

Rhizome Bulletin national santé mentale et précarité
Rhizome

rs d'asile **Demands d'asile** Demands d'asile
Un engagement clinique et citoyen



numéro 21 - décembre 2005

Les Cahiers de Rhizome

••• Sommaire

Dossier

- numéros de page
▼
- L'accueil des demandeurs d'asile
comme épreuve du politique **3** Dominique **Belkis**, Spyros **Franguiadakis**
- Défendre l'esprit de la Convention
de Genève **6** Frédérique **Bourgeois**
- Contre la dénaturation
du droit d'asile **10** Frédérique **Drogoul**
- Demande d'asile et préoccupation
de santé mentale **14** Valérie **Colin**, Christian **Laval**
- La pensée clinique
en mutation **21** Jean-Claude **Métraux**
- Pour un engagement professionnel
et citoyen **28** Claire **Mestre**
- Un dispositif original :
"le groupe trauma" **33** Thierry **Baubet**, Caroline **Marquer**, Gesine **Sturm**,
Dalila **Rezzoug**, Marie Rose **Moro**
- Demandeurs d'asile en CMP **37** Samira **Richer**, Sihem **Redjeb**
- Groupes de parole pour la
communauté tchétchène à Nice **41** Bernard **Aubin**, Agnès **Gillino**
- Rôle ambigu du certificat
médical **44** Fabrice **Giroux**
- Les professionnels "aux frontières"
47 Alain **Vanoeteren**
- Rétablir le droit au travail des
demandeurs d'asile **51** Zohra **Harrach**
- 54**
- 56**

Bibliographie

Actualités



Illustration de couverture :

Bande jaune et autres limites, œuvre d'**Agnan KROICHVILI** (©ADAPG-Agnan KROICHVILI)

édito édito Édito

Les Cahiers de
Rhizome

Jean
Furtos

L'hospitalité internationale garantie par la convention de Genève de 1951 en vue de l'obtention du statut de réfugiés est malmenée. Heureuse époque, si l'on peut dire, où les demandes des transfuges de l'ex Union Soviétique ou du Chili du général Pinochet étaient accueillies avec empressement ! « *Dès que le réfugié a commencé à différer par sa couleur, sa religion, son mode de vie, et que sa figure s'est confondue avec celle de l'ex-colonisé [...], l'image du combattant pour la liberté s'est disloquée pour laisser place à la suspicion, à la présomption de fraude et de tricherie qui désormais enveloppe le demandeur d'asile...* » (Zohra Harrach). De fait, la protection contre les violences d'Etat s'est transformée en son contraire : ce sont les demandeurs d'asile qui font violence au pays d'accueil et qui doivent apporter la preuve de ce qu'ils ont subi. Le problème n'est pas quantitatif malgré l'impression d'envahissement ressentie par une partie de l'opinion publique : un peu plus de 50.000 demandes d'asile et 109.852 réfugiés statutaires en France pour l'année 2004. Cela nécessite un dispositif certes conséquent, qui n'est pas en proportion exorbitante par rapport aux 11.500.000 réfugiés et demandeurs d'asile comptabilisés de par le monde cette même année. Il est vrai que l'absence d'une véritable politique de l'immigration facilite l'amalgame entre le dossier de l'asile et celui de l'immigration clandestine, entre les deux malheurs de la fuite de la persécution et de la fuite de la misère, et l'on aboutit au constat douloureux de remise en cause des principes de la convention de Genève ; pour prendre un seul exemple, un Etat de droit, comme la France, répudie en 1991 l'autorisation de travailler qu'il avait consacrée en 1975, conformément à ladite convention qui stipule que le demandeur d'asile a d'emblée les mêmes droits que le réfugié. Autour de la présence de l'étranger se condense un climat authentiquement paranoïaque qui *dénature le droit d'asile* et interroge notre capacité à vivre ensemble. Que devient un homme non reconnu comme tel par ses semblables du côté de ses droits et de sa place sur la scène publique ? Et ses enfants ? Et que deviennent tous ceux qui vivent dans la méfiance de l'étranger ? Un tel climat produit de la haine, immobilise l'intelligence et s'accompagne de psychorigidité identitaire avec un déni de la réalité. On imagine quelle catastrophe anthropologique serait la transformation soutenue d'une altérité souffrante en *une clandestinité coupable* !

Comment situer la préoccupation de santé mentale dans ce contexte politique qui met les intervenants en malaise ? Il s'agit d'abord d'éviter que les procédures d'accueil et de dossier ne soient *antagonistes à la santé mentale*. Ainsi, les éléments concrets de l'accueil, tel le logement, apparaissent-ils très importants : seul un habitat stable permettant autre chose qu'une logique de survie immédiate autorise l'accès aux soins psychiques. Non que cette

forme de soin doit être la règle pour traiter les traumatismes des demandeurs d'asile : loin d'être simple, un tel accès se fera éventuellement en un temps approprié, au cas par cas ; on doit plutôt comprendre que l'accès possible au processus psychothérapique signe la possibilité de la confiance et d'une *réciprocité* que l'on sait impossibles dans les états totalitaires. Les traumatismes subis sont du côté des *traumas extrêmes* mais aussi des *petites choses*, insignifiantes pour une lecture seulement nosographique, et qui ne peuvent souvent se dire qu'après un long temps de plaintes somatiques. Passer *du traumatisme sidérant au deuil créatif*, voilà un mouvement qui met souvent plusieurs générations pour se réaliser. Chemin faisant, dans ce temps suspendu de l'accueil aux demandeurs d'asile, comment faire avec ce qu'ils ont laissé là-bas, avec ce qui les poursuit et les hante encore, avec l'exigence d'adaptation qui leur est demandée ici.

L'intervention humanitaire, très présente sur le terrain, indique la nécessité de pratiques adaptées au plus près et la relative carence du droit commun. Pour autant, deux équipes de psychiatrie publique évoquent leur engagement clinique : une équipe de CMP témoigne que le fait d'être troublé par une clinique émotionnellement difficile n'empêche pas de travailler ; tandis qu'une équipe universitaire prend en compte la transculturalité et insiste sur le rôle majeur du groupe pour traiter de traumatismes dont l'essence perverse est précisément d'attaquer l'individu dans son appartenance groupale et transgénérationnelle. Le « *transfert social* », évoqué par Claire Mestre comme condition d'accès à la psychothérapie, signifie justement qu'un thérapeute ne peut s'exonérer de son appartenance groupale : il travaille en sa double qualité de professionnel et de citoyen, mais d'abord de citoyen. Dans le cadre de la clinique psychosociale, le récit de l'expérience bruxelloise explique comment le passage de la frontière concerne les demandeurs d'asile mais aussi les professionnels : leur pratique nécessite un certain degré de *désécialisation* appelée par *l'indétermination* des situations rencontrées : ni psychiques ni sociales, psychiques *et* sociales. On y apprend comment l'accompagnement du demandeur conduit le professionnel à une *respécialisation* qui revigore son professionnalisme autant que sa citoyenneté.

Mais qu'est-ce que la citoyenneté dans un monde globalisé ? Être de son pays *et* citoyen du monde, *s'intéresser aux soubresauts* des pays de la planète *et* à ceux de son pays, voilà une rude et nécessaire épreuve... Meilleurs vœux à tous nos lecteurs ! S'il est vrai que l'épreuve stimule, 2006 sera une bonne année.

Sous cet angle, interroger ces formes de solidarité conduit à réfléchir sur la qualité de l'espace politique dans lequel nous vivons. C'est pourquoi nous proposons dans cet article un renversement de perspective : considérer la problématique de l'accueil non plus seulement comme un problème social de gestion des flux, mais surtout comme une question éminemment politique.

La demande de protection, condition de la rencontre

La demande de protection telle qu'elle s'exprime à travers la demande d'asile, est à la fois condition de la rencontre et obligation de relation dans un cadre normatif particulier (la procédure juridico-administrative). Nous avons affaire à une figure spécifique de l'étranger : la personne qui demande l'asile est nécessairement un étranger et, surtout, quelqu'un qui sollicite la protection d'un autre Etat que son pays d'origine. Ce qui est exemplaire dans la situation du demandeur d'asile, c'est qu'il est le prototype de l'être désaffilié (Castel R., 1990, pp. 152-164, 1995) c'est-à-dire détaché de ses appartenances, isolé et sans protection, et c'est paradoxalement cette situation qui va produire un espace de relations (Belkis D., Franguiadakis S., Jaillardon E., 2004). Le moment de la rencontre s'ouvre sur une obligation de répondre à la demande exprimée par un individu en danger (menacé en raison de persécutions ou des menaces des persécutions *"du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques"* (article 1A.2 de la Convention de Genève).

La définition du demandeur d'asile ou plutôt du réfugié renvoie donc à une conception politique de la personne humaine. Nous faisons référence ici à la réflexion de Hannah Arendt concernant la condition des apatrides ou des exilés, ces êtres privés de leurs droits nationaux, civiques et juridiques et auxquels il ne reste que leur appartenance à l'humanité "à l'état pur". La thèse défendue par cette philosophe est celle du refus de *"l'abstraite nudité d'un être humain"* car *"un homme qui n'est rien qu'un homme n'est même plus reconnu comme tel par ces semblables parce qu'il a précisément perdu les qualités qui per-*

L'accueil des demandeurs d'asile comme épreuve du politique

L'asile met en relation directe un individu touché dans ses droits les plus élémentaires, sa liberté et sa dignité, et la souveraineté d'un Etat dont il n'est pas le citoyen et qui n'entend pas abandonner sa souveraineté nationale.

Partant de la spécificité de la relation qui s'établit entre un Etat souverain et ces exclus de la citoyenneté que sont les demandeurs d'asile, nous nous sommes penchés sur les modalités d'accueil de ces populations car elles nous apparaissent comme symptomatiques de la volonté politique d'établir ou non des relations de solidarité avec d'autres. Cette problématique prend tout son sens si l'on considère que la relation à l'autre est au cœur du débat démocratique.

mettent aux autres de le traiter comme leur semblable" (Arendt H., 1984, p. 279). La leçon arendtienne est de considérer que la valeur de la vie tient à son inscription sur la scène politique, sans laquelle elle perd son sens et risque d'être supprimée, car *"être privé de droits, écrit-elle, c'est d'abord et avant tout être privé d'une place dans le monde qui rend les opinions signifiantes et les actions efficaces"* (*ibid.*, p. 281) Aussi, si l'individu est menacé, ce qui est en danger, ce n'est pas seulement une composante de son être social, mais son intégrité, sa vie même. Lorsque le pouvoir politique ne garantit plus les droits naturels de l'individu et que, de surcroît, il est l'agent de leur transgression, l'individu n'est plus qu'un homme (fondé sur la seule zoé), un spécimen animal, il perd sa véritable humanité qui relève du bios, c'est-à-dire de son appartenance politique (Arendt H., 1984, Agamben G., 1997, Revault

Dominique
Belkis

Maître de conférences à l'Université Jean Monnet, Saint Etienne, Chercheur au CRESAL-CNRS

Spyros
Franguiadakis

Maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2, Chercheur au CRESAL-CNRS

d'Allonnes M., 1999). On pourrait opposer à cette définition politique de l'humain le fait que les droits de l'Homme visent justement à protéger les individus sur la base de leur humanité « à l'état pur ». Mais là encore, Hannah Arendt montre bien la contradiction de la fondation naturaliste et individualiste des droits de l'Homme qui établit des droits sans garantir le cadre de leur effectivité. Or c'est bien l'institution politique qui a pour fonction de protéger les individus et de garantir le droit d'avoir des droits.

Une clandestinité coupable

Du fait de la perte de son appartenance politique, le demandeur d'asile a donc une identité altérée, mais il faut ajouter à cela une autre altération de son identité : celle qui est produite par la suspicion permanente qui pèse sur sa demande (ce qui n'était pas tout à fait le cas il y a une trentaine d'années). Les logiques économique et policière ayant pris le dessus dans les questions relatives aux problèmes de migration, les demandeurs d'asile deviennent de simples migrants parmi d'autres ou sont qualifiés de faux demandeurs d'asile. Ainsi, la scène politique se constitue autour de l'idée de la gestion des problèmes sociaux qui convergent de plus en plus vers un seul et unique problème : la présence dans la société de gens qui posent problème, qui ne devraient pas y être et qui ne doivent plus y être⁽¹⁾. C'est ainsi que les mesures politiques mises en œuvre tendent à uniformiser le jeune français d'origine maghrébine, le travailleur kurde sans-papiers, le demandeur d'asile tchétchène, la femme somalienne qui demande le regroupement familial... Avec ces nouvelles mesures, on affiche une prétention à séparer "vrais" et "faux" demandeurs d'asile, donc à combattre l'immigration, les filières. Mais c'est tout le contraire : dès lors que sur n'importe quel demandeur d'asile pèse une suspicion, cela réduit toutes les altérités à la figure d'une clandestinité coupable. Nous assistons à un travail de conversion de phénomènes sociaux et politiques en problèmes d'insécurité, en objet de peur causée par la présence de l'autre. Se prolifère ainsi l'idée que, pour que la société soit sans problème, il faut rejeter l'autre, un autre dont la cause ne peut être considérée que comme dangereuse. Voilà, de manière quelque

peu radicalisée, comment l'identité d'une communauté politique s'institue de plus en plus dans le "à cause de l'autre", c'est-à-dire non pas une cause honorable à prendre en compte, mais une cause dommageable et nuisible.

On a affaire à ce que le philosophe Jacques Rancière (2004) nomme l'effondrement de l'hétérologie politique, à savoir la faillite de la forme politique qui prend en compte les altérités, et qui laisse la place à une forme politique unifiée dans laquelle l'autre n'est plus sujet mais objet de haine et de rejet. C'est bien de cette dimension que le traitement réservé aux demandeurs d'asile est le symptôme. Les identités menacées des uns sont considérées comme une menace d'altérité pour les autres. Or, c'est dans la prise en compte de l'autre que se constitue du politique selon Jacques Rancière : "Il y a de la politique parce qu'il y a une cause de l'autre, une différence de la citoyenneté à elle-même" (Rancière J., 2004, p.221). La cause de l'autre, écrit-il encore, « c'est la désidentification par rapport à un certain soi, c'est la production d'un peuple qui est différent du peuple qui est vu, dit, compté par l'Etat, un peuple défini par la manifestation d'un tort fait à la constitution du commun, laquelle construit elle-même un autre espace de communauté »⁽²⁾. L'oubli de cette différence est de réduire la société d'accueil à un simple espace de commerce et la communauté politique à une police de contrôle sur le vivant.

En ce sens, les demandeurs d'asile ne peuvent pas être considérés seulement comme une catégorie juridique et administrative, ni évidemment comme un problème de société, ils renvoient à une problématique de la relation à l'autre qui fait que la cause de l'autre est aussi la cause de soi. La sollicitation de protection et de réaffiliation à une communauté politique du demandeur d'asile ne se réduit donc pas à une simple demande d'appartenance : si elle donne à voir la faille qui l'a contraint à fuir son pays d'origine, elle est surtout la condition de l'ouverture d'un espace dans lequel s'élabore du politique en tant que mode de relation à l'autre. Se pose dès lors la question concrète de l'accueil et, plus précisément la question de la responsabilité de l'accueil ou, dit autrement, de « la politique de l'hospitalité ».

1. Cette logique prévaut dans toutes les récentes réformes ou mesures concernant l'asile, aussi bien au niveau national que communautaire, avec la mise en place, notamment, de formes de protection subsidiaire et temporaire, réduisant la question de l'accueil et celle de l'hospitalité à une politique de gestion des flux migratoires.

2. C'est la place que Jacques Rancière donne à l'excédentaire dans la distinction qu'il opère entre « politique » et « police ». Il écrit : "Il y a deux manières de compter les parties de la communauté. La première ne compte que des parties réelles, des groupes effectifs définis par les différences dans la naissance, les fonctions, les places et les intérêts qui constituent le corps social, à l'exception de tout supplément. La seconde compte « en plus » une part des sans-part. On appellera la première police, la seconde politique", (Galilée, 1995, p. 176).

La problématique de l'hospitalité comme question politique

La problématique de l'hospitalité, qui est aussi celle de la solidarité, renvoie toujours à la place faite à l'autre dans un espace délimité, qu'il s'agisse de la maison ou de l'Etat-nation. L'hospitalité suppose surtout un dispositif, un cadre, un protocole qui garantit l'arrivée, la rencontre et le séjour. En outre, comme le souligne Anne Gotman (2001), l'hospitalité, loin d'être un absolu, a toujours l'inhospitalité (voire l'hostilité) pour horizon, et la sociologue d'ajouter que la pratique de l'hospitalité n'est pas réductible à celle de l'hébergement. Alors que la question de l'hébergement est généralement posée par rapport aux bénéficiaires et aux besoins des populations (ce en quoi elle représente un "problème social"), l'hospitalité se situe du côté du donateur, de celui qui reçoit. Par conséquent, la question n'est plus celle de la gestion publique des besoins, mais celle de notre volonté, pour reprendre l'expression de Anne Gotman, "*de sacrifier une part du chez soi*" (2001, p. 5). Transposée dans le domaine de l'asile, cette volonté d'accueillir prend un caractère éminemment politique car, comme l'écrit Jacques Derrida, "*si je ne reçois que ceux que je suis autorisé à recevoir, ce n'est plus de l'hospitalité. La responsabilité se situe à la croisée des chemins, dans cette tension entre le principe de l'anarchie de l'hospitalité et le principe politique national et transnational*" (Derrida J., 2001, p. 149).

Si, pour Jacques Derrida, le principe de l'hospitalité repose sur une triple obligation : celle d'accueillir, d'accueillir au-delà de nos capacités et d'accueillir sans conditions³, la politique d'accueil des Etats, et aujourd'hui de l'Union Européenne, est, elle, toujours une prérogative de ces derniers et soumise à conditions : elle renvoie à un cadre politico-juridique normatif qui repose en premier lieu sur la possibilité d'identifier chaque hôte et en dernière instance sur la volonté politique d'accueillir ou non.

On comprend mieux, dès lors, en quoi une politique de l'hospitalité fait défaut en ce qui concerne l'accueil des demandeurs d'asile : cet accueil est, en effet, réduit à un "problème social" à résoudre, notamment en termes d'hébergement, masquant

ainsi un refus d'hospitalité, c'est-à-dire un refus d'une véritable prise de responsabilité politique. Cette dernière consisterait à établir des relations de solidarité avec des personnes qui ne sont pas seulement des individus menacés mais surtout des sujets politiques anéantis, sans appartenance ni protection, qui demandent leur réintégration à une communauté politique.

Hier considérés comme « indésirables », aujourd'hui très souvent qualifiés de « faux demandeurs d'asile », d'« imposteurs », ou encore d'« hommes superflus », si l'on reprend l'expression de Hannah Arendt, les demandeurs d'asile correspondent de moins en moins à la figure emblématique du réfugié politique des années 70. Tout indique le chemin considérable parsemé d'épreuves qu'ils doivent traverser et la tension constante qui existe entre les mouvements de l'homme, ses déplacements et les exigences de la société. Malgré et à cause de cela, le demandeur d'asile peut être considéré comme une manifestation, un symptôme, où mieux encore, une scène où se règle la question du politique. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à Giorgio Agamben (2002, pp. 32-33) que le réfugié est « *la figure centrale de notre histoire politique* » car en cassant l'identité entre homme et citoyen, entre nativité et nationalité, il met en crise la fiction de la souveraineté, le fondement de l'Etat-nation. C'est en cela qu'il obligerait à penser sans cesse le politique comme lieu où s'accomplit la relation à l'autre.

En fin de compte, le problème est de savoir comment se réalise cet espace politique aujourd'hui. Le caractère insupportable et intolérable de cette question est de considérer que le travail est déjà achevé. Alors comment prend-on la mesure des tâches à venir et à accomplir pour le produire ? Comment, avec la question de l'accès à l'asile et celle du traitement de l'accueil des personnes, (re)créer l'espace des altérités porteur du caractère politique d'un ensemble ? Comment l'hospitalité est-elle un référentiel politique majeur pour autant qu'elle est mise en acte ? Car elle ne doit pas être un référentiel que l'on invoque pour acheter une bonne conscience, c'est un principe qui doit être présumé, vérifié et démontré chaque fois que quelqu'un frappe à notre porte.

3. « Dans l'hospitalité sans condition, l'hôte qui reçoit devrait, en principe, recevoir avant même de savoir quoi que ce soit de l'hôte qu'il accueille. L'accueil pur consiste non seulement à ne pas savoir ou à faire comme si on ne savait pas mais à éviter toute question au sujet de l'identité de l'autre, son désir, ses règles, sa langue, ses capacités de travail, d'insertion, d'adaptation... » (op. cit., p. 116).

••• Défendre l'esprit de la convention de Genève

Frédérique Bourgeois

Géographe,
adjointe de direction
à Forum réfugiés,
Lyon

La défense du droit d'asile vise la protection des réfugiés. Le texte spécifique qui fonde la qualité de réfugié est la Convention de Genève de 1951 qui reconnaît l'asile comme un droit fondamental de la personne confrontée à des persécutions. Le fait que l'asile soit un droit le distingue de la question de l'immigration qui donne lieu à des politiques décidées et gérées par les Etats en fonction de leurs besoins propres (en main-d'œuvre notamment) et non en fonction des droits pour les personnes. Les notions de migrant et de réfugié ont par conséquent un contenu juridique différent et s'inscrivent dans une réalité socio-économique et politique distincte.

Réfugiés, demandeurs d'asile, déboutés, sans-papiers, clandestins... **de qui parle-t-on ?**

Beaucoup d'entre nous ont une image floue du réfugié que l'on assimile à la fois aux droits de l'Homme, l'aide humanitaire, la persécution, mais aussi la pauvreté ou l'immigration clandestine. De ce fait, il est fréquemment fait des amalgames entre réfugié, demandeur d'asile, débouté, clandestin ou sans-papiers. Or ces termes renvoient à des catégories juridiques distinctes sur lesquelles il convient de s'arrêter afin de poser clairement les données du problème.

Le statut de réfugié est délivré en application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 sur les réfugiés. Cette convention s'applique à « toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la pro-

tection de ce pays » (article 1.2). Il y a donc un double critère dans la définition du terme « réfugié » : la crainte de persécution fondée sur l'un des motifs cités et l'absence de protection nationale dans le pays d'origine contre cette persécution. Le statut de réfugié constitue ainsi la protection internationale palliant cette carence de protection nationale.

Une autre particularité du statut de réfugié est relative à l'application de l'article 31 de la Convention de Genève sur la non opposabilité au franchissement irrégulier de la frontière : « Les Etats contractants n'appliqueront pas de sanctions pénales, du fait de leur entrée ou de leur séjour irréguliers, aux réfugiés qui, arrivant directement du territoire où leur vie ou leur liberté était menacée au sens prévu par l'article premier, entrent ou se trouvent sur leur territoire sans autorisation, sous la réserve qu'ils se présentent sans délai aux autorités et leur exposent des raisons reconnues valables de leur entrée ou présence irrégulières » (article 31.1). En franchissant une frontière, un réfugié se met à l'abri d'une menace. Il n'a donc pas le même intérêt que celui qui veut franchir une frontière pour d'autres raisons, avec le moins d'obstacles possibles. Si la frontière arrête, elle protège aussi les réfugiés, elle est un élément fondateur et inestimable de la protection.

En outre, les réfugiés, en raison de leur qualité de personnes non protégées et du risque encouru en cas de retour dans leur pays d'origine, doivent être protégés contre un renvoi involontaire dans ce dernier par le respect du principe de non refoulement qui est inscrit dans la Convention de Genève : « Aucun des Etats contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques » (article 33.1). Cette particularité constitue une différence majeure entre le réfugié et le migrant économique qui peut continuer de se prévaloir de la protection de son pays d'origine et éventuellement y retourner, même si les conditions économiques sont précaires.

En France, comme partout ailleurs, le réfugié est celui qu'il faut protéger, qu'il faut accueillir comme un résident étranger avec l'ensemble des droits et des devoirs afférant à ce statut. La législation française accorde de droit au réfugié la carte de résident de 10 ans, ce qui lui confère aussitôt la totalité des droits économiques et sociaux des résidents étrangers en France (droit au travail, à la formation, aux prestations familiales, au logement, etc...).

Le demandeur d'asile est une personne qui fuit son pays pour se réfugier dans un autre Etat et qui doit soumettre une demande d'asile afin d'obtenir le droit d'être reconnue comme réfugié. Pour autant, les demandeurs d'asile ne sont pas des clandestins ou des sans-papiers : ce sont des personnes en situation régulière sur le territoire, car elles ont entamé une procédure d'admission au statut de réfugié. S'ils vivent dans nos villes dans un état de dénuement extrême, c'est parce qu'ils ont fui des persécutions et non la misère économique. S'ils sont pauvres et sans abri, c'est secondairement, parce que dans leur fuite, ils ont dû abandonner leurs biens, leurs droits, leurs réseaux sociaux et familiaux, et les activités qui les faisaient vivre. A proprement parler, le réfugié n'est pas pauvre, il est dans le dénuement du point de vue de ses droits humains élémentaires. Le réfugié n'est pas non plus un SDF. S'il est vrai que la cohabitation des demandeurs d'asile et des SDF au sein des structures d'hébergement d'urgence favorise l'amalgame entre ces différentes catégories de publics, on ne peut pas regrouper autour d'une même thématique, celle de l'urgence sociale, des catégories de population et de problèmes qui relèvent de solutions différentes. Il convient de distinguer la précarité du SDF et la protection temporaire du demandeur d'asile.

Le demandeur d'asile est certes dans une situation précaire : il revendique un statut mais nul ne peut garantir *a priori* qu'il y accédera. Durant le temps de sa procédure, il est autorisé à séjourner en France et bénéficie de dispositifs destinés à l'aider à vivre, mais pas à s'insérer socialement et professionnellement. Les demandeurs d'asile constituent ainsi une population en attente, qui a de petits droits et dont une minorité accédera au statut de réfugié.

Dans le cas où la demande est refusée, c'est-à-dire dans plus de 80 % des cas, il se retrouve dans la situation de débouté du droit d'asile. La loi prévoit que les déboutés du droit d'asile rentrent dans leur pays d'origine une fois les recours épuisés. En réalité, cette solution n'est souvent pas possible, soit parce que le pays d'origine se refuse à les reconnaître et à les accueillir, soit parce qu'ils redoutent le retour, souvent à juste titre (persécutions non reconnues, crainte des représailles etc.), soit parce que la présence d'enfants rend l'éloignement impossible, soit parce qu'il n'y a pas de liaison aérienne directe entre la France et le pays concerné. Donc, la plupart reste et la situation de non-droit peut durer des années pour certains. Les préfets régularisent « au fil de l'eau » des étrangers qui se trouvent dans certaines situations : dix ans de présence prouvée en France, lien familial ou social sur le territoire, maladie grave et incurable ne pouvant être soignée dans le pays d'origine. Selon le ministère de l'Intérieur, 23 000 étrangers en situation irrégulière ont ainsi été régularisés en 2004, sans grande publicité⁽¹⁾. Mais il faut souligner ce qu'une telle situation a d'arbitraire et combien elle est usante et éprouvante pour les concernés. Du côté des autorités françaises, elle comporte, il faut bien le dire, une certaine dose d'hypocrisie, au sens où elles entrouvrent ainsi subrepticement le robinet de l'immigration économique, fermé depuis 1974.

