMPP sont d'ailleurs le plus souvent conscients de cela et montrent alors une attention pudique et respectueuse envers les patients et leurs histoires, craignant parfois de « *repréciser* » (au sens de rendre faible) certains usagers à travers cette dynamique de la plainte (assistante sociale - Pass), tout en ne pouvant s'appuyer sur un projet, trop précaire pour supporter une quelconque projection.

## Conclusion

Les perspectives temporelles (Lewin, 1942) que nous avons identifiées et l'antinomie dialogique force-faiblesse (Bovina, 2006 ; Gusdorf, 1967 ; Béal, 2016) conjugués à des contextes de réceptions difficiles voire impossibles des droits et des soins ont des conséquences sur les pratiques de recours mais aussi sur les souffrances ressenties par les usagers. Il semblerait en effet que ces temps et ces rapports administratifs viennent faire écho et redoubler des ruptures vécues qui ont enclenché le parcours migratoire. Ils viennent réactiver l'absence ou le manque de reconnaissance et la réification que les sujets ont vécus.

Cela a pour effet principal ce que nous avons identifié comme une forme de *mise en incompétence* des sujets, pouvant créer un sentiment d'impuissance et par extension de la souffrance à travers la fermeture du champ psychologique. L'expérience passée qui a provoquée la migration, semble difficile à reprendre alors même que la violence peut être réactualisée et répétée dans l'urgence présente. L'omnipotence du présent dans le rapport aux droits et par extension aux soins accentue ce sentiment d'impuissance. Aussi, l'activation des sujets<sup>11</sup> ne suffit bien souvent pas à *faire accéder* à, et les temps longs institutionnels contribuent à mettre d'autant plus en exergue cette mise en incompétence. Cette dernière est d'autant plus flagrante qu'il peut être question de choix impossibles, rendus parfois irréalisables par la situation de (non-)droit dans laquelle se trouve une partie des publics migrants, notamment quand ils sont en situation irrégulière.

Les sujets peuvent ainsi donner le sentiment d'être « enfermé dehors » : en dehors du droit mais aussi en dehors de soi et du temps. Ils décrivent ainsi ce sentiment

<sup>11</sup> Mesurée notamment aux multiples rendez-vous, aux fortes demandes exprimées aux professionnels...



d'être enfermé dans cette situation, dans ce temps, dans cette identité à travers laquelle ils ne peuvent rien faire ou pas grand chose. Il s'agit alors d'être considéré et d'exister par défaut, reconnu *en creux*, de manière palliative ou victimaire (Carretero, 1993). Cet enfermement paraît d'autant plus insupportable qu'il est contredit par l'injonction paradoxale à l'activation (Thomas, 2010), à la patience et au projet (Fieulaine, 2007), devant une administration qui désincarne et déshumanise tout autant qu'elle nécessite de faire appel à son histoire biographique et à sa singularité<sup>12</sup>. Leurs compétences sont déniées dans ce temps présent, au même titre que leurs diplômes ou leur capacité à travailler; comme s'ils étaient rendus contraints au non-usage de leurs possibilités, leurs compétences étant remises et leur présent placé dans les mains de l'institution. Le temps imposé par leur situation administrative agit alors comme une longue dépossession de soi et de ses moyens, créant des rapports au corps distendus et ambigus, des projections futures difficiles, des angoisses marquées par l'insécurité et les ruptures des trajectoires biographiques.

En miroir, ce sont aussi les professionnels des Pass et EMPP qui peuvent se sentir mis en incompétence avec ce public migrant, se trouvant *bloqués* tant par le système administratif et légal que par les obstacles au retour aux droits communs<sup>13</sup>. Il s'agit donc de travailler avec ces contraintes et les modalités de ce temps, les acteurs des Pass et EMPP agissant alors comme un média, un passe-temps (au sens absolu) permettant l'accès à demain dans une temporalité pourtant longue et imposée.

Les professionnels des Pass et des EMPP interviennent alors eux aussi *en creux*, à défaut, souvent en «bricolant» en fonction de ce qui existe/n'existe pas dans les autres lieux et institutions d'accès aux droits et aux soins<sup>14</sup> dans le territoire et le réseau qu'ils participent grandement à construire. Ils négocient beaucoup avec les autres acteurs du champ médico-social et créent souvent des brèches dans le système. Ils viennent surtout proposer de la reconnaissance, de «soigner (!) humain» (Georges-Tarragano et al., 2015), retravaillant la compétence des sujets (au moins symbolique, par l'écoute active et singulière). Par la prise en charge globale qu'ils visent, ils semblent ainsi réduire les écarts, raccrocher au temps, à l'espace, aux autres; recréer de l'histoire (pour hier, aujourd'hui et demain) et à travers elle, recréer de l'identité; sortir de l'extraordinaire. En somme ils participent à créer de l'hospitalité éthique là où l'hospitalité politique se fragilise (Brugère et Le Blanc, 2017).

<sup>12</sup> De manière éloquente chez les demandeurs d'asile devant prouver leur récit de vie.

<sup>13</sup> Par exemple, liés au refus de certains médecins de ville de prendre en charge les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME).

<sup>14</sup> Par exemple sur les services d'urgence.

## BIBLIOGRAPHIE

- Barus-Michel, J. (2001). Souffrance, trajets, recours. Dimensions psychosociales de la souffrance humaine. *Bulletin de Psychologie*, 54, 117-128.
- Béal, A., Kalampalikis, N., Fieulaine, N. et Haas, V. (2014). Expériences de justice et représentations sociales : l'exemple du non-recours aux droits. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 103(3), 549-573.
- Béal, A. (2016). *Pauvreté, (non) recours et représentations sociales*. Thèse de doctorat.
- Brugère, F. et Le Blanc, G. (2017). *La fin de l'hospitalité*. Flammarion.
- Bovina, I. B. (2006). Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : « force » versus « faiblesse ». *Papers on Social Representations*, 15, 5.1-5-11.
- Carretero, T. C. (1993). *Exclusion sociale et construction de l'identité. Les exclus en milieu « défavorisés » au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan.
- Chambon, N., Le Goff, G. et Cochet, P. (2013). Le migrant précaire PASSE à l'hôpital public. *Rhizome*, 48.
- Creed, P. A., & Machin, M. A. (2003). Multidimensional properties of the Access to Categories of Experience scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 85.
- Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 29(1), 73-85.
- Durif-Bruckert, C. (2008). Demande et accompagnement dans le domaine de la santé. Débat psychosocial à partir d'une expérience de recherche-action auprès de personnes en situation de précarité dans une commune du sud lyonnais. *Pratiques Psychologiques*, 14(3), 305-322.
- Fassin, D. (2000). *La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence*. Annales. Histoire, Sciences sociales, 55(5), 953-981.
- Fassin, D. et Rechtman, R. (2007/2011). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.
- Nicolas Fieulaine (2007). Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. *Dossiers de la MRIE*, 15, 41-45.
- Georges-Tarragano, C. (dir.) (2015) ; *Soigner (l')humain*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Gusdorf, G. (1967). *La vertu de la force*. Paris : PUF.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. Republished in Lewin, K. (1997b). *Resolving social conflicts & field theory in social science* (80-93). Washington : American Psychological Association.
- MCadams, D. P. (1999). Personal narratives and the life story. *Handbook of personality : Theory and research*, 2, 478-500.
- Réseau Exclusions et non-recours aux droits et services (2008). *Le non-recours aux droits et aux services : éléments pour une grille d'analyse. Note de synthèse des travaux réalisés dans le cadre du Cluster « Exclusions, Territoires et Action Publique »*. Région Rhône-Alpes.
- Schütz, A. (1976/2003). *L'étranger : un essai de psychologie sociale*. Éditions Allia.
- Thomas, H. (2010). *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres*. Paris : Éditions du Croquant.
- Warin, P. (2010). Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? *La Vie des idées*. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>

