



Recherche clinique sur la santé mentale des demandeurs d'asile, Réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile

**Pour un Réseau Régional
Santé mentale – Précarité - Demandeurs d'Asile, Réfugiés**

Etude financée par la DRASS Rhône-Alpes

Mai 2007

Blandine Bruyère
Chercheur-Coordonnatrice

Jean Furtos
Directeur Scientifique

Sommaire

1ère Partie – Contexte et méthodologie de la recherche	2
1. Introduction	2
2. Organisation du séminaire	2
<i>2.1. Méthodologie</i>	<i>3</i>
<i>2.2 Les espaces de reprises et de discussion</i>	<i>5</i>
2ème Partie - Les productions théorico pratiques du séminaire de recherche	6
1. La rencontre du groupe de travail comme préambule à l’interrogation sur la clinique	6
2. Le traitement de la demande de soin	8
3. La différence linguistique, l’interprétariat	10
4. Les expériences traumatiques, les vécus d’étrangeté	12
5. Différence culturelle et soins	14
6. Conflit des temporalités psychiques et administratives et dispositif de soins	17
7. Le travail des liens : articulation et réseau	19
8. Reprise sur les données cliniques	21
3ème Partie - Synthèse sur les principes qui devraient déterminer toute action et réalisation pratique en Rhône-Alpes	22
1. Les constats	22
2. Prérequis cliniques	22
<i>2.1 Une approche de santé mentale généraliste.</i>	<i>22</i>
<i>2.2 Les traumatismes des demandeurs d’asile ne sont pas à isoler comme une entité réifiée</i>	<i>23</i>
<i>2.3 Reconnaître le tiers, instituer la groupalité.</i>	<i>23</i>
3. Principes institutionnels et organisateurs	23
4ème Partie - Recommandation et propositions d’organisation	25
1. Objectifs du Réseau Régional	25
2. Les missions du réseau régional	26
<i>2.1 Connaître et reconnaître les réseaux locaux</i>	<i>26</i>
<i>2.2. Constituer un lieu ressource et de réflexion pour les professionnels</i>	<i>26</i>
<i>2.3 Développer une consultation spécialisée régionale de seconde ligne</i>	<i>27</i>

1ère Partie – Contexte et méthodologie de la recherche

1. Introduction

Le séminaire de recherche clinique fait suite aux recommandations proposées dans le rapport de la première phase de recherche - action menée par l'ORSPERE-ONSMP et commanditée par la DRASS Rhône-Alpes¹. Il intègre l'une des recommandations principales consistant à initier un dispositif Rhône-Alpin de santé mentale appliqué aux demandeurs d'asile.

Ce séminaire, qui prolonge la recherche-action déjà réalisée, s'est proposé d'approfondir les dimensions de psychopathologie cliniques des personnes en demande d'asile.

Pour rappel, deux champs d'investigation étaient suivis : l'un concernant la thématique de l'exil et de la migration, l'autre celui du traumatisme psychique.

Nous avons donc rassemblé des expériences, des réflexions, du matériel clinique qui sont aujourd'hui éparpillées sur différents pôles de recherche (Lyon, Grenoble, Chambéry, St Etienne). Ce séminaire avait pour objectif stratégique de mutualiser ces pratiques et de les mettre en discussion entre les professionnels.

Le public sur lequel s'exerce la préoccupation de santé mentale de cette recherche est celui qui endosse le statut de demandeur d'asile. Cette préoccupation se soutient dans les différents trajets suivis par le demandeur d'asile qu'il s'agisse de la reconnaissance du statut de réfugié ou du passage à d'autres statuts comme celui d'étranger malade. Le souci de santé mentale peut être de nature préventive et/ou thérapeutique, il peut concerner des adultes, des adolescents, des enfants.

2. Organisation du séminaire

Nous avons d'abord identifié au niveau de la région des professionnels de la santé mentale au sein des structures du secteur public, mais aussi au sein d'associations ; professionnels qui avaient fait part de leur intérêt ou de leurs expériences de pratiques auprès des demandeurs d'asile. Certains étaient déjà présents dans la précédente phase de recherche. Les départements de la Drôme et de l'Ardèche n'ont pu être représentés dans le groupe du fait notamment de la relative nouveauté de la présence du public « demandeurs d'asile » (DA) dans ces départements. Nous pouvons faire l'hypothèse que les soignants ne sont encore que marginalement interpellés pour cette population.

Ce groupe était donc composé de la manière suivante :

Pour le secteur public

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

¹ Colin V., Laval Ch., mars 2005, Rapport « Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes. Modalités cliniques et interpartenariales », recherche-action commanditée par la DRASS Rhône-Alpes. (Document téléchargeable www.ch-le-vinatier/orspere rubrique publications).

Pour le secteur associatif

	Rhône	Ain	Isère	Loire	Hte Savoie	Savoie	Ardèche	Drôme
Psychologues	3	1	2			1		
Autres (IDE...)				1				

Le groupe accueillait également 3 étudiants-chercheurs des universités Lyon II pour l'Institut de Psychologie, et de Lyon I pour la Faculté de Médecine (interne en psychiatrie).

2.1. Méthodologie

Nous avons choisi de travailler dans la continuité en mettant en place le séminaire, proposant une thématique de travail pour chacune des séances. Chaque membre du groupe était invité à présenter une situation clinique à partir de laquelle le groupe pouvait approfondir la réflexion. La mobilisation a été très bonne, signe que ce type de travail répondait à un besoin. Nous avons travaillé sur 8 séances en 7 mois (75% de moyenne de fréquentation), en invitant parfois un professionnel extérieur repéré comme ayant une connaissance spécifique sur l'un des thèmes ; les thèmes faisaient écho aux interrogations incontournables quant au déroulement d'une rencontre entre un psy et un demandeur d'asile, ils sont exposés dans le tableau ci-dessous :

Programme du séminaire recherche et clinique

Introduction – fonctionnement – présentation	Rappel sur la recherche ONSMP- ORSPERE 2005, <i>Modalités cliniques et inter partenariales</i> , DRASS Rhône-Alpes. Tour de tables des participants, de leur pratique et de leurs questionnements
L'émergence de la demande de soin	Deux situations cliniques présentées : - Elisabeth Piegay*, assistante sociale au Réseau Rue/ Hôpital (Rhône) - Julie Kieffer, psychologue, Secours catholique (Rhône)
Langue – interprète La rencontre en langue étrangère	- Louisa Moussaoui, Zdenka DIZDAREVIC Interprète à ISM (Rhône), et un interprète de l'ADATE (Isère), le Dr Jeddi, psychiatre (Rhône) - Situations cliniques : Françoise Perroud, Cadre infirmier au Pôle Psychiatrie Précarité (Isère)
Etrangeté du demandeur d'asile : trauma et exil	- F. Maqueda, psychologue clinicien, Président de l'Association Appartenances (Rhône) - Situations cliniques : Séverine Masson, psychologue à Forum Réfugiés (Rhône). - Nathalie Vavize, Infirmière psy, Cada de Miribel Alpha 3A (Ain)
Les représentations du soin psychique dans les cultures « Qu'est-ce qui soigne ? »	- Jocelyne Hugué-Manoukian psychanalyste, ethnologue (Rhône) - Situations cliniques : Fabien Hugué, psychologue et anthropologue au SAML (Rhône) - Marie Noëlle Grimault, psychologue, CMP Annecy (Haute-Savoie)
Les temporalités et le dispositif de soin	- Frédérique Négrignat, psychologue Association d'aide aux victimes (Rhône) - Situations cliniques : Alexia Levrat, psychiatre au Centre de Thérapies brèves, CH Saint Jean de Dieu (Rhône)
Articulation et réseaux	- Situations cliniques : Lucie Valentini, intervenante psychologue à l'ADATE (Isère)
Synthèse	Reprise des thématiques abordées

Les objectifs du groupe :

- **Expérimenter la faisabilité d'un groupe de travail recherche et clinique en tant qu'ébauche d'un réseau régional « santé mentale et demandeurs d'asile ».**
- **Interroger la pertinence de la mise en place d'une consultation spécialisée pour Demandeurs d'Asile (DA) en Rhône-Alpes, en appui sur les pratiques actuelles.**
- **Amorcer un relais d'information pour d'autres groupes ou d'autres réseaux dans les départements.**

2.2 Les espaces de reprises et de discussion

Parallèlement aux séances, un **groupe de reprise élaborative**¹ s'est constitué à partir des éléments travaillés dans le séminaire, à la manière d'un espace de réflexion distancié. Il était également le lieu d'interrogation des effets en miroir des problématiques des demandeurs d'asile sur le groupe de professionnels présents.