La politique migratoire française : l'amalgame entre le dossier de l'asile et celui de l'immigration

En effet, depuis 1974, les frontières sont fermées à la migration de travail, alors même que depuis cette date la pression migratoire s'est énormément accentuée et ceci pour plusieurs raisons :

- population mondiale plus nombreuse, déséquilibre démographique entre pays industrialisés et pays en développement,
- déséquilibre économique entre pays industrialisés et pays en développement,
- accès facilité à l'information,
- réduction du coût des transports,
- liberté de circulation dans les pays d'Europe de l'Est,
- détérioration de l'environnement,
- conflits internes.

¹. Chiffre cité par La Croix, 7 février 2005.

Or la grande majorité de cette pression migratoire s'est exercée par le canal de l'asile, seule possibilité (avec le regroupement familial) d'accéder et de séjourner légalement sur le territoire français. Le contrôle de l'immigration, en réduisant les canaux d'accès, a ainsi donné à la demande d'asile une impulsion considérable. Dans le même temps, cette situation a conduit les gouvernements successifs, suivant en cela certaines tendances de l'opinion publique, à durcir les conditions d'entrée sur le territoire et à focaliser l'action sur la lutte contre l'immigration clandestine.

Or une politique restrictive et dissuasive peut nuire aux réfugiés nécessitant une protection. Le risque est en effet de conforter le sentiment, du côté des pouvoirs publics en particulier, que tous les demandeurs d'asile sont de faux réfugiés et que le canal de l'asile est détourné de sa fonction et utilisé comme un simple chemin d'accès de l'immigration.

L'amalgame entre le dossier de l'asile et celui de l'immigration est une dérive et une simplification qui s'opère aux dépens des intérêts des deux catégories. Il entretient une dangereuse confusion et concourt à la banalisation de la question du réfugié et de sa protection, voire à son rejet. L'une des conséquences de cet amalgame est de produire des politiques d'asile de plus en plus restrictives, de mettre en place des mesures dissuasives sur le plan réglementaire, fatales à certains réfugiés parfaitement légitimes.

Du côté de l'opinion publique, la cause est brouillée et le message rendu illisible par l'amalgame pratiquée entre la fuite devant la misère et la fuite devant la persécution politiquement et militairement organisée, entre asile politique et immigration économique. Une clarification du contexte et des enjeux actuels s'impose donc, pour que le droit d'asile, principe républicain inviolable dont la France s'est honorée tout particulièrement au long de son histoire, ne soit pas battu en brèche au moment même où sa nécessité se fait plus pressante.

Par conséquent, il ne faut pas enterrer le droit d'asile, il faut au contraire le défendre, au bénéfice des réfugiés menacés. D'ailleurs un sondage récent⁽²⁾ prouve que les Français sont favorables à la protection des réfugiés et que 80 % des personnes interrogées sont attachées au droit d'asile.

Parallèlement, il faut que les politiques aient le courage de mener une véritable politique de l'immigration. En effet, il ne peut pas y avoir d'amélioration dans les dysfonctionnements actuels du système tant qu'une alternative ne sera pas ouverte aux personnes qui se situent clairement hors du champ d'application de la Convention de Genève.

La Convention de Genève, l'instrument garantissant la protection des réfugiés

Depuis sa création, en 1951, la Convention de Genève a aidé plus de 50 millions d'individus à travers le monde à recommencer leur vie. Elle confère aux réfugiés des droits fondamentaux, elle reconnaît la nécessité d'une solidarité internationale basée sur le partage des responsabilités. Comme l'expliquent des représentants du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), « *La reconnaissance par la communauté des Etats d'un statut international du réfugié est un phénomène relativement récent, et la définition du réfugié en termes juridiques correspond aux efforts de structuration de la communauté internationale dans le cadre d'institutions représentatives* » (Von Arnim R., Tézier P., 1989, p. 19).

Etablie après la seconde guerre mondiale dans un contexte particulier, celui de la guerre froide, la Convention de Genève a largement été utilisée, dans les années 1950, pour encourager l'immigration des dissidents communistes. Dans les années 1970, la Convention de Genève est appliquée sans hésitation aucune auprès, d'une part, des exilés latino-américains (cf. la figure du militant politique fuyant le coup d'Etat au Chili en 1973) et, d'autre part, des réfugiés du sud-est asiatique, victimes du totalitarisme communiste. Pour ces réfugiés, victimes d'une idéologie ou militants d'une cause, la demande de protection apparaissait alors comme parfaitement légitime. Les années 1980 marquent un changement radical dans la manière de percevoir la question des réfugiés. La diversification des origines des réfugiés et la tiers-mondisation de la demande d'asile brouillent l'image du réfugié. Quant à la fermeture des frontières à l'immigration, elle crée une notion nouvelle, bien qu'incorrecte au regard de la Convention de Genève, celle de « réfugié économique ». De fait, les demandeurs d'asile

2. Sondage réalisé en juin 2004 par BVA pour Forum réfugiés et le quotidien Libération.

sont alors perçus comme de simples candidats à l'immigration. Les années 1990 ont paradoxalement modifié cette image mais de façon très ponctuelle : les Rwandais victimes du génocide de 1994 et les Kosovars fuyant le régime de Milosevic en 1999 réactivent la figure du réfugié, victime de persécutions. Cependant, cette figure du réfugié fuyant ses bourreaux et se lançant sur les routes de l'exil a été vite oubliée et rapidement remplacée par celle, très largement médiatisée, des Africains « clandestins »⁽³⁾ tentant de passer les barbelés des enclaves de Ceuta et Melilla au Maroc.

Repères statistiques en France (Source : OFPRA, 2004)

Année	1990	1995	2000	2004
Demandes d'asiles	54800	20400	39000	50547
Taux de reconnaissance du statut de réfugié	15,4%	15,6%	17,1%	16,6%

Depuis quinze ans, le flux d'asile en France oscille entre 20 et 60 000, un chiffre dérisoire au regard de la problématique mondiale. En 2004, 11,5 millions de réfugiés et demandeurs d'asile ont été comptabilisés par le HCR.

L'évolution du taux d'accès au statut de réfugié est relativement stable depuis quinze ans. Parmi les Etats européens, la France détient l'un des plus forts taux de reconnaissance au titre de la Convention de Genève.

L'origine principale des demandeurs d'asile arrivant en France : Turquie, Chine, Algérie, République Démocratique du Congo.

L'origine principale des réfugiés statutaires reconnus par la France : Bosnie, Rwanda, Russie (principalement des Tchétchènes).

En 2004, on comptait 109 852 réfugiés statutaires inscrits sur les registres de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides).

Ces évolutions conduisent certains à remettre en cause la Convention de Genève, ne la trouvant plus adaptée aux conditions actuelles. Or, cet instrument international reste globalement efficace, même si des questions se posent quant à la manière dont elle est appliquée dans certains pays. On peut éga-

lement s'interroger sur sa pertinence pour les conflits actuels, c'est-à-dire des conflits à grande échelle : en effet, la seule prise en compte individuelle des craintes de persécution, propre à la Convention de Genève, correspond de moins en moins aux conflits d'aujourd'hui.

Cependant, dans la situation actuelle, on ne peut pas trouver un accord international qui maintienne un niveau de protection équivalent et *a fortiori* qui étende le niveau de protection à d'autres motifs. Le meilleur exemple est celui de la directive européenne sur les procédures d'asile qui a conduit à un abaissement du niveau de protection. Cette situation a alarmé le HCR qui voit dans cette directive une volonté des Etats membres de niveler les normes par le bas et de s'efforcer de décourager ou de refuser la protection à un nombre maximal de personnes. Selon les termes du haut commissaire, elle risque « d'affaiblir le système international de protection des réfugiés »⁽⁴⁾. La politique européenne s'inscrit ainsi dans une tendance générale des pays industrialisés à restreindre l'accueil des demandeurs d'asile. Elle essaie, d'un côté, d'harmoniser les dispositifs nationaux de protection des réfugiés et, de l'autre, renforce les contrôles et durcit les conditions d'accès aux frontières de l'Europe, mettant de côté les spécificités de l'exil liées à des risques de persécution.

Alors que l'on compte aujourd'hui 47 conflits déclarés sur la planète qui menacent les populations civiles de ces régions, sans compter les foyers de tension et le climat d'insécurité qui règne dans certaines parties du monde, il est important de continuer à protéger les réfugiés et de réaffirmer la spécificité de l'asile qui demeure un droit et une obligation internationale.

3. Nous mettons des guillemets car, parmi ces exilés un certain nombre était des candidats à l'asile, certains ayant même des papiers officiels du HCR.

4. « Ruud Lubbers inquiet des projets de l'Union européenne sur le droit d'asile », Communiqué de presse du HCR, 29 mars 2004.

● ● ● Contre la dénaturation du droit d'asile

Frédérique
Drogoul

Psychiatre,
membre du Conseil
d'administration de
Médecins du Monde

La question politique, certes très complexe, posée par l'immigration et les difficultés d'intégration des « étrangers » semble occulter, tout en l'organisant, une autre réalité : celle d'une Europe qui se replie derrière ses nouvelles frontières extérieures, qui sont devenues à la fois plus éloignées et plus infranchissables.

En 1951, la Convention de Genève, permettant de garantir asile et protection aux réfugiés, inscrivait de façon emblématique le « plus jamais ça », cri d'une Europe meurtrie par la seconde guerre mondiale et traumatisée par les camps d'extermination.

Qu'en cinquante ans le contexte économique et politique mondial ait radicalement changé est une évidence. Faudrait-il pour autant renoncer à cette fondation symbolique que constitue la convention de Genève, à ce socle d'humanité qui est incontestablement, mais insidieusement, aujourd'hui renié ?

Reposant sur un arsenal législatif -tant européen que français- complexe et excluant, la notion même de demandeur d'asile est devenue une affaire idéologique. Les termes du débat sont en effet imposés et dominés par les notions de « faux demandeurs d'asile » et de « réfugiés économiques », ce qui permet de banaliser le sort des réfugiés qui fuient leurs pays en guerre et les persécutions politiques. Pourtant, si leur nature a changé, les conflits n'ont pas cessé de se multiplier. L'Europe n'accueille qu'une minorité de réfugiés, moins de 12 %, et ce sont les pays du sud qui en supportent le poids économique, social et politique, les réfugiés constituant « une condition humaine qui se forme et se fixe sur les bords du monde, et dont un des fondements les plus tenaces est l'ignorance que nous en avons » (Agiar, 2002).

La demande d'asile, le récit d'une vie

Les demandeurs d'asile composent une catégorie floue, définie administrativement par un statut précaire et provisoire, qui n'est que l'attente d'une reconnaissance, celle de la condition de réfugié, la seule qui ouvre droit à une régularisation (avec le regroupement familial). Alors que la logique actuelle s'emploie à réduire drastiquement les conditions de cette reconnaissance, on en vient à oublier ce qui fonde la condition même de réfugié : lorsque partir est une nécessité vitale, que l'exil est imposé par les violences et les destructions, ou par les persécutions politiques. Ce qualificatif ne leur est d'ailleurs pas dénié lorsqu'ils s'entassent dans les camps des pays limitrophes, encadrés par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et aidés par les organisations humanitaires !

Nul vrai choix donc, hormis celui de fuir. Plus ou moins rapide, plus ou moins hasardeuse et lointaine, la nécessité de la fuite est un dénominateur commun pour caractériser cette population : les demandeurs d'asile sont avant tout des personnes qui fuient la guerre, les conflits et les persécutions. Ils ne courent pas derrière un « Eldorado » mythique, ils tentent seulement de survivre en échappant au cauchemar de la violence, courage et détresse s'entremêlant.

Les récits de vie sont articulés sur l'expression d'une temporalité personnelle, marquée par des périodes distinctes. Celle de la vie d'avant la guerre, dans laquelle se sont ancrées les appartenances et les histoires familiales, le statut social personnel et l'identité culturelle : une vie perdue. Celle de la violence, avec son lot de destructions et de morts, laissant pour certains des séquelles traumatiques majeures : une vie meurtrie. Celle du départ, de la fuite, de l'abandon forcé des lieux et des êtres chers, pour un périple dangereux et incertain, portant sa part de rêves et de peurs : une vie risquée. Celle de l'arrivée en France, où tous sont malvenus, et où bien peu pourront faire reconnaître la légitimité de leur demande, et donc la véracité de leur histoire : une vie suspendue, puis niée.

Dignité, retenue et résignation (comment dire l'indicible, comment contenir la confusion ?) marquent en général l'échange sur l'histoire vécue. Et

c'est pourtant cette histoire de vie qui est au cœur de la procédure de reconnaissance, celle de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), une procédure qui en pervertit l'expression.

**L'interrogatoire de l'OFPRA :
une dénaturation du droit d'asile**

La loi du 10 décembre 2003 sur la réforme du droit d'asile rend à présent très difficile la possibilité même de déposer une demande : la complexification et les exigences accrues, la réduction des délais de dépôt (21 jours), assortie du traitement expéditif des dossiers en attente, ont pour premier et massif résultat une non prise en compte des demandes. Considérées comme « manifestation infondées », la majorité d'entre elles ne bénéficient plus de la procédure, et les dossiers sont rejetés sans que les intéressés soient rencontrés.

Il faut d'abord s'arrêter sur les conséquences premières des accords de Schengen et de Dublin qui externalisent ces procédures, en refusant aux réfugiés (qui s'entassent dans les camps aux frontières lointaines de l'Europe) la recevabilité de leur demande. C'est donc loin de chez nous que se traitent la majorité des refus, avec l'utilisation de la notion de pays sûr (qui peut même être une zone intérieure pacifiée d'un pays en guerre) pour justifier la non recevabilité. Un vaste réseau d'identification a été organisé, qui permet aussi de renvoyer les demandeurs dans le premier pays où ils ont été enregistrés (procédure de Dublin II). C'est dire qu'il leur faut surmonter bien des obstacles avant de pouvoir déposer une demande en France.

Si de nombreux facteurs contribuent à fragiliser le récit des demandeurs d'asile, c'est avant tout la logique institutionnelle de l'OFPRA qu'il faut analyser : une logique que l'on peut qualifier de paranoïaque, qui transforme tous les demandeurs en suspects, et les enferme dans des injonctions paradoxales.

- Le doute systématique sur les déclarations qui ne sont pas assorties de preuves (« faits non établis ») mérite qu'on s'y arrête. Venir d'un pays en guerre n'est pas suffisant, il faut faire la preuve des persécutions vécues. Et cela à titre individuel, car les

persécutions collectives sont difficilement prises en compte, surtout lorsqu'elles ne sont pas étatiques.

Cette exigence de la preuve (documents divers attestant de la véracité des faits) disqualifie d'emblée un grand nombre de demandeurs d'asile, dans la mesure où les conditions mêmes de leur fuite rendent impossible la production de documents, quels qu'ils soient. Parce qu'ils ont été détruits ou perdus, ou qu'ils constituent un danger sur la route de l'exil, voire parce qu'ils se retournent en preuves à charge, comme les faux passeports achetés pour permettre la fuite.

Et cette exigence de la preuve a aussi un effet pervers, celui de la production de récits et de preuves stéréotypées, voire de faux documents par certains qui sont mal conseillés ; les voilà ensuite piégés, dans l'approximation et la confusion.

- La conduite de l'entretien a toutes les caractéristiques d'un interrogatoire : sans défense et sans témoin (pas d'avocat, ni même d'accompagnateur), bénéficiant de l'aide d'un interprète quand l'officier ne parle pas la langue du demandeur, la conviction personnelle de celui-ci est alors déterminante.

- La question qui se pose surtout, c'est ce qu'un tel dispositif produit sur les personnes qui y sont confrontées, cela à plusieurs niveaux et d'autant plus qu'elles n'y sont pas ou mal préparées. Le fait d'être traité comme un suspect, voire d'entrée de jeu comme un fraudeur, le fait d'être délibérément déstabilisé, ont des effets désastreux sur le plan psychique. Plus encore que l'inversion du statut de victime à celui d'accusé, c'est la négation d'une histoire personnelle, intime et douloureuse, qui est très délétère. La notion de double traumatisme est ici manifeste : à la réactivation liée au récit de vécus traumatiques (bien souvent difficile, voire impossible verbalement dans de telles conditions), répond une sorte de mise en abîme des ressentis émotionnels. Faits de remarques parfois sarcastiques, de raccourcis expéditifs, d'interruptions par des questions brutales, d'attention froide et exclusive apportée aux contradictions, certains entretiens mettent en évidence une dénaturation radicale des missions de l'OFPRA, telles que liées à l'application de la Convention de Genève.

- Certes, la Commission des Recours des Réfugiés (CRR) peut offrir une deuxième chance.

Mais de nombreuses demandes sont jugées irrecevables, et si les conditions de la « formation de jugement » y sont plus respectueuses et équitables (en particulier grâce à la présence d'un avocat, au délai pour comparaître et au caractère public du jugement), elles restent insuffisamment respectueuses des droits élémentaires, comme le rapporte l'enquête menée par la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), en décembre 2004. Et 80 % des recours sont refusés.

Souffrance psychique et facteurs de vulnérabilité

Les demandeurs d'asile sont dans une situation d'existence particulièrement difficile, dans laquelle s'accumulent des facteurs de vulnérabilité et de souffrances psychiques, qui, parfois, vont conduire à des troubles psychologiques avérés, dont les manifestations sont en général discrètes. Et il faut être prudent quand on parle de psychopathologie face à des troubles qui sont directement liés à des injustices et mauvais traitements, qu'ils soient politiques ou sociaux. Et bien plus encore lorsqu'il s'agit de personnes étrangères à notre culture et qui viennent d'un ailleurs irreprésentable pour notre génération, celui de la guerre.

Le propos ici n'est pas tant de rappeler les caractéristiques cliniques spécifiques et ce qu'elles impliquent en termes de prise en charge soignante, mais plutôt de mettre en lumière le fait que cette souffrance ou ces troubles vont desservir les personnes les plus fragilisées.

La guerre et les violences laissent chez tous l'empreinte de souvenirs douloureux, et pour beaucoup, s'installe une dimension traumatique : des troubles dont la clinique est trop souvent méconnue et dont l'expression (la mise en mots) est difficile, même face à un soignant. Car ils ont été témoins et victimes de violences, et pour certains, de séquestrations et de tortures, qui sont des expériences de déshumanisation qui relèvent de l'indicible. Pouvoir faire un récit, c'est pouvoir contenir des reviviscences parfois insupportables, au point que la mémoire s'obscurcisse, que la sidération s'installe. Et pourtant leur sort est très directement lié à la possibilité d'un « récit circonstancié » !

Les deuils multiples sont une problématique centrale, avec le danger des effondrements dépressifs qui réduisent ou font perdre la possibilité de faire face à des exigences administratives complexes dans un environnement souvent hostile. Cette dimension d'hostilité est atténuée pour ceux qui ont la chance d'être accueillis dans des CADA, et qui sont donc soutenus et guidés dans les démarches tout en étant soulagés dans le quotidien. Mais la majorité des demandeurs d'asile ne bénéficie pas de cette possibilité, tandis qu'ils constituent un public mal venu dans les dispositifs d'urgence et d'aides de droit commun, du fait même de leur statut incertain. Et c'est ainsi que même les familles avec enfants se retrouvent dans la rue, et cela de plus en plus souvent.

Les caractéristiques de ce statut sont par elles-mêmes un facteur de vulnérabilité. C'est un temps suspendu, incertain, provisoire : l'attente, on l'a vu, d'une reconnaissance, celle d'un autre statut, celui de réfugié. Avec son lot d'angoisses, de peurs, d'impossibilité de se représenter l'avenir. Le dépôt du dossier de demande d'asile permet le séjour sur le territoire, les conditions d'entrée illégales bénéficiant d'une impunité pénale. C'est cette protection qui paradoxalement, les écarte des dispositifs non spécifiques, alors que ceux qui leurs sont réservés sont en nombre insuffisant. Car leur statut provisoire n'est pas fait pour des structures d'urgence et d'accompagnement vers les droits sociaux, où ils *encombrent* durablement et pour une issue incertaine, les rares places disponibles. Leur quotidien est donc centré sur la survie (hébergement, nourriture), ce qui ne facilite en rien le respect des contraintes administratives.

Le rendez-vous à l'OFPRA lui-même est marqué par cette réalité d'extrême précarité, sociale d'abord, puisqu'il faut venir à Paris sans argent pour le transport et l'hôtel, et psychique surtout. Impressionné, souvent mal informé sur les attentes supposées, le demandeur sait seulement que « tout » dépend de cette rencontre.

Autres facteurs de vulnérabilité, les difficultés en rapport avec le « saut » culturel (perte des repères, difficultés de communication, méconnaissance des démarches) et l'isolement accentuent la fragilisation

et le handicap face aux exigences administratives. Surtout lorsque s'accumule la dureté des conditions de vie et les humiliations liées ici aux différentes manifestations du racisme et de la discrimination, alors que la nouvelle situation de vie implique un réaménagement identitaire douloureux et difficile⁽¹⁾. Parmi les réfugiés, il n'est pas surprenant de constater que ceux qui peuvent partir le plus loin sont souvent issus des classes moyennes et intellectuelles, qui ont réussi à rassembler l'argent du voyage. Ici, du fait de leur misère et de leur désocialisation, ils ont à faire le deuil d'un statut social, et l'expérience de conditions de vie misérables auxquelles ils n'étaient pas préparés.

Un dernier point mérite qu'on s'y arrête : le fait que le retour soit impossible. Les demandeurs d'asile sont des réfugiés qui partent pour un exil sans retour. Ces gens sont enfermés dans un mécanisme très déstructurant sur le plan psychique : celui de ne plus avoir de place nulle part, dans l'attente d'un statut qui sera pourtant très souvent refusé.



Clair obscur - Agnan Kroichvili

Pour conclure...

La misère et la précarité, chez nous, sont des réalités que nous côtoyons au quotidien. La vie des « clandestins » se réduit souvent à la peur et à l'exploitation, et le seul droit qui leur est concédé, et qui est sans cesse remis en question, est l'accès aux soins médicaux. C'est dans cette absence de statut, de droits et de reconnaissance - donc d'existence, que vont basculer la grande majorité des demandeurs d'asile.

Le débat politique sur l'immigration est en partie dominé par une justification qui peut se résumer à « excluons les uns pour mieux nous occuper des autres ». Or, force est de constater que tel n'est pas le cas : les troubles récents dans les banlieues révèlent sur la scène publique une réalité occultée, celle de la ségrégation dont sont victimes les jeunes français issus de l'immigration (en particulier l'emploi et le logement, alors qu'ils sont de la troisième génération...). Les limites des réponses sécuritaires et désocialisantes sont posées mais les problèmes restent complexes, et peuvent même sembler insolubles, tant on assiste, dans tous les champs du politique et du social, à une rétractation sur des valeurs non solidaires, dans lesquelles la figure de l'autre, l'étranger, devient porteuse de tous les désordres.

Ancré dans une expérience des pays dévastés par la guerre et les violences, et dans un travail avec des réfugiés, notre propos tient à rappeler simplement que l'étranger peut (et doit) être reconnu dans son humanité singulière, qui n'exclue pas ses différences, mais donne une place à son histoire.

Les atteintes graves portées au droit d'asile sont une contribution insidieuse aux violences déployées là-bas, dès lors qu'est refusée, ici, la reconnaissance des dangers encourus et des violences subies.

Elles sont un renoncement à des valeurs fondamentales pour nos démocraties modernes qu'on pensait plus solides, et ouvrent donc au risque de favoriser d'autres renoncements et d'autres violences.

1. Voir la thèse en cours de Grégory Beltran, sous la direction de Michel Agier.

••• Demande d'asile et préoccupation de santé mentale

Valérie
Colin

Docteur
en psychologie,
Psychologue
clinicienne,
ONSM

Christian
Laval

Docteur
en sociologie,
Sociologue,
ONSM

Cet article⁽¹⁾ propose d'articuler la problématique de santé mentale avec des pratiques d'accompagnement telles qu'elles ont cours dans le champ de la demande d'asile.

Cette relation d'accompagnement dépend de trois dimensions indissociables :

- **le moment de la procédure : l'attente d'une réponse ou la proximité d'une convocation à l'OFPRA produit un effet sur la disponibilité de la personne dans la relation d'accompagnement,**
- **le lieu de vie : les modalités d'hébergement**
- **enfin la dimension de la vie personnelle qui contient l'histoire de la personne, la temporalité psychique.**

Notre approche de la santé mentale dans le champ considéré articule le rapport entre le cadre concret de l'accueil et la subjectivité.

• Dans une première partie nous aborderons la dimension du lieu de vie en rapport avec la subjectivité des personnes en demande d'asile. Nous montrerons que la qualité de cette relation d'accompagnement, dans son rapport avec la santé mentale, se définit différemment en fonction des types d'hébergements traversés par tout requérant. Particulièrement, nous interrogerons les conditions concrètes où la souffrance psychique peut apparaître et, si le besoin s'en fait sentir, comment le soin psychique est accessible.

• Dans une seconde partie, nous articulerons les éléments de la procédure (constitution du dossier, récits...) et le malaise des intervenants dans la mesure où il donne un accès privilégié à la souffrance des demandeurs d'asile. En effet, la description fine et la reconnaissance de ce malaise comme une donnée structurant ce champ d'intervention

nous semble une des conditions d'émergence d'une préoccupation partagée de santé mentale ainsi que de la constitution d'une politique d'hospitalité digne de ce nom.

L'hébergement des demandeurs d'asiles

Encore très récemment, la durée d'une procédure de requérant pouvait atteindre deux à trois ans, voire plus, avec une issue négative dans plus de huit cas sur dix. L'inventaire détaillé, département par département, des hébergements utilisés, des modes d'organisation des réponses et des services, permet a posteriori de proposer à l'analyse trois configurations types. Leur description n'est pas structurée autour de la reconstitution d'un parcours standard et linéaire, par exemple de l'hébergement d'urgence à l'hébergement stable.

Chaque configuration rend compte, autour du service d'hébergement, qu'il soit précaire ou plus stable, de six autres services où s'engagent des relations : l'aide juridique, l'aide aux récits, la domiciliation, les services alimentaires, le travail social et les prestations de soin (somatiques et psychiques).

Premier cas de figure :

mise à l'abri et relation insécurisée

Cette situation inaugurale est non spécifique : tout le monde la traverse ou y stationne (familles, isolés, mineurs homme, femme). Urgence sociale, centres d'hébergement et de réadaptation sociale d'urgence (CHRS), hôtels, asiles de nuit, lits/places dans le cadre du dispositif plan-froid, toutes les possibilités de *mise à l'abri* sont rencontrées.

Autour de cette mise à l'abri sous le mode de l'urgence sociale se proposent d'autres relations de service, toujours hétérogènes dans leur forme et dans leur contenu, d'un département à l'autre : services humanitaires, nourriture, école, écoute, accueil inconditionnel, domiciliation (obligatoire), travail social d'accueil et d'orientation mais aussi d'aide financière (dossier social, ouvertures des droits).

Au fur et à mesure que ces premières relations sont engagées, une observation psychosociale peut aboutir sur des services de soins à la marge du droit commun, de type humanitaire ou des services PASS⁽²⁾ des hôpitaux publics lorsqu'ils en possèdent.

1. La matière de cet article est issue d'une recherche-action effectuée par l'ONSM-ORSPE, 2005, Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes Modalités cliniques et inter partenariales, DRASS Rhône-Alpes.

2. Permanence d'accès aux soins de santé.

A ce stade, la psychiatrie de secteur est absente sauf lorsqu'il existe des équipes mobiles de psychiatrie ciblant des populations précaires dans certains centres urbains.