Cihan Gunes

Psychologue clinicienne

Bruxelles

# LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS, L'AFFAIRE DE QUI ?

## D'un préalable fondamental à toute réflexion clinique

L'année 2015-2016 a connu une crise, communément appelée « crise de réfugiés ». Si le nombre d'arrivées peut être un facteur pertinent et légitime, il reste qu'il faille toujours le mettre en perspective. En décembre 2015, la Belgique a connu une augmentation de + 1 575 % du nombre d'arrivées de mineurs étrangers non accompagnés (MENA), comparé au même mois de l'année 2014. Mais à quel chiffre réel cela correspond-t-il ? 5 047. Dans ce pays de 11 millions d'habitants, le nombre de demandes d'asile a doublé entre 2014 et 2015, où 35 476 personnes y ont demandé protection. Qu'en est-il en France, pays six fois plus peuplé que la Belgique ? Le nombre de demandes d'asile est passé de 64 811 en 2014 à 80 075 en 2015 ; soit un ratio d'une personne pour une ville de plus de 82 000 habitants. Comment s'explique le tapage médiatique que nous vivons et avons vécu ? Plus d'un million de personnes avaient traversé la Grèce, et près d'un demi million d'entre elles ont demandé protection à l'Allemagne. Aux portes de l'Europe, mais surtout à celles de la Syrie, la Turquie a sur son territoire deux millions trois cent mille réfugiés en attente. La Jordanie a vu un million de réfugiés arriver. Mais le plus parlant est sans aucun doute le Liban. Ce petit pays de moins de six millions d'habitants a accueilli sur son territoire plus d'un million trois cent mille réfugiés. Les collègues du centre de soins pour victimes de la violence politique et de la torture Restart, à Beyrouth, ont vu leur file active augmenter de 500 à 2 500 patients. Imaginons un instant, en tant que clinicien, devoir recevoir soudainement cinq fois plus de personnes. De quoi remettre les choses en perspectives.

De quoi tout cela cache-t-il le nom ? Si cette crise, qui n'est pas finie, est bien un révélateur, c'est d'un problème structurel qui la précède (et en est en partie l'origine ?), et non un problème nouveau. Depuis le terrain, il s'agit plutôt d'une crise des dispositifs, tel le point culminant du non-accueil à l'œuvre en France depuis au moins deux décennies. Ces crises, car elles sont multiples, en disent bien plus sur l'état de nos sociétés que sur les « profils psychologiques » des réfugiés et ainsi sur la manière qui en découlerait de les « soigner ». Les discours sociétaux, médiatiques et politiques en cours, ainsi que les représentations qu'ils véhiculent - venant renforcer ou justifier un sentiment d'effraction ou d'invasion pré-existant - sont-ils

suffisamment détricotés de nos espaces de pensée au moment de nous poser la question « Qui est concerné par la santé mentale des migrants ? »

Pour déployer quelque chose à partir de cette question, je vais me référer à ma pratique clinique pendant quelques années en France et depuis quelques mois en Belgique, dans deux structures associatives proposant un accompagnement psychothérapeutique aux personnes exilées, dans leur grande majorité victimes de violence politique ou de traitements inhumains. D'une manière globale, ce que cette clinique ne cesse de m'enseigner, c'est qu'elle est au centre d'une articulation bien spécifique, celle entre le sujet et le politique. Elle ne tire pas cette spécificité au sens où elle serait la seule à se trouver à la croisée de ces deux questions essentielles, loin de là. Ce qui lui est fort probablement spécifique, c'est qu'elle sait mettre en relief, dans toute sa force, ce nouage qui pourtant existe dans toute clinique. Qu'est-ce qui lie le sujet - au sens clinique du terme - au politique ? L'hypothèse serait la suivante : le politique - dans le sens de ce qui se négocie collectivement afin de parvenir à un certain vivre ensemble - engage des coordonnées sociétales symboliques dans lesquelles vont pouvoir (ou non !) s'exprimer des cultures, des histoires familiales et des histoires singulières. C'est aussi sur cette toile de fond que se tissera pour l'un la *potentialité* de s'inscrire dans un lien et de se sentir en droit d'être lié à d'autres. Si la psychanalyse pense le rapport du sujet à lui-même et à l'Autre, c'est en passant par le rapport qu'il entretient aux autres et au monde qui l'entoure. Mais dans l'autre sens, quels effets sur le sujet du traitement que le monde lui réserve ? Apparaît sur ce chemin la question des représentations en circulation. Quelles sont celles concernant les exilés, dans les discours tantôt migrants tantôt réfugiés ? L'exilé, le migrant, le réfugié est aujourd'hui plus que jamais une figure exclue, dont l'arrivée est vécue sur le mode de l'intrusion, inquiétante ou du moins encombrante, lorsqu'elle n'est pas perçue sur le mode de l'invasion. L'actualité ne cesse de nous le démontrer.

Mme D. me disait, il y a quelques années de cela, en consultation : « *Je n'en peux plus qu'on nous appelle "les demandeurs d'asile". On n'est pas des numéros, on a une histoire nous aussi.* »

## Qu'est-ce que l'exil ?

À la question qui nous concerne dans cet article, commençons par cela : que veut dire « migrant » ? Dans son emploi, ce terme recouvre-t-il une catégorie sociale, une identité (figée), une condition sociale ou une expérience vécue et les effets psychiques qu'elle peut induire ? Par quelle porte d'entrée les cliniciens pensent-ils le travail avec ces personnes ? Le minimum que l'on puisse avancer comme préalable est qu'un écueil certain serait d'essentialiser l'étiquette, en ce que cela révélerait une stigmatisation rigide. Car si l'expérience de l'exil est le dénominateur commun pour toutes ces personnes, et que l'on s'accorde à penser qu'elle produit des effets psychiques, nous devrions bien nous garder de les anticiper pour « l'un ». Comme toute expérience de vie, il est à entendre quelles traces, singulières et subjectives, elle laisse chez une personne. Autrement dit, si nous pouvons assez pertinemment

supposer que cela influera sur le rapport qu'un individu peut avoir au monde, aux autres, et à lui-même ; il nous reste à entendre de quelle manière pour chaque sujet. Aussi, comme l'actualité tendrait à faire penser le contraire, il semble d'autant plus important et nécessaire de (re)préciser que « migrant », ou « migration », n'est ni une pathologie, ni un concept psychopathologique. Cela n'est évidemment pas sans effets sur la question de la pertinence de la création ou de la promotion de services spécialisés.