Enfin, le **comité de pilotage** de la recherche a eu pour fonction d'éclaircir les axes de travail abordés en lien avec la méthodologie proposée, et de recentrer les objectifs.

Il était constitué de :

- P. Bron, Directeur, Adate (Isère)
- B. Bruyère, Psychologue, Orspere-Onsmp (Rhône-Alpes)
- V. Colin, Docteur en psychologie, Orspere Onsmp (Rhône-Alpes)
- M. Diab, Forum Réfugiés (Rhône)
- B. Duez, Professeur de psychologie, Institut de psychologie, Université Lyon II (Rhône)
- J. Furtos, Directeur Scientifique, Orspere-Onsmp(Rhône-Alpes)
- J. Guélé, Conseillère technique en travail social, DRASS (Rhône-Alpes)
- C. Lombard, Médecin Inspecteur Régional Adjoint, DRASS (Rhône-Alpes)
- F. Maqueda, Président, Association Appartenances (Rhône)
- C. Martinez, Chargée de Mission, ARH (Rhône-Alpes)
- M. Rebet, Inter Service Migrants (Rhône)
- H. Zeroug-Vial, Psychiatre, Université Lyon I (Rhône)

¹ **Groupe de reprise élaborative** composé des animateurs des séminaires : Mmes **Blandine Bruyère** et **Valérie Colin**, psychologues avec **Madeleine Bernard**, psychiatre Haute Savoie, **Bernard Duez**, psychologue psychanalyste, Université Lyon II, **Jean Furtos**, responsable de l'ORSPERE ONSMP, **Halima Zeroug-Vial**, représentant le Pr Daléry, psychiatrie universitaire au CH Le Vinatier.

2ème Partie - Les productions théorico pratiques du séminaire de recherche clinique

Nous présentons le déroulement des séances, leur thème, la réflexion issue des échanges cliniques, la dynamique du groupe. Pour en apprendre plus sur la clinique des demandeurs d'asile, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les mouvements et processus du groupe seraient en reflet de cette clinique. Cette hypothèse de départ permet également de reprendre et d'analyser ce qui a été amené lors de la précédente phase par les intervenants sociaux en termes de souffrance professionnelle face à ce public.

1. La rencontre du groupe de travail comme préambule à l'interrogation sur la clinique

La première séance permettait aux participants de se retrouver et se rencontrer. Il était important, pour la dynamique de travail à venir, de prendre le temps des présentations et de la mise au point de l'état de la réflexion, notamment sur la connaissance du rapport effectué par V.Colin et C.Laval en 2005.

Il est repris, à travers ces premiers échanges, le constat que le secteur de psychiatrie publique est largement sollicité par les foyers d'hébergement à proximité, mais se trouve en difficulté de répondre à ces demandes, du fait :

- de leur charge de travail
- de l'arbitraire du temps de présence des DA sur les foyers
- du fait de l'accélération des procédures, ou du changement d'hébergement en cours de procédure¹.

Cependant, les professionnels associatifs de la santé mentale, après concertation, ont « bricolé » des dispositifs de prises en charge ou plutôt **d'écoute de la souffrance psychique des demandeurs d'asile** en faisant largement appel au bénévolat. Quels que soient les dispositifs bricolés et qui ont souvent manifesté leur pertinence, un vécu de dépréciation, d'insatisfaction, est apparu dans le groupe du fait du peu de reconnaissance institutionnelle accordé à ces dispositifs et aux soignants qui y travaillent, comme à la population cible.

Le groupe de professionnels présents est plutôt un groupe assez jeune, en terme d'expérience professionnelle, avec l'impression d'avoir une trop petite expérience et de n'avoir pas grand chose à apporter et à penser dans le cadre de cette recherche. Nous faisons l'hypothèse d'un effet miroir entre la vulnérabilité sociale des primo-arrivants demandeurs d'asile et celle des intervenants. Sur le versant négatif, cette modestie excessive rappelle l'impression d'être devenu « bête » exprimé par les demandeurs d'asile comme manifestation de la difficulté à décoder le nouvel environnement qui les accueille.

Il a été également question de la noblesse de certains « objets cliniques », en opposition à ceux qui seraient honteux (s'occuper de « schizophrène » semble plus noble que de s'occuper de « SDF » par exemple). La valeur narcissique et scientifique de ces objets aurait-elle un lien

¹ Cf. Rapport « Santé mentale et demandeurs d'asile en Région Rhône-Alpes », op. cit.

avec les préoccupations politiques ? Ne pourrions-nous pas également y voir un effet de société : la pensée psy est régulièrement interpellée depuis une dizaine d'années sur les phénomènes sociaux (Samu psy, interface SDF...), qui n'étaient pas des objets de préoccupations cliniques habituelles, ni présentes dans les formations universitaires jusqu'alors ; la question clinique au sujet des demandeurs d'asile serait largement influencée par les débats politiques en termes de légitimité.

Dans ce temps de prise de contact au sein du groupe, la confrontation à une dialectique binaire se fait jour :

- Les dispositifs bricolés oscillent constamment, dans la définition de leur mission, entre accompagnement et soin, suggérant une nécessité de trancher un positionnement, de s'inscrire dans une catégorie en excluant d'autres possibles : « soit on soigne, soit on accompagne », posant ainsi une sorte d'impossibilité à nuancer, à concilier.
- Ces dispositifs sont à la fois reconnus comme utiles, voire indispensables, par les collaborateurs (psychiatrie de secteur, service sociaux...) ; ils leurs permettent de se décharger de problématiques difficilement identifiables et confusionnantes. Mais ces dispositifs sont en même temps souvent attaqués par les mêmes collaborateurs, du fait de l'interpénétration constante de leur espace de soins par la réalité sociale et administrative.

Cette dialectique binaire en rappelle d'autres, à la fois réelle et psychique : celle de la vie ou la mort, celle de la confusion des espaces réel/psychique, de la perte des repères dans la temporalité (passé / présent / futur), et aussi de l'oscillation identitaire entre bourreau et victime. Cette dialectique à laquelle nous confrontent les demandeurs d'asile à laquelle ils sont eux-mêmes confrontés, contribue à leur difficulté de repérage des manifestations de leurs souffrances.

Nous retiendrons la difficulté pour les cliniciens de repérer leur objet propre du fait d'une constante interpénétration des niveaux de réalité politique, sociale et clinique auxquels ce public les confronte.

2. Le traitement de la demande de soin

L'objet de ce questionnement était de repérer le parcours de soin des demandeurs d'asile avant d'arriver dans un lieu de soins psychiques. Cette préoccupation qui était apparue très en lien avec les modalités concrètes de l'hébergement lors de la précédente phase¹, semble aussi liée aux modalités de prises en charge dans la filière spécialisée « asile politique » (CADA, CPH...).

Chacun dans le groupe a pu dire sa difficulté à faire entendre quelque chose de la souffrance psychique de cette population dans les lieux soignants spécialisés, les psys du secteur public arguant souvent se limiter à la prise en charge des symptômes psychopathologiques (insomnies, manifestations dépressives, vécus persécutoires...). Nous faisons l'hypothèse d'un vécu d'impuissance important de la part des soignants psy face à une souffrance qui s'exprime et qui s'origine fréquemment dans le social. Cette attitude opératoire serait le signe **d'une complexité de la rencontre dans une autre langue, avec une autre culture** et sa difficulté de décryptage du sens de la plainte et de la symptomatologie rencontrée.