Dans cette situation se conjuguent mise à l'abri et régime de survie. Les intervenants psychosociaux (bénévoles et professionnels) ne font état ni de situations de violence sur soi ou sur autrui, ni de symptôme psychiatrique lourd (décompensation psychotique par exemple). Ils disent leur difficulté à poser un diagnostic, fut-il profane, sur un état de santé. Ils constatent des ressources parfois importantes mobilisables dans le présent de l'action : les familles repèrent vite les rouages administratifs et les formes d'aide, tandis que des conduites d'entraide, de type repas communautaires, peuvent se développer. Ces mêmes intervenants notent dans le même temps que le régime de survie caractéristique de la mise à l'abri induit une forme d'écrasement de la vie psychique. La personne en demande d'asile se trouve dans une relation insécurisée. Les formes multiples de symptômes et de plaintes somatiques ne sont pas toujours reconnues en tant que telles. Plus généralement, le travail d'élaboration psychique semble inadéquat dans ce contexte, et ni travail de deuil ni accès au trauma ne semblent pouvoir s'engager. Par contre, on retrouve le dépôt de la souffrance, et l'émergence d'affects que les accompagnants peuvent recevoir même au sein d'une relation courte.

Deuxième cas de figure : hébergement polyvalent et relation peu sécurisée

Les demandeurs d'asile mis « en double attente », à la fois de la procédure et d'une place en hébergement spécifique, sont plus ou moins temporairement logés dans des types d'hébergement qui ciblent habituellement les populations précarisées. Cette situation concerne davantage les hommes célibataires. Toutefois au sein même de cette filière d'hébergement polyvalent, il existe une différence d'échelle entre les situations où la précarité est quelque peu endiguée dans le temps, et les situations d'hébergement en hôtel ou dans le cadre du plan froid. Là, le turn over et l'incertitude du lendemain restent quotidiens ou au mieux hebdomadaires.

Les modes d'hébergements repérés sont là encore très divers. Certains CHRS³⁾ sont sollicités par les services sociaux spécialisés. La réponse « Hôtel » est devenue quasi structurelle dans les départements soumis à des déplacements ou arrivées massives. Dans un contexte de pénurie de place, des dispositifs d'urgence sociale réorientent leur offre en l'élargissant parfois majoritairement aux demandeurs d'asile. D'autres hébergements polyvalents, tels les places de « plan froid », ciblant classiquement d'autres types de public, sont aussi mis à contribution. Des réseaux confessionnels de bénévoles offrent parfois aussi des hébergements.

Dans tous ces cas de figure, des services annexes d'aide juridique, d'aide au récit, d'aide sociale peuvent exister, mais ils sont externes aux structures d'hébergement et peu coordonnés.

Dans les situations où la précarité sociale ne cède pas (regroupement familiaux dans des hôtels, enfants et parents partageant la même chambre, impossibilité de faire la cuisine, repas réduits à des sandwiches), les effets en terme d'image de soi et de mise en tension psychique restent très importants. Dans certains hébergements polyvalents, une cohabitation de fait avec d'autres populations (SDF) peut être à l'origine de sentiments d'indignité, de disqualification et de stigmatisation, surtout dans des situations où existent de façon larvée des tensions identitaires et xénophobes. De fait, l'inactivité forcée est facteur d'enkystement ou, à contrario, d'hyper investissement du côté des démarches et des rendez-vous.

Lorsque les intervenants reconnaissent ces processus de vulnérabilisation, où beaucoup de questions restent non résolues, ils s'efforcent dans leurs pratiques de ne pas proposer de réponses univoques du type « tout psychologique ». Ils se saisissent des occasions disponibles et en provoquent autant que faire ce peut autour d'ateliers, de groupes d'activités, d'actions militantes, d'entraide, d'initiation à la langue française, de loisirs, parrainage, accompagnement dans la cité... Une dynamique commune sous-tend toutes ces actions, l'art du bricolage : « Cette notion de bricolage n'est évidemment pas péjorative. Dans les situations de travail social collectif, il s'agit bien, en s'appuyant sur la

3. Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

force des faibles, de produire du changement social en modifiant les rapports de force... On retrouve la dimension d'acte, d'engagement, qui caractérise les situations professionnelles du travail social et les protections, les défenses qu'elle suscite. » (Autès, 1999, p. 258).

Ceux qui sont engagés durablement dans une relation d'écoute difficile (récits de meurtre, de viol, de tortures) sollicitent des avis, des conseils, des aides, des soutiens voire des soins face aux signes de souffrance qu'ils décèlent (insomnie, plaintes somatiques, demande de reconnaissance des victimes...) et qui les affectent. A l'encontre de ce qui se passe dans la première configuration, des dispositifs de soins psychiques sont sollicités si nécessaire.

Dans cette configuration plus stabilisée de l'hébergement polyvalent, un travail psychique semble possible selon les différentes dimensions en jeu. Il reste cependant restreint sous l'effet de l'attente de la réponse, de la précarité sociale vécue et donc de l'incertitude. Le travail de deuil peut être engagé, mais pas de manière systématique car la relation d'accompagnement reste non sécurisée, même si elle peut éventuellement se prolonger dans le temps. L'écoute par les psychologues intervient quand la crise est décelée par les acteurs de première relation, face aux pics d'angoisse notamment. Ils peuvent aussi être sollicités quand la personne en fait la demande directement. Les soins psychiatriques spécialisés interviennent seulement quand les crises ou les pathologies sont déclarées.

Cependant, on note que lorsqu'une problématique de santé mentale émerge, elle se déclare le plus souvent :

- *par un trouble somatique* : les PASS des hôpitaux reçoivent une plainte somatique récurrente et peuvent orienter vers des équipes « interface » de psychiatrie publique, plus rarement vers des CMP, plus souvent vers leur propre « psy », lorsqu'ils en ont.

- *à l'occasion de l'aide au récit* : se raconter peut raviver des traumatismes ou des problématiques d'exil qui nécessitent à la fois une orientation directe vers des soins et un cadre de reprise pour les intervenants sous forme d'analyse de la pratique.

- *lors de l'expertise médicale* : le dossier juridique, particulièrement celui de recours, est parfois étoffé par des certificats médicaux. Les cliniciens sollicités, psychologues ou psychiatres, avouent souvent leur perplexité sur la manière dont il convient de conjuguer soin et expertise.

Troisième cas de figure : hébergement spécifique et relation plus sécurisée

Après un délai d'attente variable, le parcours du combattant du requérant peut déboucher sur une proposition d'hébergement spécifique⁽⁴⁾ en principe attribué jusqu'à la fin de la procédure.

En pratique, ce sont les familles qui bénéficient prioritairement de ce type d'hébergement ; plus rarement des personnes ayant de graves problèmes de santé ou de handicap.

Lorsque les moyens le permettent, c'est un véritable accompagnement intégré qui tend à se constituer selon une forme de prise en charge globale. Il en est ainsi particulièrement pour l'aide au récit, l'aide juridique et le travail social.

Des situations de crises peuvent survenir dans le quotidien des centres d'accueil, consécutives à des réaménagements intra familiaux, de couple ou inter générationnels (inactivité du père, place sociale en creux, adaptation plus rapide des enfants à la culture d'accueil...). Ces moments de crise sont en lien avec la rythmicité propre à la procédure : l'arrivée au centre, le temps du premier récit, puis le temps des confidences sur des faits traumatiques, enfin le moment sensible des convocations à l'OFPRO et la CRR. Chacun de ces temps porte avec lui son lot de réactivation du déracinement, de tristesse liée à l'exil, de défenses massives, de secrets dévoilés, d'angoisse et de stress qui mettent parfois à mal des équilibres familiaux déjà précaires.

L'empathie et la sensibilité des accueillants à la problématique spécifique des demandeurs d'asile sont grandes dans cette configuration qui facilite l'écoute et une prise en compte importante de la subjectivité. Pour autant, les réponses inventées en retour ne se cantonnent pas à une orientation qui se défasse vers les spécialistes de la psyché. Toute médiation peut être bonne à prendre car l'essentiel est dans l'art de lier les êtres et non dans la réduc-

4. Accueil d'Urgence pour Demandeurs d'Asile, Centre Provisoire d'Hébergement, Hébergement Eclaté pour demandeurs d'asile de type allocation Logement Temporaire, Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, centre de transit.

tion du *jeu* à une technique relationnelle efficace. Des activités occupationnelles, artisanales ou artistiques sont proposées dans les centres d'accueil, souvent investies par les femmes, et boudées par les hommes. Les travailleurs sociaux constatent que la santé mentale des hommes s'améliore « lorsqu'ils travaillent, même au noir »⁵. Les occasions où il est possible de réinvestir des rôles sociaux « vrais » sont limitées au fait de tenir son statut social de parents et particulièrement de parents d'élèves. Certaines associations ont ainsi monté des projets avec des écoles primaires afin de faciliter des échanges entre parents et enseignants.

Dans cette visée de l'action, le droit à la santé et aux soins devient un axe parmi d'autres d'une approche globale de l'action sociale. Si la santé est un droit commun à faire valoir, l'effectivité de l'accès aux soins devient une partie des missions de défense du droit d'asile. Ainsi, c'est à l'initiative de certaines associations de défense qu'ont pu être établis, en partenariat avec des institutions sanitaires, des bilans de santé réguliers. Lorsqu'il n'existe pas de partenariat institué, les accueillants disent être attentifs à construire des réseaux informels avec des acteurs de soins de proximité : médecine générale, planning familial, maternité, point santé jeunes.

Les équipes du service public de psychiatrie rencontrent non exceptionnellement des personnes en demande d'asile soit dans des situations d'urgence qui nécessitent une hospitalisation, soit plus couramment en CMP.

Au niveau fonctionnel, quelques psychologues sont sollicités pour conduire des analyses de la pratique ou être en position de conseil, d'écoute et d'orientation ou encore en position d'interface en cas de conflits. Leur présence récente n'est pas toujours bien « calée » : travail de soutien, d'étayage et d'accompagnement psychologique semble d'ores et déjà possible et profitable pour les demandeurs. La disponibilité psychique de la personne en demande d'asile restant limitée par la rythmicité de la procédure et ses conditions de vie actuelles (peu d'argent, ennui, éducation des enfants...), les psychologues intervenants dans les centres constatent que le sentiment de sécurité reste partiel et incertain. La

position de survie persiste, même dans la configuration d'hébergement spécifique qui est pourtant la plus sécurisée.

Dans ces trois cas de figures, le problème auquel sont confrontés les acteurs réside moins dans un objectif de classification des troubles que dans celui du maintien de la relation et dans la tentative de mesurer ses effets en terme de mieux être de la personne.

En résumé, le monde de l'accueil des demandeurs d'asile est habité par plusieurs dimensions relationnelles : il n'y a pas d'un côté la santé mentale et de l'autre l'hébergement, mais une interdépendance entre le cadre concret de la prise en charge et la subjectivité. Les demandeurs d'asile, pour aménager une santé mentale positive, adoptent des stratégies contraintes (Chatel.V., Soulet M.H., 2002) du fait des obligations liées à la procédure de demande d'asile. Elles permettent de réaliser des compromis pour ne pas succomber et pour survivre aux conflits internes de chacun. Elles sont plus ou moins conscientes et à l'œuvre aussi bien chez le demandeur d'asile (il se plie, se déforme pour être conforme aux attentes,...) que chez l'intervenant. Sa subjectivité est aussi mise à mal face aux éléments de la procédure et aux contraintes de la constitution d'un dossier.

L'impact du malaise des intervenants dans la pratique

L'expression du malaise des intervenants fait quasiment partie de la relation d'aide dans ce contexte ; il se traduit par des vécus de scandale, de révolte mêlés à l'empathie. Ce malaise s'exprime en général avec beaucoup d'émotions face à l'expérience quotidienne des inégalités de traitement entre demandeurs d'asile. Quelle que soit la forme que prend ce malaise parfois diffus (sensation d'envahissement, sentiment d'impuissance, d'injustice, de révolte,...), il indique toujours quelque chose de la souffrance du demandeur d'asile *en relation* avec l'intervenant⁶.

Le scandale est souvent évoqué envers les dysfonctionnements indignes de ce système d'accueil.

L'intervenant est aussi souvent témoin de l'expérience de l'horreur, de l'effroi et de la sidération face à ce qui a été vécu là-bas. Cette violence dans la

5. Cf l'article de Zohra Harrach dans ce même numéro.

6. Cette souffrance portée (J. Furtos, C. Laval, 1998) est vécue et interprétée comme le signe du mal-être de l'autre.

rencontre avec le demandeur d'asile est présente et problématique. Que faire de ces récits traumatiques ? Des inquiétudes importantes portent sur les conséquences de ces traumatismes pour l'avenir de la personne et de sa famille.

Nous avons authentifié quatre éléments de la pratique où se nouent particulièrement tensions et malaise, ce sont : la pratique de l'écoute, la question de la vraisemblance, le codage de la souffrance et les pratiques d'admissibilité.

Une pratique de l'écoute qui ne va pas de soi

Tous les intervenants sont concernés par la difficulté à écouter un contenu parfois lourd ou incroyable, tous ont à entendre et à voir un corps qui parle à la place de la personne, à entendre des signes de souffrance de différents ordres et à travailler avec.

D'où vient ce malaise et parfois cette grande souffrance à l'écoute des demandeurs d'asile, même lorsque les actes subis ne sont pas décrits ?

Le travail et les actes de déshumanisation sont marqués par la sidération face à l'horreur. Personne n'est exempt de cet ébranlement lié à l'attaque des fondements anthropologiques de l'individu, qui atteignent ce qui collectivement nous garantit une cohérence dans le monde des humains⁷. Dans ce sens, l'attaque porte sur les articulations entre le collectif et l'individuel que sont l'intrapsychique, l'intersubjectif, le transsubjectif et le politique. Cet ébranlement profondément vécu par les intervenants dans leurs relations avec les demandeurs d'asile doit être alors anticipé par les intervenants car il procède d'un délitement quasi structurel.

En même temps, pour que la violence des actes de déshumanisation, de la torture et de l'exil forcé s'atténue dans ses effets psychiques, ne faut-il pas se préparer à la recevoir, même de manière « crue » ? Pour le moins, cela nécessite de penser le cadre de réception de cette violence.

L'écoute, qu'elle soit finalisée vers un soin psychique, vers la réalisation d'un dossier ou vers un don compassionnel, se conjugue avec la problématique d'avoir à « faire parler »⁸ et du coup, le sentiment désagréable de se trouver en position de bourreau potentiel. L'accueillant, quel qu'il soit, se trouve pris dans le paradoxe d'avoir à entendre ou

à susciter une parole nécessaire et en même temps douloureuse. « *Enfin, est-il vraiment nécessaire de réveiller les souffrances de ceux qui tentent d'oublier des événements dont ils ont été les victimes ou les témoins impuissants ? A quoi bon solliciter les souvenirs de ceux qui se battent contre les assauts d'une mémoire incapable d'instaurer un oubli apaisant ?* » (Waintrater, 2003, p. 10). Le psychologue, quant à lui, dans sa fonction spécifique, est pris dans le dilemme entre une parole qui fait souffrir et un silence-refuge qui révèle l'anéantissement du sujet.

Dans quelles conditions la parole devient-elle nécessaire ? Elle l'est sur un plan opérationnel, pour construire le dossier OFPRA ; mais elle l'est aussi d'un point de vue de la santé mentale pour reconstruire un lien à soi-même et aux étrangers que nous sommes pour les demandeurs d'asile.

Etre dans cette forme d'écoute possible sous-entend, pour René Roussillon, de pouvoir soi-même « survivre » sans s'attendre à une véritable alliance de travail de la part de ces sujets ayant vécu des situations extrêmes. « *Les « soins » sont donc régulièrement menacés voire attaqués, la main qui se tend est « mordue ». Survivre c'est alors entendre ces attaques comme un moyen de s'assurer de la force du lien, c'est aussi l'entendre comme un moyen de nous faire « partager » ce qu'ils ont enduré, c'est enfin l'entendre comme mise à l'épreuve des motifs qui nous conduisent à proposer de l'aide* » (Roussillon, 2005).

La vraisemblance : une question dérangement

Démêler ce qui relève du « vrai »⁹ et du « faux » ne va pas de soi dans l'aide à la constitution du dossier. Tout le travail de l'intervenant consiste à sortir de cette bipolarité du vrai et du faux et à créer un espace autour de la vraisemblance. Outre la difficulté à réunir de « vraies » pièces pour le dossier, c'est le contenu même du récit qui ne manque pas d'interroger la vraisemblance des faits : « comment croire ce que j'entends ? » Comment travailler en tant qu'écouter sans être soi-même sidéré face à l'envahissement de l'émotion ?

La recherche de la vraisemblance s'appuie sur des éléments plus ou moins vérifiés objectivement mais aussi sur des éléments subjectifs. Le vécu de

7. Cf. la notion de « garants métagarants », R. Kaës, 1998.

8. Cf. le travail de B. Bruyère, 2004.

9. Ici, le vrai est du côté du véridique et non de la vérité.

la relation devient un autre indice pour l'intervenant qui va se fier à son sentiment quant à la véracité du récit de la personne qu'il a en face de lui.

Lors des entretiens avec la personne en demande d'asile se pose aussi la difficulté de la langue et là encore, le rapport aux langues d'origine et d'accueil pose la question de la vraisemblance : « *pourquoi ne veut-il pas nous parler en français ? Depuis le temps qu'il est en France, il devrait pourtant avoir acquis quelques mots. Pourquoi ne veut-il pas parler dans sa langue d'origine avec le traducteur ?* » L'écart culturel pose toujours le risque d'être mal interprété.

En somme, dans la procédure du récit juridique, la place des affects sous-jacents ou exprimés de la personne et de l'intervenant est toujours présente mais peu analysée. Comment alors ne pas confondre témoignage juridique et récit de soi sans l'organisation d'une procédure d'objectivation du recueil de données (règles non personnelles, charte collective par exemple) ?

Quel codage de la souffrance : clinique des signes ou nosographie psychiatrique ?

Coder de manière appropriée les signes de la souffrance ne va pas de soi. En effet, le diagnostic est dit « brouillé » par les intervenants. En d'autres termes, leur choix hésite entre un codage sémiologique, de type symptôme réactionnel, ou un codage en référence à la nosographie psychiatrique, telle la psychose ; toute la difficulté est bien de tenir compte des signes discrets ou bruyants et de ne pas nier le contexte culturel et migratoire du sujet.

L'expression parfois étrange d'une souffrance plus ou moins bruyante (rituels d'incantation dans la langue d'origine de la personne par exemple) inquiète les intervenants qui cherchent la meilleure manière de soulager la souffrance. « *Toute souffrance quelle qu'elle soit s'exprime à travers les cadres conceptuels de chaque culture et de chaque époque* » (Stitou, 1997, p. 24). Là se pose d'emblée le problème du bon interlocuteur en fonction de la manière dont ces signes « étranges et étrangers » vont être codés par l'intervenant : faut-il orienter vers un soin psychiatrique ? Comment se situer par rapport au soin traditionnel (marabout ou guérisseur) ? En effet, avec les personnes exilées de leur

pays d'origine, le soin rend compte d'une « *confusion entre ce qui relève des éléments culturels et des processus psychiques* » (Stitou, 1997, p. 24).

Les antécédents de soins « mentaux » (thérapies traditionnelles ou modernes, médicales et psychiatriques) servent parfois d'indicateurs à l'intervenant lorsqu'il possède quelques informations. De même, les modalités d'entrée en soin (urgence, consultation avec un psychologue ou psychiatrie), lorsque celui-ci a pu être engagé, informe l'intervenant sur les modalités de soin à poursuivre et l'aide à classer les signes dans une sorte d'échelle de gravité.

Des pratiques d'admissibilité : entre probable et improbable

Dans le cadre de l'aide au récit et plus largement de l'accompagnement et du suivi du dossier pour l'OFPPRA, les intervenants sont confrontés à la question de l'admissibilité au statut de réfugié. Ils partent d'un constat : il existe un tri et une sélection. Les intervenants sont en première ligne. Lorsqu'ils ont pris conscience que le taux de probabilité d'obtention du statut se joue aussi en amont de la décision de l'OFPPRA, ils se sentent investis d'une lourde responsabilité. Ils ont une connaissance jamais assurée mais toujours en alerte sur ce qu'il vaut mieux dire et comment le dire, sur ce qu'il vaut mieux faire passer ou non, sur ce qui est défendable ou moins défendable.

Dans une finalité d'admission, leur travail consiste, dans le fatras des effrois et des espoirs intriqués des demandeurs d'asile, à différencier le probable de l'improbable. Ils deviennent alors co-producteurs de la procédure en même temps qu'ils restent dépendants de la manière dont les règles du jeu sont définies au niveau politique. De ce fait, leur activité s'identifie de plus en plus à une prise de risque éthique (Colin. V., Laval. C., 2005). Dans ce nouveau contexte, comment évaluer les limites de l'ingérence dans la vie d'autrui ? Comment ne pas pratiquer des « extorsions » de récits ? Comment ne pas être entraîné à son corps défendant dans une logique d'action où l'échelle de critère « technique » prime sur l'humain ?

Ces conflits subjectifs et éthiques traversent les intervenants et les empêchent parfois de « *faire leur travail d'une manière jugée acceptable* », selon leur

propos. En permanence les contraintes de la réalité induisent des ajustements qui sont autant de compromis. Ils sont amenés à réagir en tant que personne. Ce qui met au centre de leurs pratiques d'ajustement la question des limites morales et personnelles au-delà desquelles l'action sociale dont ils sont les agents « n'est plus acceptable ». Comment rester les défenseurs du droit d'asile et en même temps devenir des gestionnaires de la pénurie des places ? Jusqu'où cautionner la répartition inégalitaire des dossiers d'un département à l'autre ? Ces questions non résolues, mais toujours présentes dans le concret de l'action sont productrices de prises de positions mais aussi alimentent au quotidien un régime d'action marqué par des tensions psychiques dont le trop plein peut aboutir à des situations de stress pour certains ou d'épuisement, après quelques années de « terrain », pour d'autres.

10. Cf. l'article de D. Belkis et de S. Franguiadakis dans ce numéro.

Au-delà d'une problématique de déontologie professionnelle, les intervenants sont habités par une éthique de *responsabilité collective qu'ils portent en tant que personne isolée, atomisée, avec peu d'espace de reprise collective*. Ces espaces de reprise collective et de multidisciplinarité sont donc à promouvoir.

La santé mentale dans le champ de la demande d'asile : vers un nouvel imaginaire de l'hospitalité

Vouloir identifier les processus qui portent atteinte à la vie psychique des personnes en demande d'asile qui ont échappé aux violences et aux sévices « là bas », conduit non seulement à tenter de mesurer l'étendue d'une déchirure indicible du monde humain mais oblige aussi à préciser les

conditions à partir desquelles peut se fabriquer un accueil non pathogène « ici ».

Venant en écho au déni collectif sur la manière dont sont (mal) traitées les personnes en demande d'asile, notre activité de recueil des données s'est trouvée prise au centre d'une pratique *sensible* dont de nombreux intervenants de terrain témoignaient qu'elle rendait « fous » le système des relations dans lesquels ils étaient engagés. Qu'il s'applique aux demandeurs d'asile mais aussi aux accompagnants, il s'agit dès lors d'objectiver des mouvements subjectifs insistants, récurrents, dans un champ de pratique où la rencontre avec l'autre est trop souvent bornée par l'injonction publique suivante : circulez, il n'y a rien à voir, rien à dire, rien à éprouver !

Un axe fort de travail émerge de cette recherche.

D'abord, il devient urgent de revisiter la définition officielle de santé mentale, parce que trop abstraite et surtout parce qu'elle risque de viser un individu atomisé, délié de ses attachements. On voit bien comment les relations intersubjectives d'aide, de soin ou d'accompagnement ou encore de soutien communautaire sont parfois les seuls éléments de soutien à la santé mentale pour des « êtres désaffiliés »⁽¹⁰⁾.

Enfin une bonne surprise s'est imposée à nous dans les suites de la recherche : à condition d'une mise au travail collective, le malaise et les tensions vécues par les accompagnants peuvent devenir le moteur de la créativité. Cette expertise collective participe à penser un nouvel imaginaire de l'hospitalité qui ne soit pas seulement celui des flux des places et des dossiers, ce qui doit remonter vers les politiques qui définissent les lois d'accueil.



Le requérant d'asile, paradigme de l'exclusion

« Exclue » désigne d'ordinaire des hommes et des femmes habitant notre espace : certes reclus ou repoussés dans les marges, personne n'imaginerait cependant les éjecter de la page. Pour les requérants d'asile, l'exclusion se dépouille de ses oripeaux métaphoriques : le refus d'asile, une fois les voies de recours épuisées, implique l'expulsion hors de nos frontières. Ainsi, en Suisse⁽²⁾, les dites *mesures de contrainte* autorisent l'emprisonnement jusqu'à dix-huit mois des requérants déboutés récalcitrants, afin d'assurer l'exécution du renvoi.

A l'opposé d'être un phénomène homogène, l'exclusion revêt maints visages, comporte divers paliers. Le requérant d'asile, hanté par les fantômes du renvoi, en constitue la figure emblématique : ayant cherché une hospitalité au cœur de la page, il marche à reculons, adossé à l'ombre mouvante des frontières. Par comparaison, le migrant « sans papiers » ou « sans statut légal » d'Equateur ou de Colombie - du moins lorsqu'il ne s'agit pas d'un ex-demandeur d'asile - a pour ainsi dire choisi la marge en connaissance de cause : son espoir d'un droit de séjour tire à l'inverse son parcours de l'extérieur vers l'intérieur.

Mais, vis-à-vis de l'exclusion, même la figure du requérant d'asile est loin d'offrir un profil uniforme. Si, malgré les particularités nationales, l'imposition de limites à son accès aux soins s'affirme européenne, l'étendue des prestations auxquelles il lui est sommé de renoncer varie selon son « statut » spécifique. A une extrémité, selon la terminologie helvétique, les *NEM* - « Non Entrée en Matière », vocable étrangement puisé dans le registre gastronomique pour désigner les personnes dont la demande d'asile, jugée d'avance irrecevable, ne sera pas même examinée : n'ayant en principe droit qu'aux soins d'urgence, seule une atteinte imminente de leur pronostic vital les autorise à invoquer Hippocrate. A l'autre extrémité, les personnes « admises provisoirement⁽³⁾ » et les requérants d'asile dits autonomes⁽⁴⁾ qui ont droit à la même couverture sanitaire que les autochtones. A mi-chemin, les requérants d'asile financièrement dépendants qui se voient restreindre le choix du médecin et le

La pensée clinique en mutation

Face aux diverses catégories d'exclus que notre société secrète, la tentation est grande d'adopter une position d'extériorité, en spectateurs avertis, d'analyser à la loupe leurs problèmes de santé. Par chance les demandeurs ou requérants d'asile⁽¹⁾ nous renvoient par effets de miroir les apories de notre pensée clinique : nous faisons fausse route, nous nous trompons d'embranchement au carrefour de nos concepts et nous égarons dans le dédale de nos taches aveugles.

Jean-Claude Métraux

Pédopsychiatre,
Lausanne (Suisse)

droit de consulter un spécialiste, le psychiatre entre autres.

Les soins sont ainsi divisés en trois catégories : a) les urgences à tous garanties - la protection de la (sur)vie à très court terme ne semble pas souffrir d'exceptions - ; b) les soins de base ; c) les soins spécialisés. Conséquences sur le plan psychiatrique : seul le risque avéré d'une atteinte à sa propre vie ou à celle d'autrui - définition de l'urgence psychiatrique - assure à tous un accès aux soins, pratiquement limité à l'hôpital psychiatrique ; quant au droit à des soins ambulatoires, il oscille selon la position du requérant d'asile sur les toboggans de l'exclusion.