Deux courants d'espaces cliniques se dessinent en France : ceux centrés sur la dimension culturelle et ceux sur l'exil. Les premiers font le pari que ce qui est fondamentalement en jeu dans cette clinique relève d'un travail interculturel/transculturel. Le sujet, en perte de repères, serait à accompagner dans sa découverte d'une société régie par des codes culturels autres, tout en étant dans un mouvement de négociation avec les codes de son pays d'origine. Les seconds, dans lesquels je me situe, optent pour une approche clinique qui irait au-delà de la question d'un remaniement psychique articulé à la dimension culturelle du déplacement. L'exil, défini comme une expérience dynamique, est ici à entendre comme la quête fondamentale d'un lieu pour exister (Benslama, 2000). Les concepts centraux de ce courant proviennent de la psychanalyse et du postulat de l'universalité de l'Inconscient et de son fonctionnement. Autrement dit, il y est question du rapport fondamental que chaque sujet a à l'Autre et à la perte originelle - exil structural fondamental traversé d'une manière singulière et subjective. Cette perte originelle est le propre de tout sujet, quelque soit son lieu de naissance et de vie. Dans cette optique, l'exil géographique viendrait réactiver l'expérience singulière de l'exil fondamental de chaque petit d'Homme (Stitou, 1997). Il ne s'agit pas alors de centrer le travail sur les coordonnées culturelles environnant chaque sujet, ces dernières étant considérées comme un prisme d'expression possible des traces laissées par cette perte fondamentale. C'est dans la dynamique du désir et du rapport à l'Autre, quelle qu'en soit la coloration culturelle, qu'il est à entendre quelque chose. Pour le dire encore autrement, ce courant clinique pose le postulat qu'il est impossible de prévoir à l'avance les effets de l'exil pour une personne ; sera-t-il l'occasion de remaniements psychiques structurants et porteurs pour une personne - à l'image du processus adolescent - ou au contraire viendra-t-il réveiller ses failles, cristallisant un rapport crispé au monde et à lui-même ? Sera-t-il source de honte ou de fierté ? Il n'y a pas de psychopathologie de l'exil, même si nous accordons sur le fait que cette expérience - dans ce qu'elle touche l'intime du sujet - n'est pas sans effets. Reste à ne pas les anticiper et à savoir entendre comment cette expérience traverse le sujet.

## Des effets d'une violence instituée

Mais ce que je souhaiterais avancer ici, comme une réflexion clinique en cheminement, c'est que être exilé/migrant/réfugié est une condition politique... et que cet aspect est à penser dans nos lieux de consultation. Même dans les cas où le déplacement aurait été choisi, désiré, porté psychologiquement, la dimension politique du départ, mais ne serait-ce que de l'arrivée, n'est pas à sous-estimer. Il ne sera pas question ici d'énumérer toutes les causes poussant à l'exil, bien que les raisons du

départ sont tout à fait déterminantes en termes d'impacts possibles sur la santé mentale. Le seul exemple des victimes de la torture amène son lot de réflexions cliniques spécifiques que les membres du réseau Réséda<sup>1</sup>, par exemple, élaborent.

Les conditions de non-accueil des exilés sont une évidence pour qui exerce dans ce champ : de la précarité matérielle dans laquelle les personnes se retrouvent plongées durant de longs mois voire des années, à la précarité symbolique induite par les procédures, de la mise en doute permanente de leur parole qui n'a pas toujours été le cas mais est le fruit d'une représentation contemporaine - celle de la figure du fraudeur à débusquer - aux logiques d'infantilisation voire d'objectalisation qui sont à l'œuvre, les arguments sont nombreux.

## Quelle parole possible lorsque cette dernière est institutionnellement silencieuse ?

Si je me réfère à ma pratique clinique, voici ce que je suis amenée à entendre. En premier lieu, et ce d'une manière écrasante, les effets de la violence instituée et institutionnalisée auxquelles ces personnes ont à faire face au quotidien, ici. Cela s'exprime par des signes cliniques divers : les idées dépressives, l'anxiété généralisée, les troubles du sommeil, le ressassement des impératifs de la procédure (contrainte de la preuve et peur de ne pas savoir convaincre), l'incapacité à se projeter imaginativement dans un futur, la culpabilité qui se transforme fréquemment en désespoir d'avoir laissé des proches derrière soi en vain, la honte, les troubles de l'appétit, les troubles somatiques divers et persistants, les cauchemars, l'irritabilité... Et avec le temps, la dynamique désirante qui se fige, le sujet réduit à une position passive quasi objectalisée, les pensées suicidaires avec risque de passage à l'acte et pour certains la plongée dans l'errance psychique, une mélancolisation du corps ou une décompensation d'allure psychotique.

Quand et tant qu'une élaboration est possible, ce sont des questions de deuils, de pertes, de solitude, des troubles narcissiques, que nous entendons. Les enfants que l'on a laissé derrière soi, l'absence de ses autres, la peur qu'il leur arrive du mal avant de parvenir à les mettre à l'abri, la culpabilité liée aux menaces et violences qui se rabattent sur les proches restés au pays au nom de celui qui est parti. Un sentiment d'impuissance envahissant. Écrasant.

Pour très peu, une question de culture, d'adaptation. L'incompréhension du monde qui les entoure ici ne me semble pas tant provenir d'une incapacité à décoder les nouveaux codes culturels. La souffrance de la solitude et l'omniprésence des absents ne sont pas à rabattre à la découverte d'une société où le communautaire culturel serait inexistant. Elle témoigne de l'exclusion ressentie, de la non-place. C'est le sentiment d'appartenance à la communauté humaine, qui se trouve fissuré, qui fait tanguer ces sujets. À la question qui tente les cliniciens « comment fait-on dans votre pays dans ces cas-là ? », il me semble que la réponse qui se manifeste à qui veut bien l'entendre est « là-bas j'avais une place. »

Cette entreprise de mise à mal de ces autres, qui agit telle une mise en suspens du sujet, s'entend aussi dans la malaise ou la souffrance des équipes exerçant

<sup>1</sup> Réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique (Réséda).