Les propositions du groupe pour améliorer les réponses existantes sur les aménagements de la psychiatrie publique réaffirment avec les recommandations de la première phase de recherche :

- Pouvoir décider de **ne pas tenir compte de la sectorisation** pour ces patients fréquemment déplacés afin de faciliter la permanence des soins engagés et la possible pérennisation du lien².
- Accepter l'absence de certitude sur un diagnostic psychiatrique en considérant les **effets des psychotraumas et de l'exil**.
- **Accepter l'arrêt des soins par le patient**, sa disparition ou sa rupture. La malléabilité des liens est nécessaire au sujet pour éviter l'écueil potentiellement persécutant parce que teinté d'emprise.

Il ressort de cette réflexion que les espaces de pensée et d'intervention (soignants ou sociaux) sont empreints de vécus traumatiques. On repère alors une certaine récurrence des clivages entre la réalité sociale de la demande d'asile et la souffrance psychique des demandeurs d'asile. Les psys n'y échappent pas et les espaces de consultation sont fréquemment envahis par les faits de procédure et par la précarité sociale. Cette clinique montre que le clivage psychique est incarné dans le corps social : les soignants d'un côté, les travailleurs sociaux de l'autre, chacun exprimant une difficulté à faire des liens entre les deux aspects de la prise en charge et parlant de l'isolement professionnel.

Quand une organisation psychique est défensive et se sert de la réalité pour faire écran, on peut s'interroger sur la nécessité de faire tomber les défenses ou de les maintenir actives. Toucher aux défenses psychiques, c'est aussi risquer de faire s'effondrer la réalité sociale.

Il semble alors nécessaire de penser un travail concerté sur la réalité interne et externe dans une nécessaire **articulation du travail social et du travail psychique**.

Les premières structures interpellées (accueil d'urgence, service d'urgence, espace de domiciliation...) deviennent **dépositaires de ce qui n'est pas pensable** et qui s'exprime au travers du corps ou à travers l'errance sociale et administrative.

¹ Cf. Rapport « Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes », op. cit.

² En référence à l'idée d'un conventionnement systématique entre CMP et CADA issu des précédentes recommandations du rapport précédemment cité.

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

Si le sujet demandeur d'asile n'est pas dans la filière spécialisée (CADA...), mais que sa problématique clinique est masquée par de l'urgence sociale (prostitution, errance...) on ne sait plus comment « l'attraper » et lui permettre d'accéder aux soins. Certains DA adoptent un mode permanent de survie dans lequel toute image de désir est effacée dans le but de maintenir l'auto-conservation. Sans émergence de désir, les conduites opératoires dominent. Les sujets demandeurs d'asile semblent alors transférer les vécus enfouis (pour survivre) sur les liens qu'ils peuvent établir dans les différents lieux d'expression de la demande (service d'urgence somatique, social...).

Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il existe un besoin de n'être pas trop localisable, ou ancré, pour certains DA, du fait du risque d'une confrontation à la réminiscence traumatique ; comment alors offrir des espaces souples et malléables ?

Un lieu ressource en direction des demandeurs d'asile est un lieu dans lequel on pense en polyphonie (pluridisciplinarité des prises en charge, pluriprofessionnalité, différents niveaux d'accueil des populations...), un lieu de bienveillance, d'accueil, d'échanges coordonnés.

Parmi les expériences relatées à propos des différents dispositifs, la présence de psy permettrait la préservation d'un espace pour la psyché par rapport à l'espace juridique et social. Dans ce lieu, par une discrétion retrouvée, un respect des silences, peut s'expérimenter un lien suffisant de confiance pour supporter de l'intrusion quant au trauma et manifester au demandeur d'asile notre capacité à en recevoir le récit.

Il apparaît nécessaire que **le lieu d'accueil et d'écoute de l'histoire de la souffrance du sujet se démarque des espaces de traitement de la procédure de demande d'asile** au cours de laquelle on interroge, on ordonne le récit d'une histoire dont le sujet se dépossède pour en faire la matière d'une démarche administrative.

La procédure de demande d'asile induit des effets paradoxants, lorsqu'elle demande des preuves de persécutions là où, dans les textes, des craintes légitimes devraient suffire ; l'expérience émotionnelle du sujet est alors réduite au silence, attendant un lieu de respect pour se dire.

En résumé, nous retiendrons de cette deuxième séance :

- la complexité de la procédure de demande d'asile semble faire écho aux **vécus traumatiques** en même temps qu'elle confronte à la différence culturelle ;
- l'espace d'accueil de la souffrance psychique doit pouvoir autoriser une zone d'intimité pour le demandeur d'asile, tout en travaillant étroitement avec le pôle social, offrant une certaine **polyvalence dans l'accroche possible.**

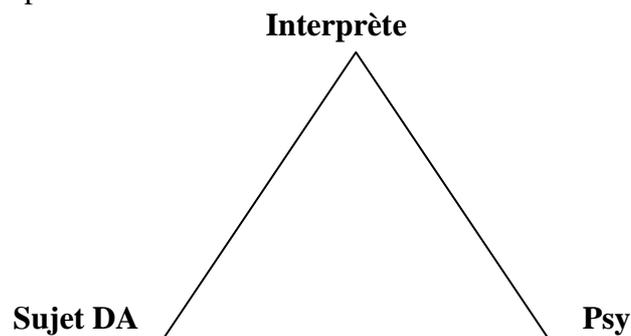
3. La différence linguistique, l'interprétariat

Dans la rencontre entre le psy et le demandeur d'asile se pose inévitablement la question de la langue dans laquelle se dérouleront les échanges. **Dans le groupe, la pratique d'entretien avec interprète est partagée. Nous aboutissons à la conviction que les approximations linguistiques sans interprète sont plus nuisibles à la relation (car souvent chargées d'incompréhension, de non-sens voire de contresens) ; la présence dans l'entretien d'un non psy, interprète, en fait un médiateur culturel présent aussi souvent que nécessaire.**

Les interprètes, de leur place, à côté des psys, précisent que la traduction mot à mot engendre une perte du sens global, de la nuance et du sous-entendu, qu'ils essaient de restituer à leur manière.

Du côté des psys, il semble que la présence de l'interprète opère une sorte de filtre dans le lien thérapeutique. Mais il incarne aussi une fonction transformationnelle, par sa position de passeur : passeur de mots, d'histoires, d'affects. Ceci apparaît notamment quand l'interprète est amené à reformuler les propositions du psy, ou lorsqu'il s'approprie la parole du psy et du patient. Les interprètes disent se vivre comme les porte-voix¹ des patients, s'interrogeant fréquemment sur ce qu'il faut traduire, mais aussi, par qui et comment cette parole est entendable. Qui reçoit quel discours dans l'entretien, entre le psy, l'interprète et le patient ?

De par la position des interprètes, la création d'un positionnement en triangle est facilitatrice d'une circulation de la parole.



On repère alors que la circulation de cette parole modifie la structure de l'entretien, ce qui amène à une parole séquentielle : du psy à l'interprète, de l'interprète au patient, et vice versa, et plus rarement du patient au psy en direct.

Ainsi, la langue devient une sorte d'univers de conquête pour le demandeur d'asile comme pour le psy.

La difficulté du point de vue des psys est repérée par le vécu d'étrangeté, d'exclusion face au couple interprète-patient.

Les interprètes disent la nécessité de vraiment faire binôme avec les psys, de poser un cadre commun, de partager une représentation commune du soin psychique. Se pose pour eux la difficulté de s'y retrouver face à la différence de pratiques entre les différents psys. Cette remarque amène les psys à interroger la lisibilité de leur pratique. Une formation croisée entre psy et interprète apparaît plus qu'utile.

Ces repérages nous font nous interroger sur la spécificité de ce dispositif « groupal ».

Cette situation avec trois acteurs minimums (psy, DA, interprète) est la forme minimale du groupe, de l'altérité et du transculturel.

¹ Voir les travaux d'E. Pichon-Rivière et J. Bleger sur les groupes en Amérique latine.

Différentes théories de l'âme (vie psychique) orientent les représentations du soin psychique dans les cultures. Avant même de parler de rencontre clinique interculturelle, nous devons nous interroger sur les représentations, les images de la relation à l'autre dans d'autres cultures.