Nos pratiques cliniques, témoins d'un malaise

Un examen de la pratique clinique, de sa manière passée et présente de traiter la question des soins aux malheureux funambules cheminant à leur corps défendant sur la corde de l'asile, figure paradigmatique, devrait nous procurer de sérieux indices sur la façon dont les soignants d'Ouest et du Nord abordent d'ordinaire les problèmes de santé présentés par les exclus de tout genre. Or une analyse même superficielle révèle un multiple malaise. Quelles sont les sources de notre embarras ?

1. En Suisse nous parlons de requérants d'asile.

2. Je me référerai essentiellement ici à la situation suisse que je connais beaucoup mieux, mais hormis des variations cosmétiques, les pays d'Europe Occidentale, et parmi eux ceux signataires des accords de Schengen et Dublin, ont des législations et des procédures très similaires : chacun pourra donc traduire les faits signalés dans sa langue juridique locale.

3. Dont la requête n'a pas été acceptée, mais dont le renvoi n'est pour l'heure pas exigible.

4. Qui ne dépendent pas financièrement de l'aide de l'Etat.

L'impératif de survie

Si le discours politique, dans le domaine de l'asile, est miné par la sempiternelle querelle autour des « vrais » et des « faux » réfugiés - leur vie est-elle *réellement* menacée par les autorités de leur pays d'origine ? - les thèses avancées s'énoncent toujours du point de vue d'un observateur extérieur, supposé guidé par un souci d'objectivité. Mais, pour les professionnels de la psyché, ce regard externe ne devrait pas avoir la moindre pertinence, ni même le moindre intérêt. Seul devrait compter le point de vue subjectif, mélange de conscient et d'inconscient, du patient. Or son « choix » de l'exil est le plus souvent fondé sur le sentiment d'une survie, *individuelle et collective*, menacée par la guerre, l'incessante régurgitation de souvenirs traumatiques ou le délabrement économique coutumier des après-guerres. Seule à effleurer les consciences occidentales, sa dimension individuelle - sauver sa peau, fuir les fantômes qui hantent la mémoire - joue en fait un rôle accessoire : prime la survie collective (Métraux J.C., 2004, pp.147-180), familiale ou communautaire. Celle de fils et de filles fragilisés par les pénuries ou la déliquescence d'un système scolaire. Celle que sécurité et emploi rémunéré représentent pour la famille élargie demeurée au village où rôde la misère - le migrant, y compris le mineur non accompagné, s'est souvent vu attribuer par ses proches un mandat contraignant. Celle d'une identité triturée par les luttes ethnocides. Bref, la *survie*, que l'estime justifié ou non l'observateur externe, guide bel et bien les pas de très nombreux exilés.

Or la frontière poreuse entre problématiques politico-sociales et troubles psychiatriques, la saturation de l'espace psychique par une réalité tentaculaire dominée par l'impératif de *survie*, provoque chez de nombreux collègues un certain malaise. L'insoutenable souffrance engendrée par les menaces *réelles* que les perspectives d'un renvoi font peser sur cette unique espérance les exilerait de leur domaine de compétences, une psyché « libre », dont les seules chaînes seraient celles de l'inconscient. Paradoxe : alors que la survie immédiate constitue aux yeux de la loi l'unique passeport accepté sans restriction à la frontière du monde des

soins, les soignants qui l'habitent l'examinent avec un regard suspect.

Le mur de la demande

Nous retrouvons la griffe de cette double exclusion sur le mur de la demande. Psychiatres et psychologues avons appris à exiger de la part de nos patients, au seuil d'une psychothérapie, la formulation d'une demande plus ou moins claire, du moins susceptible d'élaboration. Or, sans même insister sur l'incongruité d'une telle exigence pour des hommes et des femmes venus de sociétés aucunement familières des professionnels de la psyché et de leur langage - d'autant plus que leur droit à des soins ambulatoires dépend ici du laissez-passer octroyé ou non par les médecins généralistes - fort est de constater qu'une survie en sursis n'appelle qu'une seule demande : prolonger ou révoquer le sursis. Tout ajout dans ces circonstances fait figure de luxe, de fioriture. Le principe de la demande se mue dès lors en un mur scellant hermétiquement les portes du soin.

Les certificats médicaux

Témoins de cet ébranlement de nos pratiques usuelles, les éternels débats sur les certificats médicaux. L'attestation d'un trouble sévère empêchant le retour dans le pays d'origine ou pour les soins duquel ce dernier ne dispose pas de lieux adéquats fournit dans bien des cas, selon la loi, l'unique motif admis de sursis prolongé. Notre malaise, nos réticences, apparaissent au premier abord légitimes : devenir les greffiers des juristes ne nuit-il pas à la noblesse de nos titres ? Condamner le patient à rester malade pour éviter le renvoi ne nous transforme-t-il pas en jeteurs de mauvais sorts ? Certes. Mais dans la mesure où l'impératif premier, pour les requérants déboutés en instance de renvoi, est la survie individuelle, familiale et communautaire, toute prévention d'une atteinte mortelle, même au prix d'une maladie, est affaire de soignants. Tels, analogie avec un autre ghetto de l'exclusion, les traitements à la méthadone et l'offre de seringues stériles aux toxicomanes. Reste à le faire d'une manière qui ouvre d'autres voies thérapeutiques, à ne pas se cantonner ou se résigner à cette prévention tertiaire.

Les temps de latence

Evidemment, la pensée et les pratiques cliniques ne s'arrêtent pas à ces situations extrêmes où la prolongation du séjour constitue la condition *sine qua non*, réelle ou fantasmée, de la survie. De même, l'octroi de l'asile, bien sûr, ne prémunit pas contre les maladies. Le temps, chez les requérants sans asile, demeure suspendu tant que dure l'attente d'une réponse rédhitoire (Métraux J-C., 1997, pp. 419-424, 1999 a, pp. 41-66) positive ou négative : un *temps entre parenthèses* où l'attention exclusive se dédie au présent. La survie au crépuscule comme unique utopie, les hiers s'empilent dans les galetas empoussiérés de la mémoire et les demains n'effleurent même pas des neurones obnubilés par les menaces alentours. Les deuils s'entassent dans les congélateurs de la psyché ; les traumas, loin d'une quelconque élaboration, attisent la vigilance. L'éventuel octroi de l'asile, dans ces circonstances, n'a rien d'une délivrance. La survie enfin acquise, les deuils se dégèlent, les traumatismes intronisent la longue mélodie de souvenirs morbides. Ce délai entre l'ignominie subie et l'apparition de symptômes, confond le spécialiste du corps et de la psyché peu familier des caprices du temps vécu. Rompu au langage arithmétique du DSM[®], aux critères temporels imposés à un *syndrome de stress post-traumatique*, dont six mois suffiraient à éteindre les braises, il lui arrive d'accueillir pareille latence avec la moue du mari trompé : l'Autre, en l'occurrence le patient, lui a joué un tour. En ces instants où pourtant la maladie véritable reçoit enfin droit de cité et possibilité de la traiter, aucun soignant au rendez-vous. L'exclusion perdure.

Les douleurs chroniques

Idem pour les douleurs surgies semble-t-il de nulle part. Le torturé d'antan éprouve avec la régularité du pendule de lancinantes douleurs à son épaule autrefois luxée par une parodie de pendaison (Métraux J-C., 1999 b, pp. 225-234) le mal s'insinue entre muscles et articulations comme unique mémoire - car indicible - de tourments infligés, de frissons psychiques ressentis jusqu'à la moelle des os : notre soignant reste de marbre. Le scanner et l'ultrason incapables de détecter l'origine de la souffrance - une mémoire maltraitée et inscrite par

défaut dans le corps n'offre guère de prise aux rayons -, le mal déclaré se retrouve taxé de simuler. Et les assurances profitent de l'aubaine. En Suisse une jurisprudence datant de 2004, suite à un arrêt du Tribunal Fédéral[®] s'autorise un magicien tour de passe-passe. Première prémisse : une dépression associée à une douleur chronique est secondaire à cette dernière ; deuxième prémisse : une douleur chronique non étayée par les nombreux examens que la science biologique a ourdi n'a aucune réalité en soi et ne peut que découler d'une inadaptation sociale; conclusion : le malade ne souffre d'aucune maladie et ne saurait donc réclamer le droit à des prestations. C.Q.F.D.

Les pratiques cliniques, décidément, obéissent bien souvent aux lois du déni. Regards borgnes... et pendant ce temps le malade demeure souffrant. Sempiternelle exclusion. Qui perdurera tant que les soignants, pour réfléchir la migration des damnés de la Terre, n'abandonneront pas les lunettes des inclus.

Lectures cliniques et taches aveugles

A l'expression « regards cliniques » préférons « lectures cliniques ». La métaphore visuelle en dit déjà long sur les codes qu'utilise le lecteur pour déchiffrer le livre du corps et de la psyché : pareille lecture fonde entièrement sa sémantique sur les signes offerts par l'observation. Tissus et organes correspondraient aux syllabes et mots d'une sorte d'esperanto universel. Peu étonnant dès lors que quantité de médecins rechignent à collaborer avec des interprètes et justifient ce choix, guère soucieux d'éthique, par une apologie de la communication non verbale (Métraux J-C., 2002, pp. 115-135 et Guex P., Singy P., 2003, pp. 165-172).

Toute pensée clinique s'écrit avec l'orthographe et la grammaire d'une épistémologie : approches psychanalytique, systémique, cognitiviste et biomédicale connaissent différemment la souffrance psychique. Mais, lorsqu'il s'agit de réfléchir une exclusion que leur commun alphabet peine à transcrire, les catégories épistémologiques montrent leurs limites. Celles prégnantes dans le champ de la psychiatrie occidentale sont toutes apparues, à peu de choses près, dans un même contexte culturel et histo-

5. Manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie.

6. La Court Suprême helvétique.

rique : leur unique alphabet, permettez-moi l'image, est latin. Leurs émules - nous-mêmes - réagissent à la manière d'un polyglotte exclusivement familier de langues européennes qui, devant un texte tamoul, s'écrierait « quel chinois ! » en secouant la tête. En bref, nos diverses épistémologies possèdent des fondements communs dont les taches aveugles expliquent les errances de la pensée clinique lorsqu'elle traite des marges et des exclus de la page.

Neutralité, distance thérapeutique, secret professionnel

Quelques exemples concrets. Les idées *maîtresses* (aux sens littéral et figuré du mot) de neutralité, distance thérapeutique et secret professionnel se jouent des frontières épistémologiques avec la dextérité des passeurs. Mais lorsqu'elles s'appliquent au monde des requérants d'asile ou à d'autres familles d'exclus, elles butent sur un os, ou plutôt créent l'os que les soignants s'évertueront ensuite de rendre perméable à leur « regard » clinique. Indice : les thérapeutes de victimes de la torture - citons parmi eux les psychanalystes Silvia Amati et Marcelo Viñar - se sont vus dans l'obligation d'écarter le précepte de neutralité, réalisant qu'elle faisait du soignant un complice des tortionnaires. Cette constatation mériterait cependant d'être élargie : la neutralité fait du soignant en charge d'exclus un complice des inclus qui fabriquent les exclus. De même l'idolâtrie d'une distance qui sert surtout à maintenir psychologues et psychiatres du bon côté de la marge. Quant au secret professionnel, sujet trop sensible pour tolérer les raccourcis, je me contenterai de le problématiser par une anecdote : une réalisatrice, tournant un documentaire sur les interprètes, souhaitait filmer un entretien thérapeutique avec un requérant d'asile allophone ; essuyant refus sur refus de soignants craignant pour la virginité du sacro-saint secret professionnel, elle s'adressa à nous ; estimant que les premiers concernés seraient les mieux habilités à répondre, nous avons transmis la requête à un groupe de patients originaires des Balkans ; en chœur répondirent-ils qu'ils saisiraient pareille opportunité de divulguer au public les ressorts de leur souffrance sociale. Où donc le bât blesse-t-il ? Neutralité, distance thérapeutique et secret profes-

sionnel feraient-ils partie de la panoplie d'instruments dont les *maîtres* du monde et leurs gendarmes usent pour éloigner les soupirants ? Ne trahiraient-ils pas la *Valeur* nucléaire des pensées cliniques contemporaines, à savoir une *Maîtrise* (de Soi, de l'Autre) qui imbibe notre lecture et notre écriture de l'alphabet à la syntaxe⁷⁾ ?

Trauma

Le trauma, concept aujourd'hui inévitable dans toute contribution sur les requérants d'asile, a une longue histoire - de Sigmund Freud au syndrome de stress post-traumatique, sans oublier le langage médiatiquement convenu après le 11 septembre - où s'insèrent les tenants de toutes nos épistémologies, de la psychanalyse au cognitivisme. Ce concept laisse ainsi supposer un universalisme, malgré les démentis de l'observation: lorsque des ONG débarquèrent au Rwanda après le génocide, avec dans leurs bagages le projet de former des « conseillers en trauma », elles durent dans la langue locale inventer un néologisme. L'histoire centenaire du concept ne saurait non plus nous dissimuler ses torsions : depuis deux décennies, il se voit affubler d'une temporalité brève, appliquer à des chocs d'intensités fort diverses, associer sans menue précaution aux lexiques prisés de la violence et de la maltraitance, corrélés sans égard aux défaillances de son supposé antidote, la résilience. Cette invasion de notre champ sémantique signe la prédilection contemporaine pour le court terme - traitements y compris -, notre attrait suspect pour l'insensé - le sens mouvant bourreaux et victimes étant volontiers "oublié" -, une centration sur la dimension individuelle - traumatismes historiques ou collectifs ne sont que très subsidiairement abordés -, l'exaltation pour l'élasticité de psychés blessées - sensées rebondir à tout nouvel outrage -, la tendance croissante à concevoir la psychothérapie comme un acte chirurgical voué à la suture des plaies - le trauma appartient originellement au registre du scalpel. Or le chirurgien symbolise à merveille le fantasme partagé par les adeptes d'une Maîtrise toute-puissante. Et pendant que thérapeutes et juges de l'asile débattent de la présence d'un syndrome de stress post-traumatique chez tel ou tel requérant d'asile,

7. Pour la définition précise que je donne aux mots *Valeur* et *Maîtrise*, se référer à Métraux J-C., op. cit., respectivement pp. 114-120 et pp. 123-128.

les sens que celui-ci donna à son exil brûlent sur les bûchers de l'ignorance.

Deuil

Le deuil relégué par le trauma sur un strapontin, le deuil et ses vertus créatrices⁽⁸⁾, individuelles et collectives, passent généralement inaperçues, y compris chez les plus brillants théoriciens. Oubli lourd de sens quant aux organisateurs de la pensée clinique. L'issue du processus de deuil se conçoit d'habitude comme rétablissement ou réorganisation, sorte de retour à la case départ : analogie troublante, cicatrice en moins, avec la chirurgie du traumatisme. Autres impensés : les *deuils collectifs* dont l'examen obligerait à l'abandon de nos loupes conceptuelles qui, centrées sur l'individu, restreignent nos facultés de lecture à des paragraphes isolés du livre où ils s'inscrivent ; la coexistence de trois types de deuil - *de l'autre*⁽⁹⁾, *de Soi*⁽¹⁰⁾, *de sens*⁽¹¹⁾ - dont l'usuel amalgame confirme notre relégation du sens dans les caves de la pensée clinique. Et pourtant le sens n'est-il pas ce joyau que l'être humain a poli dès le premier mot prononcé il y a plusieurs dizaines de milliers d'années ? Relevons finalement l'impasse totale sur une spécificité du deuil aux temps de la *survie*, lorsque hommes et femmes dédient énergie, vigilance et intelligence à la *conservation* - jusqu'au coucher du soleil, si possible à la prochaine aube - de leur progéniture, de l'identité collective héritée des ancêtres, accessoirement d'eux-mêmes : menacés par d'immédiats tourments, des soldats ennemis qui pointent leurs fusils à la faim et aux épidémies qui guettent les rescapés dans les après-guerres, sans oublier des fonctionnaires de l'asile occupés à raboter leur bail de survie, les survivants en sursis n'osent se permettre d'épancher leur tristesse à l'orée des tombes. Tels les requérants d'asile en quête désespérée d'hospitalité, ils *congèlent* leurs deuils en l'attente de temps plus cléments⁽¹²⁾.

Altérités

Exil réfère à *migrants*, à *altérités*, aux théories qui en proposent une lecture originale, parmi elles l'ethnopsychiatrie française de Georges Devereux à Tobie Nathan. De multiples forces tordent le sens de ces mots. D'abord une nébuleuse de rapports et de

représentations : le rapport à l'autre avec son inévitable autre versant, le rapport à soi ; le rapport à son espace propre, aux frontières et aux espaces tiers ; le rapport au déplacement de soi et d'autrui, dans l'espace (les migrations) et dans le temps (les mutations sociales) ; le rapport aux langues qui portent nos pensées respectives ; le rapport au politique, où s'énoncent les lois sur le racisme, le séjour, le franchissement des frontières. Puis les forces de gravitation qui organisent cette nébuleuse en galaxie : dans le cas particulier de la France, les reliquats des Lumières qui y inoculèrent la Maîtrise (de soi, de l'autre), la foi en la croissance et l'universalisme ; l'apprêt de cette Maîtrise - touche hexagonale - au sel de la laïcité, ce lointain héritage de la Révolution ; la mémoire historique de traces d'altérités déniées ou refoulées, d'une domination infligée au Sud - colonisation et guerre d'Algérie - à une occupation subie, tolérée ou combattue ; les incidences multiformes d'une globalisation sélective en matière de circulation - des capitaux, des marchandises, des « produits » culturels, des langues et des personnes -, instaurant des frontières passaires pour certains, étanches pour d'autres. Résultat, y compris dans notre domaine : la prééminence de l'axe culturel⁽¹³⁾ avec ses pôles universaliste et communautariste ; la présence seconde de l'axe politique, solidarité entre autres avec les victimes des dictatures, des guerres et des grillages frontaliers ; la réaffirmation constante de l'axe thérapeutique et de ses fondements - de la neutralité au secret professionnel - seul à nous conférer notre respectable identité de soignants ; la scotomisation par contre de l'axe socio-anthropologique, qui nous obligerait à révolutionner nos édifices thérapeutiques, à questionner une asymétrie soignants / patients homologues à l'opposition inclus / exclus. Le mythe d'un lien thérapeutique en apesanteur, arraché aux contraintes d'un lien social marqué par la position des protagonistes sur une page sociétale nantie d'un centre, de marges et de bordures, n'est de fait guère écorné par les théoriciens et les praticiens, quels que soient leur intérêt pour le culturel et leur engagement politique. A nos consciences défendantes, nos lectures de l'exil trahissent notre immersion dans une Maîtrise dont nous demeurons les agents.

8. *Op. cit.*, 2004, pp 27-54.

9. *Op. cit.*, 2004, pp 55-76

10. *Op. cit.*, 2004, pp 77-104

11. *Op. cit.*, 2004, pp 105-143

12. Cf. note 7.

13. Dans le domaine de la pédagogie, tous les débats sur l'interculturel en procèdent.

Nos deuils inachevés

Que de taches aveugles trouvent nos réflexions cliniques sur les requérants d'asile ! Avec, au bout du compte, le fantasme de retrouvailles avec un universalisme apprêté au goût du jour, à peine fut-il fait mine de l'avoir rejeté. Comme nous l'ont enseigné nos classiques, ces trous de la pensée clinique signalent un déni qui nous renvoie à la première phase du deuil, que John Bowlby caractérisait par la quête conjugulée d'oubli et de retrouvailles avec l'« objet » défunt. Nous aurions donc nous-mêmes, professionnels de la santé, subi une perte cardinale, nous serions embourbés à la phase initiale du deuil subséquent. L'« objet » perdu ? Notre *illusion* de conceptions théoriques labellées de compétence universelle, alors que nos expériences cliniques sans relâche nous assènent leur pertinence limitée aux heureux du centre de la page, leur *impertinence* croissante à mesure que l'on s'en éloigne. Dans les marges, au seuil de la rédhibitoire exclusion, elle menace toute thérapie d'asphyxie. Ainsi en va-t-il pour le requérant d'asile qui voit se dissiper le mirage d'une survie dans les oasis du Nord.

Le diagnostic est clair : un deuil empêtré, un deuil inachevé, dont nous refusons l'élaboration car ce serait toujours à l'autre, le patient, de devoir se coltiner ce genre de besogne. Ainsi nous l'a enseigné la Maîtrise, matrice de nos pensées dès l'aube des Lumières, elle-même née et nourrie de deuils (de sens) fossilisés à leur phase du refus⁽¹⁴⁾ : tout anicroche semble lui donner des ailes, lui permettant de survoler les obstacles placés sur la voie royale de son outrecuidance. Puissent les requérants d'asile mettre fin à son insolence.

Les bouleversements de ces vingt dernières années, de la chute du Mur de Berlin à la mondialisation galopante, nantirent cependant d'un bémol la Maîtrise d'antan. Avec l'effondrement du Rideau de Fer, d'une scène mondiale dominée par l'affrontement de deux superpuissances, des limites - sources de pertes - se sont paradoxalement imposées aux prétentions d'universalisme - du sens en particulier - de tout un chacun, thérapeutes y compris. Emergent des discours sur la migration et l'altérité dont atteste le regain d'intérêt pour la culture, l'inter-

culturel, l'ethnopsychiatrie et toutes formes de métissages surgis du hasard des rencontres entre gens d'ici et d'ailleurs⁽¹⁵⁾. Réalité donc contrastée : si le déni (et la Maîtrise qu'il fonde) perdure dans de nombreuses sphères, la prise en compte d'une irréversibilité intronise des discours nouveaux sur la différence et les exilés. Mais, alors que l'évanescence d'un sens universel devient de plus en plus patente, et même du sens tout court, le noyau dur de la Maîtrise demeure indemne. D'où la géographie actuelle, complexe, des discours sur l'Autre.

Pour nous en sortir, une seule issue : confronter à bras-le-corps nos deuils de sens, sources de notre incapacité à soigner l'irréductible différence. Deuils triples. D'abord celui - déjà amorcé - d'un universalisme rétif à toute irréductible différence, culturelle en particulier. Celui ensuite - embourbé depuis les tréfonds des âges - d'une universelle capacité de soigner, quelle que soit la position du patient, au centre de la page ou dans ses marges. Finalement celui - noyé dans le silence - d'une conception du soin en termes d'antidotes à la souffrance. Pour y remédier, je proposerais la définition suivante : « *soigner*, c'est permettre à l'autre de s'instituer, individuellement et collectivement, acteur et auteur de son devenir, quelle que soit la douleur qu'une telle démarche implique pour lui, patient, et pour moi, thérapeute ; mais en tenant compte du fait qu'en situation de survie l'un et l'autre requérons d'abord d'un espace où nous nous sentions ensemble en sécurité ». Ce passage du "il" au "nous" oblige à redéfinir, recréer, le lien entre patient et soignant, et partant le rapport entre identité et altérité.

Mais de quel droit, sur le sillon de tous ces thuriféraires des deuils à faire, m'arrogerais-je la faculté impériale de nommer en lieu et place d'autrui les pertes qui noircissent ses espérances ? A l'évidence aucun. Chaque thérapeute, en son âme et conscience, peut tout et si bien persister dans le déni, demeurer sous l'emprise de la Maîtrise, perpétuer ses références à un universalisme né dans les ghettos dorés de l'Occident. Et, comme l'Histoire nous l'a appris et nous le répète sans cesse, ce ne sont pas les sanglots des laissés-pour-compte qui l'arrêteront. Ni aujourd'hui, ni demain, ni après-demain. Mais alors, jour après jour, ses talents devront s'a-

14. *Op. cit.*, 2004, pp. 123-129 et 254-262.

15. *Je parle d'émergence d'une nouvelle Valeur, le (Dés)équilibre, née d'un deuil de sens trébuchant sur sa phase dépressive* (*op. cit.*, 2004, pp. 129-133 et 265-272).

vouer vaincus devant les maux des exclus qui ne cesseront de s'amonceler sur les bas-côtés de nos autoroutes thérapeutiques. Le mal d'ailleurs serait-il si grand ? Comme à chaque fois que nos yeux croisent une réalité que l'on préférerait occulter, un bandeau sur les yeux ou des œillères nous permettront de poursuivre notre insouciant quête du Graal.

Révolution clinique

Les apories de la pensée clinique sur l'exclusion nous ont révélé, à partir de la figure emblématique des requérants d'asile, que leur berceau loge dans les méandres de nos psychés de thérapeutes, récalcitrantes à l'idée d'entreprendre le deuil de sens multiformes qui nous imbibèrent dès nos écoles de formation, quelle qu'en soit par ailleurs l'épistémologie prisée. Devrions-nous donc, pour nous soigner, participer à des séances collectives - sorte de *groupes Balint* nouveau style - où nous entreprendrions ensemble l'élaboration de nos pertes déniées ? Il faudrait alors dénicher les perles rares, les soignants ayant déjà surmonté ce deuil nodal. Leur recherche risque d'autant plus de s'avérer vaine que l'affirmation d'un deuil réussi n'est le plus souvent qu'une contrefaçon du déni. Alors quelles pistes ?

Le nœud majeur se situe dans notre définition d'un lien thérapeutique totalement imperméable aux contraintes anthropologiques du lien social. Certes, pour pallier à cette béance, avons-nous forgé toute une série de concepts, de l'alliance thérapeutique à l'empathie. Mais une fois lavés de leurs scories, zestes de Maîtrise voilée, il n'en reste que des coquilles vides : le seul allié de l'alliance thérapeutique n'est-il pas le thérapeute ? et celui-ci n'est-il pas le seul, surtout s'il a affaire à des exclus, à comprendre le sens du mot "empathie" ? La réciprocité, fondement du lien social authentique, a déserté ces constructions théoriques. Réhabilitons-la !

L'anthropologie nous a appris, depuis Marcel Mauss, que le lien social se nourrissait de dons et de contre-dons, soit de réciprocité, équilibrée devrait-on ajouter. Ainsi, pour que l'exclu se voie

reconnu un espace au coeur de la page, pour que l'exilé se sente accepté, du moins toléré, dans la société d'accueil, il faut que les actes de langage échangés entre exclus et inclus, requérant d'asile et autochtone, patient et thérapeute, obéissent à une logique de réciprocité (Métraux J-C., 2000, pp. 457-464). Formulé différemment, si le thérapeute demeure l'unique dispensateur de paroles cicatrisantes, le patient finit par s'écrouler sous des dettes impossibles à rembourser. Si les *dons de souffrances* offerts par le patient à chaque fois que ses yeux s'embuent de larmes ne sont pas reconnus comme tels, il est acculé à redoubler de pleurs dans l'espoir sans issue de payer son tribut. Si le soignant ne reconnaît pas, face au patient, les sentiments d'impuissance qui le paralysent à chaque fois qu'une décision administrative repousse son vis-à-vis sur les bas-côtés de la page, le requérant en quête d'hospitalité finit par renoncer à l'hospitalité pour ne pas décevoir l'hôte. Sur la scène thérapeutique, contrairement à l'usage, l'attention première devrait être dévolue au jeu des acteurs, non aux directives du metteur en scène, ni surtout au texte de l'auteur, du moins supposé tel. *Chaque parole livrée recèle un don*. Chaque parole convenue, tels les mots usuels du thérapeute suite aux aveux d'impuissance de son patient, a la simple valeur numérique de pièces de *monnaie*. Chaque parole évoquant une souffrance, une impuissance, une incompétence, telles les phrases formulées par nos patients sur l'autel de la thérapie, ont valeur *précieuse*. Chaque parole effleurant l'intime, l'indicible, le viol d'un rêve de survie par des autorités au nez enfoncé dans les statistiques, a valeur *sacrée*. Contrebande de mémoires précieuses ou sacrées, achetées avec de menues monnaies : à ce jeu, quelqu'un triche.