dans ce champ. Même pour ceux travaillant avec des personnes ayant été victimes de la torture - que l'on peut imaginer éprouvés de cette écoute des abîmes de la violence qu'un Homme est capable d'infliger à un autre - ce qui s'entend comme insupportable au quotidien, c'est la violence instituée ici. Celle qui barre tout horizon. Notre travail clinique auprès de ces personnes pourrait pourtant être résumé ainsi: profiler un horizon pour l'autre, y croire pour lui avant qu'il ne parvienne, peut-être, à y croire de nouveau pour lui-même. Sans compter que cet horizon barré traverse le clinicien, lui aussi, pris au piège d'une actualité qui l'englobe, dont il peine à s'extirper quand il constate que l'autre est à bout: à bout de démarches, à bout de parcours, à bout d'espoir. Que reste-t-il une fois que la parole de cet autre a été déniée, son histoire silencieuse, sa trajectoire invisibilisée? Parfois plus qu'un corps, mis à nu, qui s'éteint ou qui s'automutile, comme ultime preuve de son existence. Quand il n'y a plus de voix, il reste un regard, qu'il faudra savoir soutenir avant qu'une parole n'émerge à nouveau.

### Qui, alors, pour entendre ?

« Qui est concerné par la santé mentale des migrants ? » Si nos lieux de pratique spécialisés se légitiment, c'est peut-être dans cet effort permanent de réfléchir la question du lien, en cela que nous avons à faire au symptôme du social et aux effets subjectifs qu'il produit. Nous ne sommes pas des spécialistes ès culture, et je pense véritablement qu'il ne faille ni l'être ni même le souhaiter. Pour éviter de tomber dans l'écueil d'un déni de la dimension culturelle, il me semble qu'il suffit d'adresser à nos patients les questions qui se poseraient à nous; nul impératif de se constituer un savoir en dehors d'eux, encore moins si l'on considère comme centrale l'articulation Sujet/Culture. Pour le dire autrement, une personne n'est pas le représentant d'une culture, mais il est question d'entendre comment « sa culture » la traverse; qu'est ce qui fait point de repère pour elle; qu'est-ce qui la soutient comme ce qu'elle rejette.

Dans nos lieux « spécialisés », nous construisons une pratique au fil de nos échanges, de nos élaborations, en faisant le pari de croire suffisamment en nos outils conceptuels pour les frotter à des situations qui sembleraient à priori ne pas relever d'eux. Et c'est à cet endroit précis que je formulerai ma réponse, la santé mentale des migrants concerne tout clinicien. Seuls nos cadres s'adaptent, et nous sommes animés par le désir de transmettre nos expériences. Parce que nos cadres de travail ne tiennent qu'à la condition que d'autres cadres existent. Parce qu'une « ghettoïsation » de l'accompagnement clinique des exilés n'est pas souhaitable. Elle ne ferait que renforcer le symptôme qui agit, celui de l'exclusion et de l'invisibilisation, de la mise au banc du reste de la communauté.

Lorsqu'une école adresse un enfant vers le CMPP de son territoire et que l'équipe découvre que son histoire familiale est marquée d'un exil, qu'un service de protection de l'enfance a la responsabilité d'un mineur isolé étranger, qu'une assistante sociale de secteur cherche un clinicien pour une personne, étrangère, qu'elle accompagne; qu'est-ce qui les motive à se tourner vers nos centres spécialisés? Le fait que nous avons pensé et mis en place des dispositifs de rencontre adaptés;

qu'ils considèrent que cela relève d'une clinique spécialisée hors du droit commun; qu'ils pensent que cela ne relève pas d'un travail véritablement clinique (argument typique des «problématiques sociales»); ou qu'ils fantasment à notre endroit une expertise qui au fond viendrait pallier aux limites qu'ils estiment de leur capacité à accompagner ces personnes? Et surtout, quels effets ces orientations spécifiques peuvent-elles avoir sur les personnes concernées? Si pour certaines elles activent l'illusion d'une meilleure compréhension par l'autre (dont il nous faut d'ailleurs, comme pour tout clinicien, nous extraire afin qu'une parole émerge); pour d'autres elles signent à nouveau l'exclusion. Au début de ma pratique, une femme turque m'avait été orientée par une assistante sociale, parce que je suis moi-même d'origine turque, pensant que je serai «plus à même de la comprendre». L'irritabilité et la contestation de cette femme avaient été présentes dès les premières minutes de notre rencontre. *«Pourquoi devrais-je venir chez vous? C'est parce que je suis turque c'est ça? Qu'est-ce qui fait que je ne pourrais pas aller voir n'importe quel psy comme une autre personne?»* Tout cela dans un parfait français...

Dès lors que nous convenons que l'argument culturel n'est pas central - je n'en ferai pas l'objet d'un développement ici en me contentant de référer le lecteur aux désormais nombreuses publications à ce sujet - ce sont des questions de pratiques qui se posent. En premier lieu, le dispositif avec interprète. Que l'on ne s'y méprenne pas; si ce dispositif amène une richesse dans la clinique dès lors que l'on déploie une réflexion à son endroit, il existe avant tout car c'est à *la seule condition de son existence* que des personnes allophones ont accès aux soins psy en tous genre. Sans interprète, nous ne serions tout simplement pas en mesure de recevoir ces personnes. Il est sans doute essentiel de répéter cette évidence. Ce dispositif n'a en lui-même rien de confortable et il ne va pas de soi pour un travail d'écoute clinique, a fortiori d'orientation psychanalytique. Mais c'est un pari que nous faisons, qu'une parole et un travail de cet ordre sont possibles dans ces conditions particulières, ce que la clinique nous confirme. C'est donc avant tout, il me semble, une question d'éthique. Œuvrons-nous à ne pas exclure - même par défaut - des personnes de nos espaces? Si oui, il s'agit alors de penser les effets des «aménagements» que cela induit.

Certes, la clinique auprès des exilés renvoie très fréquemment à l'actualité d'une précarité de séjour. Il s'agit là d'un autre aspect incontestable qui amène son lot de réflexions spécifiques, tant elle est présente dans la réalité dans laquelle se trouve la personne reçue que dans son discours. Mais faut-il pour autant prôner l'existence de lieux de consultations spécifiques? Notre travail d'écoute est-il déconnecté de la réalité des conditions de vie des personnes que nous accueillons, quelles qu'elles soient? Ce point qui nous déborde, nous encombre ou même parfois semble constituer un empêchement à notre écoute (sans doute beaucoup plus qu'un empêchement à la parole de l'autre!), ne sert-il pas à justifier un mouvement d'évacuation de l'accueil de ces personnes dans nos lieux? N'est-il pas, souvent, à l'origine d'une série de réflexions justifiant des services spécialisés? Enfin, n'y aurait-il pas là quelque chose de l'ordre d'une résistance, d'une défense, voire même d'un déni propre à une logique symptomatique, dans laquelle nous serions pris à notre insu? Car après tout, le clinicien peut-il raisonnablement se penser comme



exclu/intouchable des logiques et dynamiques sociétales à l'œuvre ? S'il est tenu de s'en extraire, dans son écoute et sa posture, il me semble que cela ne puisse se faire qu'à la condition d'un travail préalable de questionner à quels endroits et de quelle manière il est traversé par ces dernières. C'est ce que nous faisons dans nos services « spécialisés », tout en invitant, par tous les moyens que nous parvenons à développer, l'ensemble de nos collègues du champ de la santé mentale.