L'altérité de l'interprète dans l'entretien psy permet d'accéder à l'altérité du patient. Ce tiers incarné par la présence de l'interprète est « irrécusable » du fait de la différence linguistique, puisqu'elle existe ; et ce, contrairement à d'autres situations de la clinique psychosociale où, de fait, la demande, souvent portée par un tiers. Plus qu'une instrumentalité nécessaire, l'interprète apparaît comme un « Autre » qui constitue la forme minimale de l'altérité, du groupe, du transculturel.

Nous relevons par ailleurs que la **vertu soignante de la parole ne va pas de soi**. Parler peut réactiver le trauma, les mots peuvent devenir persécutants. Dans la torture, la parole est pervertie, les liens d'affiliations communautaires sont attaqués par la violence d'Etat, et son discours. Ainsi apparaît-il nécessaire d'estimer la pertinence de la présence de tel ou tel interprète (en fonction de son origine), et de faire travailler le lien de confiance entre l'interprète et le psy afin d'aboutir à un fonctionnement de couplage suffisamment rassurant pour le patient.

A ces conditions peut s'instaurer, une aire de transitionnalité, un espace de jeu entre deux langues, deux cultures...

Nous retiendrons de cette problématique, qui fut un moment clé du séminaire :

- L'introduction d'un **tiers médiateur-passeur-transformateur** dans la rencontre psy / demandeur d'asile facilite la rencontre et la pensée.
- La présence d'un support tiers dans la rencontre invite à penser **la place de la groupalité** dans ce type de prise en charge.
- La **médiatisation** de l'entretien rend plus accessible le travail d'élaboration des pertes, du trauma.

4. Les expériences traumatiques, les vécus d'étrangeté

A travers les situations présentées, nous prenons la mesure des nombreux effets du psychotrauma. Rien de l'histoire des personnes avant les événements n'est relaté. Les effets perturbateurs sur la chronologie des sujets traumatisés deviennent repérables par les impressions, dans la rencontre, d'une sorte d'hyper actualité des événements avec impossibilité de faire des liens dans l'histoire du sujet et de retrouver des souvenirs de la vie d'avant les événements. Le trauma se présente comme un point de départ, un point d'origine pour l'histoire du sujet comme pour l'histoire de la prise en charge.

Le trauma maintient actif la rupture des liens de soi à soi-même et de soi aux siens (famille, communauté, culture). Un travail de « ré-historisation » du sujet et de son contexte permettra de lutter contre cette rupture de liens en pensant (et situant) le sujet pris dans ces différents espaces. Le sujet peut alors se déployer au-delà de l'intime - ce repli narcissique dont on sait qu'il est nécessaire pour survivre - dans les espaces de surface favorisant également la reconstruction identitaire. Il s'agit certes d'envisager l'être « des profondeurs », mais aussi l'être social et politique, l'être culturel, en lui permettant de retrouver ces différentes inscriptions dans la réalité.

Le dispositif groupal mise à jour à partir de la séance précédente est adéquat au soin du trauma, par un travail de re-liaison, alors que **l'effet du trauma est de couper le sujets de ses groupes d'appartenances**. Le groupe offre aux personnes traumatisées une potentialité contenant permettant distanciation et communication au sein d'un dispositif à visée thérapeutique.

Par ailleurs, sur la spécificité de la prise en charge des psychotraumas liés à des expériences de violence extrêmes, il semble nécessaire d'articuler l'histoire personnelle et l'histoire collective avec une lecture à plusieurs niveaux : le sujet demandeur d'asile est un sujet culturel, politique, religieux et social, pas seulement un sujet psychique.

La violence institutionnalisée a eu pour effet de couper, de désaffilier le sujet de ses différentes appartenances. On ne peut donc pas se contenter d'écouter le seul « sujet de l'Inconscient » : la réalité sociopolitique dans laquelle ont eu lieu les événements a contribué à le confronter à une expérience de mort. Les pertes furent autant d'ordre réelles, sociales, professionnelles que symboliques.

Il est aussi nécessaire de comprendre comment le demandeur d'asile, par cette expérience de l'extrême, met la pensée des aidants en exil, comment ceux-ci vivent cette étrangeté dans les dispositifs de prise en charge.

Dans chacune des situations exposées, quelque chose d'une mise en scène de la vie psychique dans le lieu de l'hébergement est perceptible. Le repli, par exemple, n'est pas que psychique, les personnes s'enferment réellement dans leur chambre, à défaut de pouvoir nommer, signifier à l'autre, travailleur social ou psy, ce qui l'habite en pensée, ce qui le confronte à des vécus d'étrangeté face à lui-même, de terreur de ne pas se reconnaître comme appartenant à la communauté des humains.

Se pose en écho la question du rapport du psy à l'étrangeté en soi, à l'étrangeté de soi pour l'autre, de l'autre pour soi, de l'autre pour lui-même, tel un jeu de miroir à l'infini, ce qui induit des éprouvés très singuliers.

Remarquons que la question du culturel n'est pas immédiate dans les problématiques rencontrées par des victimes de violences extrêmes, mais il est important d'y rester très attentif car l'expression de la symptomatologie traumatique se sert de supports culturels pour s'exprimer.

Le psy doit se positionner pour se laisser apprendre par la personne les façons de penser la souffrance psychique, de se la représenter, de la soigner, de repérer quelle a été sa place au cœur du conflit qui la met sur les routes de l'exil. Cette position diffère d'une position d'ethnologue qui décrit ce qu'il observe.

Le trauma a un effet contaminant pour le professionnel, surtout s'il est isolé ; par contre, si **le professionnel est étayé par un groupe de pairs**, partageant un objet commun, il peut plus aisément être étayant pour le demandeur d'asile ; il a alors lui aussi un espace pour se dégager des vécus traumatiques, pour ne pas être pris en miroir dans les effets induit par la rencontre avec ce public.

Nous retiendrons que la prise en charge de personnes ayant subi des psychotraumas passe par :

- Favoriser un **travail d'affiliation** aux différents groupes d'appartenances permettant de reconstruire une identité partageable ;
- Travailler une **réinscription du sujet dans une histoire individuelle et collective**, signant symboliquement la fin ou l'atténuation d'un exil qui est aussi psychique ;
- Faciliter un **étayage organisé par et pour les professionnels** afin de les soutenir dans ces prises en charge où le psychotrauma a des effets contaminants et de sidération.

5. Différence culturelle et soins

A partir d'une situation présentant un patient africain qui amène des éléments magico-religieux de compréhension sur ses propres troubles, le groupe commence par faire des ponts représentationnels entre ici et là-bas... Ici, le référent des soins est le médecin généraliste ; là-bas, c'est le marabout. Cette réflexion redit le besoin de construire une culture commune entre le patient et le psy afin de permettre au demandeur d'asile d'établir des concordances parmi ses représentations des soignants, et au psy de faire de même à partir des représentations du patient. Nous pouvons repérer le même type de questionnement face au patient dont l'unique représentation de la psychiatrie est associée à la folie pure...

La place du grigri (ou de tout autre objet intervenant dans les rituels, notamment de soin) est d'être un objet médiateur, à l'image de la pâte à modeler utilisée dans les thérapies avec les enfants. On remarque que dans la tradi-thérapie¹, les objets utilisés ne sont pas toujours des objets traditionnels, mais souvent des objets modernes utilisés dans un sens magique, par exemple un CD comme symbole du disque solaire...

On constate en effet qu'une culture pure, ça n'existe pas, il existe constamment un métissage avec des objets « modernes » et « traditionnels » occupant des fonctions symboliques au cours des rituels de soins.

Nous savons par ailleurs que les pratiques rituelles disent quelque chose de la continuité dans le lignage, de l'inscription du sujet comme maillon d'une chaîne générationnelle et de son affiliation à une communauté. Se pose à partir de cette réflexion la question de la place et de la présence du collectif, au-delà du groupe dit thérapeutique, dans l'organisation sociale et dans la prise en charge du patient².

Un autre aspect de la prise en charge des demandeurs d'asile est d'interroger ce qui soigne, mais aussi et d'abord ce qui fait symptôme et par rapport à quel contexte ?

Si l'on considère que le symptôme est la manifestation d'une rupture de sens, on doit alors interroger le symptôme dans la culture.

Il existe des normes de symptômes³, ce qui peut être différent de ce qui fait symptôme pour le sujet, en référence à sa perception de sa normalité dans son bain culturel original.

Dans le groupe du séminaire s'opère la tentative pour décrypter la clinique exposée, d'utiliser nos théories, au risque de les plaquer sans avoir les moyens de les interroger. La question étant : **comment avoir des outils thérapeutiques adéquats dans un contexte d'interculturalité ?**

Se pose alors la question de ce qui est transculturel et interculturel. Ce débat théorique, malgré tout très récent, permet de mettre à jour des éléments de compréhension encore trop discutables pour constituer une référence adoptée par le groupe.

Quoiqu'il en soit, avec un ensemble de codes qui sont les nôtres, on ne peut pas se déporter dans la culture de l'autre, sinon, on devient anthropologue.

La conciliation entre deux objets théoriques de lecture, à l'exemple de l'ethnopsychiatrie, implique l'idée d'une position d'expertise globalisante ne laissant, semble-t-il que peu de place à la singularité du sujet et à son propre rapport à sa culture d'origine ou à l'expression

¹ Ou thérapie traditionnelle : shamans, marabouts, rituels collectifs, etc.

² Cf. : C. Levi-Strauss, 1962, « La pensée sauvage », Paris, Plon.

³ Classification internationale des maladies -CIM10- de l'OMS, Diagnostic Statistical Manuel of Mental Disorders, DSM3-R, DSM4, ..., les classifications d'inspiration psychanalytique.

d'une souffrance de l'intime. Il peut être, par contre, intéressant de penser la complémentarité de ces deux outils de pensée dans l'œuvre de Devereux.

Ce qui nous amène à interroger la sémiotique de nos théories, cette science qui étudie le processus de signification c'est-à-dire la production, la codification et la communication de **signes**. La sémiotique fournit les outils nécessaires à l'examen critique des symboles et des informations, dans des domaines divers. La faculté de jouer avec les **symboles** est une caractéristique de l'être humain qui lui permet mieux d'utiliser les relations entre idées, choses, concepts et qualités. *Nous pouvons alors affirmer que les migrants interrogent la sémiotique de nos théories occidentales et une certaine façon d'interpréter le monde.*

La migration, et à plus forte raison l'exil, apparaissent comme une rupture de lien du symbolique, une perte du bain culturel et des codes permettant le lien social et l'inscription habituelle dans des groupes d'appartenances.

Chaque culture a recours à des mythes pour expliquer les choses de la vie, mais chaque culture possède aussi des théories de la psyché et de ses fonctionnements. Le complexe œdipien comme celui de l'intrus est un mythe qui sert de référence à la psychanalyse occidentale, mais dans d'autres régions du monde d'autres mythes peuvent être explicatifs ou donner du sens.

C'est ce que les psycho-dynamiciens partagent avec les tradi-thérapeutes. C'est pourquoi la théorie psychanalytique –qui elle aussi se réfère à des mythes - comme outil étayant la pensée (référence la plus représenté dans le groupe) semble efficiente, pour prendre en charge les demandeurs d'asile. Elle permet :

- de pouvoir envisager une lecture non seulement anamnésique et individuelle, mais aussi transgénérationnelle et contextuelle, incluant les valeurs des mythes.
- de demander au patient s'il est initié, au sens de rite d'initiation, de passage d'un état à un autre, car il pourrait, à partir de là, connaître le sens culturel de son symptôme ou de sa prise en charge. Il va de soi que d'autres approches théoriques que la psychanalyse peuvent être ouvertes à ce questionnement (approche systémique, autre...).

Quand il y a rupture géographique avec la culture d'origine, comment travailler la continuité de la culture, sachant qu'elle est un des éléments identitaires du sujet ? Le psy aussi doit veiller à la survivance de la culture en tant qu'élément identitaire, car le symptôme est en rapport avec la norme sociale culturelle.

Dans les pratiques, on s'aperçoit que les demandeurs d'asile ne sont pas si « exotiques » que ça, notamment par rapport à la clinique qu'ils exposent. Ils peuvent incarner une figure du monstrueux, avec un vécu d'inhumanité, car ils sont porteurs d'une violence irréprésentable à la figure de laquelle on ne peut s'identifier, car trop violente. Mais n'en a-t-il pas été de même pour des personnes autres en situations de grande précarité pour lesquelles des dispositifs spécifiques ont été pensés.

Il faut, par exemple, pouvoir accueillir la famille quand le symptôme est d'inscription familiale. Le dispositif doit intégrer la possibilité du groupe familial ainsi que du groupe thérapeutique (avec l'interprète). La possibilité des médiations doit être envisagée.

Sur la prise en compte de la dimension culturelle de la rencontre, nous retiendrons l'importance:

- de tenir compte du rapport qu'entretient le patient avec sa **culture d'origine**, notamment pour décrypter la symptomatologie ;
- **de considérer nos références théoriques du soin comme n'étant pas universelles mais comme pouvant trouver des correspondances dans d'autres systèmes de représentations des soins.**

6. Conflit des temporalités psychiques et administratives et dispositif de soins

Nous savons déjà, et cela a été rappelé lors du rapport¹ précédent, que la temporalité de la procédure est différente de la temporalité psychique, régulièrement articulée avec la question du type d'hébergement. De ce fait, **l'attente de la décision administrative risque de geler les processus psychiques notamment de deuil**. La crise et les symptômes peuvent se permettre d'apparaître lorsque s'instaure un sentiment de plus grande sécurité, notamment en lien avec l'hébergement.

Cette forme de la conflictualité temporelle se manifeste par un vécu d'injonction implicite de ne pas investir la société d'accueil du fait de l'incertitude quant à l'issue de la procédure, et par, l'impossibilité simultanée de penser un retour dans le lieu du trauma.

La présentation des différents dispositifs de soin prenant en charge d'autres populations spécifiques (centre de crise, aide aux victimes, populations toxicomanes, SDF...), nous permettent de repérer un certain nombre de constantes pertinentes, également efficaces pour les demandeurs d'asile, déjà implicites dans les précédentes remarques établies :

- des **réponses rapides** aux demandes de consultation ;
- un intérêt manifeste de travailler **en binôme**, avec des étayages sur l'équipe (diffraction, déconfusionnement), mais aussi maintien de la continuité des soins (quand l'un est absent, l'autre reste) et appui sur **la contenance d'une équipe** pluri professionnelle ;
- **le travail avec une assistante sociale**, pour le rôle d'interface, de mise en lien, l'accompagnement physique par une personne qui est aussi dépositaire de la « réalité sociale » ;
- une certaine **souplesse** du dispositif du fait même de l'organisation, pouvant supporter les aléas des perturbations de la chronologie que nous retrouvons chez un public ayant subi des traumatismes, mais aussi la grande diversité des modalités d'accès aux soins psy.

D'autres aspects sont importants à souligner : les différentes situations cliniques exposées jusqu'alors dans le groupe nous permettent de mesurer l'importance de la possibilité d'un **soin pérenne**. Ainsi, les contraintes trop orthodoxes de la sectorisation ou d'une limitation dans le temps ne sont pas adaptées à une population souvent amenée à changer de lieux d'habitation, et pris dans une procédure qui se fait de plus en plus rapide, engendrant une succession de rupture dans les différents accompagnements, répétant l'arbitraire des situations antérieures, là où il serait au contraire, important d'assurer de la continuité et de la permanence. Nous revenons également sur l'importance de l'accès simplifié et régulier à des interprètes, en même temps que nous convenons que nombres de collègues méconnaissent (par défauts d'information ou de formation encore rare à ce jour) la problématique des demandeurs d'asile.

¹ Cf. Rapport « Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes », op. cit.

A partir de l'ensemble de cette réflexion, les dispositifs de soin psychique adaptés aux demandeurs d'asile :

- donneront une place particulière à la question de la **groupalité** dans ce type de prise en charge ;
- auront une certaine **souplesse de fonctionnement** (du temps et du lieu) ;
- mobiliseront différents niveaux d'intervention autour du travail psychique (étayage, gestion de l'attente, psychothérapie) avec **une équipe pluri professionnelle**.
- Les **secteurs de psychiatrie publique** qui connaissent déjà ces particularités les ont intégrées dans leurs modalités de soins.

Nous constatons alors que cette population nous invite à penser un dispositif spécifique, et à introduire du spécifique dans le droit commun.

7. Le travail des liens : articulation et réseau

Nous partons de deux constats principaux, régulièrement amenés par les travailleurs sociaux intervenant dans les lieux d'hébergement spécifiques, mais également perceptible dans les rencontres psy :

- la difficulté de maintenir des liens de réseaux, dans et hors filière spécifique, avec les services de soins et entre eux ;
- le manque d'autonomie importante chez les demandeurs d'asile.

Comment comprendre cette perte d'autonomie chez des personnes qui avaient pour la plupart une vie d'adulte responsable et autonome avant l'exil ? Se pose la question du sens de l'exil. Est-ce une quête d'adoption symbolique, une façon de renaître dans l'exil, avec peut-être l'idée « d'annuler » psychiquement ce qui a pu faire trauma dans l'histoire personnelle et collective ? Comment compenser les effets de la perte du bain culturel qui permet à chacun de décoder les fonctionnements sociaux d'affiliation et d'appartenances. Dans la succession des séances de travail, nous avons pu repérer qu'au moment où « ça déborde » les accompagnants ou les institutions, il devient nécessaire d'envisager le réseau. Cependant le mode opératoire habituel fait plus appel à la fibre humanitaire du professionnel alors même que ce mode de fonctionnement affectif est vécu comme pouvant engendrer de l'épuisement, de la souffrance, des vécus d'impuissance. Cela fait écho à certains aspects de la clinique exposée, les vécus d'impuissance des demandeurs d'asile à leur souffrance psychique avec des vécus de dissociations du corps et de la vie psychique ; nombreuses plaintes somatiques témoignent des souffrances psychiques non mentalisables.

Dans l'exil, des réflexes de survie amènent aux replis communautaires au moins pendant un temps initial, pouvant donner l'illusion de retrouver un peu de familiarité, de liens, face à ce vécu d'étrangeté. A la lecture de ces mouvements, on peut interroger ce qui pourrait être une dérive sur la place et peut-être même la violence d'une consultation voulant s'ouvrir exclusivement vers les demandeurs d'asile comme une forme d'injonction à ne se soigner que dans cet espace, limitant ainsi les contacts avec la société d'accueil notamment à travers ses dispositifs de droits communs ; d'où l'importance majeure de la place des dispositifs locaux et de droits communs dans le réseau.

Le réseau apparaît alors comme un lieu ressource pouvant aider les soignants et accompagnants à vivre autre chose qu'une fonction d'écoute de l'objet persécuteur. Ce serait idéalement un lieu décalé pour les soignants, leur permettant de minimiser les risques d'éclatement des liens ou de « blindage » excessifs des professionnels en rapport avec les « dépôts traumatiques » qu'ils accueillent en eux.

A partir des différents dispositifs de réseau expérimentés localement, il apparaît assez nettement que les demandeurs d'asile retrouvent plus d'autonomie quand le réseau local fonctionne. Il semble qu'une bonne connaissance de « qui fait quoi au niveau local » permette une circulation plus efficiente des personnes dans les bons lieux et aux bons moments, en même temps que ce réseau permet aux accompagnants de vivre de la médiation et de la pluralité dans les prises en charge, sans épuisement, en connaissance des ressources possibles et étayages spécialisés aussi pour eux.

Pour les accompagnants, soignants ou autres, une certaine polyvalence apparaît nécessaire pendant le temps initial de la rencontre, jusqu'à l'établissement d'un lien de confiance suffisant, pour construire les repérages indispensables. Le décalage culturel, les vécus traumatiques sont autant d'éléments qui poussent les professionnels « à faire avec » les personnes au-delà de leur cadre professionnel. Il s'agit alors de transformer cette polyvalence contrainte en polyvalence construite, favorisant le retour à une autonomie suffisante.

Le réseau ferait alors fonction d'interface en rassemblant des spécialistes de la filière et des hors filière « demandeur d'asile », permettant ainsi de garder une pensée dynamique, pouvant aussi éviter aux accompagnants des vécus d'extrême solitude dans leur pratique, ou de toute puissance défensive, ou encore du sentiment de confusion des différents espaces d'accueil. La question de la polyvalence nécessaire des professionnels pose l'idée d'un lieu, sans déterminations excessives, au départ, à l'image des premiers moments de la vie pendant lesquels l'indifférenciation permet que les grandes différences fondatrices puissent advenir. Cette relative indétermination permet de ne pas « coller » à un seul attribut identitaire ; cela permet d'éviter que le professionnel ne soit qu'une particularité identifiante, celle de sa fonction, dans un reflet identitaire qui ressemble à celui des réfugiés : être uniquement victime de trauma sans aucune autre possibilité identitaire opérante.

Les recherches de l'ORSPERE-ONSMP ont déjà montré que la clinique psycho-sociale plonge dans une sorte d'indétermination des métiers de laquelle une place ordonnée peut se rétablir, mais dans un second temps. Ces processus, en lien avec les vécus de solitudes professionnelles et la « honte » lié à l'objet dont on s'occupe, renvoient à une déliaison sociale et symbolique, ils contribuent à fragiliser les appartenances professionnelles. Le réseau aurait donc, sur cette question, la fonction de garant des liens d'affiliation en pensant « exogamie » et non « endogamie ».

Le travail du groupe indique qu'un partenariat efficient et pragmatique doit :

- permettre aux praticiens **d'aller vers**, de recueillir la demande de soin là où elle se formule, et d'être identifiés comme le bon récepteur de la demande, facilitant le choix de « l'adresse » vers un CMP¹ (adultes et enfants), un CTB², vers Médecins du Monde, vers le Secours populaire, ou ailleurs selon les ressources locales ;
- permettre d'envisager des possibilités **de relais**, surtout pour les psys qui sont dans des dispositifs eux-mêmes précaires ;
- faciliter la disponibilité **des interprètes** et connaître la spécificité de leur travail dans ce contexte.

¹ Centre Médico Psychologique

² Centre de Thérapie Brève

8. Reprise sur les données cliniques

La séance de travail autour de la place des interprètes a constitué un temps pivot du groupe. Il a permis de mieux mesurer la noblesse de cet objet de recherche et de pratique clinique, **invitant les soignants à innover dans leurs pratiques, à interroger leurs référentiels théoriques et leurs applications**; posant l'idée de **la présence d'un tiers comme indispensable pour améliorer la prise en compte des vécus traumatiques**. Ce fut aussi la séance inaugurant **la pensée groupale comme espace de soin des demandeurs d'asile adapté à leur prise en charge, dans le cadre d'une clinique du trauma et de l'exil**.

Nous pouvons dire des pratiques communes des praticiens du groupe ceci :

Au-delà de leur pratique vécue comme attaquée par les institutions, non reconnue, **tous** s'accordaient à parler de **l'isolement professionnel**. Dans la rencontre clinique, la question culturelle n'apparaît pas comme première contrairement à la question traumatique. Pourtant, elle est d'emblée présente dans le partage de la représentation des soins et du rôle des interprètes.

Les praticiens disent la **nécessité de la reconnaissance** des différents dispositifs « bricolés en local », par leur implication de fait dans le réseau, mais demandent aussi un soutien financier. **La groupalité est une nécessité transversale pour les demandeurs d'asile, pour les accompagnants ; nécessité** indispensable de lieux et d'espaces de regroupement des professionnels pour rompre avec leur isolement.

3ème Partie - Synthèse sur les principes qui devraient déterminer toute action et réalisation pratique en Rhône-Alpes

Cette synthèse conclut le cycle de recherches-action commanditées par la DRASS Rhône-Alpes et propose des recommandations pour l'installation d'un **dispositif réseau en Rhône-Alpes**. Elle ne reprend ni le contexte, ni les difficultés d'accueil et d'hébergement, ni les traits généraux du malaise des professionnels (déjà précisés dans le rapport ORSPERE de mars 2005 et reprises dans les notes de travail émises par la DRASS en Août 2005) ; sont supposés connus les textes d'orientation politique nationaux et régionaux comme les différents acteurs intervenant directement ou indirectement dans le champ de la santé mentale en Rhône-Alpes.

1. Les constats

Nous avons constaté un investissement des professionnels présents, mais aussi une forte envie d'autres professionnels de pouvoir investir un espace d'échanges comme celui-ci. Cela signe la circulation d'une information au-delà des structures déjà repérées dans la région, touchant des professionnels de services ou d'associations non spécialisés pour les demandeurs d'asile, mais interpellé à propos de ce public.

Les limites des dispositifs existant sont souvent des « lieux bricolés » sans légitimité institutionnelle. Ce phénomène est révélateur du clivage autour de cette clinique et de cette population, clivage que l'on retrouve dans le discours politique et législatif, mais révélateur aussi de l'intrusion constante des différents champs entre eux.

Ce public « hors de » son pays, de sa culture, de son histoire (ex-il), invite à des pratiques adéquates.

2. Prérequis cliniques

2.1 Une approche de santé mentale généraliste.

- La santé mentale qu'il s'agit de promouvoir n'est pas réductible au dispositif de psychiatrie publique. La souffrance psychique et le malaise des professionnels, ici comme ailleurs, fondent une clinique psychosociale qui doit s'exercer sur les lieux du social et du travail social, en lien étroit avec les psys et en articulation réglée avec les institutions psychiatriques.
- La santé mentale généraliste ne nie pas le fait psychopathologique ni les soins qu'il nécessite, mais elle insiste sur la capacité de vivre en société avec et en dépit des traumatismes et des bouleversements socio-politiques que nombre de personnes subissent.

2.2 Les traumatismes des demandeurs d'asile ne sont pas à isoler comme une entité réifiée.

S'il existe une clinique du traumatisme liée mais non réductible à la clinique de l'exil, il n'est pas pertinent de traiter les traumatismes du demandeur d'asile et du réfugié selon la grille de lecture des PTSD¹. De nombreuses voix autorisées s'élèvent en effet de plus en plus contre les programmes comportementaux de réduction du traumatisme, comme on parle ailleurs de réduire une fracture du tibia.

Une approche pertinente du traumatisme visera à tenir ensemble les approches psychodynamiques, historiques et interculturelles, qui ne se réduisent pas non plus à l'ethnopsychiatrie, et qui sont bien entendu également corrélées aux conditions d'accueil des demandeurs d'asile et aux procédures qui les accompagnent.

2.3 Reconnaître le tiers, instituer la groupalité.

Le séminaire de recherche clinique effectué en 2006 a mis en évidence le double effet du traumatisme chez les demandeurs d'asile :

- **il tend à couper le demandeur d'asile de tout groupe d'appartenance**, autant celui de la communauté d'où il vient que celui de la société qui reçoit sa demande.
- Il tend à couper l'aidant et/ou le thérapeute du demandeur d'asile de sa propre communauté professionnelle, **dans un effet de contamination traumatique.**

Reconnaître le tiers et instituer la groupalité, cela suppose une instance incarnée par un intervenant ou un dispositif qui permette d'instaurer de la groupalité, c'est-à-dire du lien social. Tout dispositif thérapeutique ou soignant doit intégrer le tiers dans son cadre. Mais les pratiques d'intervention doivent également intégrer cette exigence à l'échelle des institutions locales comme à celle d'un réseau régional formalisé.

3. Principes institutionnels et organisateurs

• On ne peut pas penser des actions centrées sur les demandeurs d'asile si elles ne sont pas connectées à des actions avec les intervenants sociaux et les soignants des demandeurs d'asile.

Par conséquent, l'action clinique ne peut être déconnectée d'une mise en réseau des intervenants sociaux, publics et associatifs, et des soignants dans et hors le dispositif de psychiatrie publique.

Il est important de rappeler que l'on ne peut construire un réseau régional sans s'appuyer sur les pratiques et les savoirs déjà opérationnels en région et dans les départements. Autrement dit, **une implantation régionale extérieure à l'expérience locale en région serait contre productive.**

¹ Post-traumatique stress disorders.

• **La place des interprètes** suppose que l'on différencie leur fonction de traduction, (d'ordre linguistique) de la fonction d'interprétariat (de l'ordre de l'interprétation) qui est transformationnelle et transculturelle. En ce sens, le groupe *demandeur d'asile - interprète - psy* constitue la molécule de base de la groupalité, de la tiercéité, dont nous avons dit l'importance anti-traumatique.

Dans ce sens également, le ternaire *usager - tiers - thérapeute (ou intervenant social)* est exemplaire de toute clinique psychosociale.

• **Les erreurs à éviter**

- On ne doit pas négliger l'existant en terme de santé mentale en Rhône-Alpes, en ce qui concerne les demandeurs d'asile, réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile. Il y a une richesse et une diversité des expériences, marquées cependant par l'isolement des pratiques.

- On ne doit pas oublier qu'il s'agit de populations précaires mais avec des spécificités fortes (exil, violences dans le pays d'origine, etc.).

- On ne doit pas sous estimer la complémentarité des structures de droit commun et des structures spécifiques dans le domaine du soin psychique.

- On ne doit pas négliger la co-existence d'une visée de prévention à celle d'une visée thérapeutique.

- On ne doit pas négliger les controverses vis-à-vis des techniques de « détraumatisation » (réduction du syndrome de stress post-traumatique¹).

• On doit penser une action soignante et préventive avec les demandeurs d'asile en la couplant avec **les interrogations cliniques et théoriques** qu'elle suscite :

- La manière dont s'articulent les symptômes et la culture est particulièrement complexe en ce domaine ; elle nécessite une lecture anthropologique ouverte et réinformée de manière continue.

- La manière dont on peut ouvrir, ou non, la boîte noire du traumatisme ne peut se faire sans un retour réflexif et partagé des cliniciens entre eux, lié à des actions de recherche universitaire (CRPPC, Lyon 2).

- Le travail à la marge avec les demandeurs d'asile est également susceptible d'enrichir les conceptions « orthodoxes » des prises en charge classiques en psychothérapie et soins psychiques tout venant.

¹ Cf. à ce sujet, *Rhizome*, 2003, n°12, « La victimologie en excès ? » et D. Fassin, R. Rechtman, 2007, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Editions Flammarion.

4ème Partie - Recommandation et propositions d'organisation

Nous recommandons la constitution d'un Réseau Régional de Santé Mentale pour les Demandeurs d'Asile, Réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile s'articulant nécessairement aux réseaux locaux : lieu ressource et de réflexion pour les professionnels adossé à un centre de consultation spécialisée régionale de seconde ligne.

<p>Recommandation : Constituer un Réseau Régional de Santé Mentale pour les Demandeurs d'Asile, Réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile</p>

La mise en réseau des intervenants répond à la nécessité de rompre l'isolement dans la pratique et de leur offrir un soutien. Cette mise en réseau inclue non seulement les professionnels du travail social et du soin général et spécialisé, mais aussi les bénévoles engagés dans l'action ainsi que les acteurs politiques.

La fonction d'ouverture du réseau vise à favoriser le débat entre institutions et acteurs, sur notamment le positionnement des soignants et sur les théories de soins.

Le maintien et la création d'occasions de rencontres entre professionnels des différents champs, avec les institutions et avec les politiques permettent d'être un réseau vivant.

1. Objectifs du Réseau Régional

Objectifs principaux :

→ **Améliorer l'offre de soins (ni seulement médicale, ni seulement psychiatrique) pour les demandeurs d'asile en Rhône-Alpes et réduire les risques en terme de santé mentale d'ores et déjà authentifiés.**

→ **Reconnaître et promouvoir des pratiques sociales de soutien à la santé mentale. Ces pratiques doivent être reconnues, promues et multipliées pour leur participation à la restauration subjective des demandeurs d'asile, dans le sens d'une prévention des effets négatifs de la souffrance psychique des demandeurs d'asile et de leur entourage (parents, enfants, adolescents)**

→ **Faciliter la construction d'une réponse coordonnée aux besoins de santé mentale des personnes demandeurs d'asile, réfugiés et autres publics.**

2. Les missions du réseau régional

2.1 Connaître et reconnaître les réseaux locaux

Le réseau local implique des associations spécialistes, bailleurs, travailleurs sociaux (MDR, CCAS...), écoles et équipes soignantes (CMP enfants et adultes). Le réseau fonctionne par des liens de personnes à personnes missionnées par leur hiérarchie institutionnelle.

Nous avons recensé un certain nombre d'expériences cliniques dans les départements, à valoriser, souvent issues de la volonté de professionnels très impliqués qui aménagent des temps dans leur dispositif de soin existant (CMP enfants et adultes, CTB) afin de répondre au mieux aux demandes de soins des demandeurs d'asile. La proximité d'un réseau local assure un premier espace d'accueil et de contenance, à la fois pour les demandeurs d'asile et pour les professionnels. Cela permet de penser la polyvalence et les ressources à mobiliser.

Le réseau régional sera en lien étroit avec les réseaux locaux ; il pourra encourager les créations nécessaires.

Il reste fondamental de soutenir les structures locales en reconnaissant et en valorisant les pratiques en santé mentale de celles qui ont su s'adapter aux réalités locales ; en retour, le réseau régional permet une diffusion des connaissances comme des difficultés et, rompt l'isolement et l'épuisement professionnel dont nous avons noté à plusieurs reprises le caractère intrinsèque.

Les réseaux locaux constituent l'origine essentielle des sollicitations à la consultation de deuxième ligne.

Enfin, à côté des structures spécialisées intervenant auprès des demandeurs d'asile, nous tenons à rappeler que les structures de droits communs ont leur nécessité et leur place¹.

2.2. Constituer un lieu ressource et de réflexion pour les professionnels

Ce lieu ressource, destiné aux intervenants dans le champ de la demande d'asile a pour objectif de :

- Répertoire qui fait quoi en région, les types de structures, les modes d'interpellation afin de favoriser l'accès aux soins spécifiques.
- Contribuer à l'évaluation des besoins pour le positionnement politique et **budgétaire de tous les partenaires du réseau** en région Rhône-Alpes. Un des aspects budgétaire sera de **faciliter les pratiques à l'aide d'interprètes**.
- **Maintenir l'animation d'un groupe de recherche clinique** continu, avec un travail de fond sur les expériences de terrain.
- Proposer des outils théoriques et pratiques aux soignants. Ceux-ci en disposeront pour améliorer la prise en charge en santé mentale des demandeurs d'asile.

¹ Cf. Rapport *Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes. Modalités cliniques et inter partenariales*, Recherche-action réalisée par l'Onsmp-Orspere, commanditée par la DRASS Rhône-Alpes, mars 2005.

- **Favoriser et/ou d'organiser des formations et des informations**, une sensibilisation plus large (colloques, écrits, ...), en permettant une formation permanente de tous les acteurs, dans des groupes de professions mixtes. La formation des acteurs des différents champs est incontournable, à destination des professionnels de secteurs psychiatriques et des autres psy, notamment pour le travail avec les interprètes.
- Rassembler les informations nécessaires pour répondre aux demandes d'analyse de la pratique.

2.3 Développer une consultation spécialisée régionale de seconde ligne

Ce centre de consultation spécialisée est une des pièces maîtresses du réseau régional. Il ne se substitue pas aux offres de consultations locales (pour mémoire, le précédent rapport préconisait un conventionnement systématique entre les hébergements spécialisés et les secteurs de psychiatrie correspondant).

Cette consultation sera portée par un pôle universitaire de psychiatrie et adossée au lieu ressource régional. Elle constituera un support pour la recherche et l'enseignement. Les professionnels (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) offriront aux étudiants-chercheurs et futurs professionnels un terrain de stage reconnu par les universités.

Ses missions seront ainsi d'assurer la formation des professionnels et des futurs professionnels sur la prise en charge des demandeurs d'asile, notamment autour des questions du trauma, de l'exil, de l'interculturalité, tout en proposant un terrain de recherche clinique.

Cette consultation intégrera dans son dispositif les principes suivants :

- Non-sectorisation de cet espace thérapeutique
- Souplesse de fonctionnement en termes d'accueil des personnes (temps et dispositif), avec des modalités d'adressage par les réseaux locaux et par les structures de droits communs.
- Présence d'interprètes, médiateurs culturels.
- Place importante à la groupalité pour les demandeurs d'asile comme pour les professionnels y intervenant (groupalité avec tiers : interprète, travailleur social, famille), groupe thérapeutique, etc.
- Soignants formés à la question du trauma, des violences extrêmes, de la crise.
- **Comme son nom l'indique, elle ne sera interpellée qu'en deuxième ligne, selon des modalités à construire avec les réseaux locaux.**

Cet espace de consultations représentera un recours pour les professionnels confrontés à des situations nécessitant une intervention tierce. Elle recevra des demandeurs d'asile sur indication en complément des consultations de proximité.

Pour être opérante, elle devra disposer d'un budget suffisant pour garantir un accès facile aux interprètes. Il devra à ce propos être envisagé un partenariat portant sur la formation des interprètes entre la consultation de deuxième ligne et les associations d'interprétariat (I.S.M, ADATE, etc.).

Cette consultation spécialisée devra intégrer au minimum un psychiatre à temps partiel, un(e) psychologue - psychanalyste à plein temps (qui participera au réseau régional), une assistante sociale à plein temps, un secrétariat à mi-temps (couplé avec le secrétariat du réseau régional).

Un lieu pour les demandeurs d'asile est un lieu dans lequel on pense en polyphonie (pluridisciplinarité des prises en charge, pluriprofessionnalité, différents niveaux d'accueil des populations...), un lieu de bienveillance, d'accueil, d'échanges coordonnés.

Propositions d'organisation et outils fondateurs du Réseau Régional

Le réseau régional sera porté par une structure adossée à un pôle universitaire en psychologie et en psychiatrie, garantissant une activité de recherche permanente.

Afin de permettre des **liens étroits** entre le **lieu ressource**, **l'espace de consultation** de deuxième ligne (infra), **la recherche universitaire**, et **les réseaux locaux**.

- **il conviendra d'élaborer une charte régionale fondatrice : cette-Charte des partenaires régionaux** vise à lier les structures d'accueil et d'hébergement avec les structures de soins (de droit commun et associatives) et les structures de recherche. Il s'agira de préciser les principes éthiques et objectifs communs de l'action pour améliorer l'accueil et l'accès aux soins psychiques ainsi que les pratiques de soutien à la santé mentale via les conditions d'accueil. L'élaboration de cette charte constituera l'objet d'un groupe de travail.
- **un comité de coordination devra être mis en place et** regroupera les services de l'Etat (DRASS, DDASS, et autres services concernés), les représentants des collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Général, Communes), les représentants des réseaux locaux, les représentants des universités, les représentants de l'Assurance Maladie, l'ARH.

Le réseau régional sera coordonné par **un(e) chargé(e) de mission** avec une secrétaire (mi-temps) appuyé par :

- **un comité technique regroupant des représentants des professionnels (associatifs, institutionnels, universitaires...).**

Le réseau régional, pensé avec une double activité clinique et de recherche, sera constitué de deux pôles indissociables pour la cohérence de la démarche globale, mais dissociables pour leur réalisation, leur création dans le temps : lieu ressource pour les professionnels des réseaux locaux et espace de consultation de deuxième ligne pour les demandeurs d'asile...

- Lieu ressource et consultation de deuxième ligne devront se situer à proximité, voire dans les mêmes locaux.
- Le lieu d'implantation devrait être situé de préférence à Lyon, en centre ville, dans un lieu non stigmatisé par l'exclusion, par exemple dans les locaux devenus vacants de l'Hôtel Dieu. En l'attente, le lieu d'implantation sera dans l'institution d'accueil de la personne en charge de la coordination du réseau.

RESEAU REGIONAL DE SANTE MENTALE POUR DEMANDEURS D'ASILE ET AUTRES PUBLICS ISSUS DE LA DEMANDE D'ASILE

Comité Régional de coordination avec les représentants des réseaux locaux, des institutions régionales (services déconcentrés de l'Etat)

animé par un(e) **coordinateur (trice)**, pôle Est du CH le Vinatier, soutenu(e) par un **Comité technique**

animation, coordination des actions en direction du public demandeurs d'asile et des professionnels (psys, travailleurs sociaux, interprètes,...)