Osons jeter nos dés pipés au rebut. Tentons l'aventure de l'échange égal, de la réciprocité. Les requérants d'asile en souffrance d'hospitalité seront les auteurs malgré eux de cette révolution clinique. Du moins, avant leur retour obligé, nous auront-ils laissé quelque chose...

● ● ● Pour un engagement professionnel et citoyen

Claire Mestre

Médecin et anthropologue, Présidente de l'association Mana, CHU de Bordeaux, 91, cours d'Albret, 33 000 Bordeaux, Chercheur et enseignante à l'université de Bordeaux 2, UMR 5185

Notre équipe⁽¹⁾ accueille des migrants pour des soins psychothérapeutiques depuis plus d'une décennie. Nous avons été ainsi amenés à recevoir des demandeurs d'asile. A la suite des contacts avec les premiers d'entre eux, frappés par la difficulté de leur parcours, l'intensité de leur douleur, et la multiplicité des enjeux, nous avons entamé une réflexion qui a abouti sur un choix et un engagement, celui de les accueillir et de les soigner. Cette décision a entraîné plusieurs actions : une formation auprès de professionnels aguerris à ces questions, la mise en place d'un cadre de soin tenant compte d'une clinique complexe : celle du traumatisme et de l'attente (Lemaire I., 2005, pp. 375-384), en plus de celle de l'exil, la formation d'un réseau de partenaires, mais aussi la tenue d'une réflexion qui place ce soin dans un engagement professionnel et citoyen.

1. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des psychologues, des anthropologues, sociologues, et des interprètes-médiateurs. Cette équipe est hospitalière et associative.

2. Des œuvres de nos patients demandeurs d'asile ont illustré le N° 20 de Rhizome, septembre 2005.

3. Le soin ne s'arrête évidemment pas à la réponse positive ou négative de la demande d'asile. Il se prolonge aussi longtemps que nécessaire.

Le cadre des soins

La consultation de médecine transculturelle dont je suis responsable accueille des personnes migrantes pour lesquelles le cadre tient compte des données suivantes : la langue, la situation migratoire et les références culturelles. Ainsi, chaque demande fait l'objet d'une évaluation en fonction d'indications précises selon des critères incluant le degré de maîtrise de la langue française, la nécessité de comprendre le trajet migratoire et le matériel culturel. L'arrivée de demandeurs d'asile nous a contraints à élargir nos indications dans la mesure où il existe très peu de lieux de soin psychothérapeutique d'accès facile travaillant avec des interprètes-médiateurs, et de remboursement aisé. Outre une clinique

du traumatisme et la prise en compte éventuelle de matériel culturel auxquels nous avons appris à nous familiariser, nous nous sommes heurtés à diverses données pour lesquelles il a fallu faire preuve de réflexion commune, d'adaptation voire de créativité. Actuellement, la longue et difficile attente que connaissent tous les demandeurs d'asile nous a fait imaginer un atelier de peinture animé par une artiste peintre⁽²⁾ : elle propose des techniques simples de peinture et de collage qui permettent à chacun de retrouver au fond de soi les potentialités créatrices abrasées par l'attente et son issue aléatoire. Une psychomotricienne bénévole s'emploie aussi à proposer à certains des retrouvailles médiatisées avec leur corps abîmé par l'humiliation et l'extrême violence.

Ainsi, les soins apportés aux demandeurs d'asile s'inscrivent toujours dans un temps potentiellement long⁽³⁾ ponctué de plusieurs temporalités : celle de la parole et parfois de la prescription, du faire et du sentir, chacun occupant une place distincte dans sa fonction dans un même lieu, médecin, psychologues et psychomotricienne, co-thérapeutes et artiste peintre animateur. Ce cadre de soin contient aussi en son sein des valeurs et des exigences communes : celle d'une réflexivité nécessaire sur notre travail et les questions soulevées quotidiennement par nos patients. Je développerai ainsi deux de ces exigences : l'implication et l'analyse du transfert et du contre transfert.

Tous ceux qui ont pu écrire sur le travail psychothérapeutique auprès des demandeurs d'asile le disent : cette expérience n'est pas anodine, elle engage le clinicien dans une écoute et une position (psychique et physique) à la fois vigilante, prudente, empathique, bien loin d'être neutres. Et cela dès le début de la rencontre et je dirai surtout au début. Divers ingrédients seront nécessaires pour que s'instaure une alliance thérapeutique qui ne va pas toujours de soi. J'ai coutume de penser et de dire que la demande de soin, celle au nom de laquelle le patient accepte d'entamer une démarche psychothérapeutique, se construit et parfois dans l'hésitation avant de se concrétiser. Avant de développer l'analyse obligatoire d'un transfert et d'un contre transfert qui s'expriment dans des ressentis, des

pensées, des actes voire des rêves parfois bruyants, je voudrais penser cette relation dans un engagement politique et social.

Dans nos consultations, les demandes des demandeurs d'asile sont souvent le fait de douleurs psychiques faites de traumatismes, de pertes incommensurables, et d'attentes qui plongent dans le désespoir. Nous sommes aussi soumis à la violence des récits, à l'injustice des traitements et au désir secret que nos patients puissent trouver une issue favorable.

Par engagement politique ⁽⁴⁾, j'entends une posture face à l'horrible, l'indicible qu'ont pu rencontrer les patients, qui, pour certains, ont vécu la guerre ou des conflits, un génocide, les menaces et attaques d'un Etat ou d'un groupe, avec des effractions psychiques et physiques gravissimes où s'est profilée la mort. Cette posture engage de ma part la reconstruction d'un monde commun, où est possible la reconnaissance du semblable et le partage d'une expérience, d'affects, d'émotions. L'enjeu est de pouvoir créer un récit comme forme possible de l'expérience indicible qui a été traversée.

Il s'agit au préalable de ne pas négliger les contextes dans lesquels les personnes ont subi des traumatismes. Cela suppose en tant que citoyen, une position active pour s'informer et s'intéresser aux soubresauts du monde. Sur le plan clinique, entendre l'histoire collective (voire la connaître) permet ainsi de réinscrire dans une plus juste mesure un événement et d'en mieux mesurer la portée psychique. L'histoire collective ce peut-être l'existence d'enrôlement d'enfants soldats, l'existence d'une guerre civile qui brise les liens les plus familiers, l'appartenance à une ethnie persécutée ou à un parti politique, etc. Tout ignorer d'un conflit ou d'une situation politique amène aussi le patient à devoir faire des efforts importants d'explications, toujours difficiles et parfois impossibles pour les plus jeunes. Et puis, à trop questionner on fait glisser un entretien du côté de l'interrogatoire ou de l'agression, qui nuit à l'élaboration du récit.

J'entends aussi par engagement politique et social, une interrogation sur les conditions d'hospitalité des demandeurs d'asile en France. En effet, la

France a durci ses conditions d'accueil des étrangers et les médias se font le relais d'un projet politique selon lequel il faudrait contrôler l'immigration clandestine de façon draconienne au risque d'être envahi par une horde de miséreux prêts à tout, même à mourir. Il ne m'appartient ici d'analyser la politique de migration de la France mais de me positionner dans un débat démocratique dont dépend la place de l'étranger chez nous, l'hospitalité qu'on lui offre, le droit universel d'être soigné et celui d'être accueilli au nom du respect de la convention de Genève. Les professionnels qui accueillent les demandeurs d'asile connaissent bien les effets d'une telle politique : les débouchements de plus en plus nombreux ne font des demandeurs d'asile que des exilés fuyant les conditions économiques catastrophiques de leur pays, des personnes devant lesquelles il faut avant tout tenir une attitude de suspicion. Confrontés à une réalité qui contredit ces supposés, elle plonge les professionnels dans des sentiments de perplexité et de doute, qui les mettent dans des positions parfois intenable. Les demandeurs d'asile s'efforcent eux de s'extraire de ces préjugés réducteurs aux yeux de leurs interlocuteurs, et oscillent fréquemment dans leur position entre colère et résignation.

Ma position d'engagement, je l'incarne dans ma posture de soignante, dans un cadre que je souhaite accueillant et respectueux, par des actes aussi, comme par exemple la réalisation de certificats médicaux⁽⁵⁾. Soignante, je me définis aussi comme un témoin. Mais il n'empêche que, malgré les bonnes intentions explicites, nous sommes pris à notre insu dans des projections mutuelles qui n'échappent pas à l'atmosphère exécrationnelle de l'inhospitalité. En tant que médecin, je suis, de la part de mes patients demandeurs d'asile, au centre d'un transfert, selon lequel, je suis également une représentante de la société qui les reçoit, et cela, quelle que soit mon intention de m'en extraire. Pendant les premières consultations, les demandeurs d'asile éprouvent ainsi (de façon non volontaire) nos capacités d'écoute, de reconnaissance et d'hospitalité. Certains insistent sur l'authenticité de leur histoire, ou réagissent à ce qu'ils interprètent comme un doute, d'autres ont des mouvements de retrait

4. Je me réfère au très beau texte de Myriam Revault d'Allonnes (2002, pp. 169-200), dont la réflexion philosophique est précieuse pour le thérapeute que je suis.

5. Pour ma part, je suis de plus en plus sollicitée par des demandes de certificats médicaux dans le but d'obtenir l'autorisation d'un séjour pour soin. L'établissement d'un certificat médical est un geste important, qui allie également ma position de soignante, de témoin et de citoyenne impliquée. Ceci nécessiterait un plus long développement.

incompréhensibles. C'est ainsi, et il vaut mieux repérer rapidement ce transfert que j'appellerai transfert social.

Transfert...

L'alliance thérapeutique est le préalable du soin psychothérapeutique. Tout travail thérapeutique comporte deux composantes : le transfert et la relation⁶. La qualité de la relation va dépendre de l'investissement par le patient de la personne du thérapeute, investissement qui doit être confiant. Celui-ci va dépendre d'éléments subjectifs réciproques fait de la tonalité de l'accueil, d'éléments perçus par le patient parfois discrets comme le ton de la voix, les mouvements corporels, etc.

Or, si de façon habituelle, le médecin ou le psychothérapeute est implicitement porteur de qualités suscitant la sympathie et la confiance pour le patient, il en est tout autrement avec certains demandeurs d'asile qui ont vécu des effractions telles qu'elles ont entamé cette capacité fondamentale de confiance interhumaine. Or la mise en place de cette relation est importante pour de tels sujets, et à mon sens, elle va au-delà du ton de la voix, de l'attitude compréhensive ; elle inclut une position clarifiée du thérapeute qui « partage à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune sur l'intentionnalité de l'agresseur » (Maqueda, 2005, pp. 111-124). C'est une exigence première, car le thérapeute retisse dans ce mouvement cette capacité de confiance. Il me semble également indispensable que le thérapeute puisse expliciter son sens de l'hospitalité parfois par une aide : ce peut être un coup de téléphone à une assistante sociale ou un intérêt pour la situation que vit la personne comme l'absence de logement. Cette relation je la nomme *transfert social* car ce qui est transféré c'est la potentialité d'une relation humaine sociale confiante, sur laquelle pourra se dérouler le transfert au sens psychanalytique classique du terme.

Deux exemples cliniques me permettront d'illustrer mon propos :

L'équipe reçoit pour la première fois une famille russe issue du Caucase en présence d'une interprète russe : le père, la mère, un adolescent qui est

au centre des inquiétudes de l'ensemble du groupe, et une petite fille de deux ans née dans l'exil. Le père et la mère racontent avec une grande souffrance comment ils ont été forcés de partir de Suède où ils avaient demandé l'asile politique, « *déportés* » d'après leurs propres mots, car on n'y avait pas cru ni reconnu leur persécution. Le père raconte dans un récit emprunt de colère, interrompu par des mouvements brusques de va et vient dans la pièce, comment son fils apprenant le refus des autorités suédoises avait tenté de se suicider par trois fois. A ma question « *Comment avez-vous interprété ce geste ?* », il répond avec agitation et mécontentement que ma question est stupide, ce qui m'oblige à demander à l'interprète comment elle avait traduit mon interrogation. Elle avait demandé : « *Qu'est ce que vous avez fait ?* », infléchissant ainsi le sens de mon intention, mais introduisant surtout aux yeux de ce père désemparé la dose de mépris et de suspicion qu'il avait ressentie de la part des autorités et des médecins suédois. Dans la bouche de cet homme, ils avaient en effet agi avec désinvolture, interprétant les gestes désespérés du jeune comme de la manipulation. Ceci avait ranimé l'immense culpabilité paternelle d'avoir fait fuir sa famille avec lui et son impuissance douloureuse de ne pas pouvoir la protéger. Je conclus la consultation en légitimant sa colère à l'encontre de médecins l'ayant gravement offensé, lui et sa famille. La stratégie initiale de l'équipe sera donc de gérer d'un même mouvement l'urgence pour ce jeune très déprimé, et la mise en place et la préservation d'une alliance avec les parents, au risque de les voir rompre précipitamment la relation. Cette alliance est pour nous faite de reconnaissance, reconnaissance de l'autre, de sa souffrance mais aussi de ce qu'il peut dire de son humiliation et de la violence exercée sur lui.

Je parlerai aussi de Mustapha, tchadien, 24 ans, qui est adressé à la consultation à la suite d'une perte de poids importante faisant partie d'un syndrome dépressif. Mustapha nous raconte au cours d'une première consultation en langue arabe, comment, né en Arabie Saoudite, il arrive à l'âge de 17 ans dans son pays d'origine le Tchad. Il découvre

6. Je me réfère à un article Catherine Parat (1982) qui analyse cette différence dans l'analyse.

avec révolte les conflits interethniques, la brutalité du gouvernement et décide sans hésitation de se lancer dans l'opposition, aidé de son frère aîné déjà en exil. La suite sera catastrophique : il sera plusieurs fois arrêté, torturé et n'échappera à l'enfermement que grâce à la mobilisation de sa famille. Il est relâché en échange de la promesse de quitter le pays. Il conclut : « *Je n'ai pas de place dans le monde, ni en Arabie Saoudite, ni au Tchad, ni en France* ». Mustapha qui habite dans un foyer, hésite à commencer un suivi psychothérapeutique, il est inquiet : « *Le Ministère français renvoie les réfugiés politiques dans leur pays et ça me préoccupe. Au foyer, il y a plusieurs personnes comme moi. A la télé, on a montré des contrôles de papiers et tout le monde dans la salle de télé s'est retourné vers moi, j'aurais voulu que la terre s'ouvre et m'avale. Je ne suis plus revenu à la salle de télé. Je me sens étranger dans le bus et dans la rue* ». Puis, « *c'est étrange que la France qui se déclare terre des Droits de l'Homme... et qui a colonisé l'Afrique se comporte comme cela* ». Et comme pour manifester sa colère il se lève et dit « *Je veux partir, je n'ai rien à dire* ». Je le retiens alors, j'affirme comprendre sa colère et son désarroi, l'ensemble des membres du groupe met des mots sur son ressenti violent de rejet. Il quitte la consultation en disant : « *je ne déteste pas les Français mais j'ai de la haine à l'égard de la politique française* ».

La consultation suivante, il arrive avec un rêve : « *J'étais en prison en France. Un soldat était là et je lui ai demandé pourquoi j'étais dans ce lieu. Il m'a dit : 'Vous vous êtes mêlé de la politique française'.*

- Qui vous a dit ça ?
- C'est le Dr Mestre !

Le Dr Mestre arrive (dans le rêve) et confirme : « *c'est moi qui leur ai dit* » et j'ai répondu : « *je ne peux pas imaginer que vous fassiez cela* » et je me suis réveillé ».

Remarquable mise en place d'un transfert pour le moins ambivalent !! Le rêve, au delà d'un sens plus intime, avait mis en forme « une antinomie insoluble, une antinomie non dialectisable » entre d'une part *La loi de l'hospitalité*, celle *inconditionnelle*, qui accueille sans préjuger de l'autre, de son identité et de son statut, et *les lois de l'hospitalité* telles qu'el-

les sont définies par notre société et notre Etat (Derrida, 1997). Cette antinomie s'est rejouée dans le transfert : l'étranger soumis aux lois inhospitalières de notre société peut-il être accueilli quelques soient son histoire, son nom ? Quelques jours plus tard, je reçois une lettre écrite en arabe : Mustapha écrit : « *J'ai décidé de vous écrire ces lignes pour vous exprimer ce que je ressens... qui est de l'ordre de l'amour, du respect et de la reconnaissance pour vous. Je voulais vous assurer aussi que ce que vous faites n'est pas sans importance... j'ai commencé à ressentir un certain changement... Je ressens une nouvelle force qui est en train de se créer en mon intérieur... j'ai l'espoir et le sentiment que je resterai debout et un jour je serai une personne utile...* ». Antinomie « non dialectisable » et pourtant pas insurmontable ! L'hospitalité serait bien le ressort et la condition d'une relation thérapeutique...



Et contre transfert

L'écoute des récits des patients demandeurs d'asile et leurs attitudes provoquent aussi chez les thérapeutes un ensemble de réactions, le contre transfert. On peut ressentir des émotions violentes qui vont du partage de la terreur au dégoût le plus profond. A l'inverse certains récits nous laissent de marbre. Des thérapeutes ont aussi témoigné de la

position très inconfortable auquel l'assigne le patient qui a été torturé (Sironi F., 1992, pp. 459-464).

L'analyse du contre transfert permet d'enrichir la clinique. Lorsque par exemple, l'un d'entre nous à l'issue d'un entretien émet un doute sur l'authenticité d'un propos ou d'une histoire, nous nous efforçons dans un premier temps d'examiner s'il ne s'agit pas de l'expression d'une défense psychologique mobilisée par un récit traumatique. De même, un récit très désaffectivé qui induit l'ennui alors qu'il foisonne de descriptions épouvantables n'est pas forcément le signe d'une inauthenticité mais d'un processus psychique actif de déliaison. Nous pouvons aussi être amenés à nous interroger sur les stratégies utilisées par nos patients pour se donner les moyens d'atteindre le statut de réfugié politique... stratégies où le mensonge peut être utilisé à la rescousse d'une vérité... On peut également se sentir consciemment dans une empathie profonde avec son patient et pourtant des signes infimes indiquent que nos capacités de tolérance peuvent aussi être débordées : ainsi un membre du groupe peut faire part d'un rêve qui rend compte d'une effraction, d'une limite à accepter l'altérité radicale de l'autre souffrant. Le travail psychothérapeutique en groupe rend en cela la gestion contradictoire de nos mouvements plus facile.

Mais je voudrais aussi témoigner d'un contre transfert plus général, compris dans le sens large défini par Georges Devereux (1980), celui que j'appellerai en symétrie du transfert social le contre transfert social du thérapeute. Il pourrait se définir comme répondant à l'ensemble des déformations suscitées par les questions suivantes : qu'est ce que je ressens comme citoyenne du monde et de ma société de la situation vécue par mon patient, de la façon dont il peut être accueilli, quand l'Etat français

ne reconnaît pas sa persécution, comment accepter que certains vivent dans une grande misère matérielle... ?

Le thérapeute est ainsi le témoin des conditions inhospitalières voire inacceptables qu'inflige notre société à l'égard des demandeurs d'asile, qui est en contradiction complète avec l'effort de reconnaissance et d'humanité qu'il défend. Il peut trouver illogique et injuste un refus de demande d'asile. Il faut là aussi être capable de reconnaître cette souffrance, cette lutte contre l'angoisse qui non explicitée nous encombre et nous expose à la culpabilité et à la résignation. Il faut reconnaître qu'on peut être affecté et chercher une aide : travail de groupe comme nous le faisons mais aussi le travail de régulation avec un tiers. Il n'y a pas forcément de réponse évidente à l'analyse de ce contre transfert. Le risque cependant de ne pas l'expliciter est de développer des conduites d'évitement ou de découragement, ou bien de froideur et d'indifférence, ou bien encore des agir et des prises de positions irréflechis qui gauchissent notre travail. Il s'agit de maintenir coûte que coûte l'authenticité d'une relation d'aide et le travail psychique, et ce même et surtout quand les réalités extérieures les ébranlent : passage à l'OFPRA, réponse négative définitive de la demande d'asile, mauvaises nouvelles du pays, conditions de vie très précaires...

L'accueil d'un demandeur d'asile se doit d'être vigilant pour créer l'espace d'une véritable hospitalité. La relation thérapeutique, qui inclut la reconnaissance de l'autre et le partage possible d'une expérience, peut être vigoureusement confrontée aux aléas du transfert et du contre transfert et ébranlée par la réalité extérieure. Se laisser affecter tout en tenant le cap de la relation de soin psychothérapeutique peut ainsi être une épreuve.



L'isolement des patients, l'éloignement de leurs proches (ainsi que les questionnements sur leur destin) entravent la mise en marche d'un processus de deuil : à la fois le deuil de la famille, des personnes disparues mais aussi d'un passé et d'un pays devenu inaccessibles.

A ces difficultés s'ajoute la problématique sociale des demandeurs d'asile. Certains perçoivent des ressources pendant leur demande d'asile qui cessent lorsque leur demande est rejetée. Ce refus du statut de réfugié peut d'ailleurs constituer une blessure supplémentaire prenant parfois la forme d'un nouveau traumatisme, celui d'être considéré par exemple comme un « menteur » (Asensi et Le Du, 2003, pp. 71-95). Ainsi, la confrontation à la réalité de la migration en France et la souffrance prolongée par des délais importants avant l'examen par l'OFPPRA sont d'autant plus difficiles que le demandeur d'asile a souvent idéalisé sa destination et qu'il arrive après avoir mobilisé l'ensemble de ses ressources.

Dans ce contexte, certains patients consultent avec une demande médicale (notamment pour des syndromes douloureux chroniques), psychologique ou sociale entraînant une multiplication des consultations et des intervenants pas toujours en lien entre eux. D'autres, trop démunis ou sidérés seront orientés tardivement vers des soins psychiatriques, au décours d'une rencontre avec une association ou lors d'un passage aux urgences. Il nous a donc semblé nécessaire de penser de manière plus globale la prise en charge des patients ayant subi des traumatismes extrêmes.

Depuis plusieurs années, l'équipe « trauma » de l'hôpital Avicenne⁽¹⁾ mène une réflexion qui nous a conduit à adapter nos dispositifs de soin aux problématiques rencontrées en proposant un dispositif « à géométrie variable » (Moro, 1998). Ce dispositif recouvre plusieurs niveaux d'intervention après le temps de l'évaluation psychiatrique et s'organise autour d'un suivi psychiatrique, d'une psychothérapie individuelle et d'un suivi social. Notre équipe propose également des évaluations et des orientations vers d'autres services de soins telles que les structures du secteur. Enfin, nous avons développé

Un dispositif original : le « groupe trauma »

La confrontation avec des patients ayant subi des traumatismes particulièrement graves, comme les demandeurs d'asile, a amené certaines équipes à réévaluer leur approche thérapeutique. La gravité des traumas subis, souvent sous-tendus par une cruauté extrême (Nahoun-Grappe, 1995, pp. 23-50), par leur caractère intentionnel et leur dimension collective, témoignent d'une situation de violence organisée, c'est à dire d'une relation de violence exercée par un groupe sur un autre (Rousseau, 2003, pp. 148-154). Dans cette population les troubles post-traumatiques sont souvent aggravés par des deuils multiples et une expérience très douloureuse de l'exil.

depuis plusieurs années un dispositif groupal destiné à soigner des patients ayant vécu des traumatismes extrêmes. C'est ce dispositif que nous allons décrire, en précisant ses indications, et en proposant une illustration clinique.

Description

Ce groupe a été pensé à partir des expériences de thérapies groupales réalisées depuis plus de vingt ans avec des patients migrants dans une approche transculturelle reposant sur la notion de complémentarité entre psychanalyse et anthropologie (thérapie mise en place par Tobie Nathan puis par Marie Rose Moro, à partir de principes méthodologiques définis par Georges Devereux). Le dispositif groupal s'organise autour d'un thérapeute principal, d'un interprète, et de plusieurs co-thérapeutes aux appartenances et aux origines différentes. Le thérapeute principal est l'interlocuteur du patient, il sert de filtre entre les co-thérapeutes, l'interprète et le patient. Le groupe permet de faire circuler les représentations, ce qui permet au patient

Thierry
Baubet

Praticien hospitalier,
responsable de
la consultation du
psychotraumatisme

Caroline
Marquer

Psychologue
clinicienne

Gesine
Sturm

Psychologue,
clinicienne

Dalila
Rezzoug

Chef de clinique
assistant

Marie Rose
Moro

Professeur de
psychiatrie
de l'enfant et
de l'adolescent,
chef de service

1. Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale du Professeur Marie Rose Moro, CHU Avicenne (AP-HP), Bobigny.

des ancrages, des alliances et une diffraction du transfert induisant la coexistence de bons et de mauvais objets²⁾ sans vécu menaçant. La multiplicité des co-thérapeutes permet de limiter les effets de la sidération liée au trauma chez le patient et chez les thérapeutes. Elle encourage la métaphorisation, qui en les « nourrissant », permet la relance du langage, de la mise en récit et des processus de symbolisation des patients. Ce travail se fait en lien avec le thérapeute en charge du suivi individuel, que le patient soit pris en charge individuellement dans le service ou dans des institutions extérieures comme les CMP de secteur. L'indication de groupe se pose donc en seconde intention.

Les indications

L'effroi et ses conséquences constituent pour François Lebigot (2005) le principal mécanisme à l'œuvre dans le traumatisme psychique : « une rencontre avec le réel de la mort [...] cet instant où l'on se voit mort, et où l'on se fige devant cette vision ». L'effraction traumatique est en elle-même pathogène, mais chez les demandeurs d'asile, l'intentionnalité de la violence touche au fondement de l'humanité même du sujet: les liens sont rompus, la Loi attaquée, l'ordre symbolique bouleversé, les tabous fondamentaux brisés. La révélation de la nature possiblement monstrueuse de tout être humain - et de soi - en surgit. Ce type de situation affecte non seulement les individus, mais aussi la famille, le groupe, qui se trouve désorganisés, privés de leur capacité à se protéger les uns les autres (Baubet et coll., 2004). Nous retenons pour le groupe certaines indications privilégiées :

- Lorsque certains patients ont des histoires, des traumatismes psychiques, des vécus qui s'élaborent difficilement dans la dynamique d'une relation duelle ; la dynamique relationnelle empêchant le récit par peur par exemple de détruire le thérapeute, ou peur d'être soi-même persécuté.

- Lorsqu'il existe une difficulté à parler du contexte culturel du patient dans une relation duelle, qu'il y ait un grand silence à ce sujet, ou bien des représentations culturelles difficiles à évoquer et à analyser dans une relation à deux (comme les vécus de possession, de sorcellerie...). Les patients

suivis dans le groupe sont le plus souvent dans une situation d'isolement et de solitude liés à l'exil ; il s'agit donc de mobiliser des ressources symboliques, des souvenirs, des représentations par l'apport du groupe sur ce qui se dit « ailleurs » qu'en France, par exemple autour des rituels de deuil.