## BIBLIOGRAPHIE

**Benslama, F. (2000).** Épreuves de l'étranger. *Cahiers Intersigne*, 9-29.

**Stitou, R. (1997).** Universalité et singularité de l'exil. *Psychologie Clinique* (3), 13-29.

Nicolas Chambon

Sociologue

Orspere-Samdarra

Centre Max Weber

Lyon

---

# MIGRATION ET SANTÉ MENTALE : QUELLES PERSPECTIVES DE POLITISATION<sup>1</sup> ?

Si à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le sort des demandeurs d'asile, des déboutés, des sans-papiers et plus généralement des étrangers est une préoccupation militante polarisant le champ politique; force est de constater qu'en 2017 ces mouvements mobilisent moins. Le contexte politique n'est pas favorable aux mobilisations et les militants se sont surtout lassés dans ces luttes devant notamment la difficulté à mobiliser les personnes concernées. Ainsi, leur démotivation nous a semblé se rapporter à la quête, infructueuse, du « bon » étranger, qui correspondrait au profil désiré, notamment celui d'une personne engagée politiquement dans la cause des étrangers.

---

## Clinique et politique des conséquences ?

Dans le même temps, le champ de la santé a été progressivement concerné par les problématiques migratoires. La préoccupation quant à la prise en compte de la santé des migrants reproblématise donc les formes de soutiens possibles et la santé constitue alors un nouveau champ pratique pour convoquer à la solidarité avec ce public. Du fait de l'évolution des migrations mais aussi du cadre législatif, le soutien et le suivi d'intervenants sociaux et en santé sont devenus centraux dans le parcours des migrants primo-arrivants; des militants publicisent des lieux de soin; des avocats demandent à des étrangers de solliciter des certificats médicaux dans le cadre de procédures de régularisation... L'augmentation de la fréquentation des lieux de soin par ce public confronte les professionnels à des souffrances qui ne correspondent pourtant pas forcément à des pathologies identifiées.

Ces vingt dernières années, des chercheurs en sciences humaines ont caractérisé la tendance contemporaine à une certaine psycho-pathologisation des problèmes sociaux. En conséquence, la potentialité politique paraît être réduite du fait de cette traduction à une problématique d'individus et de psychisme. Mais ce constat est aujourd'hui partagé par les acteurs du champ de la santé mentale. Un psychiatre dans le cadre d'une réunion que l'Orspere-Samdarra organisait au sujet de la prise en charge des migrants affirmait: « *Aujourd'hui, on évite les questions politiques, et on pose la question en terme de santé mentale. Il faut reconnaître le problème*

<sup>1</sup> L'objectif de cet article est d'ouvrir ce numéro de *Rhizome* à partir des articles précédents mais aussi des constats saillants d'une pratique de sociologue embarqué à l'Orspere-Samdarra, ainsi que d'un travail doctoral sur les activités de solidarité avec les migrants, notamment en situation irrégulière.

de santé mentale dans le cadre du contexte où il se produit». Les psychologues qui intervenaient à Calais nous rappellent dans ce numéro qu'une «part importante des souffrances [entendues] constitue une réaction normale à une situation anormale»; une partie de l'intervention consiste alors à dire: «Ce n'est pas toi qui est fou, c'est la situation qui est folle.» Le renversement de perspective est intéressant: c'est l'intervention psychologique qui permet d'envisager une forme de politisation.

Les travaux engagés par l'Orspere il y a maintenant une vingtaine d'années sont ainsi toujours d'actualité<sup>2</sup>. Les intervenants en santé mentale en viennent à promouvoir une problématique qui donne un sens à leur intervention pouvant être qualifiée par endroit de politique. La politicalité dont il s'agit alors n'est plus afférente aux causes de l'exil mais à ses conséquences. En complément de réflexions et d'actions sur les causes, comment agir à partir des conséquences? Voici quelques perspectives de politisation à l'œuvre aujourd'hui.

## De la *personne* à la *catégorie*: une voie aporétique?

La majorité des contributeurs de ce numéro, problématisant la santé mentale de la personne migrante, est embarrassée quand il s'agit de se référer à une catégorie. Qui faut-il défendre? De qui faudrait-il être le porte parole? Si nous partageons pleinement cette préoccupation, nous la plaçons ici dans une perspective problématique: comment une pratique (singulière) et sa théorie clinique s'indexent-elles à une certaine visée politique?

Prendre soin de la santé mentale permet d'appréhender la personne migrante dans sa globalité, par-delà les découpages administratifs propres aux dispositifs d'accompagnement dont l'activité est au contraire indexée à une catégorie d'intervention réductrice (demandeur d'asile, isolé, réfugié...). Dans nos enquêtes et nos activités, les intervenants en santé mentale reviennent sur l'importance de s'intéresser à des personnes, et non à des catégories spécifiques. Ceci était déjà mentionné dans le rapport fondateur du Réseau Samdarra (Bruyère et Furtos, 2007, p. 10): «il apparaît nécessaire que le lieu d'accueil et d'écoute de l'histoire de la souffrance du sujet se démarque des espaces de traitement de la procédure de demande d'asile au cours de laquelle on interroge, on ordonne le récit d'une histoire dont le sujet se dépossède pour en faire la matière d'une démarche administrative.» Ainsi est-il attendu du travail psychologique qu'il s'accomplisse dans un espace pensé comme «préservé», à la différence des espaces «juridiques» et «sociaux».

Mais cette disposition à la *personne* complexifie les tentatives de politisation. Il peut être alors tentant de faire correspondre des catégories nosographiques à des catégories administratives ou sociales; et inversement. Pour autant cette perspective se confronte vite à des clivages, qui structurent le champ de la santé mentale indépendamment des spécificités de tel ou tel public. Par exemple, si la question du traumatisme est aujourd'hui saillante, on constate qu'entre un clinicien d'inspiration psychanalytique, ou bio-médicale, les voies de l'objectivation pathologique sont complètement différentes et peuvent surtout être contradictoires. Et la mise en échec de l'objectivation pathologique peut conduire à un glissement vers une

<sup>2</sup> Notamment: Colin, V. et Laval, C. (2005). *Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes. Modalités cliniques et inter partenariales.* DRASS Rhône-Alpes, Onsmip-Orspere.

objectivation d'ordre social ou culturel ; au risque d'une réification de la culture ou d'une surdétermination du fait culturel (Fassin, 2000).