- Pour permettre une approche transculturelle du trauma : selon la culture, la frayeur est décrite de manière différente mais rend compte à chaque fois de la brèche, de la rupture de contenant, de la sidération qui l'accompagne (Baubet et Moro, 2003, pp. 71-95).

La thérapie groupale permet souvent un déblocage du processus thérapeutique dans des situations où la thérapie individuelle était paralysée, figée, par exemple, par la massivité des reviviscences qui empêchait toute élaboration. On perçoit sur ce plan la fonction de « holding » du groupe et la capacité qu'il restaure chez les thérapeutes à penser malgré tout, et à garder leur place de thérapeute dans des situations parfois extrêmement difficiles. La restauration de cette capacité à penser figure là un peu de la *fonction alpha*³⁾ définie par Bion, Grâce à un véritable « nourrissage symbolique » d'un « ailleurs » que les patients retrouvent, le groupe leur permet progressivement d'utiliser leurs propres ressources symboliques.

Karan, le passage du suivi individuel au groupe

L'arrivée de Karan, Sikh du Punjab, en France fait suite à des persécutions politiques avec menace de mort dans son pays, l'Inde. Ses frères, eux, ont été tués. Incarcéré à plusieurs reprises, Karan garde des traces, à la fois corporelles et psychiques des tortures subies. Ce climat de persécution perdue dans sa famille en réponse à sa fuite, il est toujours recherché, menacé dans son pays, et son père a été incarcéré. Une situation précaire en France, à la fois administrative et personnelle, vient s'ajouter aux événements traumatiques vécus ; il est hébergé par un compatriote, n'a pas de ressources et a une dette morale et financière vis-à-vis de ceux qui l'ont aidé à s'enfuir. L'OFPPRA, puis la CRR lui ont refusé l'asile politique qu'il demandait.

Karan est adressé à la consultation trauma suite à différents suivis médicaux n'ayant pas entraîné de

2. Dans un fonctionnement très précoce de la psyché humaine qui se continue toute la vie, le « mauvais objet » est l'expérience psychique d'abord intolérable et projetée à l'extérieur puis susceptible d'être intégrée « d'une manière non menaçante ».

3. La fonction Alpha transforme les éléments sensoriels en contenu psychique, c'est-à-dire qui donne des formes au pensable.

soulagement de douleurs somatiques invalidantes chroniques. Karan a mal aux pieds et au ventre (il a reçu des chocs électriques au niveau des pieds et des organes génitaux), ainsi que dans la nuque et le dos (il a subi des tortures par suspension). Un diagnostic d'état de stress post-traumatique complexe associé à une dépression majeure est posé. La prise en charge individuelle débute au sein de la consultation trauma. Un traitement médicamenteux est entrepris, et une bonne alliance thérapeutique s'ins-



Sur le bord de la route - Agnan Kroichvili

taure, mais celle-ci ne permet pas la verbalisation des souffrances au delà des plaintes corporelles, lancinantes, répétées à chaque consultation. A chaque tentative d'évocation des événements endurés, le patient s'effondre, silencieusement, avant de reprendre « J'ai trop mal au dos ». Plus de six mois s'écoulaient sans que rien ne change vraiment. Karan met en avant « le destin » et la « volonté de Dieu » comme un paravent qui vient remplacer l'expression des affects. Ainsi, Karan dit ne pas être triste, ne pas éprouver de colère, ne pas éprouver d'angoisse, ne pas se sentir coupable. Les choses sont conformes à sa destinée, comme elles devaient être... Les entretiens se font avec un interprète, le psychiatre qui intervient est formé à la psychiatrie transculturelle et à la prise en charge des psychotraumatismes, le patient vient toujours ponctuellement à ses rendez-vous, mais la situation est figée. Une indication de prise en charge en groupe est posée, expliquée au patient qui accepte cette idée.

Le dispositif groupal va progressivement permettre au patient le récit de l'exil, des persécutions antérieures et de l'impasse dans laquelle il se trouve aujourd'hui. Le discours de Karan est très orienté sur les exigences religieuses et morales de son appartenance sikh et il semble difficile de retrouver sa position subjective. En consultation individuelle, Karan exprimait déjà clairement son désir d'être compris en tant que Sikh (il offre un livre sur les Sikhs au psychiatre). Ses premières explications sur le sikhisme gardent une fonction défensive. Mais au cours des consultations, Karan introduit de plus en plus de récits qui font surgir ses émotions - la colère contre les autorités françaises qui lui ont refusé le statut de réfugié (une colère qui ne va pas être nommée, car elle n'est pas conforme à l'ethos des Sikhs, mais qui s'exprime de plus en plus clairement dans les récits), la tristesse et les sentiments de culpabilité par rapport aux amis et membres de la famille qui sont morts dans leur combat patriotique. Karan est porteur, à chaque rendez-vous d'éléments nouveaux. La multiplicité des deuils et des persécutions vécus par sa famille au pays renforce son état. Le groupe a permis au patient une verbalisation qui semblait retenue en relation duelle classique. Le groupe joue le rôle de contenant, de soutien. Chaque thérapeute interprète, questionne. Cette prise en charge groupale va permettre à Karan de verbaliser l'extrême violence de ce qu'il a subi, des affects dépressifs, les questionnements dans lesquels il se trouve par rapport à ses choix passés et à venir. Peu à peu, sa position subjective peut être exprimée, son histoire personnelle peut être articulée avec l'histoire des Sikhs sans se confondre avec elle. Ses plaintes somatiques s'estompent peu à peu.

La situation de Karan n'a pas été sans répercussion sur le groupe. Des mouvements contre-transférentiels massifs et contradictoires ont été évoqués par les co-thérapeutes durant les temps de reprise et de supervision. Il était en effet particulièrement difficile de faire avec du matériel culturel que nous connaissions peu, la massivité des traumas, le fatalisme affiché du patient barrant - en apparence tout au moins - toute possibilité élaborative, sa position quant aux aspects politiques (était-il lui-même une

« victime » ou un « agresseur », avait-il participé à des actions violentes ?), etc. Karan était-il un patient souffrant de psychotraumatisme, un mystique, un activiste, un peu tout à la fois ? Le travail de réflexion et d'élaboration mené par le groupe a été déterminant dans la prise en charge de ce patient. Il a permis que les fragments de réel, les moments de sidération auxquels nous confrontait Karan puissent être repris et partagés à travers le langage, préservant la capacité du groupe à penser et à contenir. Sans ces temps de travail, le groupe serait menacé par le clivage, et des mécanismes défensifs archaïques pourraient se mettre en place.

La complexité de certaines situations cliniques, du vécu pré-migratoire et de l'impact de la migration, du contexte social, des aspects culturels de leur prise en charge en France questionne au quotidien les cadres thérapeutiques classiques et les pré-supposés théoriques. Le dispositif que nous avons mis en place à l'Hôpital Avicenne est toujours en construction, en adaptation. Nous savions que le groupe composé d'un thérapeute principal, de cothérapeutes d'origines diverses et d'un interprète



*Sur la pointe des pieds
Agnan Kroichvili*

permettait de travailler la question transculturelle et celle du traumatisme migratoire, comme nous l'ont appris les travaux menés dans le champ de l'ethnopsychiatrie (Nathan 1986, Moro 1998). Nous constatons au quotidien son intérêt pour la prise en charge des traumatismes extrêmes. Le groupe permet souvent de continuer à avancer dans l'élaboration là où la prise en charge individuelle échoue (temporairement) du fait de la massivité des traumas, de l'impensable, de la sidération du patient et du thérapeute.



Mais il s'agit de prises en charge qui nous mobilisent beaucoup, en nous interpellant au niveau symptomatologique, psychopathologique et au niveau technique, avec la nécessité, parfois, de recourir à la présence d'un interprète. La question des liens avec le foyer et plus globalement le rôle de la psychiatrie de secteur dans ce qui est, par ailleurs, un problème de société, sont également en réflexion.

Vignettes cliniques

Première situation

Monsieur X, d'origine congolaise, âgé d'une trentaine d'années, est arrivé en France en juin 2004. Il est suivi au CMP par un psychiatre depuis début octobre 2004, où il a été adressé par la psychologue du foyer et par son médecin.

Il présente initialement des insomnies, des cauchemars très fréquents, ainsi qu'un isolement inquiétant ; il a également des pensées suicidaires, ou plutôt il peut dire qu'il ne sait pas s'il veut vivre ou mourir. Il a aussi des conduites d'alcoolisation.

Il explique qu'il est fils unique, qu'il a perdu sa famille ; sa femme, ses enfants et ses parents ont été tués. Son état était tel qu'il n'a pas pu faire valoir ses intérêts de façon adaptée lors de sa première demande à l'OFPPRA, si bien que sa première demande de statut de réfugié a été refusée.

Dès les premiers entretiens, il s'avère qu'il présente un syndrome dépressif sévère ; mais un accrochage se fait, le suivi s'installe, émaillé de soucis somatiques (colique néphrétique, grippe). Son contact est variable avec des moments où il est bien en lien, et des moments où il s'absente, dans une possible reviviscence de scènes traumatiques qui restent muettes mais dont se dégagent de fortes angoisses. Puis progressivement, au cours du suivi, il présente des attitudes de plus en plus régressives ; on suspecte alors un état hallucinatoire.

Au bout de quelques semaines, devant l'aggravation de son état, il est hospitalisé dans l'unité de notre secteur pendant 2 mois ; séjour qui permet une amélioration de son état avec envie de rentrer en contact avec d'autres personnes. Mais il pré-

Demandeurs d'asile en CMP

Nous présentons un travail issu de notre expérience quotidienne de soignantes en psychiatrie de secteur, confrontées à des demandes inhabituelles que sont celles des demandeurs d'asile.

Un foyer de Forum réfugiés accueillant et accompagnant des demandeurs d'asile dans leur attente d'obtention du statut de réfugié est installé sur notre secteur.

Nous avons eu deux rencontres avec leur équipe, depuis deux ans, dont l'une très récemment. Des liens se tissent de plus en plus fréquemment avec l'équipe du foyer : contacts téléphoniques, présence à un entretien.

Cependant, en chiffres, il s'agit d'une faible activité par rapport à l'ensemble de notre file active et des nouvelles demandes. En 2004, sur une file active d'environ 550 personnes au Centre Médico Psychologique (CMP), une dizaine de demandeurs d'asile ont consulté.

sente toujours une incapacité à se projeter dans l'avenir. Cette prise en charge d'une probable psychose post-traumatique a rapidement confronté la thérapeute psychiatre à des vécus et des éprouvés contre-transférentiels particuliers : elle a ressenti une forte empathie inaugurale lors du récit des bribes d'histoire et elle a dû, d'emblée, avoir recours à ses propres ressources de vitalité, à la limite de la position thérapeutique habituelle, pour résister au désespoir déposé dans ces premières séances.

Ensuite, les vécus et les éprouvés sont devenus fortement angoissants dans les moments de repli et de silence-absence de M. X, éprouvés de violence et d'abîme sans mot et sans image. On notait parallèlement l'actualisation de modalités transférentielles régressives, de dépendance, quasi passionnelles, avec des formules à l'emporte-pièce « *Je vais toujours rester comme ça ?* », ou « *Tu es ma famille* », culminant avec « *Je t'aime* », contemporain de l'envahissement délirant productif qui a conduit à

Samira Richer

Psychiatre,
Assistante
des hôpitaux,
CMP de Bron,
CH Le Vinatier

Sihem Redjeb

Infirmière DE,
CMP de Bron

poser l'indication d'hospitalisation. On peut entrevoir ici toute l'intensité des mécanismes d'identification projective à l'œuvre, avec la nécessité pour le soignant d'être en lien avec d'autres membres de l'équipe (au CMP puis avec l'équipe hospitalière) ainsi qu'avec des écrits plus généraux sur ces problématiques (sur les particularités psychopathologiques et sur la distance du thérapeute), pour pouvoir supporter la sidération, contenir les éprouvés bruts et retrouver une capacité d'élaboration active.

Deuxième situation

Il s'agit d'une femme âgée d'une quarantaine d'années. Originnaire d'une ex-république d'union soviétique, arrivée en France en avril 2003 avec son fils adolescent et enceinte de 6 mois. Elle accouchera de façon prématurée au bout de quelques jours d'une petite fille, à 7 mois de grossesse. Elle est en seconde phase de demande d'asile, demande faite auprès de la CRR, lorsque nous la rencontrons.

La demande de soins est faite en avril 2004 par la psychologue du foyer qui a des inquiétudes vis-à-vis de troubles du comportement présentés par Madame Y. qui se plaint beaucoup de douleurs somatiques. Elle est très collée à sa fille, elle rumine beaucoup sur sa famille restée dans son pays d'origine, ne pouvant présenter qu'une histoire très confuse sur les raisons qui l'ont amenée à fuir son pays. Elle présente également des crises d'agitation où il lui arrive de s'en prendre à sa fille, ce qui a entraîné un signalement auprès des services socio-judiciaires. Madame Y. est reçue initialement par deux soignants du CMP ; les entretiens se font au début avec un interprète. Madame Y. met en avant des troubles du sommeil importants, des douleurs, en particulier migraineuses, qui dégénèrent parfois en crises de nerfs. Elle apparaît assez impulsive, anxieuse, faisant part de ses inquiétudes quant à l'obtention de documents de son pays d'origine pour sa procédure, sur la santé de son frère dont elle n'a pas de nouvelle, essayant de cacher sa tristesse à son fils aîné. Son discours est très confus. Elle demande initialement « un traitement de l'oubli ». Elle se présente avec sa petite fille qu'elle allaite toujours et qui reste collée à son sein dans les

premières consultations. La mise en place d'un traitement psychotrope est d'ailleurs délicate dans ce contexte au début.

Madame Y. est d'origine juive, divorcée depuis 1990 ; elle est l'aînée d'une famille de 3 enfants (1 sœur et 2 frères, toujours au pays) ; ses parents sont décédés. Elle s'est mariée avec un homme de confession musulmane qui est devenu intégriste et qui a commencé à la rejeter, elle et sa famille, jusqu'au divorce en 1990. Elle a eu ensuite des difficultés pour trouver du travail et a subi, à plusieurs reprises, des agressions dans le cadre de son travail de couturière en atelier, en particulier une agression avec un traumatisme crânien grave. En 2001, son fils est enlevé par le père pour recevoir un enseignement islamiste. Au bout de 3 mois son fils a pu s'échapper d'un camp d'entraînement militaire. Elle fuit alors à Moscou, dans une situation très précaire où elle accepte l'aide d'un homme dont elle est bientôt enceinte ; cette liaison est interrompue ; elle fuit alors en France avec son fils, craignant toujours que la famille paternelle n'enlève ce dernier.

Lors des premiers mois de prise en charge, quelques tensions sont réactivées par la mise en place d'une aide éducative pour sa fille, Madame Y. craignant qu'on ne lui enlève son enfant. Mais, petit à petit, le sevrage ayant permis la mise en place d'un traitement antidépresseur et anxiolytique ainsi que des liens entre foyer, PMI et CMP, son état s'améliore, et un suivi régulier s'installe. Quelques mois plus tard, la situation se fait plus critique : l'anxiété grandissant devant l'imminence de la réponse du recours auprès de l'OFPPRA. Finalement c'est un refus. Je la revois au bout de 15 jours après un contact avec le personnel du foyer qui me faisait part de leur inquiétude. En effet, après une première réaction de désarroi puis un apaisement relatif, son état s'est aggravé ; elle est extrêmement déprimée, me faisant part de phobies d'impulsion suicidaire ; elle se rend compte qu'elle est moins attentionnée envers sa fille et qu'elle peut mettre en danger leurs vies en traversant la rue, par exemple. Devant cette menace d'effondrement, une hospitalisation lui est proposée ; elle accepte, mais cela nécessite d'organiser un placement pour la petite. L'organisation de

l'hospitalisation se précipite et Madame Y se rétracte, de nouveau envahie par la crainte de ne pas retrouver sa fille et appréhendant la séparation. Je serai alors obligée d'intervenir à domicile avec une infirmière et l'équipe du foyer pour organiser cette hospitalisation dans l'unité de notre secteur. Elle durera environ un mois, permettant un apaisement notable de son état.

A sa reprise de contact en ambulatoire, je lui fournirai un certificat pour une demande de carte de santé, permettant l'obtention d'un statut précaire mais légal, en France, dont elle attend la réponse ; un autre recours possible était encore en cours (modification de la loi).

Deux, trois mois plus tard, la situation dégénère de nouveau. La procédure s'est encore soldée par un échec. La présence au foyer est alors remise en question, mais le départ évité in extremis. Actuellement, des recherches sont menées pour trouver un autre foyer d'accueil, ce qui est très compliqué. Nous sommes en lien avec nos partenaires ; dans cette situation de sursis, nous nous sentons bien impuissants. Madame Y. est moins confuse et contient son angoisse dans un lien très suivi avec le CMP.

Ainsi ce parcours nous semble illustrer cette difficulté d'accès à une histoire, constituant la « boîte noire du traumatisme » à respecter, l'incertitude diagnostique secondaire aux symptômes de brouillage et de confusion, puis l'instauration d'une relation toujours précaire où notre place de psychistes est difficile à trouver, à maintenir, dans une situation d'urgence sociale. Nous nous sommes interrogés sur les risques d'enfermement dans un statut de malade mental pour cette femme et sur le risque d'une chronicité générée dans cette situation.

Etre là et contenir, être en lien avec les partenaires, réfléchir à ces sentiments de révolte où nous rejetons la faute sur une administration, être sensible aux sentiments d'abandon et aux vécus de séparation douloureux, s'interroger sur l'éthique, essayer de trouver un peu de sens dans cette situation absurde et confuse, comme Madame Y. s'y efforce.

Réflexions générales

A partir de ces vignettes cliniques, nous voudrions reprendre quelques réflexions générales et ouvrir quelques axes de discussions.

Concernant le cadre de ces prises en charge, il s'agit donc d'entretiens médicaux ou médico-infirmiers. La présence des interprètes est variable mais non systématique ; il nous est souvent apparu, au bout de quelques entretiens, que cette présence était moins nécessaire et que la qualité de la communication était également soumise aux variations symptomatiques, la barrière de la langue permettant un brouillage protecteur et défensif. Pour le financement des interprètes, il existe une convention entre notre hôpital et une association de services d'interprétariat. Nous avons pu également réaliser des entretiens conjoints avec les partenaires ou même des visites à domicile qui restent rares cependant.

Une des difficultés majeures de ces suivis est d'engager un lien dans une période marquée par une telle précarité, un temps en suspension avec le risque d'une rupture rapide et brutale. Il nous est arrivé d'être en conflit avec l'équipe du foyer au sujet d'un projet d'hébergement, par exemple, éloigné de 50 kms pour une femme suivie depuis plusieurs années sur le CMP. Ce suivi n'avait pas été pris en compte, ni le temps nécessaire pour parler de la séparation. Notons d'ailleurs que, dans bien des cas, l'obtention du droit d'asile conduit à une interruption du suivi de la part de ces personnes.

Ainsi, les interactions entre une temporalité psychique souvent sidérée, nécessitant un travail thérapeutique forcément long et une réalité externe avec son attente, ses à-coups, et ses accélérations sont très complexes.

Nous avons relevé une densité des vécus de rencontre ici et maintenant : rencontres autour de l'offrande d'un gâteau, ou autour des enfants, moments où le langage des gestes et la médiation d'objets sont simplement des temps d'échanges simples, « humains ».

Mais nous sommes parfois dans une interrogation sur le fait d'être utilisé, dans un dernier recours, pour appuyer ces demandes, au risque de psychiatriser des situations de détresse.

Ainsi se forge, dans notre structure, une expérience de soins auprès de cette population pour laquelle notre dispositif habituel est maintenu. Au-delà des points particuliers qui émergent des cas présentés, notre démarche de psychistes dans une orientation psychodynamique est conservée, même si elle est davantage bousculée, chahutée.

Nous avons vu, dans la première situation, mais aussi dans la seconde, que ces prises en charge ont nécessité une élaboration clinique groupale, où les liens avec des théories psychopathologiques ou des travaux spécifiques sur ce sujet ont été précieux ; cette démarche empirique paraît cependant nécessaire dans ces situations.

Les données de la littérature sur ce sujet mettent l'accent sur la situation d'attente et d'incertitude, sur les effets traumatiques, sur la perte des garants méta-psychiques et sociaux (R. Kaès), sur les difficultés de la position du thérapeute entre position soignante et citoyenne (F. Maqueda) et sur les particularités d'entretiens avec interprète (Association Appartenances).

Un autre point nous semble aussi très important.

Nous nous sommes interrogés sur notre empathie « a priori » au début des prises en charge, nourrie de nos histoires de soins antérieures et d'un sentiment de compassion ou de révolte face aux récits de ces situations terrifiantes.

Cependant, nous avons à essayer de penser la dynamique subjective et intersubjective et, en cela, nous avons à nous interroger à un autre niveau que celui de la violence externe décrite, c'est-à-dire au niveau psychique à essayer de penser le travail du négatif et du pulsionnel. Il nous semble indispensable d'examiner ce qu'il en est de l'expression, pour le patient, notamment des motions agressives ; comme il apparaît aussi indispensable d'effectuer un retour sur soi, en examinant ses propres contre-attitudes, en essayant de repérer les mouvements de rejet, d'incompréhension, ou des vécus plus archaïques de peur, voire de terreur, d'une violence encore brute.

Au cours des discussions préparatoires à cette communication*, nous avons aussi évoqué que ces pathologies de l'extrême, de l'agonie psychique comme dirait René Roussillon, nous rappelaient certains cas de psychose ou certains états d'effondrement rencontrés au cours de thérapies dont la dimension d'exil était absente. Les dimensions de l'Étranger, de l'Inconnu et de l'Autre et leurs multiples figures sont convoquées sur des scènes différentes mais sont à reconnaître et à élaborer.

Voilà les quelques enseignements que nous tirons de ces rencontres *qui dérangent* et ne s'oublent pas.

* Intervention initialement préparée pour un atelier des 11^{èmes} Rencontres nationales des CMP (10-12 mai 2005)



Une demande médicale et une demande sociale

Nous avons l'impression d'une «consommation compulsive» de consultations médicales comme si les représentations qu'a ce public de la médecine occidentale les poussaient à croire que tout pouvait se régler à coup de radios, médicaments, examens divers... et comme si la CMU était un sésame qui devait ouvrir de nombreuses portes. Mais très rapidement, un besoin important d'écoute et d'attention a été perçu de la part de tous les intervenants. Les douleurs psychosomatiques ont pu être identifiées sans pour autant être traitées.

Fin 2002, l'ouverture d'un CADA nous a donné d'autres opportunités d'interventions. Dès son ouverture, les responsables nous ont contacté afin de mettre en place des actions de promotion de la santé. Près de 90% des personnes hébergées sont de nationalité tchétchène. Des focus groupe (un groupe d'hommes, un groupe de femmes et un groupe mixte) ont été organisés au CADA pour recenser les besoins ressentis en matière de santé des personnes hébergées. A l'occasion de ces réunions, les douleurs psychosomatiques ont été longuement évoquées, mais aussi des difficultés liées à la vie actuelle en France.

Du groupe de femmes, plusieurs demandes spécifiques ont émergées :

- la possibilité d'exprimer leurs traumatismes avec l'aide d'un psychologue,
- le besoin d'être soutenues dans leur fonction maternelle,
- le besoin de connaître le système de soins français,
- le besoin d'information sur la nutrition.

Du groupe d'homme :

- le besoin de connaître le système de soins français,
- le besoin de connaître les possibilités d'accès au travail en France (fort besoin de reconnaissance sociale par le travail).

Le groupe mixte a permis l'expression de difficultés, entre autres d'ordre psychosomatique.

Groupes de parole pour la communauté tchétchène à Nice

Depuis la fin 2001 et le début de l'année 2002, nous avons assisté à une arrivée massive de demandeurs d'asile venant essentiellement de l'ex Union Soviétique et plus particulièrement de la Tchétchénie, soit au total, pour ces deux années, 1500 personnes toutes nationalités confondues. Aujourd'hui, on estime à environ 1800 personnes la communauté tchétchène à Nice. Dès leur arrivée, toutes ses personnes se sont présentées au centre de soins avec une très forte demande médicale et sociale.

Bernard Aubin

Psychiatre, responsable de la mission Médecins du Monde, Nice

Agnès Gillino

Coordinatrice

Les actions mises en place

Dès 2001, nous avons essayé de mieux appréhender les dimensions culturelles de la communauté et les dimensions politiques de la situation là-bas, éléments de compréhension nécessaires à une intervention ici. Le centre a été une des premières associations à trouver des traducteurs russophones, ce qui a facilité la prise en charge, particulièrement d'ordre psychologique. Nous avons aussi été en lien avec les coordonnateurs sur place pour savoir ce qui se faisait là-bas et comment.

Groupes de parole

Il est apparu que les interventions en groupe non mixte paraissaient les plus adaptées.

Nous avons fait un « essai » en constituant un premier groupe de parole en 2002, animé par un psychiatre et/ou une psychologue, et bien entendu par la traductrice.

L'effectif a oscillé entre 4 et 10 personnes. Les femmes dans l'ensemble étaient jeunes et assez assidues aux différentes séances ayant lieu une fois par semaine entre 14 et 16 heures, pendant 2 mois. La durée du groupe avait été annoncée préalable-

ment. Une ambiance conviviale avait été souhaitée et réalisée d'emblée avec partage de thé et de pâtisseries.

Les thèmes abordés étaient le reflet de leurs interrogations, de leurs préoccupations en arrivant dans notre pays : sur l'école (le cursus, les matières enseignées, surtout le français, les activités parascolaires, les études secondaires et supérieures), sur la vie des enfants, des adolescents, la mixité, mais aussi sur la démocratie et les élections, les religions et le travail des femmes.

Ces sujets ont suscité des discussions très intéressantes au cours desquelles certaines ont évoqué des problématiques familiales plus personnelles, difficiles, voire dramatiques.



Mais l'expression plus profonde, plus intime, ne semblait pas possible en raison de leurs réticences, de leurs résistances à dire des choses pouvant ressembler à de la faiblesse. Certaines ont clairement dit « *chez nous, quand on a des problèmes, on n'en parle pas, il faut se taire, surmonter, oublier* ». Leur culture semble les pousser à se taire, à refouler.

Cependant l'évocation assez indirecte de leurs problématiques a semblé les détendre et nous avons eu beaucoup de retours positifs. Elles se sont senties accueillies, écoutées, libres de parler, dignes d'intérêt. Ces éléments ont eu un retentissement positif sur certaines de leurs angoisses et de leurs traits dépressifs. Certaines se sont décidées ensuite à consulter le psychiatre, individuellement.

Pour répondre aux demandes qui avaient été exprimées par les différents focus groupe, nous avons mis en place un autre groupe de parole sur la « fonction maternelle ». Toutes les participantes vou-

laient savoir si elles étaient une « bonne mère » ; elles ont eu des questions relatives au développement de l'enfant, aux différences culturelles (notamment la mixité et les relations entre jeunes filles et jeunes hommes), à l'incidence des traumatismes vécus sur le développement de leur enfant... Certaines ont pu, après plusieurs séances, commencer à parler de leur histoire, des traumatismes subis...

Le regard de la communauté sur ces femmes semble à la fois pesant et rassurant ; quand il pèse, il peut empêcher l'expression d'une souffrance et il semble nécessaire de pouvoir enchaîner sur un travail individuel. Néanmoins, son côté rassurant permet le début d'une mise en œuvre d'un travail thérapeutique par le biais des séances de groupe.

A ce jour, d'autres groupes de parole ont eu lieu autour de la souffrance psychosomatique.

Pour des questions d'organisation et de ressources humaines, nous avons dû les interrompre en 2005. Mais d'ici quelques semaines, devrait débuter un nouveau groupe constitué de femmes autour d'une activité de sophrologie animée par une psychologue.

Séances d'information

Médecins du Monde a animé deux groupes d'information sur le système sanitaire français (l'acquisition des droits, l'organisation du système privé/public, le coût, et des informations pratiques sur la carte vitale notamment). Les personnes qui ont participé au groupe avaient de nombreuses questions autour de ces thématiques ; beaucoup étaient dans l'incapacité de se repérer et de comprendre notre fonctionnement administratif, des refus « normaux » étaient considérés comme des rejets.

Si ces séances d'information n'ont pas pour objectif premier de soulager la souffrance psychique, elles y contribuent dans la mesure où une meilleure compréhension d'un environnement implique un sentiment de « mieux être » face à certaines situations. Ces séances se poursuivent à raison d'une fois par mois.

Pour répondre à la demande des femmes, nous avons choisi, dans un premier temps de n'aborder que les problèmes de nutrition. Un médecin nutri-

tionniste est donc intervenu auprès d'elles dans un groupe très interactif.

A l'issue du groupe, il s'est avéré que les apports nutritionnels étaient équilibrés ; par contre certains produits étaient inconnus dans les pays d'origine et les femmes ont souhaité prolonger ce groupe par des cours de cuisine française et « d'échanges de recettes ».

Ces ateliers ont été mis en place dans le cadre de la plate forme d'accueil des demandeurs d'asile et sont animés par un travailleur social.

Au cours de l'année 2005, deux séances d'information sur la nutrition ont été encore organisées, et une autre autour des problèmes de contraception. Pour cette dernière, bien que la demande ait émané des femmes, il y a eu très peu de participantes, le sujet étant encore tabou.

Entretiens préparatoires et accompagnement

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'asile, nous organisons aussi, ponctuellement et à la

demande, des entretiens avec un travailleur social et éventuellement un psychiatre pour préparer à l'entretien OFPRA, ou pour écrire le récit, que ce soit dans le cadre de la première demande ou du recours.

Ces entretiens restent douloureux pour les personnes, et quasi systématiquement, une orientation vers une consultation psy est proposée à la fin, orientation souvent suivie par les patients. Nous envisageons maintenant de mettre en place des groupes de sophrologie et de relaxation.

Au cours de toutes ces années, il est apparu que la prise en charge de la souffrance psychique chez les demandeurs d'asile nécessite une inscription dans le temps, une continuelle adaptation à leurs demandes, et que toute « porte d'entrée » est bonne à prendre.

La représentation du « psy » chez ces publics migrants est souvent a priori négative. C'est par de petites actions que cette représentation change, que les personnes se mettent à consulter.

••• Rôle ambigu du certificat médical

Fabrice Giraux

Médecin généraliste, membre du Conseil d'administration de Médecins du Monde et de Primo Levi⁽¹⁾

Dans le climat de suspicion que nous connaissons ces dernières années vis à vis des étrangers, fournir des preuves – ou « des éléments probants » pour reprendre la terminologie en vigueur – à l'appui d'une demande d'aide médicale, de titre de séjour, d'asile politique - devient de plus en plus essentiel.

Alors que les administrations – prenant en compte sans doute l'extrême précarité des publics concernés - se contentaient voilà quelques années encore de « déclarations sur l'honneur » pour faire valoir une identité, un niveau de ressources, l'Etat impose aujourd'hui de fournir des justificatifs pourtant bien souvent impossible à réunir par les demandeurs.

1. Le centre Primo Levi est un centre de soins qui reçoit des victimes de violence politique et de torture.

2. L'Aide médicale de l'Etat est un dispositif destiné aux personnes étrangères sans titre de séjour leur permettant d'accéder gratuitement aux soins.

C'est le cas en ce qui concerne par exemple l'AME⁽²⁾ dont l'obtention passe aujourd'hui par la justification par tous moyens d'un séjour de plus de 3 mois sur le territoire, d'une identité, d'un niveau de ressources, etc.

La procédure d'asile n'a pas échappé à cette règle. Suspecté chaque jour davantage d'être un « faux » demandeur d'asile, le requérant doit fournir de plus en plus d'éléments précis dans son récit ou lors des entretiens qui justifient sa demande. Parmi ces éléments le certificat médical joue un rôle particulier. Il n'est certes pas expressément demandé par les organismes administratifs (OFPRA) ou juridiques (CRR) qui vont examiner la demande d'asile. Cependant, il peut devenir un élément déterminant pour peu que ce certificat atteste de symptômes qui accréditent les propos du requérant tels que l'existence de séquelles de torture ou d'une pathologie en lien avec un traumatisme. Il est d'ailleurs de plus en plus souvent réclamé par l'avocat ou par les

associations qui accompagnent le demandeur d'asile tant il est vrai que la parole médicale dispose en la circonstance d'un poids, d'une légitimité dont ne dispose plus la parole du requérant. Au point aujourd'hui qu'un dossier sans certificat devient - aux yeux de beaucoup d'avocats - un dossier difficilement plaidable.

Pourtant ce certificat pose au médecin des questions particulièrement complexes à résoudre tant sur le plan médical, éthique que politique.

D'abord sur le plan médical

Contrairement au certificat de coups et blessures auquel il s'apparente, il est rédigé bien après - souvent plusieurs années - les faits allégués. Du coup, outre la difficulté d'établir un lien entre une cause supposée et les symptômes que connaît le patient à distance, la rédaction du certificat doit souvent faire face à la disparité importante existant entre des lésions somatiques souvent minimes (beaucoup de problèmes somatiques, de cicatrices ou de séquelles physiques s'atténuent voire disparaissent avec le temps) et l'intensité du retentissement psychologique.

On doit rajouter à cela le fait que la victime fait référence dans ses propos à des événements politiques souvent méconnus du médecin. De même, bien souvent les séquelles pouvant être provoquées par certaines tortures (suspensions prolongées, falakas, chocs électriques, etc.) sont tout simplement ignorées du médecin ce qui ne facilite pas leur recherche, leur mise en évidence.

Mais un des problèmes majeurs dans la rédaction du certificat reste la difficulté souvent extrême pour le patient à évoquer les violences subies. D'abord l'événement douloureux est bien souvent refoulé par le patient qui ne souhaite qu'une seule chose : en parler le moins possible. Ensuite la peur d'être pris pour un fou, de ne pas être cru, pousse beaucoup de victimes à se taire (contrairement à l'idée couramment entretenue, la torture n'a pas pour objectif de faire parler mais bien de faire taire). Il faut alors beaucoup de temps, de patience, savoir créer un climat de confiance pour accéder aux éléments les plus traumatiques.

Ce qui fait peur n'est pas toujours dit au début...

Mme R, congolaise de 35 ans a été adressée au centre Primo Levi par un travailleur social qui la suit au niveau d'un CADA où elle est hébergée depuis 3 mois. Elle est arrivée en France depuis plus d'un an. Mme R. dès les premiers entretiens nous raconte facilement ce qu'elle a vécu dans son pays, son arrestation, la mort de son mari soupçonné de faire partie de l'opposition, les coups, l'humiliation, les viols... Un premier bilan lui est proposé très rapidement pour faire le point sur son intégrité physique après tant d'épreuves. Un bilan VIH, Hépatites notamment lui est prescrit qui revient négatif. Mais Mme R. ne semble toujours pas rassurée. Cela ne va pas. Elle reste inquiète sur sa santé physique. Ce n'est que plusieurs mois après et de nombreuses consultations qu'elle évoquera ce qui la tourmente depuis plus d'un an : être enceinte suite aux viols qu'elle a subis.

Tous ces éléments aboutissent au recours de plus en plus fréquent aux – rares - associations ou centres de soins spécialisés (Comede, Primo Levi, Avre, pour ne citer que les plus connus) qui se voient transformés en lieux d'expertise éloignés de leur mission initiale centrée sur le soin.

Ensuite sur le plan éthique

L'écriture d'un certificat suppose normalement que le médecin se mette en position d'expert. On n'attend pas, en effet, du soignant qu'il se situe du côté de son patient mais qu'il soit le plus neutre possible dans son évaluation, le plus objectif possible dans ce qu'il décrit. Or, nous l'avons vu précédemment, le recueil du récit - moment souvent douloureux - nécessite de la part du médecin un vrai engagement auprès de son patient. Dans ce cadre le médecin oscillera entre deux attitudes sans trouver de juste milieu : soit suivre son patient dans ce qu'il rapporte au risque de perdre son « objectivité » dans l'écriture du certificat (et perdre peut-être, si le certificat apparaît tendancieux, l'écoute de l'officier de l'OFBRA ou du juge de la CRR qui sont amenés à statuer), soit prendre une position d'expert au

risque de ne pas prendre en compte le principal, la souffrance de son patient, le retentissement psychologique (et perdre peut-être par là même la confiance de son patient). Or il ne semble pas exister de bonnes réponses à ce problème. Aucune n'est satisfaisante quand il s'agit d'aider son patient dans ces circonstances particulières.

L'examen clinique lui-même est délicat car il peut parfois être re-traumatisant. Certains gestes : toucher rectal ou vaginal mais aussi ECG, EEG³, voire faire déshabiller son patient peuvent être particulièrement déstabilisants en rappelant au patient par exemple des scènes de torture. Comment alors répondre à une demande de certificat le plus souvent faite dans l'urgence tout en gardant une position bienveillante et non intrusive vis à vis de son patient ? Comment faire pour que la rédaction de ce certificat ne se fasse pas au détriment du processus de soin ?

Certes il participe à la reconnaissance de la victime et dans cette mesure il participe au processus de reconstruction mais les contraintes de sa rédaction, l'interrogatoire un peu « policier » qu'il suppose pour mettre en évidence un lien entre un récit et les symptômes ressentis sont souvent douloureux pour le patient. En cela l'écriture du certificat est un moment de forte tension dans la relation médecin malade. Il peut remettre en cause le travail de soutien assuré par le soignant, voire signer la rupture de la relation.

Enfin sur le plan politique

Il peut paraître paradoxal s'agissant d'un certificat médical qu'on puisse se poser des questions d'ordre politique. Pourtant on ne peut ignorer que la demande de certificat médical est, dans le cadre de la procédure d'asile, d'introduction récente et que la demande chaque jour plus grande de ce type d'expertise intervient dans un contexte de remise en cause de la légitimité des demandes d'asile (discours sur les « faux » demandeurs).

On peut aussi noter que - même si dans quelques cas le certificat médical joue un rôle positif dans l'obtention d'un statut de réfugié politique - il est aussi souvent utilisé à charge contre les propos du requérant : « Vous dites que vous avez été

3. Electrocardiogramme, électroencéphalogramme.

torturé mais le certificat médical que vous nous avez présenté n'en apporte pas la preuve » s'entend-il dire parfois. On peut donc se demander si l'utilisation du certificat dans le cadre des procédures d'asile ne dénature pas fondamentalement son objet à savoir "faire valoir ce que de droit".

Ce qui détruit le plus dans la torture n'est pas seulement lié à la violence physique déployée

• Mr B. est Bosniaque, il a reçu de nombreux coups pendant sa détention dans un camp. Il en garde l'impression parfois de ne plus pouvoir respirer, des maux de tête persistants, des troubles du sommeil importants. Rien de son bilan médical ne permet de bien comprendre ces maux. Les radios sont normales, rien dans l'auscultation ne permet de supposer ce qui le fait souffrir toutes les nuits : le cri d'un enfant qu'il a entendu dans ce camp, un cri qu'il pense être celui de sa nièce décédée là où lui-même était retenu. Mais comment parler de ce cri dans un certificat médical ?

• Mme G est Turque. Elle a été violemment torturée (choc électrique, immersion dans une baignoire, suspensions, jet d'eau glacé,...). Cela a duré, duré... Mais elle dit avoir tenu bon. Jusqu'au moment où un de ces tortionnaires lui a adressé un beau « compliment » sur son corps. Et là, dit-elle plusieurs années après, « tout s'est effondré ». Elle ne sera plus jamais la même à cause de ce qu'on lui a dit ce jour là...

Un autre élément à prendre en compte est en lien avec l'utilisation particulière du certificat médical dans le cadre de la procédure d'asile. Contrairement au certificat de coups et blessures qui sert essentiellement à évaluer les conséquences physiques ou psychologiques des violences ou le

préjudice subit par la victime alors que l'acte violent lui-même n'est pas remis en question, le certificat médical rédigé dans le cadre d'une demande d'asile se doit, lui, d'apporter des éléments portant sur la réalité même de la violence subie. La question à laquelle "on" attend qu'il réponde est la suivante : le demandeur a-t-il subi ou non les violences qu'il allègue ? Là encore on peut se demander si en tentant d'établir la réalité des tortures ou des violences subies le certificat n'outrepasse pas ce pour quoi il a été créé : mesurer des conséquences, prévoir la durée d'une incapacité, etc.

Au total, la rédaction mais aussi l'utilisation qui est faite du certificat médical dans le cadre de la demande d'asile soulèvent des questions importantes et complexes auxquelles les médecins ont bien du mal à répondre techniquement, éthiquement et politiquement. Le certificat médical rédigé dans ce cadre apparaît chaque jour davantage comme une caution apportée à une logique de suspicion qui écrase la procédure de demande d'asile et fait peu de cas de la parole du requérant. Il risque d'être utilisé au profit d'une vision révisionniste qui nie par exemple l'existence de la torture quand le corps n'est pas maltraité ou ne présente pas de lésions « objectives » (voir le débat actuel sur la légitimité et l'acceptabilité d'un certain niveau de violence, de pressions psychologiques sur les prisonniers aux E.U dans le cadre des mesures anti-terroristes).

Il peut paraître ainsi tentant de répondre négativement aux demandes de certificat. Malheureusement cette dernière solution est impossible pratiquement et moralement car elle signifie, pour le patient qui le demande, d'essayer un refus qui est entendu comme une négation de sa propre histoire.

Reste alors une dernière solution : la mise en place d'une procédure équitable qui rende justice à la parole du requérant. Mais n'est-ce pas là trop demander ?



Un service d'accompagnement psychosocial et psychothérapeutique

Pour mettre en pratique sa mission, Ulysse a ouvert début 2003 un service spécialisé dans l'accueil, le soutien et le suivi de personnes présentant conjointement des signes patents de souffrance psychique et une situation de précarité du droit au séjour.

L'initiative de la mise en place de cette nouvelle équipe a été prise dans la foulée d'une recherche-action, menée en 2002, dont le mandat était d'évaluer les besoins et ressources en matière de santé mentale, pour les exilés, en région bruxelloise. Cette étude a mis en évidence l'existence d'un écart remarquable entre l'estimation des indices de souffrance psychique pour la population concernée, unanimement reconnus comme très importants par les acteurs de terrain interrogés, et celle des ressources, très régulièrement présentées comme insuffisantes, ou inopérantes. A l'exception des expériences d'un centre, spécialisé dans le domaine de la prise en charge psychothérapeutique des personnes exilées victimes de faits de violence organisée (le centre « exil »), débordé par la demande, et de quelques initiatives de services de santé mentale implantés dans des quartiers à forte densité de population d'origine étrangère, il est apparu que la rencontre entre les protagonistes concernés, professionnels de la santé mentale et personnes exilées en souffrance, débouchait trop régulièrement sur une impasse, un constat d'échec, pour autant qu'elle ait lieu.

Pour l'expliquer, trois types de facteurs principaux ressortent de l'analyse des entretiens des acteurs interrogés, que l'on peut grossièrement résumer comme suit:

- Ceux liés aux particularités du public-cible, présenté comme peu réceptif au cadre de l'aide en santé mentale, tantôt parce qu'il en méconnaît l'existence et les usages, tantôt parce qu'il est jugé trop différent culturellement, tantôt parce qu'il craint, ou a honte, d'y avoir recours.

- Ceux liés au contexte social particulier dans lequel se retrouve les exilés, marqué par la précarité des conditions de vie, la permanence d'un vécu d'insécurité réel, le rôle néfaste de diverses formes

Les professionnels « aux frontières »

A Ulysse, le passage de frontières ne concerne pas que les usagers, les professionnels de l'équipe en font aussi, à leur niveau, l'expérience, en risquant la mise en place d'une pratique où s'entremêlent les aptitudes à écouter la souffrance psychique et sociale des exilés.

Créée à la fin de l'année 2001, l'association Ulysse⁽¹⁾ a pour mission principale de développer des initiatives destinées à faciliter l'accès au cadre de l'aide en santé mentale pour les personnes exilées. Ce mandat concerne une catégorie de personnes majoritairement, mais pas exclusivement, composées de demandeurs d'asile, à tous les stades de la procédure. A côté de ceux-ci, l'appellation « personnes exilées » ouvre le champ de notre action à toutes les situations où entre en jeu une problématique de précarité ou d'absence de droit au séjour sur le territoire belge. Cette ouverture s'appuie sur la conviction qu'il y a légitimement lieu de se préoccuper de la santé psychique de ceux que l'on appelle communément les sans-papiers, les clandestins, ou les illégaux, et sur la volonté de la faire.

Alain Vanoeteren

Psychologue,
coordinateur
de l'Association
Ulysse, Bruxelles

de violence et de rejet institutionnels, souvent entretenues par les autorités, qui influenceraient négativement l'établissement et l'efficacité d'un processus psychothérapeutique.

- Ceux liés aux réserves et au manque de ressources (temps, information, formation) des travailleurs du secteur.

Un dispositif original

De là, la conviction des promoteurs du service Ulysse qu'il y avait lieu de mettre en oeuvre un dispositif original, spécialement conçu pour rendre possible et opérant un cadre d'accompagnement psychosocial et de pratique psychothérapeutique adapté aux personnes exilées.

1. Ulysse asbl,
avenue Jean Volders,
11 - 1060 Bruxelles.
Tél. 02/533 06 70.
e-mail :
ulyссе.asbl@skynet.be.

Les caractéristiques principales de ce dispositif furent toutes pensées en réponse à la problématique d'accès aux soins que la recherche avait mise en évidence. Certaines chahutent franchement la conception classique de ce qu'une relation thérapeutique est supposée instituer d'emblée pour pouvoir se déployer.

Citons les principales d'entre elles : gratuité ; importance accordée au premier accueil, inconditionnel, sans en passer nécessairement par un rendez-vous (larges horaires de permanence) ; disponibilité des intervenants et rapidité de l'établissement du cadre de prise en charge ; mobilité des intervenants, susceptibles de se rendre à la rencontre du bénéficiaire, et très régulièrement amenés à l'accompagner dans ses démarches, notamment pour tout ce qui a trait à la procédure d'asile ou au droit au séjour ; prise en charge globale, tenant compte de dimensions sociales, administratives, juridiques, habituellement traitées en marge du travail psychothérapeutique, mais dont les implications sont ici à ce point essentielles qu'il nous apparaît inconcevable de les dissocier, dans un travail supposé avoir pour finalité l'amélioration du bien-être psychique ; enfin, pour articuler l'ensemble de ce dispositif, la systématisation du travail en réseau avec des professionnels actifs dans les champs de compétences connexes, des centres d'hébergement d'urgence aux services médicaux.

Une équipe déspécialisée

On pourrait croire, en lisant ce catalogue de mesures « réparatrices » d'une réalité jugée tantôt décevante, tantôt franchement nocive, que notre association dispose d'un large soutien financier, privé ou public, autorisant la création d'une nombreuse équipe pluridisciplinaire. Il n'en est rien ; l'équipe du service d'accompagnement n'a jamais dépassé les cinq équivalents temps plein, personnel administratif compris. Ces professionnels ont ouvert, ou poursuivi en 2004, approximativement 200 dossiers, selon la méthodologie précitée. Cette disponibilité et cette efficacité n'ont pu se concrétiser que grâce à une autre particularité du service, qui, à notre insu, s'est progressivement révélée comme aussi originale, peut-être plus riche et plus complexe que la

majorité des autres : le décloisonnement important des rôles et fonctions de chacun au sein de l'équipe. Ainsi, en dehors de quelques tâches spécifiques d'intendance et de coordination, toutes les personnes en charge de dossiers sont invitées à les traiter en intégrant tous les enjeux présents aux différents niveaux de la problématique de la personne ou de la famille concernée. Cela signifie, pour les psychologues de l'équipe, de s'engager dans une forme d'accompagnement qui inclut les dimensions conjoncturelles, marquées par l'extrême précarité des conditions de (sur)vie, l'insécurité permanente liée au statut de séjour, la violence socio-administrative dont sont victimes la très grande majorité de nos bénéficiaires, particulièrement celle imposée par les exigences de vérification inquisitrices de la procédure de reconnaissance du statut de réfugié, qui représentent, pour beaucoup une forme de reviviscence traumatique.

Dans le même ordre d'idées, cela implique, pour les personnes de l'équipe formées au travail social, d'être prêtes à tenir compte des résonances intrasubjectives particulières à chaque personne suivie, de les nouer aux bien légitimes préoccupations portant sur l'environnement social désastreux décrit plus haut. Plus précisément, dans notre mode de fonctionnement, la prise en considération conjointe des manifestations de la souffrance psychique, et de leur traitement, concerne indifférentiellement toute l'équipe, et ce tant au niveau de la symptomatologie réactionnelle aux événements passés (torture, violence organisée, deuil, exil, déracinement...) et actuels (solitude, insécurité globale, perte de repères sociaux et culturels, perte du statut social, désillusions), présente, à des degrés et sous des formes diverses, chez tous nos bénéficiaires, que des troubles psychopathologiques structurels de plus ou moins forte intensité que présentent certains d'entre eux.

Le service met en place, pour rendre un tel système viable, crédible et rigoureux, une logique de communication interne et de travail en équipe, articulées autour de la réunion clinique hebdomadaire, et sur une forme élaborée de solidarité informelle entre collègues.

L'ambition d'Ulysse était et reste de représenter un espace de réparation psychique, un lieu psycho- et socio-thérapeutique plutôt qu'un centre de consultation pluridisciplinaire spécialisé dans les psychopathologies de l'exil. Chaque travailleur psychosocial prend la responsabilité globale d'un suivi à Ulysse. On peut parler de lui comme personne-référence dans l'association, comme celui qui assure la ré pondance pour le bénéficiaire concerné. Ce glissement sémantique autorise une représentation plus exacte de notre mode de fonctionnement : c'est toute l'équipe qui intervient et est concernée pour chaque personne suivie, et c'est un de ses membres qui en répond dans un espace relationnel particularisé, mais toujours référé au fonctionnement général du service. Ce modèle est très clairement inspiré par les longues années d'une pratique de psychothérapie institutionnelle en communauté thérapeutique des deux psychologues les plus chevronnés du service, dans une de ces rares terres d'asile pour les rescapés des pratiques exclusivement biomédicales et/ou asilaires. C'est là que ces cliniciens ont assisté et participé à un mode de traitement de type sociothérapeutique de patients psychiatriques chroniques, et pu en mesurer la richesse, le caractère apaisant, respectueux, et l'efficacité.

Le choix de tenter d'en appliquer de nombreux traits au sein d'un service ambulatoire, pour un public nouveau, les exilés, n'avait rien d'une reproduction mécanique et artificielle d'un modèle, hors contexte. Bien au contraire, ce choix partait du pari qu'il s'agissait d'une méthodologie fonctionnelle, la seule susceptible de répondre à la problématique d'accès aux soins, en intégrant les autres traits du dispositif d'aménagement du cadre, à partir d'une équipe de taille réduite. Chacun de ces aménagements du cadre mériterait une description détaillée et contextualisée pour mettre en évidence en quoi il contribue à l'établissement d'une relation d'accompagnement psychologique aux effets apaisants et reconstructeurs, improbable dans d'autres circonstances, en s'appuyant sur, et en s'articulant autour d'une forme de « pratique clinique à plusieurs », exigeant une grande polyvalence. Faute de pouvoir réaliser ici cette revue détaillée, je me

contenterai d'évoquer dans la suite le sens global que nous prêtons à notre action, déployée comme telle, et quelques unes des difficultés qui n'ont pas manqué de surgir dans l'application de ces principes.

L'enjeu est bel et bien d'arriver à personnifier un espace où les choses tiennent, où la parole compte, où les relations sociales cessent d'être menaçantes, pour restaurer le minimum de sécurité nécessaire à la relance du processus de reconstruction d'identification positive du sujet. La première exigence est de restaurer du lien, de la confiance interpersonnelle dans un contexte et pour des personnes qui furent souvent soumises à une véritable entreprise de déshumanisation. Pour certains, c'est le sentiment d'appartenance à la communauté humaine qui a été sérieusement ébranlé, et qu'il faut tenter de restaurer pas à pas. On ne saurait trop insister sur les ravages que l'expérience d'exil a provoqué à ce niveau chez ceux qui viennent nous consulter. Tous ont connu, à un moment ou un autre de leur parcours, atteinte, violation, destruction, voire anéantissement d'au moins un des socles de l'espace communautaire sur lesquels se structurent et s'élaborent les identités sociales et subjectives d'une personne. Certaines de ces atteintes perdurent, et, à ce niveau, nous nous devons de réaffirmer l'inacceptable des épreuves que nos sociétés « d'accueil » imposent aux candidats à l'asile, et plus globalement à tous les exilés. Dans ce contexte, supposer pouvoir intervenir efficacement sur l'amélioration de la santé mentale de ces personnes, socialement et psychologiquement précarisées, qui restent à la merci d'un environnement social qui perpétue la malveillance qu'ils ont subie, est une gageure. C'est une position difficile à tenir. Nous passons régulièrement pour des Don Quichotte, ou essayons les critiques d'intervenants qui mettent en doute la pertinence clinique du cadre que nous avons élaboré, qualifié à l'occasion « d'infra-clinique », toutes les conditions n'étant pas jugées remplies pour instaurer un travail véritable sur la réalité psychique. Nous-mêmes devons d'ailleurs nous prémunir du risque de tomber, devant l'apparente nécessité des circonstances, dans les travers d'un fonctionnement d'urgentistes

du psychosocial. Dans les situations que nous rencontrons, la frontière entre présence engagée, à partir de ce que la personne énonce (dans laquelle l'espace de la relation thérapeutique est possible) et actions précipitées, pour le « bien de la personne », en amont de sa propre prise de position (ce qui bouche la possibilité du recours à l'espace de la relation), est mince. Un des enjeux fondamentaux de la crédibilité et de l'efficacité de notre clinique se situe précisément dans la distinction entre ces deux types de position.

Un minimum de respecialisation

Quelques écueils ont résulté de la position de décloisonnement des rôles que nous promovons. Pas tant au niveau de l'indifférenciation entre les rôles que cette situation générerait, nos bénéficiaires ne sont pas plus dupes que ne l'étaient les patients psychotiques en communauté sur ce point : ce n'est pas parce que le coordinateur ouvre la porte, sert le café, et s'occupe, si nécessaire, de l'agenda des rendez-vous, qu'il n'est pas clairement identifié comme la personne responsable du service. Là où, par contre, notre système a éprouvé ses limites, c'est dans l'insécurité qu'il instaure chez certains de ses acteurs, notamment les travailleurs sociaux, sommés, en un temps record, pour des situations particulièrement lourdes, d'être aptes à explorer efficacement les ressorts thérapeutiques d'un cadre relationnel adéquat. Aujourd'hui nous sommes revenus d'une application trop naïve et rigide de dépassement des spécificités, où tout le monde peut tout faire, pour peu que l'équipe soit là en support, dans des matières aussi complexes, exigeantes, et émotionnellement éprouvantes. Nous avons réintroduit dans notre pratique un minimum de respecialisation, les suivis étant attribués différemment, en fonction des contenus et du type de problématique entrevus lors de l'entretien d'accueil, à l'un ou l'autre membre de l'équipe, les cas les plus lourds étant réservés aux psychothérapeutes les plus expérimentés.