Il y aurait donc une vigilance à avoir sur l'effet excluant que peut produire la catégorisation. Pour Marie-Thérèse Tetu-Delage (2006, p. 6), « les catégories que produisent les politiques et leurs cadres juridiques, mais également celles des acteurs de la défense des droits des migrants ne se confondent pas avec les aspirations des individus, leurs expériences, les réalités des sociétés des pays d'origine et de destination. » Cela est renforcé aujourd'hui par le fait que les migrants correspondent de moins en moins à un être générique, aux caractéristiques homogènes. Et c'est d'autant plus marqué que la procédure de demande d'asile oblige le requérant à faire valoir la singularité de son histoire pour avoir l'espoir d'obtenir le statut, et ce faisant à se démarquer de ses communautés d'appartenance.

Au regard de ce constat, il apparaît particulièrement difficile de mobiliser des catégories dans le champ de la santé mentale comme le montre la controverse actuelle sur la détection de la vulnérabilité des demandeurs d'asile. Depuis la réforme de l'asile de 2015 et l'injonction à la détection de leurs vulnérabilités, le concept se mue en une catégorie opératoire : il y aurait les vulnérables et les autres. Il est alors question d'inclusion (et donc d'exclusion) d'un public qui aurait des droits supplémentaires. Y'aurait-il des stratégies à avoir pour être le plus vulnérable ? Peut-on hiérarchiser les vulnérabilités ?

Schématiquement, pour les chercheurs en sciences humaines et sociales (Brodiez-Dolino *et al.*, 2014), la vulnérabilité renvoie à des situations, et non à un groupe. On est vulnérable, en référence à quelque chose, et donc de manière réversible. Pour les intervenants en santé mentale, le migrant peut-être qualifié d'être vulnérable si l'expérience vécue a des répercussions possiblement traumatiques et/ou pathologiques. Pour autant le fait de rattacher cet état à une catégorie susceptible de donner des droits supplémentaires suscite légitimement un embarras de la part des soignants.

---

## Pratiques et épreuves d'hospitalité

L'actualité autour des nouvelles arrivées de migrants depuis 2015 problématise la conditionnalité de l'accueil qui doit leur être fait. Est-ce sur le registre de l'hospitalité que se jouerait aujourd'hui leur accueil dans une perspective politique ? La conception d'une hospitalité inconditionnelle de Derrida fait référence chez les acteurs militant ou travaillant dans le champ de la migration, a fortiori depuis la crise des migrants et l'exaltation de l'hostilité vis-à-vis des étrangers. L'hospitalité serait essentiellement une disponibilité à l'altérité radicale. L'étranger est ainsi « celui qui, posant la première question, me met en question » (Derrida et Dufourmontelle, p. 11). Toutefois, peut-on faire de l'hospitalité inconditionnelle un horizon politique ?

Répondre à cette question revient à s'interroger sur les espaces compétents pour régler les problématiques migratoires. Précisons alors que le contexte international et géopolitique a considérablement évolué depuis la ratification de la convention de Genève en 1954. Elle est signée dans un contexte de bipolarité : le bloc occidental

incarne le monde libre et il faut être en mesure d'accueillir les dissidents du bloc soviétique. De manière caricaturale, les pays occidentaux ont le souci d'accueillir les victimes de pays qui sont « ennemis ». Des voix se font aujourd'hui entendre pour souligner, d'une part, que cette convention n'est plus adaptée aux nouveaux conflits, et d'autre part en appeler à la nécessité de réformer le droit d'asile ou d'ouvrir d'autres voies légales de migration. L'Europe politique est ainsi mise aujourd'hui à l'épreuve de l'afflux de migrants à ses frontières. Alors qu'il y a justement une crise de l'accueil à un niveau national et européen, peut-on en appeler la société civile à être plus hospitalière ?

Pour répondre à cette question, la lecture critique que propose Magali Bessone (2015) du succès du concept d'hospitalité comme réponse aux problématiques d'accueil des migrants est éclairante. Selon l'auteur, l'usage de ce concept est symptomatique d'une conversion sous le sceau du républicanisme des principes politiques de justice en obligations éthiques lorsqu'il est affaire de migrations. Elle affirme que « l'État républicain est embarrassé par les phénomènes de mobilité, par l'entrée « chez nous » de gens qui ne s'y trouvaient pas déjà. Cet embarras, qui est une manifestation de la préférence pour la nation construite comme toujours déjà là et toujours déjà le lieu de l'identification au « nous » et de la pratique commune du nous ». Aux français la justice, aux étrangers l'hospitalité... La dimension politique de l'hospitalité semble alors délicate à conceptualiser. Et cet horizon normatif qu'est l'hospitalité n'est pas forcément politiquement en adéquation avec ce que peuvent porter des militants. Rosello (2004, p. 1528) affirme ainsi qu'« hospitalité et immigration font parfois bien mauvais ménage, surtout lorsque le pouvoir hospitalier de la nation est celui-là même qui a contribué à mettre des étrangers en position de demandeurs perpétuels. »

Cette perspective marque donc des frontières et distribue des rôles, certes complémentaires, mais inégalitaires. Magali Bessone (2015) poursuit : « il y a bien une ambiguïté constitutive dans la notion d'hospitalité : tout se passe comme s'il y avait bien un territoire « à nous », sur lequel nous sommes « chez nous » et dont les frontières peuvent s'ouvrir, devraient s'ouvrir plus largement, pour laisser entrer des étrangers désireux de s'y insérer. » Mobiliser ce paradigme métaphorique pour traiter les migrations suppose que l'on admette la pertinence d'un rapport asymétrique entre citoyens et étrangers et que la forme de l'état-nation territorialisé soit bien celle, indépassable, dans laquelle se pensent les migrations. » L'hospitalité impose en effet une identité et une place d'invité.

Cette mobilisation nous appelle donc à nous décaler de cette perspective de l'hospitalité comme horizon normatif. Utiliser l'hospitalité comme un concept politique, adapté aux problèmes contemporains, ne consiste donc pas à élaborer de grands principes de justice ou à invoquer une morale surplombante (Boudou, 2016). Pour autant, sans en présupposer la dimension a priori politique, le concept nous intéresse pour caractériser les pratiques qui se veulent hospitalières. Force est de tenir compte de ce qu'existent des épreuves d'hospitalité, notamment à l'hôpital, incarnation instituée de l'hospitalité<sup>3</sup>. De manière pratique, il est des espaces où se pose la question des manières d'accueillir l'étranger.

<sup>3</sup> De même, pour les chercheurs de l'ANR Babels, porté notamment par Michel Agier, les villes sont-elles aussi concernées par l'hospitalité qu'elles peuvent offrir aux migrants.

À ce titre, plutôt que de faire de l'hospitalité une catégorie prête à penser, éthique et normative, concernant ce qu'il faut faire de et avec l'étranger, n'y a-t-il pas lieu alors de considérer que la question politique posée en introduction de cet article sur la « cause des étrangers », se retrouve aujourd'hui dans des pratiques (et ses épreuves) d'hospitalité ? Une hospitalité n'étant pas alors à entendre comme nouveau cadre programmatique, ou comme dispositif pratique<sup>4</sup> déjà instauré, mais comme un objet de préoccupation commune ; d'autant plus dans le champ de la santé mentale. Et en tant qu'enquêteur, c'est cela qui nous anime : quelle pragmatique de l'hospitalité ? C'est là l'une des perspectives problématiques de l'étude engagée sur l'interprétariat en santé<sup>5</sup>, laquelle nous permet de documenter le travail de front, clinique ou d'accompagnement des migrants par les professionnels de santé effectué dans le cadre d'une relation de face(s)-à-face(s). De manière générale, « l'hospitalité est, par définition, toujours confrontée à de l'inconnu, et les épreuves ne viennent que souligner ce besoin de l'explicitier. » (Boudou, 2016, p. 212).

### Par-delà l'institution : faire collectif autour du sujet

Cette troisième perspective tient compte de deux constats saillants : l'isolement de nombres d'intervenants prenant en charge les migrants et la concurrence au sujet de cette prise en charge, marquée sur certains territoires, entre équipes et/ou structures, que ce soit dans le champ de l'accompagnement social, ou dans le domaine sanitaire. Le cumul des vulnérabilités des migrants en situation de précarité induit un nombre important de dispositifs qui les accueillent, les accompagnent ou les soignent, mais aussi une segmentation dans leurs prises en charge.

C'est alors le sens de l'intervention qui se problématise. Les perspectives des juristes, militants, professionnels du champ médico-social, peuvent se croiser voire s'opposer sur ce qu'il était préférable d'entreprendre pour soutenir de la meilleure manière ces migrants. Plus encore, le passage des uns aux autres est opéré dans les parcours des mêmes migrants, parfois en des allers retours très proches. Ce qui fait dire à de nombreux soutiens du champ médico-social, que ce public est une « patate chaude » qui traverse de nombreux dispositifs.

L'institution, incarnée dans l'établissement, paraît de moins en moins résoudre les problèmes auxquels font face les intervenants<sup>6</sup>. Du champ « militant » autour de l'asile politique à celui de l'asile psychiatrique (Gauchet et Swain, 2007), ne peut-on pas établir un parallèle entre deux projets qui s'inscrivaient finalement dans le même idéal démocratique en assurant la protection de ceux qui nous sont étrangers ? En ayant une prétention intégrative totalisante, ces deux projets sont peut-être aujourd'hui mis à mal devant le surgissement de singularités qui demandent à être reconnues en tant que telles.

Devant le constat de l'isolement des professionnels, et de la crise de l'institution comme entité soutenant, il semble y avoir un enjeu à (re)penser les formes et les contours du collectif. Il importe alors de proposer pour les professionnels des espaces d'échanges et qu'ils puissent partager les problèmes auxquels ils sont

<sup>4</sup> On pense ici à cette forme d'hospitalité qui est par exemple au cœur du dispositif ethnopsy.

<sup>5</sup> ANR Remilas (Réfugiés, Migrants et leurs langues face aux services de santé), sous la direction de Véronique Traverso.

<sup>6</sup> Voir par exemple l'argumentaire sur l'appel à la grève des salariés d'Adoma : <https://rebellyon.info/Adoma-SNI-createur-de-sous-France-les-17544>, consulté le 7 mars 2017, où il est mentionné que « les conditions de travail et d'hébergement des demandeurs d'asile sur le Centre d'accueil pour demandeurs d'asile du Rhône sont aujourd'hui indignes et mettent en péril la santé des résidents et des salariés. » *psychiatriepublique. Ecarts d'identité*, 2013, pp.38-44.

confrontés. Dans cette dynamique, les espaces collectifs sont des ressources devant les difficultés à tenir son rôle professionnel, à travailler avec d'autres dispositifs afin de permettre une meilleure prise en charge de ce public. Nous rejoignons la proposition de Benjamin Boudou (2016, p. 217), pour qui « les cosmopolitiques se définiraient comme une nouvelle manière de faire de la politique, non plus avec les acteurs et les institutions déjà donnés, mais à partir des problèmes à régler. » Comme si partager ses incertitudes conduisait à une dynamique de mobilisation et de coordination, pouvant peut-être in fine participer au remodelage des institutions.

En effet, on constate dans nos activités un « besoin de permanence », notamment pour s'assurer d'une certaine cohérence du parcours des personnes concernées. Mais comment penser et rendre effective une permanence de l'activité ? Comment aussi associer les personnes concernées tout en évitant de les assigner à une catégorie ? S'il y a lieu de faire se rencontrer les intervenants autour des problématiques de prise en charge, sans venir arbitrer sur ce que serait la *bonne* manière de faire, il apparaît qu'il y a un intérêt de l'accomplir également avec les sujets concernés par l'intervention, que ce soit de manière indirecte par la coordination des modes d'interventions, ou directement par une présence qu'il faut organiser<sup>7</sup>. Ainsi pour Michel Agier (2016, p. 54) les migrants sont aussi porteurs d'une dimension politique « généralement minimisée » au profit des « figures plus attendues de la victime ou du délinquant, de la peur ou de la compassion ». Cette perspective est d'autant plus d'actualité aujourd'hui que la caractérisation de l'altérité, que ce soit en termes pathologiques, sociaux, ou culturels, n'opère plus forcément en vue de son effacement mais fait bien plutôt l'objet d'une réappropriation par les personnes concernées.

## Pour une politique de la relation ?

Terminons par la perspective qui nous anime le plus, celle qui opère un déplacement de l'objet de la politisation. À contre-courant d'autres modalités de solidarité avec l'étranger dans le champ de la santé mentale, nous œuvrons à la caractérisation de la figure du migrant précaire comme participant d'une altérité radicale ; à faire valoir non ce qu'il y aurait de commun dans cette figure, mais ce qu'il y a de différent, d'étranger, de singulier... C'est tout autant une réflexion sur le sujet, que sur la relation qu'il nous importe alors de faire valoir. Comme si ce n'est pas l'étranger qui est ramené à du commun, mais le professionnel rappelé à son altérité.

Dans le champ médico-social, le migrant est la figure de l'individualisme négatif pour reprendre la terminologie de Robert Castel, un individu par défaut, désaffilié. Il apparaît alors qu'il y a enjeu politique à le réétayer. Pour Jacques Ion, Christian Laval et Bertrand Ravon (Ion et al., 2007), dans le paradigme d'action contemporain du champ médico-social, l'objet des étayages psychologiques est le social décrit comme faisant défaut. L'intervention psychologique se déploie alors dans une perspective de reconnaissance sociale des personnes en difficulté. Le sujet est pensé à partir de sa charge négative. Il s'agit moins de l'émanciper que de le reconnaître dans sa singularité. L'intention politique advient alors comme une nouvelle manière de penser la solidarité envers les plus démunis qui doivent avoir

<sup>7</sup> Pour l'année 2017, au niveau de l'Orspere-Samdarra, nous allons dupliquer le « groupe de travail » que nous organisons chaque année avec des professionnels et bénévoles, avec des personnes en situation de migration.

les moyens de s'insérer dans une société d'individus. Deviennent politiques les pratiques d'étayages, y compris psychiques, des personnes.

Aujourd'hui, nous constatons notamment que ce qui est bon pour la personne concernée n'est pas forcément évident. Nous remarquons une gêne du côté des soutiens encore plus importante concernant les motivations de ces « nouveaux » migrants. Ces derniers ne sont plus forcément dans des désirs d'installation. Qu'est-ce qui est aidant ? Accompagner un requérant sur le titre « étranger malade » au risque de l'installer dans une forme de précarité ? Fermer les yeux sur son soutien « communautaire » au risque de le couper de ses soutiens ? Prioriser l'hébergement ?

Il nous importe alors de ne pas réduire la perspective politique à l'engagement dans une mobilisation citoyenne et publique, mais aussi de penser que la relation d'accompagnement ou de soin peut recouvrir d'une perspective politique. Autrement dit, qu'est-ce qu'engage la relation à l'autre ? Quel est le régime d'altérité ? Qu'est-ce que je fais de l'autre ? Dans le cadre sociologique de nos activités, nous invitons les professionnels de la relation à être réflexifs quant à cette perspective et de caractériser les différences constitutives de la relation.

Nous avons alors caractérisé le passage d'une figure de l'immigré, puis du demandeur d'asile à celle du migrant précaire, comme marquant l'avènement d'une altérité radicale, nécessitant un recalibrage des modalités de travail dans le champ de la santé mentale (Chambon et Le Goff, 2016). S'il est vrai que le migrant précaire est une figure topique de ce qui pose problème aux soignants, celle-ci devient paradigmatique d'un mouvement de mise en critique des modalités de l'activité clinique. Autant les deux premières figures de l'altérité impliquaient un traitement spécifique de l'étranger, autant cette dernière figure engage de ramener l'étrangeté de l'autre à celui pour qui il est étranger. Il importe plutôt de prendre en compte la dimension singulière des parcours, des individus. Penser la différence, caractériser l'altérité, c'est porter le focus sur la relation ; et en « prendre soin ».

Nous suivons en cela une perspective tracée par Marc-Henry Soulet (2004) : « Le défi actuel de la solidarité est de prendre en considération la différence non contributive, de penser l'acte solidaire non plus avec un autre même mais avec un autre différent, engageant de ce fait une responsabilité pour un autrui qui, a priori, ne nous est rien et ne vaut rien. Le vrai défi de la solidarité devient en quelque sorte « l'étranger », l'autrui radical ».

Nous rejoignons aussi la perspective soulignée par Emmanuel Terray (2015), le dialogue et l'échange « ne peut s'établir qu'entre des partenaires différents ». « La politique de la relation suppose donc la défense et la préservation des différences qui donnent à la rencontre son sens et son efficacité » et le souci de la préservation des spécificités doit autant avoir lieu du côté du public que des accompagnants et des autres soignants. Comme si la politisation du psychique pouvait emprunter d'autres voies que celles de la victimisation.

Comment accepter et reconnaître l'altérité sans faire de l'autre un semblable ? C'est notre rapport aux altérités qui est l'objet d'une problématisation politique (Peroni,



2001). Comme si ce qui était en jeu autour de l'accueil des migrants n'était pas uniquement un consensus - élémentaire - sur la commune humanité mais aussi la recherche d'un accord à partir de la reconnaissance des différences, permettant aux altérités de co-exister. Il nous importe alors de déplacer la question de la politique de l'institution à la relation, du sujet assujéti à une catégorie au sujet de la personne, et ce faisant d'agir pour que ce soient les épreuves et les incertitudes qui puissent être l'objet d'un partage collectif.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agier, M. (2016). *Les migrants et nous. Comprendre Babel*. Paris : CNRS Éditions.
- Bessone, M. (2015). Le vocabulaire de l'hospitalité est-il républicain ? *Éthique publique*, 17(1).
- Boudou, B. (2016). À l'épreuve de l'altérité radicale : une expérience de pensée. *Le Philosophoïre*, 2(46), 199-220.
- Bruyère, B. et Furtos, J. (2007, mai). Pour un Réseau Régional Santé mentale - Précarité - Demandeurs d'Asile, Réfugiés.
- Brodiez-Dolino, A., Von Bueltzingsloewen, I., Eyraud, B., Laval, C. et Ravon, B. (dir.) (2014). *Vulnérabilités sanitaires et sociales, De l'histoire à la sociologie*. Presses Universitaires de Rennes.
- Chambon, N. (2016). Migrants et santé mentale : pour une politique de la relation. Dans M-C. Doucet et S. Viviers (dir.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*.
- Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2(6),123-140.
- Derrida, J. (1997). *Adieu à Emmanuel Levinas*. Paris : Galilée.
- Derrida, J. et Dufourmontelle, A. (1997). *De l'hospitalité*. Calmann Levy.
- Fassin, D. (2000) Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *L'Homme*, 153, 231-250.
- Garrau, M. (2013). *Comment définir la vulnérabilité ? L'apport de Robert Goodin*. Raison publique. Repéré à <http://www.raison-publique.fr/article658.html>
- Gauchet, M. et Swain, G. (2007). *La Pratique de l'Esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Gallimard.
- Ion, J., Laval, C. et Ravon, B. (2007). Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social. Dans J.-L. Génard et F. Cantelli (dir.), *Action publique et subjectivité*. Paris : DGLJ. 157-168
- Peroni, M. (2001). *Éléments pour une sociologie pragmatique de la phénoménalisation des entités du monde social*. Habilitation à Diriger des Recherches, Lyon 2.
- Rancière, J. (1997). La cause de l'autre. *Lignes*, 1(30).
- Rosello, M. (2004). Immigration, discours et contradictions. Dans A. Montandon (dir.), *Le livre de l'hospitalité. Accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures*. Paris : Bayard Éditions.
- Soulet, M.-H. (2004). *La solidarité : exigence morale ou obligation publique ?* Fribourg : Éditions Saint-Paul Fribourg.
- Terray, E. (2015). Dans Ouvrage collectif, *Pour une politique de la relation, quel monde désirons-nous ?* Lyon : La Maison des Passages.
- Tetu-Delage, M.-T. (2006). «Clandestins» au pays des papiers. *Une anthropologie des mondes et des circulations entre légal et illégal des migrations algériennes (1998-2004)*. Thèse soutenue en 2006 sous la direction d'Alain Tarrius.