Pour conclure

J'aimerais évoquer un risque qu'une pratique comme la nôtre court, en soulignant les effets pervers potentiels de l'ouverture au cadre de l'aide en santé mentale à une nouvelle catégorie de personnes précarisées, les exilés. Notre position peut être lue comme idéologiquement contestable, dans la mesure où elle représenterait un des avatars de la tendance à psychologiser une misère socialement induite, dont les déterminants restent actifs et dévastateurs. L'aide psychologique aux victimes de discriminations socialement induites pourrait en outre être apparentée à une forme de caution morale pour le système qui en est à l'origine. Pour peu, notre pratique risquerait de verser dans une forme de reformulation, renvoyant à la psychopathologie ou aux ressources individuelles, pour comprendre, analyser et traiter les effets d'une souffrance d'origine sociale. Ce risque est réel, j'en veux pour preuve le recours de plus en plus systématique à des concepts empruntés à l'éthologie pour légitimer une forme d'aide qui consisterait essentiellement à remobiliser les capacités biologiques, physiologiques et psychologiques à s'adapter à un environnement hostile du sujet réfugié en souffrance.

Notre pratique à Ulysse incarne une alternative à ce glissement, proposant une version de l'accompagnement psychosocial à la fois respectueuse des particularités subjectives et culturelles de la personne, centrée sur la restauration d'un espace relationnel pacifié, et engagée dans un processus de reconstruction plus large qui ne nous fait pas oublier l'essentiel : l'accès aux droits sociaux fondamentaux, et notamment au statut de citoyen, pour nos bénéficiaires, et plus globalement pour tous ceux qui sont aujourd'hui des « damnés de la terre » d'asile.

En 1975, conformément à la lettre et à l'esprit de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative à la protection des réfugiés, la France consacrait le droit au travail des demandeurs d'asile par un décret du 21 novembre, en dérogation aux mesures générales de suspension de l'immigration de travail de 1974.

Pourtant en 1991, au moment où l'Allemagne rétablissait le droit au travail des demandeurs d'asile après dix ans d'une interdiction inefficace, la France par une circulaire du 26 septembre prend la décision de leur interdire l'accès au marché de l'emploi.

Ainsi deux ans après avoir supprimé aux demandeurs d'asile le droit aux prestations familiales, l'aide au logement et l'accès à la formation rémunérée, « s'achevait l'édifice de mesures de restriction des droits économiques et sociaux des demandeurs d'asile sans autre mécanisme compensatoire que la création de 2500 places de Centres d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) (Julien-Laferrière F., 2002).

L'autorisation de travail n'est donc plus systématique. Les conditions définies par la circulaire pour que soit accordée une autorisation de travail à un demandeur d'asile sont si strictes qu'elles aboutissent à une quasi-impossibilité de travailler.

En effet :

- le demandeur d'asile doit être entré régulièrement sur le territoire français,
- la situation de l'emploi lui est opposable,
- l'éventuel employeur doit prendre en charge les dispositions nécessaires au logement de son nouveau salarié,

Le demandeur d'asile doit bénéficier des mêmes conditions d'emploi et de rémunération que les autres salariés.

Les raisons avancées par les pouvoirs publics pour justifier une telle amputation du statut du réfugié demandeur d'asile, ont été principalement de deux ordres :

- un accroissement de la pression des flux migratoires qui s'exprime surtout dans la progression importante des demandes d'asile où se mêlent, aux réfugiés, un nombre croissant d'immigrants économiques qui se servent du droit d'asile,

Rétablir le droit au travail des demandeurs d'asile

Parmi les nombreuses mesures restrictives des droits économiques et sociaux des demandeurs d'asile, adoptées par les pays européens pour protéger leurs frontières de « l'invasion des faux réfugiés », l'interdiction de travailler, intervenue en France en 1991, apparaît comme la plus dégradante et la plus symbolique.

Elle est l'une des expressions fortes des « coups » portés à la protection internationale des réfugiés et au droit d'asile, en tant que droit fondamental, par la politique d'asile menée depuis la fin des années quatre vingt, par une Europe qui se barricade.

- un renforcement et une modernisation de l'action de l'OFPRA et de la CRR, permettant qu'une demande d'asile puisse désormais recevoir une réponse sous deux mois et en cas de recours, le délai total de traitement du dossier ne dépassera pas six mois.

Ce sont donc la lutte contre l'immigration clandestine et le détournement du droit d'asile, qui ont justifié l'interdiction pour le demandeur d'asile d'accéder au marché du travail considéré comme attractif. L'annonce de délais rapides (qui on le sait n'ont jamais été respectés) rendait donc inutile toute action d'insertion professionnelle en faveur des demandeurs d'asile, lesquels n'avaient pas vocation à s'enliser dans ce statut. Notons ici que l'effet dissuasif n'est pas atteint puisque fin 2004, il y a eu en France 65600 demandes d'asile (mineurs et réexamins inclus)⁽¹⁾ soit une augmentation de 5,8% par rapport à 2003, alors qu'on constate en Allemagne une diminution de 26,1 % avec 50152 demandes d'asile en 2004.

Zohra Harrach

Responsable du Service juridique de ADATE (Association Départementale d'Accueil des Travailleurs Etrangers), Grenoble

1. NDRL : si l'on ne considère que les premières demandes stricto sensu, la demande d'asile en France est en voie de diminution : - 2%, mineurs inclus par rapport à 2003 (Source : Consultations Intergouvernementales : ICG).

2. En 2004, les nationalités les plus représentées dans la demande d'asile en France sont les nationalités turque, chinoise, algérienne et congolaise.

3. Définition du « Réfugié » par la Convention de Genève article 1A.2

4. En 2004 le taux d'admission au statut de réfugié après décisions CRR est de 16 % environ alors qu'il avoisinait les 80% début des années 80.

5. Le demandeur d'asile, s'il n'est pas hébergé en CADA touche une allocation d'insertion d'un montant de 280 € par adulte et par mois durant 1 an, et bénéficie de la CMU.

Au moment où la France prive les demandeurs d'asile du droit de travailler, nous étions face à une transformation profonde du rapport de la société d'accueil au demandeur d'asile. En effet, en 1991 nous sommes bien loin du temps où les pays européens accueilleraient à bras ouverts les réfugiés demandeurs d'asile qui venaient chercher protection. Dès que le réfugié a commencé à différer par sa couleur, sa religion, son mode de vie, et que sa figure s'est confondue avec celle de l'ex-colonisé, qui venait chercher refuge auprès de l'ancienne puissance coloniale⁽²⁾, l'image du combattant pour la liberté s'est disloquée pour laisser place à la suspicion, à la présomption de fraude et de tricherie qui désormais enveloppent le demandeur d'asile, et déterminent son statut. Perçu et présenté comme un simple migrant économique profitant du droit d'asile, fuyant la misère et non pas une quelconque persécution passeport pour obtenir le droit de séjourner durablement en terre des Droits de l'Homme et des Libertés, le demandeur d'asile n'est plus cette personne que la Convention de Genève définit comme celle qui « [...] *craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se retrouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays*⁽³⁾. Il est un étranger parmi d'autres.

Ainsi, en contradiction avec l'esprit et la lettre de la Convention de Genève, cette métamorphose donne naissance à une nouvelle catégorie juridique qui est celle du demandeur d'asile amputé de sa part de réfugié présumé, et surtout elle place la procédure de demande d'asile dans un huis clos, un face à face avec l'Etat souverain où sera portée atteinte à la dignité humaine. Car « *Les Etats occidentaux considèrent et présentent le demandeur d'asile, non comme une personne internationalement protégée et titulaire de droits conventionnellement garantis, mais bien comme le bénéficiaire de privilèges discrétionnairement octroyés pour des motifs humanitaires* (Crepeau F., 1998).

Ainsi ce demandeur d'asile « estropié » est très probablement, si l'on s'en tient aux statistiques⁽⁴⁾, un « sans papiers » en devenir et seuls des droits basiques, le minimum humanitaire⁽⁵⁾, lui sont concédés. Si toutefois il réussit à franchir les nombreux obstacles qui jalonnent son parcours et parvient à convaincre l'Etat de la véracité de ses allégations de persécutions, il obtiendra le statut de réfugié et sera considéré comme l'ayant toujours été (caractère déclaratif ou récongnitif du statut de réfugié voulu par la Convention de Genève). Juridiquement il n'aura jamais été autre chose que réfugié et il bénéficiera rétroactivement de tous les droits attachés au statut. La Convention de Genève considère que le demandeur d'asile est un réfugié présumé. Par conséquent elle s'applique aussi bien aux réfugiés, quelle que soit leur nationalité, qu'aux demandeurs d'asile. Et à ce titre, l'Etat hôte, signataire de la Convention doit garantir aux demandeurs d'asile les mêmes droits qu'aux réfugiés statutaires C'est sur la base de ce raisonnement que le Conseil d'Etat va étendre aux demandeurs d'asile le principe de non-refoulement et celui de l'immunité pénale en cas d'entrée ou de séjours irréguliers dans le pays d'accueil dont bénéficient les réfugiés en application de l'article 33 et de l'article 31-2 de la Convention de Genève. L'article 24 de la Convention pose un principe d'égalité de traitement entre nationaux et réfugiés en matière de législation du travail et de sécurité sociale. Le demandeur d'asile étant un réfugié en puissance, l'égalité de traitement doit être considérée comme acquise dès le dépôt de la demande d'asile. Les juridictions belges ont, en application de cet article, reconnu aux demandeurs d'asile le droit de bénéficier du Minimex (l'équivalent du RMI), considérant que le demandeur d'asile était un réfugié présumé. Le régime de protection de la Convention doit donc lui être appliqué. Parce que la circulaire du 26 septembre 1991 aboutit dans son application à une suppression du droit au travail des demandeurs d'asile, droit garanti conventionnellement, elle viole l'article 24 de la Convention de Genève. De ce fait elle ne devrait pas s'appliquer conformément au principe de prévalence des accords internationaux sur les dispositions de droit interne dès lors que les textes internationaux sont

régulièrement ratifiés ou approuvés par la France (art. 55 de la Constitution du 4 octobre 1958). C'est par l'intermédiaire de la voie contentieuse à travers des recours individuels, qu'il convient d'obtenir du juge français que la circulaire ne soit plus appliquée. Car cette interdiction de travailler, qui porte une atteinte à la dignité humaine, n'est conforme ni à la Convention de Genève ni à la Charte sociale européenne.

Pendant fragilisés et convaincus qu'ils n'ont aucun droit, les demandeurs d'asile n'empruntent pas cette voie. Ils préféreront travailler au noir et prendre le risque d'une condamnation pénale, puisque l'étranger qui travaille sans autorisation n'est plus considéré comme une victime dans la relation de travail dissimulé⁶. En les autorisant à séjourner sur le territoire, tout en les privant du droit de travailler, l'Etat les « invite » à travailler au noir. Toutefois, il est nécessaire d'encourager les demandeurs d'asile à solliciter une autorisation de travail avec ou sans promesse d'embauche afin d'obtenir une décision administrative susceptible de faire l'objet d'un recours. La concrétisation de cette position en faveur du rétablissement du droit au travail du demandeur d'asile, dans une mission d'assistance juridique, passe avant tout par un discours qui rétablit le demandeur d'asile dans son statut de réfugié présumé, lequel lui offre la protection de la Convention de Genève.

Dans le contexte actuel où les amalgames sont installés et où les mots ont toute leur importance, ce

n'est pas du luxe. Et que ce soit en direction des partenaires ou en direction des demandeurs d'asile eux-mêmes, il est important de rappeler que « *le demandeur d'asile est en situation régulière, ce n'est pas un clandestin, il n'est pas un migrant économique...* ». A ce titre, la promotion du droit d'asile, en tant que droit fondamental, et des droits et libertés individuelles est une étape majeure dans toute action en faveur de l'accès aux droits et de leur effectivité. Un tel travail est précieux, surtout en direction des professionnels amenés à accompagner les demandeurs d'asile. S'agissant des demandeurs d'asile, que ce soit en accompagnement individuel ou en séance d'information collective, l'assistance juridique ne peut pas se contenter du traitement du dossier, il est important d'accompagner les personnes dans un travail d'estime de soi. La parole tente de légitimer, de valoriser les personnes et de donner du sens au « *je suis demandeur d'asile* ». Ce travail est plus que nécessaire car les conditions de vie et l'inaction forcée ont des conséquences psychiques dramatiques. Ancrées dans la misère et la précarité, les personnes vivent une atteinte quotidienne à leur dignité.

Car l'interdiction de travailler a achevé le processus qui a consisté à faire du demandeur d'asile un sujet invisible, flottant, illégitime. Touché dans sa dimension sociale, il l'est aussi dans sa dimension personnelle.

6. La loi Sarkozy relative à l'entrée et au séjour des étrangers impose à l'étranger l'obligation de posséder une autorisation de travail et ne fait plus peser sur l'employeur l'obligation de s'assurer que son salarié possède cette autorisation. Le principe est renversé.

Bibliographie

Ouvrages et articles

Agamben G., 1997, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Le Seuil.

Agamben G., 2002, *Moyens sans fins. Notes sur la politique*, Ed. Rivages.

Agier M., 2002, *Aux bords du monde, les réfugiés*, Ed. Flammarion, Paris.

Arendt H., 1984, *L'impérialisme*, Paris, Le Seuil, coll. Point Politique.

Arendt H., 1993, *La condition de l'homme moderne*, Calman-Lévy.

Asensi H., Le Du C., 2003, « Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? » In Baubet T., Le Roch K., Bitar D., Moro M.R., editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*, Grenoble, La Pensée Sauvage Editions.

Autès M., 1999, *Les paradoxes du travail social*, Dunod.

Baubet T. et col, 2004, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », In *Le journal international de victimologie*, 2, n° 2.

Baubet T., Moro M.R., 2003, « Cultures et soins des traumatisés psychiques en situation humanitaire » In Baubet T., Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol. 1 : Trauma cultures et soins*, Grenoble, La Pensée Sauvage Editions.

Belkis D., Franguiadakis S., Jaillardon E., 2004, *En quête d'asile. Aide associative et accès au(x) droit(s)*, Paris, LGDJ, Collection « Droit et Société », n° 41.

Bourgeois F., Ebermeyer S., Sevin M., 2004, "L'hébergement des demandeurs d'asile à Lyon : pratiques locales et devenir des demandeurs", *Revue française des affaires sociales*, n° 4.

Bourgeois F., Bonerandi E., Richard X., 2004, "Cartographier la demande d'asile en France. Tendances nationales, représentations départementales et réalités locales", *Revue Européenne des Migrations Internationales*, n° 2, vol. 20.

Bruyère B., 2004, « Le demandeur d'asile : objet du tortionnaire, sujet du travail psychothérapique », In *Journal des psychologues*, n° 217.

Bruyère B., 1999, « Après la torture et l'exil : l'attente des demandeurs d'asile », In *Journal des Psychologues*, n° 164.

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, (réédition, Folio Essais, 1999).

Castel R., 1990, "Le roman de la désaffiliation, à propos de Tristan et Iseut", *Le débat*, Gallimard, n° 61.

Chatel V., Soulet M.H., 2002, *Faire face et s'en sortir*, Editions universitaires de Fribourg, Suisse.

Colin V., Laval C., 2005, « L'intervention sociale dans le champ de la demande d'asile : une démarche d'accompagnement sans promesse d'intégration », *Ecarts d'identité*, n°107.

Collectif, 2001, *De L'hospitalité- Autour de Jacques Derrida*, La Passe du Vent.

Crepeau F., 1998, *Le Droit d'asile*, Ed. Bruylant.

Derrida J., 2001, "Responsabilité et hospitalité", In *De l'hospitalité* (sous la dir. de M. Seffahi), La Passe du Vent.

Devereux G., 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, Paris.

Ehrenberg A., Lovell A., (sous la direction de), 2001, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Ed. Odile Jacob.

Fassin D., 2000, « Santé. Le traitement de la différence », *Revue Hommes et Migrations*, n° 1225, Paris, 2000.

Furtos J., Laval C., 1998, « L'individualisme post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité », In *Confrontations psychiatriques*, n° 39.

Furtos J., Laval C. (sous la direction de), 2005, *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Ed. Erès.

Furtos J., Pommier J.B., Colin V., 2002, *Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificité des compétences*, Ville de Bourgoin-Jallieu, Orspere.

Gotman A., 2001, *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, PUF.

Grinberg L., Grinberg R., 1986, *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Cesura Lyon Edition.

Guex P., Singy P., 2003, *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine & Hygiène.

Julien-Laferrière F., 2002, « Le droit d'asile en question », In *Problèmes politiques et sociaux*, n° 880.

Kaës R., Anzieu D., (sous la direction de), 1998, *Différence culturelle et souffrances de l'identité Paris*, Dunod.

- Kaës R.**, 2004, « La consistance psychique de la différence culturelle », In *Le journal des psychologues*, n°217.
- Lebigot F.**, 2005, *Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod.
- Lemaire I.**, 2005, « Au risque de se perdre... Vers une clinique de l'attente », *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, Grenoble, vol. 6, n° 3.
- Maisonneuve C., Bidault M.**, 2005, « Quel accueil pour les demandeurs d'asile ? », In *La Gazette Santé Sociale*, n° 7.
- Maqueda F.**, 2005, « L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile ; position soignante, position citoyenne », In *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, Grenoble, vol. 6, n°1.
- Ménéchal J.**, 1999, *Le risque de l'étranger. Soin psychique et politique*, Paris, Dunod.
- Mestre C., Moro M.R.**, 2005, « Comment sommes-nous devenus si inhospitaliers ? », In *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, Grenoble, vol.6, n° 1.
- Métraux J.-C.**, 2004, *Deuils collectifs et création sociale*, La Dispute, Paris.
- Métraux J.-C.**, 1997, « Aux temps de la survie, le droit au silence », In *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 117, n° 5.
- Métraux J.-C.**, « Au temps du silence, la nosographie reste muette. Les syndromes post-traumatiques en question », In Maqueda F. (sous la direction de), *Traumatismes de guerre. Actualités cliniques et humanitaires, Hommes et perspectives*, Paris, 1999 a.
- Métraux J.-C.**, « Dons de mémoire. Lecture anthropologique et sociale d'une psychothérapie interculturelle », In *Psychothérapies*, 19, 4, 1999 b.
- Métraux J.-C.**, 2000, « Le don au secours des appartenances plurielles », In Centlivres P. & Girod I. (Eds), *Les défis migratoires*, Seismo, Zurich.
- Métraux J.-C.**, 2002, « L'interprète, ce nouvel acteur », In *Cahiers psychiatriques*, 29.
- Moro M.R.**, 1998, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod.
- Nahoum-Grappe V.**, 1995, « Anthropologie de la cruauté. Quelques pistes au sujet de la guerre en ex-Yougoslavie » in Moro M.R, Lebovici S, éditeurs. *Psychiatrie humanitaire en ex Yougoslavie et en Arménie*, Paris, PUF.
- Nathan T.**, 1986, *La folie des autres*, Paris, Dunod.
- Noiriel G.**, 1998, *Réfugiés et sans-papiers. La république face au droit d'asile XIX / XX^{ème} s.*, Ed. Hachette Pluriel.
- Parat C.**, 1982, « Transfert et relation en analyse », In *Revue Française de Psychanalyse*, 46, 1.
- Piret B.**, « L'expérience strasbourgeoise de la clinique transculturelle », *Réunion conjointe Société de Psychiatrie et Parole sans Frontière*, Strasbourg, 23 mars 2002.
- Rancière J.**, 2004, *Aux bords du politique*, Gallimard, Folio Essais.
- Rancière J.**, 1995, *La méésentente. Politique et philosophie*, Galilée.
- Revault d'Allonnes M.**, 1999, « Droits politiques et droits à la vie », In *Esprit*, n° 10.
- Revault d'Allonnes M.**, 2002, *Fragile humanité*, Alto, Aubier, Paris.
- Rousseau C.**, 2003, « Violence organisée et traumatisme », In Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychiatrie et migrations*, Paris, Masson.
- Roussillon R.**, 2005, « Les situations extrêmes et une clinique de la survivance psychique » in Furtos. J., Laval C. (sous la direction de), *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*.
- Sironi F.**, 1992, « Les victimes de torture et de répression : nature, singularité et fonction du traumatisme », In *Psychologie médicale*, vol. 24, numéro spécial 5.
- Stitou R.**, 1997, « Universalité et singularité de l'exil », In *Psychologie clinique*, n° 3.
- Von Arnim R., Tézier P.**, 1989, « Immigration, asile et solidarité internationale », In *Economie & Humanisme*, n° 310.
- Waintrater R.**, 2003, *Sortir du génocide*, Paris, Editions Payot et Rivages.

Rapports

- Rapport "Santé mentale et demandeurs d'asile en Région Rhône-Alpes, modalités cliniques et inter-partenariales", ONSMP-ORSPERE - DRASS Rhône-Alpes, Mars 2005, 171 p.
- Rapport "L'asile en France et en Europe. Etat des lieux 2005", Forum réfugiés, Lyon, 2005, 190 p.
- Rapport "Demandeurs d'asile, réfugiés statutaires, déboutés dans les dispositifs d'accueil : étude exploratoire dans le département du Rhône", Forum réfugiés et Economie & Humanisme - Ministère des Affaires Sociales (DREES), 2004.

Actualités

...Nous avons lu

La santé mentale en actes. De la clinique au politique

Sous la direction de Jean Furtos et Christian Laval, Ed. Erès, 2005.

Cet ouvrage était attendu depuis le Congrès international de l'ONSMP-ORSPERE en octobre 2004. Son orientation principale est de témoigner d'une préoccupation collective de santé mentale qui s'exprime par des pratiques concrètes : la santé mentale en actes. Les scènes d'observation sont multiples et internationales : constellations familiales, travail et précarité, intervention humanitaire, politique de la Ville..., les malades mentaux faisant partie, avec d'autres, de ce contexte collectif des subjectivités blessées. Une telle clinique est questionnée à partir de deux options contemporaines lourdes quant à leurs effets psychiques, celle de l'individu accompli comme valeur sociale et celle de la spirale de l'économisme comme nouvel ordre du monde, qui produit une précarité non réductible à la pauvreté. On verra au passage comment certains signes de souffrance psychique sont transversaux à de nombreux métiers et présentent des corrélations étonnantes d'une scène d'apparition à une autre scène.

Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires

Pascale Jamouille. Ed La découverte, Paris, 2005.

Cet ouvrage s'intéresse à la figure masculine dans les milieux où la précarité s'étend. Il montre comment les prises de risque et les conduites décalées permettent aux jeunes gens de poser les bases de leur identité virile et de construire leur réputation sur un territoire ; mais aussi de gagner leur vie dans les réseaux souterrains, de diversifier leurs relations et de répliquer à la honte de vivre dans des lieux stigmatisés. Il s'agit d'explorer les transformations des prises de risque de la masculinité et de la paternité dans la vie sociale, l'intimité des foyers et les parcours, et de réfléchir au plus près du vécu des gens à des modes d'action publique adaptés.

Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique

Ed. Etudes et Recherches de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), nov. 2005.

Ce rapport est issu d'un séminaire de recherche-action DIV-ONSMP-ORSPERE (2003-2004) sur le thème « Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale ».

Il explore une dimension encore mal connue de l'action des élus et met en lumière les rapports intimes entre système politique et santé mentale.

...Nous allons lire

Les demandeurs d'asile, espoirs et déboires

Ecarts d'identité - Revue semestrielle n° 107 - Vol. 2 - Décembre 2005

10-12, Place des Ecrins 38600 FONTAINE - Tél : 04 76 53 36 20 - Fax : 04 76 53 36 25

redaction@ecarts-identite.org - www.ecarts-identite.org



...Information

Création d'un Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité (RRAPP) en Haute Normandie

Ce Réseau Régional permettra la mise en commun d'expériences cliniques, l'échange de pratiques et une aide mutuelle entre des professionnels de la psychiatrie publique d'Evreux, du Havre et de Rouen intervenant sur les questions posées par la précarité et l'accès aux soins.

Le Dr Alain Gouiffes, psychiatre, responsable fondateur de l'Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées (UMAPPP) de Rouen, a été nommé coordonnateur de ce Réseau Régional.

UMAPPP, 49 Rue des Augustins, 76000 Rouen - Tél : 02 35 98 00 71 - Fax : 02 35 98 07 38

E-mail : chlerouvray.umap@wanadoo.fr



ONSM-ORSPERE



RHIZOME

Bulletin national santé mentale et précarité

Téléchargeable sur le site : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Rhizome est une revue trimestrielle éditée par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSM-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Direction Générale de la Santé

Directeur de la publication : Jean Furtos

Coordinateur éditorial : Jean-Pierre Martin / Assistante de rédaction : Claudine Bassini

Comité de rédaction

Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or) / Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice) / François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris) / Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP / Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1) / Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1) / Bernard Elghozi, médecin (Réseau Créteil) / Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris) / Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Paris) / Alain GOLIIFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen) / Pierre LARCHER, DGAS / Christian LAVAL, sociologue, ONSMP / Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny) / Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille) / Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon) / Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris) / Michel MINARD, psychiatre (Dax) / Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille) / Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille) / Christian MULLER, psychiatre (Lille) / Jean PERRET, président d'association (Lyon) / Eric PIEL, psychiatre (Paris) / Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ / Pauline RHENTER, politologue (Lyon) / Christiane RICON, directrice établissement social / Olivier QUEROUILL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction

Claudine Bassini - tél. 04 37 91 54 60

Valérie Battache - tél. 04 37 91 53 90

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel 69677 Bron Cedex

Tél. 04 37 91 53 90 - Fax 04 37 91 53 92

E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie Brailly (St Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 10 000 ex - Dépôt légal 2238

ISSN 1622 2032 - CPPAP 0905E05589

Les Cahiers de **Rhizome**

Bâtir les Cahiers de Rhizome dans le cadre des missions de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité nous est apparu, au fil des années, comme une nécessité. Ces Cahiers accueilleront, une fois l'an, dans un format élargi, une thématique spécifique envisagée selon une approche pluridisciplinaire, autour de recherches effectuées dans le cadre de l'Observatoire. Souhaitant lancer des ponts entre la communauté scientifique et les praticiens, nous continuerons, avec ce nouveau support, d'approfondir la réflexion théorique et pratique sur les liens complexes entre santé mentale et précarité. Chaque Cahier, en continuité avec les trois autres Rhizome annuels, est conçu comme un outil de recherche et de connaissance mais aussi comme une contribution au débat collectif. Il comprend une investigation du contexte social, politique et juridique, des présentations réflexives sur des pratiques cliniques ou sociales dans leur rapport avec les théories de référence dans chacun des champs mais aussi avec la politique et ses enjeux démocratiques. Il s'agit, en construisant un espace critique pensé à partir de la pratique, de permettre au lecteur d'être dans une position de réajustement permanent entre les exigences éthiques et l'évolution des pratiques. Enfin, notre projet éditorial vise à discuter des productions pratiques de santé mentale qui impliquent plus largement la communauté des citoyens.



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95 Bd Pinel
69677 Bron Cedex

Tél. **04 37 91 53 90** / Fax 04 37 91 53 92

E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere