



ORSPERE - ONSMP

Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes
Modalités cliniques et inter partenariales

Rapport final

Mars 2005

Recherche-action commanditée par la DRASS Rhône-Alpes



REMERCIEMENTS

A toutes les personnes interviewées : professionnels, bénévoles et demandeurs d’asile.

A tous les membres de l’atelier de travail : **Guy Ardiet**, **Sylviane Belgrado**, **Madeleine Bernard**, **Blandine Bruyère**, **Olivier Daviet**, **Sandrine Denis-Kalla**, **Chantal Deshenry**, **Véronique Fémelat-Bannet**, **Véronique Graglia**, **Marie-Noëlle Grimault**, **Estelle Izerable**, **Alexia Levrat**, **Catherine Ludain**, **Dany Makeieff**, **Gaël Masset**, **Louisa Moussaoui**, **Magali Pascal**, **Françoise Perroud**, **Sylvie Ponsot**, **Monique Ranchet**, **Rached Sfar**, **Nathalie Vavize**, **Yasar Yerlikaya**,

Aux membres du comité de pilotage.

A toutes les personnes qui ont contribué à la finalisation de ce rapport.

Valérie Colin,
Psychologue clinicienne,
Docteur en Psychologie

Christian Laval,
Sociologue,
Docteur en Sociologie

Composition du Comité de pilotage

Docteur Catherine Bonnard, DRASS Rhône-Alpes.

Madame Frédérique Bourgeois, Adjointe de direction de l'Association Forum réfugiés.

Madame Blandine Bruyère, Psychologue clinicienne, Association Appartenances - Lyon.

Docteur Monique Butlen, DRASS Rhône-Alpes.

Madame Catherine Delcroix-Howel, Chef de service Régional, SSAE.

Docteur Jean Furtos, Directeur Scientifique de l'ORSPERE-ONSMP.

Docteur Nathalie Giloux, Psychiatre, Centre Hospitalier du Vinatier.

Docteur Marc Gravier, Psychiatre, Association Médecins du Monde.

Madame Joëlle Guele, DRASS Rhône-Alpes.

Docteur Max Lafont, Psychiatre, secrétaire du groupement des psychiatres libéraux Rhône-Alpes.

Madame Anne Marty, DRASS Rhône-Alpes.

Sommaire

INTRODUCTION	7
1. LES CONDITIONS SCIENTIFIQUES DE L'ANALYSE.....	10
1.1. La recherche action, ses principes et ses implications méthodologiques.....	10
1.2. La souffrance psychique apparaît sur les lieux de l'action sociale	11
1.3. Le malaise des intervenants est un indice de la souffrance psychique du demandeur d'asile	12
1.4. La nécessité de porter un regard croisé sur un même problème	13
1.5. Une expertise collective sans expert	14
2. HISTORIQUE DE L'EMERGENCE D'UNE PROBLEMATIQUE DE SANTE MENTALE EN RHONE-ALPES.....	15
2.1. Contexte général : une réforme du droit d'asile à l'échelle de l'Europe communautaire.....	15
2.2. Effectivité des droits et action associative à l'échelle nationale	16
2.3. Emergence d'une préoccupation de santé mentale à l'échelle régionale : le cas de la région Rhône-Alpes	17
2.3.1 Comment apparaît in situ une préoccupation de soin psychique dans le dispositif associatif ?	19
2.3.2 Mise en perspective de la commande de la DRASS : un discours légitimant la préoccupation de santé mentale	20
2.3.3 Un réseau régional « santé mentale » à construire	20
3. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE-ACTION ET PUBLIC VISE	22
3.1. Déroulement de la recherche-action (cf. schéma n°1).....	22
3.2. Le public visé par la recherche-action : un monde clivé entre les « visibles » et les « invisibles »	24
4. ETAT DES LIEUX : LIEN ENTRE PROCEDURE DE DEMANDE D'ASILE ET SANTE MENTALE	26
4.1. La santé mentale : d'une définition idéale à la dimension de la relation	26
4.2. L'hébergement : service principal autour duquel s'engagent les relations	27
4.3. Autour des pratiques d'hébergement : trois configurations de pratiques relationnelles où la vie psychique est accessible.....	28
4.4. Reprise sous forme de tableau synthétique des trois configurations.....	35
4.5. Conclusion : la préoccupation de santé mentale entre désaffection institutionnelle et sensibilité des acteurs	36

5. ANALYSE EN TERME DE RISQUE DE SANTE MENTALE	37
5.1. Risques et processus de vulnérabilisation en santé mentale.....	37
5.2. Risques pour les demandeurs d’asile : de la vulnérabilisation à la pathologie.....	39
5.2.1 Trois zones de fragilisation	39
5.2.2 Intrication entre reconnaissance statutaire et attente de reconnaissance inter humaine	49
5.2.3 Quels troubles, quels besoins de soin ? Des signes de la souffrance à la pathologie avérée.....	51
5.3. Les tensions dans le champ de la pratique professionnelles et les limites des compromis et ajustements	55
5.3.1. L’expression du malaise des intervenants : vécus de scandale, de révolte et d’empathie.....	55
5.3.2. Du malaise dans la pratique aux tensions vécues par les intervenants.....	60
5.3.3 Ethique, subjectivité et pratiques effectives : entre ajustements et compromis « acceptables »	64
5.4. Conclusion : des pratiques antagonistes et des pratiques de soutien à la santé mentale	65
6. RECOMMANDATIONS : INITIER UN DISPOSITIF RHONE-ALPIN DE SANTE MENTALE APPLIQUE AUX DEMANDEURS D’ASILE	68
6.1. Quels principes d’action communs ?.....	68
6.2. Recommandations générales : des « normes minimales d’accueil » du point de vue de la santé mentale	69
6.2.1 Recommandations concernant les conditions de l’accueil	69
6.2.2 Recommandations concernant les conditions de la relation.....	70
6.3. Recommandation spécifique : vers une mise en réseau des acteurs de la région Rhône-Alpes.....	71
6.3.1. Pôle 1 : Les actions ciblant les demandeurs d’asile	72
6.3.2 Pôle 2 : actions ciblant les intervenants	74
6.4. Condition organisationnelle : Une cellule régionale de coordination et de suivi.....	77
7. CONCLUSION GENERALE : PRENDRE LA MESURE DE L’HUMAIN.....	80
8. RECUEIL DES CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS A LA RECHERCHE-ACTION	82
<i>G. Ardiet : Projet Médical de consultations psychiatriques auprès des demandeurs d’asile de la région Lyon Nord-Ouest</i>	<i>83</i>
<i>S. Belgrado : Quelques notes en lien avec l’atelier sur l’accueil des réfugiés.....</i>	<i>86</i>
<i>M. Bernard, A. Levrat, M.N. Grimault : Service médical de psychiatrie et demandeurs d’asile</i>	<i>88</i>
<i>O. Brachet, F. Bourgeois : Souffrance psychique, santé mentale des demandeurs d’asile et des réfugiés : l’expérience de Forum réfugiés</i>	<i>91</i>
<i>L. Brolles : Prise en charge scolaire pour les enfants de demandeurs d’asile</i>	<i>94</i>
<i>B. Bruyère, O. Daviet, S. Denis-Kalla, V. Fémélat-Bannet, G. Masset : La spécificité du psychologue dans les dispositifs pour demandeurs d’asile ? Quels dispositifs avec les psychologues seraient à promouvoir ?</i>	<i>98</i>
<i>O. Daviet : Etre enfant dans le tourbillon de la demande d’asile.....</i>	<i>99</i>
<i>C. Deshenry : Difficultés rencontrées dans la prise en charge de la population des demandeurs d’asile ..</i>	<i>102</i>
<i>B. Duez : Les demandeurs d’asile : entre ambiguïté et complexe d’intrusion</i>	<i>103</i>
<i>P. Fermi : Orientation pour une formation à la fonction de médiateur interculturel.....</i>	<i>108</i>
<i>E. Izérable : Recherche Action : méthodologie et apport de connaissances</i>	<i>115</i>
<i>R. Kaes : La consistance psychique de la différence culturelle.....</i>	<i>117</i>

J. Kieffer : <i>Objectifs et présentation de l'équipe Accueil Demandeurs d'Asile</i>	126
J. Lemseffer : <i>Demande d'asile et soutien en réseau</i>	129
C. Ludain : <i>Madame Linah R., 47 ans</i>	132
G. Masset : <i>L'Ange à l'épée flamboyante Approche de la névrose traumatique</i>	135
G. Masset, S. Denis-Kalla : <i>La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation</i>	144
L. Moussaoui : <i>De la langue maternelle à la langue étrangère. Voix(es) multiples</i>	148
R. Sfar, A. Chaouite : <i>Une tentative de prévention de la souffrance mentale</i>	156
9. BIBLIOGRAPHIE	166
10. ANNEXES	171
<u>Annexe n°1</u> : <i>Note méthodologique de la recherche-action (2002-2005)</i>	

Introduction

S'intéresser au vécu des personnes en situation de demande d'asile met sur le devant de la scène sociale des personnes blessées, des situations de souffrance extrême souvent invisibles dont la société ne sait que faire. Faut-il creuser plus profond aux racines de ce qui a fait et fait encore mal ? Comment témoigner sans trahir ? Comment rendre compte sans compter ? Comment ne pas pathologiser l'expérience du mal radical ?

Vouloir identifier les processus qui portent atteinte à la vie psychique des personnes qui ont échappé aux violences et aux sévices, conduit à tenter de mesurer l'étendue d'une déchirure indicible du monde humain « là bas » mais oblige aussi à préciser les conditions à partir desquelles peut se fabriquer un accueil non pathogène « ici ».

Dès lors, comment ne pas rendre compte de la part d'ombre de l'action publique telle qu'elle s'applique sur le terrain aujourd'hui ? Cette recherche-action participe pleinement d'une authentification de ses défaillances en ce domaine. Ayant pour objectif initial, l'amélioration de la santé mentale et de l'accès aux soins des personnes en situation de demande d'asile, un autre objectif est apparu peu à peu indispensable au décours de la recherche : l'analyse des effets visibles et énonçables des vécus subjectifs douloureux des personnes et des groupes, au-delà de ce qui ne peut être dit, de ce qui est dénié, au-delà d'une logique d'action qui saisit des dossiers et des flux de circulation. Qu'il s'applique aux demandeurs d'asiles mais aussi aux accompagnants/intervenants, notre projet a aussi consisté à 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 !!

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 acteurs de terrain témoignent qu'elle rend « fous » ! L'injonction paradoxale est ici une pratique ordinaire.

Un premier signe *sensible* porte sur la voix. Franz Fanon¹ parlait déjà de « *la bouche obstinément close au moment où le corps colonisé résonne tout entier de manière hallucinante d'un torrent de douleur muette* ». L'absence de maîtrise de la langue d'accueil, le dé-payement, le statut d'exclu de la citoyenneté, l'isolement, tout concourt à ce que le « demandeur » ne puisse pas construire -seul- une parole propre. Il est sans-voix sur la place publique. L'innommable se conjugue ici avec l'inaudible et l'invisible. La question alors posée est celle de la construction du droit d'asile comme parole et problème public dans les dispositifs d'accueil. L'immixtion du mouvement associatif dans la défense d'une cause qui devrait être une mission de la puissance publique, ne s'est pas cantonnée à construire une plate forme conventionnelle de défense et d'effectivité des droits. Elle s'est simultanément positionnée sur l'activité de porte-voix des réfugiés. Le parcours du combattant² des réfugiés est souvent entouré de silence. Pourtant, l'accès à sa parole conditionne la reconstitution d'un récit nécessaire pour que la procédure ait une chance d'aboutir. La cause des réfugiés nécessite

¹ F. Fanon, 1964, *Pour la révolution africaine*, Editions La Découverte.

² « Rentrer dans le droit c'est commencer un véritable parcours du combattant dont la durée peut atteindre deux ou trois ans et dont l'issue en terme d'obtention du statut de réfugié est aujourd'hui négative dans 8 cas sur 10 » Franguiadakis Spiros, Jaillardon Edith, Belkis Dominique, Bernigaud Sylvie (sous la co-direction de), 2002, *Rapport final, L'aide aux demandeurs d'asile : la part du mouvement associatif dans l'accès à l'asile*, CRESAL, Saint Etienne, p. 8.

de parler avec et pour eux. Cette réalité a « obligé » les associations à inventer des dispositifs spécifiques d'écoute, d'aide aux récits afin de mieux comprendre, traduire, parfois interpréter ce qui se dit dans l'interstice des mots. Cette pratique hybride balance entre confession intime et reconnaissance des faits subis. La considération attentive des enjeux inhérents au recueil de récits, risquée par ceux-là mêmes qui la pratiquent, en est appelée peu à peu à des activités réflexives de reprise de leur propre parole mais aussi parfois à des prises en soins de personnes ou de collectifs. Les éléments recueillis ont été dans un second temps recyclés comme des matériaux de témoignage qui peuvent être utilisés pour sensibiliser ceux qui sont en dehors du cercle de cette parole vacillante : activité non plus de porte-voix mais de porte-parole dans l'espace public. Ceci dit, la pratique de porte-parole reste sinon périlleuse du moins paradoxale. Les témoignages entendus dans le cadre de cette recherche (que ce soit au niveau des commanditaires, des personnes entendues en entretien, ou de *l'atelier*) ont souvent oscillés entre des « coup de gueule » explosifs et passionnels, et des silences sidérés.

Un second signe *sensible* a trait à l'inégalité de l'accueil. De l'abrupt et policier « circulez ! » déjà évoqué, qui ponctue le parcours d'obstacle du demandeur, au difficile aménagement d'une politique de prise en charge, qui relègue trop souvent le demandeur d'asile (qui selon ses propres termes « attend positif ou négatif »), au statut de colis en souffrance ou bien encore pire, de dossiers non résorbés, l'injonction à circuler rend assez bien compte du contexte de « protection incertaine » (rapport 2003 de Forum-Réfugiés) dans lequel est immergé tout demandeur en attente.

Le début d'application de la réforme du droit d'asile de 2004 met, aux dires des professionnels, encore plus en relief la situation dégradée de l'accueil des familles et surtout des hommes seuls. Les intervenants expriment un sentiment d'injustice consécutif à l'organisation actuelle de la *circulation*. L'inégalité des conditions, entre ceux qui sont admis en hébergement spécifique et les autres, se double par une inégalité des chances à l'admission, au statut de protection. Dans ce contexte brouillé où la dimension sanitaire devient souvent partie prenante du « dossier juridique », les questions émergentes de soins psychiques et de santé mentale ont du mal à s'autonomiser comme telles. Plus particulièrement, le colloque singulier de type psychothérapeutique s'inaugure dans une configuration où les enjeux de soins sont surdéterminés par des jeux de stratégies contraintes.

C'est en rapport à ce contexte hautement sensible que nous proposons de rendre compte des effets psychiques consécutifs au parcours de demandeur d'asile en terme de *risque* de santé mentale. Objectiver ces risques devient un enjeu de santé qui est aussi politique. Lorsque sont authentifiés des vécus subjectifs de souffrance psychique, l'approche santé mentale peut d'abord permettre de requalifier les faits (les éprouvés traumatiques) du côté de la prévention et du soin lorsque cela s'avère nécessaire et surtout possible. Mais aussi une définition plus large de la santé mentale peut aussi rendre compte des conditions dégradées de l'accueil et des moyens d'intégration en berne. En prendre la mesure en terme d'enjeu autant pour le sujet que pour la société devrait accélérer la prise de conscience des dégâts psychiques consécutifs à une politique comptable de gestion des flux dans le seul temps de l'urgence. Pour faire bref, l'approche santé mentale dit que la navigation à vue n'est plus possible.

Mais si elle rejoint sur de nombreux points (manque de lieux d'hébergement « stable » par exemple) la critique des acteurs associatifs qui luttent pour faire appliquer le droit d'asile, notre perspective de chercheur-acteur complémentaire à la leur, se veut aussi différente. Toute notre méthode de travail a consisté -tout en l'authentifiant comme matériau- à chercher à se dégager de cet ordre sensible (à tous les sens du terme) par une position d'analyse des faits recueillis. Par exemple, la subjectivité des intervenants est à considérer comme une donnée dont la mesure obéit à des

procédures particulières. Les éprouvés, les affects sont appréhendés comme une réalité : la réalité psychique, et non seulement comme une forme de sensibilité ou d'émotion excessive.

Ceci dit, leur recueil et surtout leur publicisation (au sens de mise en problème public) est elle-même prise dans une configuration sociétale plus vaste dont l'analyse se doit de rendre compte. Il convient ainsi de dénoncer la tendance actuelle à recoder différents problèmes sociaux dans un langage sanitaire ou médical. Cette activité de recodage porte le plus souvent sur ce qui n'est pas résolu et fait politiquement et socialement problème pour la société. La place faite aux demandeurs d'asile dans notre société démocratique reste une question non « sanitarisable ». Investiguer le champ de la demande d'asile selon une optique de santé mentale ne peut aboutir à recycler des sujets en demande de droit en population malade.

De même, notre approche se démarque d'une appréhension psychologiste. On appelle approche psychologiste toute analyse qui consiste à colmater ou à substituer à des problèmes sociaux, une formulation du problème dans le champ de l'intersubjectif pur, déconnecté des enjeux de réalité physique, matérielle, corporelle, sociale et politique.

Au bout du compte, c'est de la philosophie générale de cette recherche-action dont il est ici question. Au travers des témoignages recueillis, des analyses partielles et parfois partiales des uns et des autres, c'est de la permanence et de l'inscription durable dans le champ de politiques sociales d'un nouveau problème de santé mentale pérenne dont il s'agit. L'expérience montre que chaque fois qu'une nouvelle « manière de voir » un problème est rendue publique, elle donne lieu à l'établissement de lignes de front durable, mais elle peut être aussi l'occasion de reformuler les problèmes en intégrant de nouveaux enjeux. Nous espérons que cette recherche-action, en tant qu'expertise collective, devrait aider à poser collectivement d'autres interrogations sur ce qui fonde la politique d'accueil des réfugiés.

1. Les conditions scientifiques de l'analyse

L'apparition du mal-être et ses formes de traitement dans le champ de la demande d'asile sont similaires à d'autres champs d'intervention explorés antérieurement par l'ORSPERE: personnes Rmistes³, personnes en situation de grande exclusion sociale⁴, mineurs et jeunes adultes judiciairisés⁵ par exemple. Ces champs ont en commun la prise en charge et l'aide apportée à des personnes en situation de précarité. Ce que nous avons proposé d'appeler dans différents travaux antérieurs « la clinique psychosociale »⁶ définit un nouveau champ, autant décalé par rapport au bio-médical que par rapport à la psychiatrie qui se trouve elle-même à l'intérieur du champ de la santé mentale.

Pour permettre de situer le cadre scientifique de l'analyse que nous proposons, il est important de synthétiquement rappeler ce qui est au cœur du travail de l'ORSPERE et qui en fait la particularité. D'une part, la méthode de recherche préférentielle est celle de la recherche-action. D'autre part, les résultats des recherches-actions précédentes sur d'autres terrains produisent une connaissance meilleure des pratiques de santé mentale. Ainsi, ces points de connaissance accumulés se présentent comme des acquis qui ont une fonction de pré-requis pour toute nouvelle investigation d'un champ pratique. C'est pourquoi l'analyse des besoins en soins spécifiques des demandeurs d'asile et de leur application au niveau de la région Rhône-Alpes s'appuiera sur la méthode de la recherche-action et tiendra compte des pré-requis thématiques et méthodologiques suivants : la souffrance psychique des personnes vient se dire sur les lieux de l'action sociale tandis que le malaise des intervenants se décrypte comme indice de la souffrance des usagers, entre les pratiques sociales et psychologiques, dans une expertise collective qui nécessite un regard croisé : sociologique et psychologique (incluant la psychopathologie).

1.1. La recherche action, ses principes et ses implications méthodologiques

Au-delà de la diversité de types et de définitions de recherche action, on peut dégager certaines caractéristiques principales (Dionne, 1998).

La recherche-action est une forme d'intervention collective programmée, réalisée et évaluée, afin de mettre en place une dynamique de changement. En tant que soutien au développement de programmes d'action, elle nécessite un parcours méthodologique particulier et conjugue deux types d'acteurs dans des positions décalées : des chercheurs en action et des intervenants en réflexion.

³ Christian Laval, ORSPERE-ONSMP, 2002, *La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*, CRESAL.

⁴ Jean Furtos, Valérie Colin, ORSPERE-ONSMP, 2002, *La mort révélatrice de la personne en situation de grande exclusion hébergée dans les centres d'accueil et d'hébergement*, FNARS.

⁵ Christian Laval, ORSPERE-ONSMP, 2003, *Penser la vie psychique dans le cadre de l'action éducative, Pour une clinique partagée*, Edition Vauresson, CNFE-PJJ.

⁶ Furtos J., 2000, « épistémologie de la clinique psycho sociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, N°1.

Quatre phases de la recherche-action se succèdent :

- Identification du problème : méconnaissance de la santé mentale en ce qui concerne les demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes.
- Formulation des problèmes à traiter : comment améliorer l'offre de soins adaptées pour cette population ?
- Elaboration d'hypothèses et de solutions : meilleure connaissance des problématiques cliniques et institutionnelles ; construction de scénarios sur les dispositifs à promouvoir.
- résultats et diffusion : rédaction d'un rapport collectif qui finalise les objectifs et propose des orientations.

Ainsi, un principe de base de cette recherche-action s'appuie sur la réciprocité : les chercheurs et les praticiens se reconnaissent mutuellement **dans une relation de réciprocité**. Après un état des lieux qui permet de dégager des thématiques prioritaires, les choix d'investigation sont pris en concertation avec les professionnels concernés. **Un des buts de la recherche-action est de créer une dynamique collective (réseaux et ressources pour l'action).**

1.2. La souffrance psychique apparaît sur les lieux de l'action sociale

La souffrance psychique des personnes s'exprime et est recueillie dans le cadre d'une relation engagée dans les lieux de l'action sociale, c'est-à-dire les lieux avec des travailleurs sociaux en relation avec des objets sociaux (logement, emploi, minima sociaux). Dès lors que la précarité est intriquée à des objets sociaux, ses conséquences subjectives s'expriment sur les lieux du social ; à l'endroit même où la perte, ou l'angoisse de la perte, se déploie. La souffrance psychique est une réalité de départ, un fait à reconnaître qui pose la question concrète des pratiques. Il s'agit d'abord de ne pas méconnaître le fait psychique, la réalité psychique. Par conséquent les professionnels « du social » au sens large se retrouvent en première ligne, au front⁷, face aux manifestations multiples de souffrance qui rendent ce "travail social" complexe voire l'empêchent. Les intervenants en relation avec les demandeurs d'asile sont donc au front avec des souffrances exprimées avec lesquelles ils doivent travailler. La compréhension ne peut être que seconde après la reconnaissance de cette souffrance.

Dans le discours des intervenants sociaux et sanitaires, l'attestation de la souffrance psychique sert à désigner des situations très diverses qui ont en commun d'être décalées par rapport à la pratique habituelle de l'intervenant.

Mais ce qui est commun à ces différentes formes, c'est qu'elles apparaissent majoritairement comme le dépôt d'un vécu pénible des personnes, dépôt effectué sur les lieux du social, dans la relation avec l'intervenant, et qui en première analyse, empêche son travail.

Ainsi la souffrance n'est pas psychique uniquement parce qu'elle aurait à voir avec un « trouble interne » du côté de la personne ; elle est psychique parce qu'elle oblige le dépositaire de la souffrance à reconsidérer ce qui lui a été donné, à faire l'expérience de ce dépôt qui l'empêche d'accomplir son activité sur le mode habituel.

⁷ Ces intervenants, « au front » ou « de première ligne », sont encore dénommés comme les « intermédiaires » en référence au projet DALIA porté par le Comité de Coopération pour la promotion et en solidarité des communautés en difficulté Tsiganes et Migrants, Toulouse.

Autrement dit, la souffrance psychique peut être définie par ses effets plutôt que par ses causes : elle est le dépôt de ce qui est pénible pour la personne en relation avec l'intervenant, dépôt vécu par le praticien comme une « charge mentale », une « souffrance portée ».

Précisons un point important souvent en question : la souffrance psychique en tant que telle n'est pas une maladie (mentale⁸) et ne mérite pas, en elle-même un traitement médicalisé ; cela n'enlève ni l'aspect aliénant de certaines formes de souffrances, ni le fait que les malades mentaux « dûment authentifiés » vivent, eux aussi, une souffrance psychique.

Ce préalable incite à considérer que l'expression de la souffrance psychique sur les lieux de l'action sociale n'est pas une erreur d'orientation, mais un fait à mieux reconnaître et mieux comprendre. Sont ainsi convoquées sur de nouveaux champs d'exercice des compétences complémentaires (psychologues, psychiatres, psychanalystes) jusqu'à ces dernières années dédiées aux soins de la psychopathologie et de la maladie mentale.

1.3. Le malaise des intervenants est un indice de la souffrance psychique du demandeur 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'intervenant⁹. Cette constante de malaise ne concerne plus le seul usager mais la relation dans laquelle il est engagé avec un intervenant ; ce qui est en souffrance, ici, c'est la relation elle-même qui en appelle à son éthique.

Les intervenants sont mis en demeure de répondre à cette souffrance par une attitude compréhensive, ni causaliste, ni expulsive du genre « aller voir un psy » ou « ça ne relève pas de ma pratique » (politique de la « patate chaude »). La pratique sociale est orientée par l'activité des professionnels (et des bénévoles) qui travaillent dans un cadre spécifique. Il existe certes le souhait de vouloir « guérir », mais nous devons ici faire la différence entre soigner et prendre soin¹⁰. Les aidants sont effectivement confrontés à des personnes qui ne peuvent pas seule, prendre soin d'elle-même, ce qui renvoie à l'inhibition de l'action et de la pensée. Cette personne qui doit prendre soin d'elle ne peut le faire sans que d'autres se soucient d'elle ; l'aidant doit d'abord se soucier de sa propre souffrance (transférentielle) pour prendre souci de ceux qui ne peuvent prendre souci d'eux-mêmes.

L'écoute de la souffrance psychique ouvre sur un temps psychique qui se confronte au temps social. Comment travailler dans le temps long d'un accompagnement qui admet nécessairement des phases de régression où ça va mal (où les gens « cassent », « se cassent »),

⁸ Cf. à ce propos le séminaire, sous l'égide de la Délégation Interministérielle à la Ville : *Ville, violence et santé mentale*, organisé par le Resscom, bulletin n°1, avril 2001. La souffrance psychique ou mentale ou psychosociale y est définie ainsi : « terminologie récurrente visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable ; plusieurs dimensions coexistent dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) et une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente) ».

⁹ Cette souffrance portée (J. Furtos, C. Laval, 1998) est vécue et interprétée comme le signe du mal-être de l'autre. Le praticien identifie cette souffrance à partir du dépôt fait en lui. Les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert pourraient être employées ici mais dans un sens plus étendu qu'à la seule situation de la cure analytique. A propos de ces modes de fonctionnement, certains chercheurs et praticiens parlent de transfert topique (B. Duez, 2000), de transfert par retournement (R. Roussillon, 1991) ou de transfert par dépôt (C. Vacheret). Ce mal-être « délégué » est composé de vécus non élaborés, bruts, sous formes d'angoisses par exemple déposées à l'insu du déposant et du dépositaire, s'il ne les a pas repérés, chose difficile en l'absence d'aide de type « analyse de la pratique ».

¹⁰ J. Furtos, 2002, « Le soin de soi dans la relation d'aide », *Rapport annuel de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRE)*.

quand on doit, d'un autre côté, tenir un rôle dans la réalité sociale ? Comment ne pas confondre le temps nécessaire à l'élaboration d'un deuil, comme dans le cas des demandeurs d'asile (ou migrants au sens large), et le travail psychique de remémoration, avec les exigences du récit des faits nécessaires à la procédure d'asile ? Comment penser le traumatisme face aux contraintes des dispositifs et des procédures juridiques ?

Si les travailleurs sociaux (institutions publiques ou associations) sont a priori familiers des situations de précarité, ils n'en sont pas moins souvent démunis dans leurs confrontations aux différentes formes de souffrances -psychopathologiques ou non- qu'ils rencontrent et qui prennent rarement la forme de demandes de soin explicites. Pour eux aussi la conduite de leur mission première (éduquer, insérer, reloger,...) vient parfois buter sur ces problématiques de santé mentale.

« Un incessant appel au soin psychique traduit quelque chose de « l'intolérance » contre-transférentielle, (l'intolérance à devenir dépositaire d'une souffrance), comme si les travailleurs sociaux craignaient d'y perdre leur spécificité » (V. Colin, J. Furtos, 2005, à paraître).

La souffrance psychique conduit en effet à un degré de malaise et d'indétermination professionnelle. Cette indétermination constitue le terreau fondateur des pratiques de santé mentale en réseau où chaque métier se restaure en s'articulant avec ses partenaires tout en se distinguant d'eux.

Les soignants psychistes n'échappent pas à ces « chamboulements » de la pratique. Certes ils sont experts en matière de souffrance puisque leur exercice professionnel a bien pour objet la prise en charge de la souffrance en tant qu'elle affecte le psychisme. Certes la politique de sectorisation engagée dans les années 60 a permis d'inscrire la psychiatrie dans la cité, de brancher la clinique sur une dimension plus sociale. Pourtant ils semblent eux aussi assez mal à l'aise avec ces situations de souffrances apparues sur les lieux du social, celles de personnes qui ne poussent pas les portes du soin.

De fait, les multiples sollicitations en provenance du social (violence, exclusion, errance, incivilités, souffrance au travail,...) dont la psychiatrie fait l'objet tendent à brouiller les repères de la doctrine et du métier. En face des acteurs du social qui poussent à des prises en charge psy (hospitalisations, soins ambulatoires,...), les soignants répondent parfois ne pas vouloir "psychiatriser la pauvreté", ou bien ne pas pouvoir travailler hors du cadre orthodoxe d'une "demande de soin".

Pour toutes ces raisons, nous avons fait le choix méthodologique de travailler avec les intervenants praticiens et non en direct avec la population concernée. La conséquence de ce préalable indique la méthodologie dans laquelle s'inscrivent les travaux de l'ORSPERE, c'est-à-dire travailler avec ceux « qui sont en charge » et pas directement auprès des usagers. Le vécu et l'analyse des intervenants enseignent sur la souffrance de l'utilisateur. Le travail d'investigation et de réflexion mené avec (et entre) les intervenants leur permet également de mettre en forme leur expérience et donc d'opérer une première transformation du malaise dans leur pratique.

1.4. La nécessité de porter un regard croisé sur un même problème

L'ORSPERE est attaché à l'idée qu'une collaboration scientifique entre le champ de la psychologie et celui de l'analyse sociologique est susceptible d'offrir un éclairage heuristique à une problématique politique d'offre de soin en santé mentale. Cette façon de concevoir la recherche appliquée répond à la nécessité, relevée empiriquement d'appréhender les problématiques sanitaires sur des perspectives croisées.

De manière plus précise, la prise en compte, en situation, des déterminants sociaux et psychiques nécessite un regard croisé qui tienne à la fois la question de la consistance d'une souffrance exprimée avec sa contextualisation dans une société et dans un temps donné.

La problématique de cette recherche-action part d'un constat de brouillage pour les acteurs entre ce qui relève du champ psychique ou du champ social dans leurs pratiques. Tenir ensemble et faire la part entre les composantes sociales et les dimensions psychologiques, voire psychopathologiques, du parcours des demandeurs d'asile, implique de penser les scènes d'apparition et le contexte d'expression de la santé mentale.

De plus, se saisir de la question santé mentale implique, de notre point de vue, de ne pas *pathologiser* les demandeurs d'asile, donc de ne pas envisager pour seule réponse un soin psychiatrique ou un classement nosographique. De ce fait, notre méthodologie veillera à promouvoir des procédures de prise en charge non stigmatisantes et dé-stigmatisantes. Le double regard sociologique et psychologique des deux chercheurs devrait contribuer à tenir cette condition.

1.5. Une expertise collective sans expert¹¹

Les professionnels sont porteurs d'une connaissance spécifique qui se constitue au fil de leur expérience. Le savoir qui constitue l'expertise passe, en matière de pratiques de santé mentale, par le partage des difficultés techniques et contre-transférentielles rencontrées au niveau des intervenants sociaux et psy. « *C'est ce partage qui aboutit à une véritable extension des connaissances et des savoir-faire* » (J. Furtos, 2002, p. 10). Le réseau devient alors le lieu de production de ce savoir construit comme une expertise collective : lieu de l'élaboration de l'expérience collective, mise en mots, transmissible. Il n'y a pas d'expert-savant installé comme figure unique de compétence. L'intervenant qui travaille avec d'autres est l'un des porte-parole de cette expertise collective qui n'est ni d'ordre individuel ni même mono-disciplinaire.

« De fait, le présupposé sous-jacent à la méthodologie adoptée est celui d'un continuum et non pas d'une frontière entre sens commun et expertise, entre savoir et savoir-faire »¹²

Les savoirs, dans le cadre de cette recherche, sont co-construits en appui sur l'expérience des uns et des autres et sur la capacité collective à l'analyser et à lui donner sens. L'atelier de travail constitué de professionnels œuvrant dans le champ de la demande d'asile s'appuie totalement sur cette conception de l'expertise collective.

¹¹ Cf. J. Furtos, 2002, « L'expertise psychosociale : une expertise collective sans expert », *Pluriels*, n°29, pp. 9-1

¹²(C. Laval, 2003, « Penser la vie psychique dans l'action éducative », *Etudes et recherches*, n°6, Vauresson, CNFE-PJJ, p. 24).

2. Historique de l'émergence d'une problématique de santé mentale en Rhône-Alpes

2.1 Contexte général : une réforme du droit d'asile à l'échelle de l'Europe communautaire

Quelques rappels sur les faits et sur la conjoncture des années 2000 doivent être notés.

D'abord les faits : « *sur les 22 millions de réfugiés recensés sur la planète, la majorité proviennent des pays pauvres et trouvent asile dans d'autres pays pauvres* ». Dans ce contexte mondial, la situation française se caractérise par une augmentation relative des demandes dans la période 2001-2003, avec un pic en 2001 (+ 22%). L'année 2002, sans compter les mineurs, a vu 82 000 personnes déposer une demande d'asile conventionnelle ou territoriale¹³. La hausse des demandes d'asile conventionnel s'est ralentie en 2003 (+ 2,9 %)¹⁴.

Ensuite la conjoncture : la réforme en cours du droit d'asile doit être analysée à l'échelle européenne. Lors du traité d'Amsterdam du 26 Mars 1999, la compétence de l'Europe communautaire a été programmée sur un délai de cinq ans. Les premiers jalons d'une gestion communautaire (Fonds Européen pour les Réfugiés) sont mis en œuvre.

Deux types de protection sont différenciés au niveau de l'Europe communautaire :

- le statut de réfugié régi par la convention de Genève d'une durée de 5 ans ;
- la protection subsidiaire : pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions du statut mais qui nécessitent une protection par crainte de subir des « atteintes graves et injustifiées » de traitements humains dégradants. Cette protection prend appui sur la convention européenne des Droits de l'Homme (d'une durée d'un an).

Dans cette lignée communautaire, la réforme française en cours¹⁵ porte sur une réduction des délais d'attente, sur la disparition de l'asile territorial au bénéfice d'une protection subsidiaire, d'une gestion par l'OFPRA¹⁶ pour l'ensemble des demandeurs d'asile. Pour autant, de nombreux points litigieux demeurent. Qui va à l'avenir définir les règles et les procédures ? Quelle part entre le communautaire et le national ?

¹³ O. Mongin, 2004, «La quadrature du cercle républicain et la vocation migratoire. L'asile, le contrôle des migrations et la volonté d'intégration », *Esprit*, pp. 61-77.

¹⁴ Cf. Rapport d'activité 2003 de l'office français de protection des réfugiés et des apatrides.

¹⁵ Cf. Le compte rendu de la loi N° 2003-1176 du 10 décembre 2003 et décision du conseil constitutionnel n°2003-485 DC du 4 décembre 2003 ainsi que le compte rendu sur la réforme du droit d'asile dans *les Actualités Sociales Hebdomadaires* N° 2340 du 2 janvier 2004.

¹⁶ Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides.

On voit que cette recherche-action s'est déroulée dans une période intermédiaire. Le contexte de double crise des capacités de prise en charge des dispositifs associatifs liés à l'augmentation des demandes, et celui de la réforme en cours du droit d'asile, crée une conjoncture incertaine voire inquiétante pour les associations. Au niveau communautaire¹⁷, mais aussi au niveau national, il existe une tendance à englober la question de la demande d'asile dans le « dossier de l'immigration » selon une logique prépondérante de régulation des flux.

En France, le débat public sur l'asile est effectivement abordé en fonction de celui de l'immigration qui lui-même se structure de plus en plus à partir de la question de la « clandestinité » présentée comme un fléau à résorber. Dans ce contexte d'amalgame entre différentes catégories d'étrangers, l'application soupçonneuse de la réforme du droit d'asile, alors qu'elle reprend entre autre objectif celui d'accélérer les procédures administratives en amont et donc de réduire les délais d'attente, n'a pas pour l'instant rendu plus intelligible la distinction pourtant essentielle à faire entre les réfugiés conventionnels et les demandeurs d'asile « par défaut »¹⁸ (et non pas « faux demandeurs »). Cette catégorie du « faux » demandeur est politiquement construite en relation directe avec la volonté d'assèchement des flux d'immigration économique.

L'application récente de la loi Villepin dans la situation française est à resituer dans cette configuration communautaire (texte dit de Dublin II du 22 juillet 2002).

2.2 Effectivité des droits et action associative à l'échelle nationale

L'histoire récente du droit d'asile est celle d'une tension entre le principe de souveraineté de l'Etat français, protecteur des requérants, et le respect des droits fondamentaux des personnes. Durant les deux dernières décennies, le mouvement associatif s'est positionné comme un véritable gestionnaire d'organisme de service public ayant comme objectif l'accès aux droits d'asile et aux droits afférents : droits sociaux, droits à l'éducation et droits aux soins. Cette implication des associations, d'origine et d'obédience diverses, a conditionné l'effectivité au moins partielle du droit d'asile¹⁹. Que ce soit au niveau des prestations sociales ou de l'accès aux soins, les associations agissent dans un espace de tension entre revendication de droits spécifiques et revendication de droits communs. L'action du mouvement associatif dans le domaine de l'accès au droit d'asile est devenu un fait avéré dans l'organisation des politiques publiques. Mais au moment même où elle devient légitime, l'action associative se trouve confrontée à une conjoncture nouvelle de réforme et de gestion de la circulation des flux. La question la plus épineuse aujourd'hui posée dépasse une problématique –certes très actuelle– de repositionnement ou de recherche de nouvelles alliances. N'étant plus seulement sollicitée par la puissance publique pour défendre des droits mais aussi pour gérer des flux, l'action associative est traversée par une question éthique. On assiste alors à l'émergence d'un paradoxe durable : au moment même où devient patente la présence de savoirs associatifs pour la constitution d'un dossier conçu comme un facteur discriminant positivement l'avenir des récits de vie présentés à l'OFPPA, et donc l'avenir des personnes elles-mêmes, les

¹⁷ On assiste en pratique à un renforcement des frontières extérieures à l'espace de l'Europe communautaire de telle manière que certains parlent de la « forteresse Europe ». Dans ce contexte, les craintes et les constats posés par les associations insistent sur le fait qu'il existe un effet dissuasif consistant à traiter les demandeurs d'asile dans les dispositifs d'urgence sociale et de grande exclusion (en attente de décision). L'emploi de l'expression de « parcours du combattant » paraît ici fondé. Est encore évoquée la mise en place d'une culture de la suspicion et de réduction effective du droit d'asile dans un contexte de forte augmentation des demandes sur la dernière décennie.

¹⁸ O. Mongin, 2004, «La quadrature du cercle républicain et la vocation migratoire. L'asile, le contrôle des migrations et la volonté d'intégration », *Esprit*, pp. 61-77.

Cf. aussi le numéro d'ESPRIT de décembre 2003 : L'Europe face aux migrations.

¹⁹ Cf. à ce sujet Franguiadakis Spyros, Belkis Dominique (en collaboration avec E. Jaillardon), 2004, *En quête d'asile. Aide associative et accès au(x) droit(s)*, Paris, LGDJ, collection « droit et société », 287 p.

intervenants associatifs et plus largement les services sociaux et sanitaires sont mis en difficulté sur l'idée même qu'ils se font de leur mission.

Leur difficulté est accentuée par le fait qu'antérieurement à la configuration de la réforme du droit d'asile, l'adéquation entre offre associative et demande était loin d'être réalisée sur le territoire national. Autrement dit, alors qu'elle est de plus en plus diversifiée, alors qu'elle est devenue une condition nécessaire pour assurer l'effectivité de ces droits pour une majorité de demandeurs, l'action associative apparaît fragilisée à l'échelle nationale.

2.3 Emergence d'une préoccupation de santé mentale à l'échelle régionale : le cas de la région Rhône-Alpes

L'association faite par les acteurs concernés entre la recherche d'une meilleure coordination des actions et celle du « bon » territoire pour organiser l'accueil et les soins a donné lieu, au fil de la dernière décennie, à un débat public à l'échelle territoriale. En pratique, le niveau de l'action publique a été de plus en plus celui des départements et des régions. Rhône-Alpes illustre cette tendance.

Sans avoir ni l'ambition, ni l'objectif d'en brosser l'histoire précise, quelques traits saillants spécifiques à Rhône-Alpes méritent d'être pointés. A partir des années 1980, un mouvement conjonctif fédère des initiatives « éclatées » à l'échelle des différents pôles urbains de la région. Ce mouvement est très inégal d'un département à l'autre. La répartition régionale était et reste déséquilibrée en terme d'accueil spécifique.

Pour autant, durant la même période, le dispositif associatif s'installe peu à peu comme acteur incontournable de l'accueil des réfugiés. Que ce soit par exemple l'ADATE²⁰ en Isère ou le Diaconat Protestant dans la Drôme, des pôles de réponse se constituent à l'échelon départemental autour de la question hautement sensible de l'hébergement. C'est dans le Rhône que la naissance du CRARDDA (Comité d'Aide Aux Réfugiés et de Défense du Droit d'Asile) devenu bientôt Forum-Réfugiés illustre de manière paradigmatique ce mouvement de conjonction des forces associatives sur des scènes essentiellement départementales.

²⁰ L'ADATE : (Association Départementale d'Accueil des Travailleurs Emigrés) est une association créée en 1974 à Grenoble.

Breve histoire de la construction de l'association Forum Réfugiés

Depuis 1982, dans le département du Rhône, se sont engagées différentes associations réunies sous la forme d'un comité d'aide aux réfugiés et de défense du droit d'asile (CRARDDA) qui regroupaient des associations de première ligne : Cimade, Secours Catholique, Aralis, Sonacotra, Centre Pierre Valdo, Relais SOS, Entraide protestante, Interservices Migrants, Médecins du Monde, COSI. C'est à partir de ce « laboratoire » lyonnais qu'une offre originale s'est peu à peu développée sur le département et au-delà dont l'association Forum Réfugiés est aujourd'hui le fer de lance²¹.

La manière dont s'est construit un dispositif de réponses adaptées fait apparaître plusieurs éléments spécifiques.

Durant la décennie 1990, le rapprochement initial sous la forme de comités d'associations se pérennise. Un véritable dispositif coordonné s'invente dans le département du Rhône, qui n'est plus seulement un comité d'action militant mais un dispositif de plus en plus professionnalisé.

Ce dispositif a su créer, au fil du temps, un réseau de contacts réguliers avec les autorités locales (Direction Départementale des Affaires Sociales et Direction de la Réglementation de la Préfecture du Rhône). La décentralisation au niveau départemental de l'attribution des hébergements (Commission Locale d'Admission) a favorisé cette dynamique de partenariat autorité locale/dispositif associatif.

Enfin, ce dispositif se positionne comme un acteur fort dans la construction nationale et européenne « d'une opinion publique plus solidaire et plus influente »²² concernant la défense des droits effectifs (éducatifs, sociaux mais aussi sanitaires) qui se pose nécessairement lorsque les demandeurs d'asile sont accueillis sur le territoire national.

Au-delà de ce seul exemple, durant la décennie 90, dans un contexte d'augmentation²³ des demandes mais aussi de l'offre, les acteurs associatifs de la région Rhône-Alpes sont partout propulsés à l'avant scène de la prise en charge.

²¹ Cette association gérait 40 places en centre d'hébergement en 1982. Elle coordonne en 2002 un dispositif de 550 places en centre d'hébergement et de 500 « places » en hôtel soit 20 fois plus qu'en 1982. Dans le même temps, elle est passée de 5 à 75 salariés.

²² Rapport d'activité 2001 de l'association Forum Réfugiés.

²³ « Avec 51 087 premières demandes d'asile conventionnel en 2002, la France a de nouveau enregistré une hausse des arrivées de 8% mais moindre qu'en 2001 où elle avait atteint 22%. Ce chiffre de 51 087 ne traduit cependant pas la réalité du nombre des personnes arrivées en France pour demander une protection. Il faut en effet ajouter les mineurs accompagnants, soit 7 900 ainsi que les 23 000 demandes d'asile territorial consignées par le Ministère de l'Intérieur, ce qui porte à 82 000 le nombre total des personnes demandant l'asile, plaçant ainsi la France au deuxième rang des pays d'accueil en Europe », in Rapport 2003 de l'association Forum Réfugiés : *Asile en France et perspectives européennes*.

2.3.1 Comment apparaît in situ une préoccupation de soin psychique dans le dispositif associatif ?

Nous avons vu comment l'action associative se positionne généralement sur une thématique de l'effectivité aux droits. Au fur à mesure de sa consolidation, le dispositif associatif propose des offres de plus en plus diversifiées au-delà de celle princeps de l'hébergement. L'aide à l'accès aux droits se décline (mais là encore de manière très éclatée dans l'espace régional et en fonction des forces disponibles) au niveau juridique (aide juridique), au niveau de l'aide à la traduction, à la construction des récits pour le dossier de l'OFPRA, et d'aide à la domiciliation.

De façon moins spécifique, une thématique d'aide sociale, et bientôt sanitaire, apparaît dans le cadre de la prise en charge de l'hébergement mais aussi selon une logique d'intervention humanitaire²⁴.

Dans le Rhône tout du moins, l'arrivée des Kosovars en 1999 permet de franchir un seuil, comme en ont témoigné dans cette recherche l'équipe du CMP de Montluel et Olivier Brachet, directeur de Forum-Réfugiés. Dans le cadre de cellules médico-psychologiques d'urgence, des « pys » accompagnent pour la première fois un accueil massif de réfugiés. Cette opération analysée comme un succès accreditte l'idée que la présence des psychistes est utile voir bénéfique. Dans ce mouvement d'accréditation, l'association Forum-Réfugiés embauche ses premiers psychologues. Depuis lors, que ce soit pour aider les aidants ou pour accompagner au quotidien les demandeurs d'asile, la question de la place du soin psychique est peu à peu devenue une question sensible.

Pour autant, c'est l'année 2000 qui est celle de la reconnaissance par les acteurs eux-mêmes d'une problématique « santé mentale » au cœur des dispositifs qui concourent à organiser l'accueil. L'instauration de la CMU au niveau national s'accompagne au niveau du dispositif de l'instauration d'un pôle santé. Le projet d'un suivi médico-social et d'un bilan de santé plus systématisé se met partiellement en place. Cet accès aux soins s'inscrit, selon la vision de ses promoteurs, dans le prolongement de l'accès aux droits d'asile. Lorsqu'il est mis en pratique, ce suivi médico-social authentifie de manière récurrente des situations difficiles au niveau des troubles somatiques (insomnies et troubles somatiques polymorphes) et psychologiques.

Un suivi psychologique se met alors très partiellement en place dans le cadre associatif sous la forme de vacations de psychologues tandis qu'une interpellation des dispositifs de psychiatrie publique se fait de plus en plus pressante mais sans qu'une collaboration inter institutionnelle ne se concrétise autrement que ponctuellement, avec tel ou tel CMP. En 2001 s'engage « un travail de fond sur l'inscription institutionnelle de l'action psychologique » dans l'association Forum Réfugiés. Cet engagement nécessite une réflexion sur « *un repositionnement du travail clinique* »²⁵.

Parallèlement est fondée, par un regroupement de psychothérapeutes lyonnais engagés dans des actions humanitaires, une émanation lyonnaise de l'association suisse « Appartenances » (Lausanne) qui se propose de développer des dispositifs de soins psychiques auprès de ce type de

²⁴ On mesure bien ici à quel point la forme de contrat entre la société d'accueil et les demandeurs d'asile n'est pas de nature citoyenne. Elle s'inaugure sur un mode humanitaire. Ce sont d'autres acteurs (qui ont le statut de citoyens) que les demandeurs qui peuvent revendiquer des droits pour eux. Ce lien humanitaire s'installe en vis-à-vis d'un lien civique détruit dans le pays d'origine. En ce sens, les actions de grève de la faim prennent appui sur ce lien humanitaire qui se caractérise par le fait que l'on n'a pas le droit de laisser mourir un être humain, en faisant le pari que le rapport de force symbolique ainsi engagé ouvrira des droits citoyens. Ce n'est pas la psyché mais d'abord le corps qui garde une certaine valeur dans le lien humanitaire (manger, se vêtir et dormir). La préoccupation de santé, qui plus est de santé mentale, devient une approche absolument stratégique.

²⁵ En 2001 le pôle psychologique de Forum Réfugiés a effectué 650 consultations dont 63 % avec l'aide d'un interprète (Rapport d'activité 2001 de l'association Forum Réfugiés).

public. D'autres consultations psychologiques existaient déjà, pour certaines, parfois depuis fort longtemps comme l'APPM-CREFSI²⁶ ou encore l'ODTI (Office départementale des travailleurs immigrés) à Grenoble. Des initiatives plus récentes voient le jour mais sans que ni les unes ni les autres ne soient coordonnées à l'échelon régional.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de J. Kieffer, « Objectifs et présentation de l'Equipe Accueil Demandeurs d'asile », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

2.3.2 Mise en perspective de la commande de la DRASS : un discours légitimant la préoccupation de santé mentale

Cette entrée d'une préoccupation de Santé Mentale dans le champ du droit d'asile est entendue et relayée par la DRASS Rhône-Alpes qui commande fin 2002 à l'ORSPERE une première enquête préliminaire sur cette thématique. Cette authentification par les services déconcentrés de l'Etat au niveau régional s'accompagne d'un questionnement sur la constitution d'un dispositif sanitaire coordonné au niveau de la région et sur une meilleure articulation des partenariats entre dispositif associatif et dispositif de secteur psychiatrique.

Extrait de la lettre de commande du Directeur Régional des affaires sanitaires et sociales Rhône-Alpes :

« Cette action s'inscrit dans les préoccupations partagées au plan régional par les DDASS confrontées aux difficultés liées à l'inadéquation entre les besoins (souvent peu exprimés de cette population spécifique) et les moyens du droit commun. [...] »

Cette première phase devra aussi permettre de mieux cerner la population cible de l'étude, laquelle à mon avis regroupe l'ensemble des demandeurs d'asile (conventionnels ou territorial ces deux statuts juridiques devant être prochainement rapprochés). Ces personnes sont en effet « repérables » administrativement, elles ont réglementairement accès à des droits et au soin, une réponse institutionnelle est organisée ». Extrait du courrier du Directeur Régional, 27 mars 2003.

2.3.3 Un réseau régional « santé mentale » à construire

Alors qu'en région parisienne ou dans d'autres régions, une offre spécifique est organisée depuis les années 70-80 autour de la problématique de l'exil et de l'immigration, un discours de préoccupation émerge en Rhône-Alpes seulement depuis la fin des années 1990. De fait, il existe bel et bien une difficulté de mise en réseau des pratiques et des acteurs spécifique en région Rhône-Alpes.

Alors que la région est traversée par un flux important de demandeurs d'asile, la pertinence d'une coordination régionale n'est pas encore intégrée au niveau des pratiques. Penser « Région » se heurte encore au cloisonnement des institutions et des associations, à l'isolement des praticiens, et surtout, à l'absence de culture commune.

Dans ce contexte, prendre l'exacte mesure de la problématique de santé mentale des réfugiés n'est pas chose aisée d'autant plus que certains éléments de la procédure d'asile poussent à la confusion : les intervenants ont tendance à coder en termes de problématique sociale des problèmes de santé mentale, et vice et versa. Il y a donc à faire la part des choses entre ce qui relève

²⁶ Centre d'ethnopsychologie clinique.

d'une amélioration de la prise en charge sociale, d'une part et la dimension psychologique, voire psychopathologique, exprimée dans la relation d'aide, d'autre part.

Si on résume :

- il n'existe pas de réseaux constitués d'acteurs psychosociaux comme c'est le cas dans d'autres régions (Alsace, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Ile de France) depuis parfois deux décennies.
- il n'existe pas non plus d'espace commun entre des pratiques qui se revendiquent de défense protectionnelle et les pratiques de soins. Les unes et les autres n'étant pas portées par les mêmes supports ou réseaux associatifs.
- à l'encontre de ce qui se passe dans d'autres régions, il n'existe pas de passerelle constituée entre le champ des savoirs et de la recherche et celui des pratiques. Particulièrement, alors que la région possède des pôles forts en sciences humaines (anthropologie, politologie, sociologie, psychologie, psychiatrie), l'absence de partenariat entre les acteurs de terrain et l'institution universitaire n'est pas ou peu formalisée surtout concernant une perspective qui prend en compte les aspects de la rencontre des cultures mais aussi plus largement sur les types de rapport à penser entre soin et interculturalité. Les étudiants et les professionnels qui souhaitent se spécialiser sur ces questions sont souvent obligés de continuer leurs études dans d'autres régions.

Faire ce constat ne veut évidemment pas dire qu'il n'existe pas de travaux de recherche sur la question ni d'initiatives concrètes tendant à construire une offre d'accueil et de soin et de multiplier des services. Particulièrement à Grenoble ou à Lyon, des expériences qui associent théorie et pratique ont acquis, pour certaines, une dimension nationale voire européenne, mais il n'existe pas de pôle de compétence coordonné au niveau régional qui articulerait une réflexion interdisciplinaire sur le sujet. Les potentialités sont là mais les alliances restent à construire.

3. Déroulement de la recherche-action et public visé

3.1. Déroulement de la recherche-action (cf. schéma n°1)

Suite à une enquête préliminaire de 6 mois, débutée en octobre 2002, une première phase de la recherche-action, de mars à décembre 2003, a consisté à établir un état des lieux et à analyser des dysfonctionnements comme des ressources potentielles des dispositifs Rhône-Alpins.

Suite aux résultats de cette première phase, nous avons retenu deux modalités prioritaires de travail sous forme de deux ateliers de travail.

Le premier, intitulé « **Santé mentale et demandeurs d'asile : une meilleure organisation de l'offre institutionnelle régionale** », a été soutenu et financé par la DRASS Rhône-Alpes.

Le second, intitulé « **Santé mentale et demandeurs d'asile : expertise psychosociale des risques, prévention, soins et accompagnement individuel et collectif** », n'a pas été financé et n'est pas encore réalisé à ce jour.

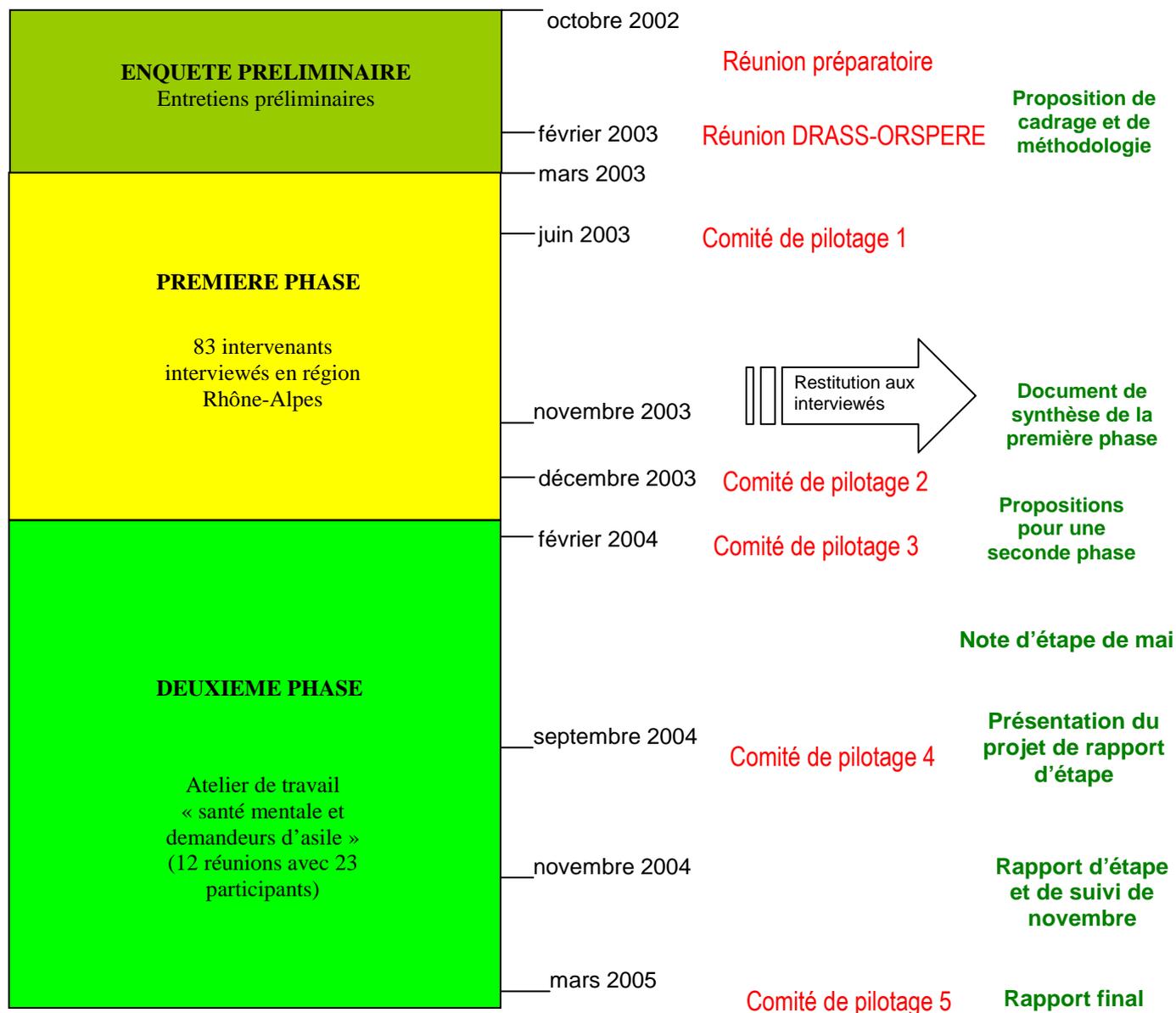
Ces deux modalités de travail visaient une réflexion clinique approfondie et engageaient à une transformation des pratiques des professionnels impliquées dans la consolidation du réseau déjà amorcé. Ces deux modalités se concevaient en synergie dans la mesure où l'extension d'une réflexion sur les modalités de souffrance est *indissociable* de la promotion de dispositifs de prise en charge adaptés.

Ainsi, un atelier de travail unique intitulé « **santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes** » a été proposé tentant de regrouper les différents points d'analyse incontournable (cf. Note méthodologique en annexes) : thématiques cliniques, analyses de dispositifs existants et expertise des scénarii possibles d'offres institutionnelles régionales. Cette analyse ne pourra cependant pas se prétendre aussi approfondie qu'initialement prévu, des pans entiers de la clinique des demandeurs d'asile ayant pu n'être qu'esquissés.

En outre, la seconde phase (février 2004 à mars 2005) a consisté à promouvoir une meilleure compréhension de certains enjeux cliniques et la construction d'un réseau psychosocial régional d'accès aux soins pour les personnes en demande d'asile, tout en prenant en compte les éléments d'une loi française en pleine évolution.

Un comité de pilotage a été créé pour le suivi de cette recherche-action. Constitué de représentants de la DRASS, d'un représentant de l'Association Appartenances, de Médecins du Monde, de Forum-Réfugiés, de la psychiatrie de secteur, de la psychiatrie libérale, des services sociaux d'aide aux migrants, du directeur scientifique de l'ORSPERE et des deux chercheurs, il s'est réuni à chaque étape de la recherche (cf. Schéma n°1).

Schéma n°1 : Déroulement de la démarche globale rec herche-action 2002-2005



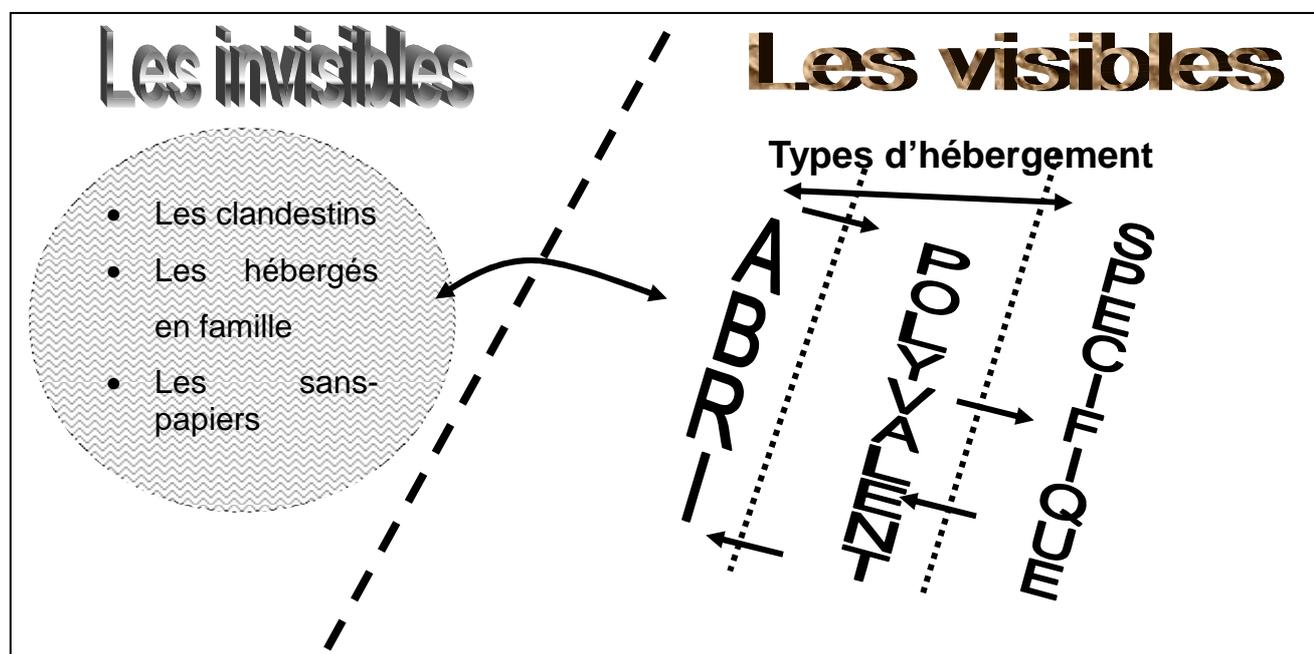
3.2. Le public visé par la recherche-action : un monde clivé entre les « visibles » et les « invisibles »

Au-delà des catégories juridiquement construites ou usuellement utilisées, demandeurs d'asile, réfugiés, déboutés, sans papiers, clandestins, statutaires..., le public visé par cette étude concerne toute personne qui a traversé l'expérience du parcours de demande d'asile.

Le champ d'investigation est alors : d'une part, ceux que nous avons appelés *les invisibles* (les clandestins, les hébergés en famille et les sans-papiers) qui peuvent devenir *visibles* à certains moments de leur parcours²⁷, d'autre part, *les visibles* qui sont perceptibles à partir des différents types d'hébergement (de l'hébergement de mise à l'abri, le polyvalent, à l'hébergement spécifique). Ce vaste public recouvre par ailleurs des problématiques différentes ainsi que des méthodes d'investigation qui ne peuvent être les mêmes pour tous. C'est pourquoi, au cours de l'évolution de la recherche-action, le public visé a été mieux identifié et spécifié. L'enquête préliminaire a permis d'opérer une première distinction entre les *visibles* et les *invisibles*, la première phase de la recherche-action a établi des distinctions de visibilité et d'accessibilité des personnes en fonction de la manière dont elles avaient accès à un type d'hébergement. Et enfin, la deuxième phase de la recherche-action s'est centrée sur les demandeurs d'asile hébergés de manière stable dans les hébergements spécifiques.

Ainsi, le public effectif est de fait celui qui est *visible* (Schéma n°2).

Schéma n°2 : La population cible de la recherche-action : un monde divisé



Légende :



Mouvements de circulation des personnes



Personnes dont les situations sont invisibles du point de vue social

²⁷ Notamment des adultes parents d'enfants nés en France qui ne sont ni expulsables, ni régularisables parce que déboutés.

En effet, l'enquête préliminaire montre que le champ d'intervention sociale et sanitaire se confronte à un monde constitué de *visible et d'invisible*.

L'hébergement ou la domiciliation en famille ou chez les compatriotes est peu « visible », une minorité conséquente des domiciliations²⁸ des demandeurs d'asile se faisant dans ce réseau. De même, les clandestins et les sans-papiers échappent de fait aux services de l'action sociale.

Dans ce travail, on s'intéressera donc aux procédures sociales qui rendent visibles des personnes en demande d'asile. Ces dernières ne peuvent être « visibilisées » qu'à partir des services offerts et au travers de la relation engagée à partir de ces services, lorsqu'ils sont personnalisés.

²⁸ Une domiciliation est obligatoire pour constituer le dossier de demande d'asile. Certaines associations sont agréées pour donner leur adresse aux demandeurs d'asile qui n'en auraient pas.

4. Etat des lieux : lien entre procédure de demande d'asile et santé mentale

4.1. La santé mentale : d'une définition idéale à la dimension de la relation

Toutes les définitions officielles de la santé mentale font valoir qu'elle est plus qu'une absence de maladie, sans nier le fait pathologique. Elles insistent sur la capacité d'un individu à vivre en interaction équilibrée avec un milieu, un cadre de vie, un environnement, une communauté, une société. Par exemple, le comité de santé mentale du Québec définit la santé mentale comme : « *la capacité d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, à la réalisation des buts individuels et collectifs, à l'emploi optimum de ses capacités initiales* ».

Quant à la *mental health authority* (Grande-Bretagne), elle l'identifie comme « *une capacité à opérer des changements à reconnaître et à communiquer des sentiments négatifs ou positifs, à maintenir des relations, valeurs, droit, pouvoir, degré de contrôle et d'influence sur ce qui nous arrive* »²⁹.

En France, il n'existe pas de définition officielle. C. Dejours proposait en 1996 d'ouvrir son champ d'application comme suit : « *la santé mentale est appréhendée comme un système de régulation très sophistiqué, mobilisant des dynamiques intersubjectives non seulement dans le champ affectif -que la psychanalyse connaît- mais aussi dans le champ des rapports sociaux et des liens civils que la psychanalyse ignore et qu'étudient surtout la sociologie et l'anthropologie de la santé mais aussi la psycho dynamique du travail* »³⁰.

Certes, cette définition a le mérite de mettre en correspondance des éléments subjectifs et sociaux. Mais parce qu'elle émane du champ de la psychopathologie du travail, elle est demeurée en dehors du champ de légitimation historique de la notion de santé mentale qui en France, et ce depuis l'après guerre, appartient à la psychiatrie publique. Il est un fait que dès les années 1960, une option humaniste a accompagné l'organisation de la psychiatrie de secteur. Mais ce n'est qu'après 1978, dans un contexte où l'Organisation Mondiale de la Santé a substitué la notion de maladie mentale à celle de santé mentale, qu'une mutation sinon conceptuelle en tout cas pratique, s'accélère. Le rapport Piel/Roelandt intitulé « *De la psychiatrie à la santé mentale* » en est l'exemple le plus avancé.

Le temps est clos où, depuis la définition utopique de l'OMS (1946), la santé mentale était un objectif idéal devant se réaliser plus tard, voire à la fin des temps. Depuis la fin des années 1990, elle se pose comme un problème à la fois sanitaire et politique en vis-à-vis d'une exigence collective. Sous sa bannière, depuis une dizaine d'années, se rassemblent des *zones de préoccupations concrètes* partagées par différents acteurs de terrain qui touchent au mal-être, à la dépression, au traumatisme, au passage à l'acte, à l'isolement social. Dès lors, comment mieux se représenter cette réalité de santé mentale dont nul ne conteste les effets nombreux et ordinaires dans la vie sociale ? Au delà de la convocation des définitions idéales, cela n'est pas facile. La constitution d'une représentation commune n'est pas encore faite. Loin s'en faut.

Si on retourne au terrain des demandeurs d'asile, qu'observe-t-on ?

²⁹ Concernant les définitions de la santé mentale au Québec et en Grande Bretagne se référer au numéro 22 de juin 2000, de la revue Pluriels éditée par la Mission d'appui en santé mentale.

³⁰ Cette citation provient du rapport de recherche de Michel Joubert, in « *Perturbation, santé mentale et confrontation aux difficultés de la vie quotidienne* », convention MIRE n°1/93, 1997.

- D'abord qu'une exigence de reconnaissance du lien intersubjectif traverse et caractérise ce nouveau champ d'intervention au-delà des segmentations fonctionnelles classiquement constituées : soin, éducation, travail social, habitat, travail ;
- Ensuite qu'une intervention concrète auprès des demandeurs d'asile s'incarne par des pratiques « au front » de la rencontre. De plus ces pratiques de santé mentale prennent de plus en plus de consistance pour le maintien effectif de la relation d'aide auprès des demandeurs d'asile.

4.2. L'hébergement : service principal autour duquel s'engagent les relations

La relation est partout centrale dans les situations que nous avons étudiées. Dans un champ d'intervention d'abord à la marge mais qui au fil des années se constitue de plus en plus comme un nouveau segment du travail social, différents engagements relationnels deviennent le support de pratiques de santé mentale. En ce sens, à l'instar de ce qui s'observe depuis quelques années dans d'autres champs d'intervention de l'action sociale, (RMI, PJJ, Mission Locale...), la dimension psychique des interventions sociales est reconnue par tous les intervenants ; la *souffrance psychique* des personnes est légitimée. Dans le champ de la demande d'asile, la vie psychique des demandeurs n'est accessible que dans le cadre des services offerts.

On note que, lorsque certains requérants sont originaires de pays où le service psychologique est inexistant, la relation renvoie à de funestes pratiques de contrôle politique. La confiance a besoin de temps pour se déployer.

En pratique, les réponses qui prennent en compte la dimension de la santé mentale se constituent dans une intrication forte entre aide juridique et accès à l'hébergement, si bien que la tendance des relations engagées entre un intervenant professionnel (ou bénévole) et un demandeur d'asile s'inaugure selon ces modalités d'aide intriquées desquelles certaines associations travaillent à se dégager. La souffrance, les troubles somatiques ou psychiques, bref les qualités indexées à toute vie psychique, sont saisies dans ce type de relations.

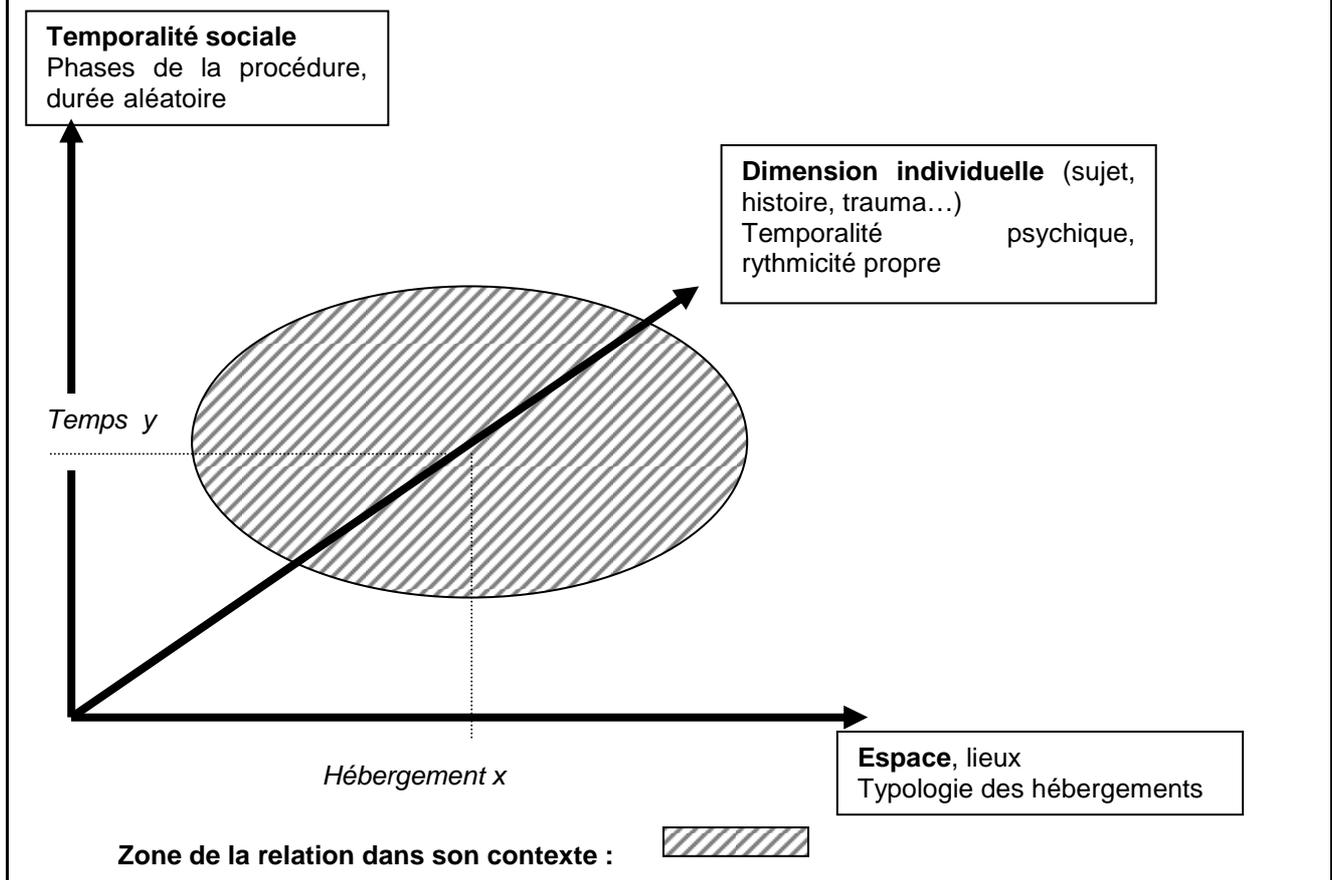
Il existe un rapport entre la possibilité d'accéder à la vie psychique des demandeurs d'asile et les différents moments et lieux de leur double parcours procédural et d'hébergement. Il existe aussi un rapport entre ces lieux, ces moments des parcours, et les différents niveaux de travail psychique possible. **Autrement dit, la mise au travail des vécus subjectifs dépend de la disponibilité du sujet, lui-même soumis aux effets de la procédure.**

Quelles sont les conditions d'accès à la vie psychique ?

L'accès à la vie psychique contient l'observation des mouvements psychiques, des manifestations de la subjectivité et aussi sa mise au travail. Ce qui exige des intervenants qu'ils soient eux-mêmes en disposition pour observer et mener une réflexion sur ce qui est observé, sur ce qui peut en être fait ou dit ; ce qui exige aussi d'avoir la pensée des risques de vulnérabilisation psychique (installation de troubles, décompensation, souffrance accrue...).

Une des conditions d'accès à la vie psychique repose sur le cadre de la relation et la contextualisation de cette relation (zone grisée dans le schéma ci-dessous). Cela signifie qu'il faut tenir compte simultanément du moment de la procédure (temporalité sociale), du lieu de vie, et de la dimension individuelle (temporalité psychique)

Nous présentons dans le schéma n°3 ci-dessous ces conditions d'accès.



4.3. Autour des pratiques d'hébergement : trois configurations de pratiques relationnelles où la vie psychique est accessible

Encore très récemment, la durée d'une procédure de requérant pouvait atteindre deux à trois ans, voire plus. L'issue en était et est toujours négative dans plus de huit cas sur dix. Dans ce contexte aléatoire, les demandeurs d'asile pris dans les entrelacs des procédures, ne peuvent pas anticiper a priori le sens de leur parcours, ni s'approprier les autres offres de prestations et de relations. Dans les faits, leur *parcours du combattant* non linéaire, incertain, est scandé par des étapes d'hébergement chaotiques dont l'analyse oblige à développer une pensée de la complexité. La recension détaillée, 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. Qu'est-ce que cela veut dire ? Alors qu'elles prennent en compte la qualité des parcours, leur description n'est pas structurée autour de la reconstitution d'un parcours standard et linéaire, par exemple dans le sens hébergement d'urgence → hébergement stable. Certes, le demandeur d'asile y est saisi comme un « hébergé en puissance ». Mais autour de ce service central,

le dispositif associatif a su construire en fonction des histoires locales -département par département- des réponses disparates et fluctuantes concernant d'autres types d'offres. Ainsi 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 soins (généraux somatiques et psychiques). Enfin, chaque configuration se définit encore par le fait qu'elle donne à voir une dynamique des relations en tant qu'elles favorisent plus ou moins une meilleure accessibilité à la vie psychique des personnes en demande d'asile. Où arrivent les informations sur l'état psychique des personnes ? Comment se construit une expertise collective de santé mentale à partir du témoignage et de la parole de ceux qui rencontrent les personnes ? Telles sont les questions concrètes auxquelles nous avons tenté de répondre.

Autrement dit, après avoir repéré trois situations d'hébergement et les avoir croisées³¹ avec d'autres relations de service accessibles dans chacune de ces catégories, nous avons pu identifier trois configurations de pratiques où se spécifie une mise au travail de la « matière psychique » accessible, d'une manière fluctuante mais différenciée.

PREMIERE CONFIGURATION DE PRATIQUES :

MISE A L'ABRI, RELATION INSECURISEE => TRAVAIL PSYCHIQUE INADEQUAT

Majoritairement, cette situation inaugurale d'un régime de survie est non spécifique : tout le monde la traverse ou y stationne (familles, isolés, mineurs homme, femme). Que ce soient celles de l'urgence sociale, des centres d'hébergement et de réadaptation sociale d'urgence (CHRS), des hôtels, des asiles de nuit, des lits/places dans le cadre du dispositif plan-froid, toutes les possibilités de **mise à l'abri** sont utilisées.

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. On propose de les lister comme suit : 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 aboutit, si nécessaire, sur des orientations de soins. Notre enquête montre que ces services sont essentiellement, soit de type humanitaire (par exemple consultation de l'association « Médecins du Monde »), soit les services PASS des hôpitaux publics lorsqu'ils en possèdent. *Les psychistes dans ce contexte d'accueil* sont plutôt absents (parce que non sollicités), sauf dans le cas de cellule d'urgence médico-psychologique pour les accueils collectifs et massifs. A ce stade, la psychiatrie de secteur est rigoureusement absente. D'une manière générale pas de présence « psy » repérée à ce stade³². Pour autant, lorsqu'il existe des équipes mobiles de psychiatrie (ex : pôle psychiatrie/précarité de Grenoble) les personnes en demande d'asile sont prises en charge dans la filière plus générale des populations précaires.

³¹ Pour rappel, une zone invisible, dont on connaît l'existence mais non l'étendue exacte, correspond aux hébergements en famille et, dans les communautés d'accueil, aux formules clandestines type squat, réseaux illégaux voire maffieux et rue. Souvent, certaines situations deviennent plus visibles à la suite d'une rupture (Situations de ceux qui sont congédiés du domicile de leurs compatriotes ou encore celle des mineurs dans les suites d'un signalement pour protection de l'enfance).

³² Nous avons vu que la catégorie du psychologique ou plus largement du « psy » était loin d'être évidente pour tous les demandeurs d'asile. Même lorsqu'elle est identifiée, elle peut faire peur en fonction de la fonction répressive qu'elle a pu prendre à une époque encore récente dans certains pays (ex-bloc communiste par exemple).

Dans cette situation où se conjuguent mise à l'abri et survie, les notions de suivi ou d'accompagnement dépassent rarement le stade du vœu pieux. En pratique, il est impossible de mettre en place une continuité de soins. Si la connaissance reste faible sur la manière dont les demandeurs d'asile circulent ou non d'un lieu à l'autre, les intervenants au front de la relation ne font état ni de situations de violence (sur soi ou sur autrui) ni de symptôme psychiatrique lourd (décompensation psychotique par exemple). Par le fait qu'ils sont engagés dans une rencontre avec un *étranger* primo arrivant dont le langage, pour les non francophones, est difficile à traduire, donc à comprendre, ils disent leur difficulté à poser un regard, encore moins un diagnostic, fut-il profane, sur son état de santé. Alors qu'ils constatent des ressources parfois importantes mobilisables dans le présent de l'action (par exemple : les familles repèrent vite les rouages administratifs et les formes d'aide, tandis que des conduites d'entraide peuvent se développer, de type repas communautaires), ils notent parallèlement que le régime de survie caractéristique de la mise à l'abri induit une forme d'écrasement de la vie psychique. « *Ce n'est que dans l'après coup que les personnes peuvent venir parler* » raconte un psychologue.

La possibilité de lien existe même lors de rencontres de courte durée. Mais la personne en demande d'asile se trouve alors dans une relation insécurisée et la matière psychique est difficile à mettre au travail, même si elle est entendue dans ses formes multiples de symptômes et de plaintes somatiques, pas toujours reconnues dans leur dimension psychique. 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, de l'émergence d'affects que les intervenants sont prêts à recevoir même au sein d'une relation courte. Ce sont bien les intervenants de première ligne qui sont confrontés à la souffrance psychique.

DEUXIEME CONFIGURATION : HEBERGEMENT POLYVALENT PAR DEFAUT, RELATION PEU SECURISEE => TRAVAIL PSYCHIQUE POSSIBLE MAIS RESTREINT

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 précaires et assistées. Cette situation concerne davantage les hommes célibataires que les familles. 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 où les turn over et l'incertitude du lendemain restent quotidiens ou au mieux hebdomadaires.

Les modes d'hébergements repérés sont là encore très divers. Certains CHRS sont sollicités par les services sociaux spécialisés mais avec des ouvertures variables et fluctuantes dans le temps, d'un département à l'autre, voir d'un site à l'autre. La réponse « Hôtel » est devenue quasi structurelle dans les départements soumis à des flux importants. Dans un contexte de pénurie de place, des dispositifs d'urgence sociale réorientent leur offre en l'élargissant parfois majoritairement aux publics demandeurs d'asile. D'autres hébergements polyvalents, ciblant classiquement d'autres types de public, sont aussi mis à contribution (Sonacotra, Aralis, Foyer jeunes travailleurs...). Des réseaux confessionnels de bénévoles offrent parfois aussi des hébergements (association d'entraide ou cure paroissiale).

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 et peu coordonnés avec les structures d'hébergement.

Les intervenants témoignent, dans les situations les plus précaires, du vécu d'humiliation des personnes accueillies associé à une vie quotidienne dégradée. 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=sandwichs), 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 de rendez-vous³³.

Lorsque les conditions d'une sécurité ontologique (A. Giddens vs E. Erikson), d'une confiance de base restaurée sont de nouveau présentes, les personnes sortent du cycle de recherche de satisfaction des besoins primaires. Inversement, lorsque leurs conditions de vie sont stabilisées, au moins durant le temps de la procédure, elles peuvent alors anticiper à nouveau un avenir à moyen terme.

Lorsqu'ils reconnaissent ces processus sociaux de vulnérabilisation, où « *beaucoup de choses restent suspendues* », les pratiques des intervenants sociaux sont d'abord orientées par le fait de ne pas proposer de réponses univoques du genre « tout psychologique ». Ils se saisissent des occasions disponibles et en provoquent autant que faire ce peut (ateliers, groupes d'activités, actions militantes, entraide, initiation à la langue française, loisirs, parrainage, accompagnement dans la cité...). Une dynamique commune sous-tend toutes ces actions : elle consiste à passer du lien humanitaire au lien civil, de la situation d'hébergé à celle d'affilié. On retrouve la Métis³⁴ et autre Art du bricolage, comme fondement paradoxal du travail social. Michel Autès précise que : « *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 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.* » (M. Autès, 1999, p. 258).

Cette pratique impliquée de travail social intègre une préoccupation de soins. Qu'ils soient professionnels ou bénévoles, 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 souffrances 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.

Outre la demande directe de soin psychiatrique qui reste faible (confirmation du peu de pathologie mentale avérée ou reconnue), les situations inaugurales d'une problématique de santé mentale sont :

- L'entrée 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, ou plus souvent vers leur propre « psy » en interne, lorsqu'ils en ont.
- L'entrée par l'aide aux récits : se raconter peut raviver des traumatismes ou des problématiques d'exil qui peuvent nécessiter à la fois une orientation directe vers des soins et un cadre de reprise pour les intervenants sous forme de formation ou/et de supervision. (Exemple : présence de stagiaire psychologue dans le service d'aide aux récits mis en place par la Croix Rouge à Lyon).
- L'entrée par l'expertise médicale : le dossier juridique (surtout de recours) est parfois étoffé par des certificats médicaux. Certains services de médecine légale ou encore l'association « Santé,

³³ Cf. dans ce même rapport, la partie « 5.2.3. Quels troubles, quels besoins de soin ? Des signes de la souffrance à la pathologie avérée ».

³⁴ « *La Métis est ce qui chez les Grecs s'oppose au Logos. Le Logos construit un ordre du monde à partir du pouvoir fondé dans la science, dans la vérité, dans la capacité de décrire un monde ordonné, rationnel et gouvernable depuis cette certitude fondée sur des énoncés vrais et identifiés dans des lieux de pouvoir. La Métis, la ruse, l'intelligence pratique représente tout ce qui échappe à cet ordre, tout ce qui se passe dans les interstices. C'est la logique des chemins de traverse...* » (M. Autès, 1999, *Les paradoxes du travail social*, Dunod, p. 252). Cette description de la Métis selon Michel Autès correspond à la logique du travail social.

Ethique et Liberté » sise dans l'enceinte du Centre hospitalier Le Vinatier, délivrent des certificats attestant des sévices subis. Des cliniciens sollicités (psychologues ou psychiatres en CMP) avouent souvent leur perplexité sur la manière dont il convient de conjuguer soin et expertise.

Ces différentes entrées convergent vers un souci partagé de la dimension psychique de l'aide ou du soin. Mais en deçà d'un soin spécialisé, c'est la compréhension interhumaine qui est questionnée.

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, soumis aux aléas de la rythmicité de la procédure, 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 intervenant / aidant reste non sécurisée, même si elle est potentielle, c'est-à-dire même si elle peut se prolonger dans le temps. L'écoute spécialisée (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 dimension psychique est reconnue par la personne elle-même (demande directe). Les soins psychiatriques spécialisés interviennent seulement quand les crises ou les pathologies sont déclarées.

Il reste une question de fond commune à tous les intervenants engagés dans une relation : comment traduire non seulement des langues, des signes d'appel mais aussi des affects dans une situation où la mesure des « écarts d'identité »³⁵ nécessite plus que jamais l'apprentissage d'une culture interdisciplinaire qui mette au travail l'écart entre *l'innommable* des faits et *le malentendu* de leur traduction ?

TROISIEME CONFIGURATION : HEBERGEMENT SPECIFIQUE, RELATION PLUS SECURISEE ==> UN TRAVAIL DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE EST POSSIBLE

Après un délai d'attente variable, le parcours du combattant du requérant débouche sur une proposition d'hébergement spécifique. En principe, cet hébergement est attribué jusqu'à la fin de la procédure. Ce dispositif spécifique est composé essentiellement par les AUDA³⁶, CADA³⁷, HEDA³⁸, CPH³⁹, centre de transit, ou moins ordinairement par des appartements éclatés : type ALT⁴⁰.

Avant la réforme récente du droit d'asile, les réfugiés territoriaux étaient exclus de ce dispositif sauf dans certaines situations qui sont restées expérimentales (ADATE, en Isère).

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

A l'encontre de ce qui se passe dans les autres configurations, les prestations périphériques à l'hébergement ont tendance à être internalisées : lorsque les moyens le permettent, c'est un véritable service social intégré qui tend à se constituer selon une forme de prise en charge globale. Il en est ainsi particulièrement pour l'aide aux récits, l'aide juridique et le travail social.

³⁵ « Ecart d'identité » est aussi le nom d'une excellente revue sur l'intégration publiée trimestriellement par l'ADATE depuis 1992.

³⁶ Accueil d'Urgence pour Demandeurs d'Asile.

³⁷ Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile.

³⁸ Hébergement Eclaté pour Demandeurs d'asile.

³⁹ Centre Provisoire d'Hébergement.

⁴⁰ Allocation Logement Temporaire.

Pour tous les intervenants interviewés, qu'ils soient psy ou non, nous avons noté que l'approche santé mentale est d'une grande actualité.

En premier lieu, ils insistent sur les crises qui peuvent survenir dans la vie des centres d'accueil. Ces crises peuvent être consécutives à des réaménagements intra familiaux, de couple ou inter générationnel (inactivité du père, place sociale en creux, adaptation rapide des enfants à la culture d'accueil...) ⁴¹.

En second lieu, ils repèrent différents moments de crise 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'OFPRA et la CRR ⁴². Chacun de ces temps portent 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 précarisés. En installant tel ou tel intervenant en position de dépositaire, cette question du dépôt du secret complexifie parfois le système de relation sociale scindé entre ceux qui savent et les autres.

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 un dépôt important de la souffrance. Pour autant, les réponses inventées en retour ne se cantonnent pas à une orientation qui se défasse vers les spécialistes de la psyché. Chaque fois que les politiques publiques le permettent, et se jouant des systèmes de contrainte, des théâtres pour l'action collective tentent de se frayer un chemin afin de faire entendre des voix et raconter des histoires. Toute médiation peut être bonne à prendre car l'essentiel est dans l'art de lier les êtres et non dans la réduction du *jeu* à une technique relationnelle efficace. Des activités occupationnelles, artisanales ou artistiques sont proposées dans les centres d'accueil. Elles ne sont souvent investies que par les femmes. Les hommes qui pâtissent moins d'inactivité sociale que de l'absence de travail et de l'identité idoine les boudent carrément. Que faire alors ? Les travailleurs sociaux qui constatent que la santé mentale des hommes s'améliore « lorsqu'ils travaillent, même au noir, il faut le dire », en déduisent pragmatiquement qu'il vaudrait mieux qu'ils en aient la possibilité concrète : « Toute la famille s'en trouverait mieux ! ». De fait, les occasions où il est possible de réinvestir des rôles sociaux « vrais » sont actuellement 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 (Diaconat à Valence). D'autres associations tentent d'impliquer les élus locaux et les forces militantes à un accueil citoyen qui favorise une meilleure intégration des personnes dans des réseaux d'association sportives ou culturelles locales (exemple ADATE en Isère).

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de Rached SFAR et d'Abdellatif Chaouite, « Une tentative de prévention de la souffrance mentale », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

Au sein des centres d'accueil, à partir de situations de rivalité qui peuvent aller jusqu'à la xénophobie, ces expériences tentent de tisser des liens entre les peuples et les cultures. Lorsqu'elles y réussissent, elles forgent un sens social à des parcours déshumanisants avec des effets certains en terme de santé mentale.

Dans cette visée de l'action, le concept de santé positive (dont la perte ne correspond pas obligatoirement à une maladie) devient dès lors un référent pour une action intégrative. Le droit à la

⁴¹ Cet aspect est développé dans la partie « 5.2.3. Quels troubles, quels besoins de soin ? Des signes de la souffrance à la pathologie avérée » de ce rapport.

⁴² Commission de recours des réfugiés.

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 du combat général de défense du droit d'asile. Ainsi, c'est à l'initiative de certaines associations de défense qu'ont pu être montés, en partenariat avec des institutions sanitaires, des bilans de santé réguliers comme la convention de Forum-Refugiés avec l'hôpital des Charmettes. Lorsqu'il n'existe pas de partenariat institué⁴³, ce qui semble être plutôt la règle au niveau régional, 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. En hébergement spécifique, cette offre de santé sous le mode du droit commun fonctionne relativement bien sauf en ce qui concerne le soin psychique. Cela ne veut pas dire que cette problématique est absente du terrain, bien au contraire.

Si on tente de ressaisir plus en détail les pratiques effectives, on constate d'abord que les psychanalystes et les psychiatres en ville ne sont guère présents sur ce front, au moins durant le temps de la procédure. Par contre, 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. Des collaborations fructueuses notamment avec la pédopsychiatrie, ou avec quelques secteurs adultes, sont à noter. Mais d'une façon générale, les manières de faire les plus courantes donnent lieu, aux yeux des accueillants, à une critique récurrente, autant au niveau du soin que du partenariat.

L'offre de droit commun étant soit inadaptée soit insuffisante, une offre spécifique en interne a tendance à se développer, sans qu'elle ne réponde aux mêmes missions. Ainsi, nous avons déjà vu qu'il existe une présence accrue de psychologues dans les dispositifs d'hébergement spécifique depuis quelques années. Loin d'être systématisée, elle est plus ou moins en voie d'institutionnalisation. Elle peut alors prendre plusieurs formes : contrat de vacation, salarié d'association, ou convention avec un psychologue en libéral. Au niveau fonctionnel, les psychologues sont sollicités pour conduire des analyses de la pratique ou 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 » eu égard aux cultures institutionnelles antérieures. Cependant, 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, la plus sécurisée.

Ainsi, la perspective d'un travail de psychothérapie en « profondeur » pose question, alors qu'un travail de soutien, d'étayage et d'accompagnement psychologique semble d'ores et déjà possible et profitable pour les demandeurs.

Dernière remarque : quels que soient les services psy proposés (endogènes ou exogènes, spécifiques ou de droit commun), et alors que les intervenants insistent sur le fait que les personnes hébergées en logement spécifique ont, dans une grande proportion, subi des expériences traumatiques (tortures, persécutions physiques et morales), nous n'avons paradoxalement pas répertorié de pratique spécialisée sur la clinique du traumatisme psychique. Est-ce un manque ou un problème de compétence et de formation ? Le trauma est-il « traitable » dans le temps réel de la procédure ? Le traumatisme des personnes a-t-il tendance à sidérer les aidants ? Quoiqu'il en soit, la clinique à promouvoir ne peut certes pas se réduire à une clinique du traumatisme, mais ne peut pas, non plus, l'éluder.

⁴³ Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de Sylviane Belgrado, « Quelques notes en lien avec l'atelier sur l'accueil des réfugiés », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

4.4. Reprise sous forme de tableau synthétique des trois configurations

Configuration	1. Mise à l'abri (survie)	2. Hébergement polyvalent (précarité sociale)	3. Hébergement spécifique pour les demandeurs d'asile
Finalité de l'action	Urgence humanitaire	Aide sociale Assistance	Obtention du statut de réfugié
Relation	Insécurisée	Peu sécurisée	Plus sécurisée
Type d'hébergement	Urgence sociale, CHRS d'urgence, Hôtels, Centres d'hébergement d'urgence, Asile de nuit, plan froid, réseaux confessionnels.	CHRS, hôtels, dispositifs d'urgence sociale, appartements ALT Sonacotra, Aralis, FJT, réseau confessionnel, association d'entraide.	AUDA, CADA, HEDA, CPH, Centre de transit, cellule d'accueil d'urgence, appartements éclatés.
Relations de services adjacents	Domiciliation Travail social d'accueil, d'aide financière et d'orientation.	Aide juridique Aide au récit Travail social dans ses dimensions multiples, néo-caritatif en externe	Aide au récit Aide juridique Domiciliation Travail social en interne
Relations de soins	Soins humanitaires, les services d'urgence (Pass). Absence de la Psychiatrie de secteur. Possibilité d'équipes de psychiatrie intersectorielles (interfaces).	Dispositif « psy » de droit commun « Psy » dans les dispositifs humanitaires et interfaces.	Médecine générale en cabinet, réseau. Planning familial, maternité, Points santé Soins psy de droit commun Offre psy spécifique
Signes perçus	Pas de symptôme lourd, Peu de situations de violence, difficulté à établir un « diagnostic », Barrière de la langue surtout pour les non francophones. Régime de survie.	Peu de pathologie mentale De multiples signes non spécifiques, plutôt somatiques.	Des problèmes de vie collective dans l'ordinaire du parcours Moments de crise en fonction de la rythmicité propre à la procédure
Composante de santé mentale dans les réponses apportées par les professionnels	Pas de présence repérée des « psy »	Recherche d'une activité sociale. Actions militantes.... Parrainages. Groupes de paroles, groupes d'activité, groupes de loisirs.	Le soutien au quotidien Recherche d'une activité sociale Groupes de paroles, groupes d'activité, groupes de loisirs.

Du point de vue de la santé mentale, cet état des lieux concernant les configurations de pratiques pose deux questions en terme d'organisation pour l'amélioration des pratiques :

- Faut-il favoriser plus rapidement et plus massivement l'admission des demandeurs d'asile dans les hébergements spécifiques ?
- Comment jouer sur la qualité et le respect des procédures de mise à l'abri de telle sorte que les aspects pathogènes soient réduits au maximum ?

4.5. Conclusion : la préoccupation de santé mentale entre désaffection institutionnelle et sensibilité des acteurs

Des expertises et des initiatives collectives commencent à se constituer depuis quelques années, comme l'association Appartenances-Lyon. S'appuyant sur la discipline de la psychologie plus que sur celle de la psychiatrie, elles visent moins des malades que la pratique de ceux qui, dans leur activité de « prendre soin », prennent au sérieux ce qu'on appelle « forme », « mental » ou encore psychisme, dans une acception où la vie psychique n'est pas construite en opposition à la vie sociale, mais considérée comme une composante essentielle du lien social. En pratique, il est toujours important que les psychiatres mettent *leurs* mots, explicitent, ordonnent les troubles de l'âme et rendent compte de la genèse et de la nosographie des pathologies mentales. Mais paradoxalement lorsqu'il s'énonce, le discours d'ordonnement de type médico-psychiatrique met les professionnels intervenants auprès des demandeurs d'asile dans une incertitude persistante concernant *l'ensemble des faits et des affects* constatés et éprouvés. Car le problème auquel ils sont confrontés 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. Dans un contexte traumatique où c'est le genre humain qui a été disjoint, à quoi leur sert de traduire une souffrance dans le registre nosographique si ce type d'opération ne contribue guère à retisser des formes d'attachements entre soi et le monde. Au bout du compte, l'univers relationnel de la santé mentale atteste des *souffrances psychiques* ni naturalisables dans l'ordre de la folie, ni dans celui de la maladie mentale. Cette authentification de *souffrances psychiques* marque un changement majeur « *dans ce que nous entendons par pathologique puisqu'il n'est plus limité à la maladie mentale* » (A. Ehrenberg, A. Lovell, 2001, p. 16).

Parce que le monde de l'accueil des demandeurs d'asile est habité par plusieurs dimensions relationnelles, il n'y a pas d'un côté le soin et de l'autre le social, le pathologique et le normal, mais une interdépendance entre ces scènes d'apparition. A cet endroit, comme sur d'autres scènes émergentes (précarité, travail,...), c'est un travail de redéfinition des frontières qui devient l'enjeu actuel des pratiques.

Ne nous leurrions pas. Cette recherche d'un nouvel ordonnancement ne peut faire oublier la composante paradoxante d'un système de prise en charge, dont les accueillants se sont faits inlassablement les témoins critiques. Le sentiment de l'absurde, le non-sens du « système » réactive souvent la difficulté à mettre du sens sur les événements vécus « là-bas » et sur l'expérience de l'exil. Cette production sociale d'une santé mentale menacée doit être décrite en termes de risques pour les demandeurs. Elle doit aussi être abordée en fonction du fait qu'elle a des effets spécifiques au niveau des intervenants. Ce sont ces deux aspects que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

5. Analyse en terme de risque de santé mentale

5.1. Risques et processus de vulnérabilisation en santé mentale

Aborder la question de la santé mentale en termes de risques appelle à un préalable de définition : le concept de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure.

En s'inspirant de Ulrich Beck⁴⁴, il y a **trois manières d'aborder le concept de risque** lorsqu'on l'applique à la situation des personnes en situation de demande d'asile :

- **La première lie le risque avec une présomption causale d'un dommage, d'un traumatisme par exemple.** On parle alors d'exposition au risque ou de pérennisation du risque. Appliqué aux demandeurs d'asile, ce premier risque oblige à mettre en place des offres de soins pour les personnes réfugiées ayant subi de la violence physique ou psychique dans le passé. « *Ce à qui (à quoi) vous avez été exposé* », vous = demandeur d'asile.
- **La deuxième identifie le risque non comme une conséquence, mais comme l'anticipation d'un événement dommageable non encore survenu.** Il convient alors de réorienter l'action. Ce n'est plus seulement le passé mais aussi l'avenir qui est la cause projetée de l'action. Ce deuxième risque oblige à aménager l'accueil des demandeurs d'asile dans le pays dit d'accueil selon une forme plus ou moins atténuée de principe de précaution afin de dégager un avenir positif possible. « *Voilà ce que vous pouvez devenir* », vous = demandeur d'asile.
- **Une troisième forme saisit le concept de risque dans une problématique sociétale plus vaste.** La société du risque est une société mondialisée « *où certains ont les moyens de détruire le monde* ». Il s'agit alors d'authentifier les risques non pas pour construire plus d'égalité, « *mais pour éviter le pire*⁴⁵ ». La gestion ou la réduction du risque donne lieu à une politique de meilleure répartition des risques ou bien encore à une hiérarchisation entre risque dit mineur ou risque dit majeur. « *Qu'est ce que nous pouvons faire ?* », nous = pays d'accueil.

Cette dernière manière d'envisager le risque nécessite non seulement des formes d'expertises « techniques » mais appelle à une discussion politique qui « nous » oblige à penser contre la tendance dominante d'une logique d'externalisation ou de privatisation des risques (R. Castel, 2003). Dans cette optique qui apparaît la plus adaptée à notre étude, le risque encouru par les demandeurs d'asile doit alors être défini comme un bien commun à couvrir solidairement et non comme un danger dont la société doit se protéger.

Ce qu'il convient de retenir ici, c'est que l'authentification des risques de santé mentale s'intéresse à la fois aux « vous » et aux « nous ». Les risques de santé mentale concernent des groupes vulnérabilisés par une conjoncture cumulative (une crise politique, un désordre social, un accueil dégradé). Leur mesure ne peut être déliée du contexte de leur authentification. De ce fait, les critères avancés pour discuter de ce que pourrait être une « bonne » santé mentale ne peuvent

⁴⁴ Ulrich Beck, 2003, *La société du risque*, sur la voie d'une autre modernité, Champs, Flammarion.

⁴⁵ Idem.

certainement pas donner lieu à une évaluation prédictive à l'échelle individuelle. Pour nous, parler en terme de risque ne peut pas consister à mettre en place des échelles prédictives d'évaluation ni de pathologie, ni de souffrance psychique individuelle. Les personnes demandeurs d'asile ne peuvent être saisies comme des « populations à risque ». Mais le parcours qu'elles traversent les expose, dans une optique générale de santé mentale, à des risques de vulnérabilisation sur lesquelles une action de prévention et de soin est possible.

Les modèles qui, depuis le milieu des années 1980 (M. Rutter, 1985), tentent de définir la vulnérabilité relevant d'une approche multi dimensionnelle, proposent une variété de définitions et d'approches, impliquant des facteurs de risques multiples. Si un consensus sur ce sujet ne paraît pas encore possible, nous citons toutefois la définition proposée par Bourguignon O. (appliquée aux enfants mais que nous proposons d'étendre aux adultes) : « *selon le modèle de la vulnérabilité, la survenue d'une situation physiquement ou psychiquement dangereuse exige pour l'enfant une adaptation qui a souvent pour prix des symptômes et des problèmes comportementaux, immédiats ou différés. L'événement destructeur affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où elles modifient le rapport à la réalité à soi et à autrui* » (Bourguignon O., 2000). Cette définition résume assez bien les caractéristiques générales d'une théorisation de la vulnérabilité dans le champ de la santé mentale.

Si nous nous intéressons à cette problématique dans le cadre de cette recherche-action, ce n'est pas pour hisser cette notion de vulnérabilité à la hauteur d'un concept explicatif. Nous envisageons plutôt de décrire des pratiques d'accueil des demandeurs d'asile en étant attentifs à des processus complexes à la croisée du social et du psychique qui menacent la personne. En ce sens, nous serons amenés à identifier des zones de fragilisation et des risques de santé mentale dans leur rapport mutuel. Cette perspective processuelle met au cœur de notre approche l'importance des pratiques sociales, notamment d'étayage et de soutien, mais aussi s'inspire des conceptions psychanalytiques et psychodynamiques de la vie psychique.

Tenter d'« objectiver » différents processus « risqués » en situation peut permettre à terme, lorsqu'ils s'accompagnent des signes de souffrance, de sensibiliser les intervenants au fait que la santé mentale d'un groupe vulnérabilisé se dégrade si des effets cumulatifs et interactifs se pérennisent. La problématique du risque en santé mentale consiste à mettre en évidence à la fois les expositions répétées aux risques auxquels sont soumis les individus ou les groupes et à la fois les actions de précaution, de prévention, de protection, de réduction, engagées soit à l'échelle individuelle soit par des collectifs d'accueil (famille, professionnel, relations).

Il s'agit de repérer et d'installer les conditions d'un processus où la dimension étayante de l'environnement favorise la santé mentale dans des conditions les plus difficiles qui soient. Car, in fine, le concept de risque relativise la dimension tragique de l'interrogation des acteurs sur l'irréversibilité des situations.

Le demandeur d'asile est pris dans plusieurs « mondes » et dimensions qui vont influencer, sans force équivalente, sur sa santé mentale. Il est un étranger en terre d'accueil qui a traversé le chemin de l'exil. En tant que demandeur d'asile, il est inscrit et engagé dans une procédure juridique d'examen d'un statut de réfugié au cours de laquelle il rencontrera un certain nombre d'intervenants psychosociaux et juridiques. Enfin, il arrive dans ce pays seul ou accompagné, avec son histoire, son expérience (ses forces et ses faiblesses), et ce qui le hante, autrement dit un *certain* vécu psychique. Ces caractéristiques du demandeur d'asile représentent des zones de potentielle fragilisation qui peuvent mettre en péril ou porter atteinte à sa santé mentale à un moment ou à un autre.

Ces dimensions sont reliées entre elles, dans le parcours chaque fois unique de tel ou tel demandeur d'asile mais seront décrites séparément pour des raisons d'exposé.

La spécificité du demandeur d'asile existe dans sa dimension sociale articulée à la dimension psychique. Dans cette perspective, et du seul point de vue clinique, il n'existe pas en soi de frontière stricte entre la problématique d'un étranger et celle d'un demandeur d'asile. Ils ont tous deux à vivre un rapport à l'étrangeté, à l'altérité, etc. Mais la situation de demandeur d'asile ne vaut sa particularité qu'à l'intrication des données sociales, juridiques et psychiques issues de sa condition même de demandeur. Ces données se conjuguent et viennent complexifier une situation déjà saturée d'incertitude quant à l'obtention d'un statut.

5.2. Risques pour les demandeurs d'asile : de la vulnérabilisation à la pathologie

5.2.1 Trois zones de fragilisation

La prudence est de mise quant au risque de généralisation systématisée qui abolirait les capacités individuelles de chacun devant les épreuves de la vie. Les problématiques relevées ci-dessous ne préjugent en rien de la manière personnelle de chacun d'y réagir, d'agir et de créer. Il est nécessaire d'envisager conjointement les éléments de fragilisation (attendus et prévisibles) et les facteurs et les capacités de protection de chaque sujet ainsi que ses ressources mobilisables (sa capacité de résilience⁴⁶). Les items développés ci-dessous regroupent donc les problématiques communes liées aux parcours de demande d'asile. Ces items peuvent cependant devenir le lieu de cristallisation d'une souffrance psychique singulière qui empêche le sujet de « faire face et s'en sortir⁴⁷ » en sauvegardant son intégrité sociale et psychique. C'est en ce sens qu'il est pris dans un processus de vulnérabilisation en termes de santé mentale.

Zone 1 : exil, migration, situation d'étranger

Trois difficultés essentielles caractérisent cette zone : la rupture avec le pays d'origine, le besoin et l'impossibilité d'oubli et l'expression de la souffrance en langue « étrangère ».

Rupture d'avec le pays d'origine

⇒ Deuil, appartenance culturelle problématique

La rupture avec le pays d'origine implique un certain **travail de deuil** à réaliser qui peut affecter pendant un temps les liens construits du sujet aux autres et à lui-même, touchant de fait sa capacité à construire de nouveaux liens. Le deuil n'est pas une maladie, mais une étape nécessaire.

Certains souffrent parce qu'ils se retrouvent dans l'impossibilité même d'être psychiquement dans *un lieu* : ni plus là-bas, ni vraiment ici.

Outre l'éloignement géographique, se pose la question de la séparation culturelle. Même si **l'appartenance culturelle**⁴⁸ d'un individu, d'une famille ou d'un groupe ne résume pas son identité, elle en constitue cependant un pôle de structuration.

⁴⁶ Se référer aux nombreux travaux actuels sur la résilience, avec notamment ceux de B. Cyrulnik, 1999, 2002, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

⁴⁷ V. Chatel, M.-H. Soulet, 2002, *Faire face et s'en sortir*, Editions universitaires de Fribourg, Suisse.

⁴⁸ Les thématiques de la ou des *cultures*, et plus généralement de l'*interculturalité* voire de la *transculturalité*, restent des questions essentielles à explorer et à débattre. Pour illustrer dans la pratique cette question, on peut se référer au

Les raisons de l'exil ne sont pas toujours accessibles autant pour l'intervenant que pour les enfants arrivés en terre d'accueil. Nous reprendrons la différence qu'établissent Léon et Rebecca Grinberg en 1986 dans leur livre *Psychanalyse du migrant et de l'exilé* entre exil et migration. L'exil décrit le déplacement contraint par contraste avec la « migration » qui relèverait de l'acte volontaire.

Dans certaines circonstances, l'acte migratoire est à interroger dans sa dimension de symptôme familial : pourquoi et dans quelles circonstances un des membres de la famille est-il missionné – désigné – pour s'exiler ? S'il existe des pathologies de l'exil, il existe aussi des exils pour pathologies.

- Entre besoin et impossibilité d'oubli :

⇒ Risque d'amputation psychique

⇒ Risque de rupture des liens de filiation, de la transmission transgénérationnelle

Avec les drames et l'exil, vient le besoin d'oubli et en même temps l'impossibilité à oublier. La répression des souvenirs n'est effective qu'au prix d'une **véritable amputation psychique**. Lorsque celle-ci porte sur la filiation ou la génération, les conséquences sont dramatiques. « *Car la filiation est ce par quoi un individu se situe par rapport à ses ascendants et descendants, réels ou imaginaires et c'est cela qui nous donne notre sentiment d'identité et d'individualité* » (Baque S., 1997, p. 44).

Ainsi, la dimension transgénérationnelle est en question dans le sens où la différence des générations et la transmission psychique sont en danger. En effet, comment transmettre les traditions et les codes culturels de la famille quand on est hors du pays ? Il existe **un risque de rupture dans le lien transgénérationnel** si rien ne peut se dire du pays quitté.

La différence des générations est une des structures de la vie psychique et de la civilisation. « *La transgression de ces différences produit la catégorie de l'incestueux* » (R. Kaës, 1998, p. 11). Parfois, ces frontières ont été franchies et ont porté atteinte au sujet. Il arrive aussi que la situation de demandeur d'asile mette en péril le maintien de ces différences dans la famille. Ainsi, l'analyse des difficultés scolaires d'un enfant de réfugiés ne peut faire l'économie des problèmes de filiation et de transmission de l'univers psychique parental. « *L'exil forcé, traumatique pour la famille, constitue un événement signifiant pour ceux qui le vivent, mais aussi pour les générations suivantes* » (Mayan V., Giraud du Poyet V., Baldo E., 2003, p. 24).

texte de Chantal Deshenry, « Difficultés rencontrées dans la prise en charge de la population des demandeurs d'asile », et pour un point de vue théorique, se référer au texte inédit de René Kaës « La consistance psychique de la différence culturelle », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

L'expression de la souffrance en langue « étrangère » :

⇒ Risque de malentendus réciproques

⇒ D'enfermement dans la psychose (effet de « carrière » de malade mental)

⇒ Risque de médicalisation psychiatrique excessive

Etre étranger pose la question de la langue maternelle, de la place de l'interprète et plus généralement de la difficulté à se faire comprendre parfois au-delà des mots. **Le risque de malentendu réciproque** est important. Les enfants ou des compatriotes ayant eux-mêmes traversé les mêmes difficultés, servent parfois d'interprètes. Ce « service gratuit » n'est pas sans poser problème et risque d'introduire de la confusion.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de Louisa Moussaoui, « De la langue maternelle à la langue étrangère », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

L'expression de la souffrance peut prendre différentes formes et susciter chez l'intervenant un effet d'étrangeté, du fait de la nature du trouble, mais aussi du fait de l'origine étrangère de la personne (langage et codes culturels différents). Les interprètes sont peu ou pas formés pour travailler dans le cadre des entretiens « psy », même si un travail de réflexion a été engagé notamment entre les associations Appartenances et Inter Service Migrants⁴⁹ à Lyon, sur l'idée de l'interprète comme « passeur » entre deux mondes, médiateur culturel. La présence de l'interprète dans la relation intersubjective avec un thérapeute n'est pas sans poser des problèmes techniques et pratiques aussi bien du côté des interprètes que du côté des cliniciens. Parler dans sa langue maternelle peut s'avérer un plus pour exprimer les affects, mais d'une part, ce n'est pas toujours la volonté du patient et d'autre part la langue du pays d'accueil peut servir à dire autrement que dans la langue maternelle ce qui a été vécu de manière traumatique. Ainsi, comme le précise J. Altounian « *un patrimoine traumatique ne devient refoulable⁵⁰ que dé-porté dans la langue de l'autre* » (2004, p. 28). C'est face à ces **risques d'incompréhension réciproques** que les intervenants psychistes parlent de diagnostic « brouillé » où s'intriquent des éléments culturels et des éléments psychopathologiques avec lesquels ils ne sont pas nécessairement familiarisés. De fait, l'analyse de plusieurs situations cliniques (reprises dans le cadre de l'atelier de travail) a mis en évidence un **risque d'enfermement dans un diagnostic de psychose** qui conduirait la personne à entreprendre une « carrière⁵¹ » de malade mental. Certains intervenants interrogent ce risque de réductionnisme nosographique et en soulignent la stigmatisation possible sans effet de mieux-être pour les personnes. En somme, ils alertent sur le **risque de médicalisation psychiatrique excessive** faute d'incompréhension mutuelle ou faute d'adaptation des offres de soin.

⁴⁹ Cf. S. Denis-Kalla, L. Moussaoui, 2003, « Compte-rendu du groupe de travail sur les pratiques professionnelles à l'aide d'interprète », tiré à part.

⁵⁰ Nous précisons que « refoulable » veut dire que l'on peut oublier pour éventuellement se souvenir.

⁵¹ E. Goffman, 1968, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 447 p.

Zone 2 : zone de l'accueil précaire

Quatre difficultés caractérisent cette zone : les parcours chaotiques, la précarité des liens sociaux, l'incertitude d'accès à l'hébergement spécifique et l'expérience de la traversée de la procédure.

Les parcours chaotiques ⇒ Non sens, peu de lisibilité
⇒ Risque de rupture dans le parcours de soin

Nous avons vu qu'il existait trois configurations possibles de pratiques d'accueil et d'hébergement où la vulnérabilisation psychique du sujet au cours de son parcours est variable. Cependant, il existe aussi des problématiques psychiques transversales constantes, tout au long de la procédure, et concernant tous les types d'hébergement.

Il nous faut encore insister sur les « parcours du combattant » des demandeurs d'asile tout à fait dysfonctionnels du point de vue de l'efficacité d'une politique publique par ailleurs attentive aux Droits de l'homme. Face à l'**incohérence** effective dans la circulation des personnes qui vont et viennent d'un hébergement à l'autre, il est difficile, au regard de ces parcours racontés, de trouver un sens à cette circulation. Pour la personne elle-même, et souvent pour les intervenants, circuler dans ce labyrinthe « rend fou ». Le vécu de parcours chaotique risque de réactiver le vécu de non sens de ce qui été vécu là-bas et dans l'exil. En fait, deux niveaux d'intérêts s'affrontent : l'un tourné vers la personne, l'autre tourné vers l'aspect procédural. Cet affrontement conflictuel est vécu aussi par les intervenants qui se trouvent souvent aux prises avec ce système qui produit du non sens pour eux aussi.

En réaction à ce contexte atomisé, toute tentative d'organisation collective cherche à réordonner l'action afin que les vécus de non sens s'estompent : c'est le cas d'actions militantes (collectif de lutte) ou de mise en place de critères dans les commissions d'hébergement par exemple.

Ces parcours chaotiques de circulation risquent d'entraîner des **ruptures dans le parcours de soin** lorsque celui-ci est engagé. Les intervenants constatent souvent des disjonctions dans le suivi médical⁵² et ce pour plusieurs raisons : la personne en demande d'asile a souvent du mal à honorer des rendez-vous du fait du régime de survie dans lequel elle se trouve ; par ailleurs, les déplacements et relogements (ou non logement) contrarient la logique sectorielle de la psychiatrie publique. Le travail de reconstruction du parcours de soin, effectué a posteriori dans les ateliers de travail, a mis en évidence le manque de relais systématique entre les prises en charge psy déjà engagées dans un moment du parcours.

⁵² Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de Madeleine Bernard, Alexia Levrat, Marie-Noëlle Grimault, « Service médical de psychiatrie et demandeurs d'asile », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

- La précarité des liens sociaux :

- ⇒ est un des marqueurs de la souffrance psychique ;
- ⇒ peut conduire au syndrome d'auto-exclusion.

La situation précaire des demandeurs d'asile est avérée par tous les intervenants. La mise en évidence des différents types d'hébergement et des enjeux sociaux attenants est explicite d'une situation où hébergement, possibilité de rémunération, offre de soin et obtention d'une protection procèdent d'un « agir incertain⁵³ ». La précarité tient essentiellement à la situation d'urgence sociale généralisée. Le déplacement incessant des personnes renforce la précarité des liens sociaux en empêchant de créer des liens durables pourtant nécessaires à restaurer une continuité et une inscription temporelle déjà mise à mal. Les nombreux travaux sur la précarité sociale montrent le rapport direct qu'elle entretient avec **la souffrance psychique** (cf. Travaux de l'ORSPERE). D'ailleurs, à l'extrême, cette précarité qui affecte le sujet peut le conduire au **syndrome d'auto-exclusion** décrit par J. Furtos (2002). Dans ce cas, le sujet, pour se protéger de la souffrance se coupe de lui-même, s'arrange pour « engourdir » sa souffrance, effort permanent pour ne pas penser, pour ne rien ressentir, pour ne pas être là. Ces mécanismes de défense demandent beaucoup d'énergie psychique, ce qui laisse alors peu de place pour s'occuper des démarches administratives, de son corps ou de sa famille.

- Incertitude d'accès à l'hébergement spécifique :

- ⇒ Sentiment d'injustice sociale
- ⇒ Promiscuité
- ⇒ Maintien du régime de la survie

La circulation chaotique est donc une forme de parcours classique du demandeur d'asile qu'il soit seul ou en famille. Si les intervenants s'accordent au moins en principe pour définir des critères de priorité d'admission, ce consensus n'est pas entendable du côté des demandeurs d'asile non admissibles dans l'hébergement spécifique. Cette inégalité de traitement peut produire un **sentiment d'injustice sociale** qui entre en écho avec les raisons de l'exil et peut réactiver un vécu d'arbitraire. Par ailleurs, vivre à l'hôtel en famille pendant de nombreux mois pose de nombreuses difficultés autant dans les aspects de vie de famille (**promiscuité**, déclassement social...) que dans ceux de la vie quotidienne (**maintien dans un régime de survie**).

⁵³ Callon M., Lascoumes P., Barhe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Le Seuil.

- L'expérience de la traversée de la procédure

- L'attente de la réponse :
 - ⇒ entrave à tout investissement autre
 - ⇒ conflit des temporalités (temporalité psychique et temporalité sociale)
- La production d'un dossier (récit des faits) :
 - ⇒ risque de produire des récits standardisés ;
 - ⇒ risque de prise en compte restrictive au dossier social;
 - ⇒ risque de confusion des genres entre témoignage juridique et récit thérapeutique.

Un des éléments essentiels de la procédure de demande d'asile tient à l'attente et à l'espérance d'une réponse positive de la part des instances officielles (OFPRA ou CRR). Même si le temps d'attente tend à diminuer depuis janvier 2004, la situation d'attente a des effets psychiques sur le sujet : elle induit notamment un travail psychique limité.

Dans ce temps suspendu, les demandeurs d'asile sont dans un entre-deux : dans l'impossibilité de faire un deuil de ce qui est quitté (pourtant attendu) et, en même temps, dans l'impossibilité d'investir ailleurs. Certains se vivent comme **immobilisés psychiquement**. Pour d'autres, l'attente les place en position d'objet (de la décision) qui peut réactiver le trauma de la torture ou de la maltraitance. L'attente entretient un rapport étroit avec l'aléatoire du temps qui vient perturber la chronologie. Enfin l'attente permet d'ajourner le symptôme, de le remettre à plus tard⁵⁴. « *Le temps d'attente est un temps de crise, comme la torture et l'exil, et, dans la crise, il n'y a pas de représentations de l'avenir. [...] Toute crise implique une idée de rupture, de séparation ou d'arrachement. Elle est une période de transition représentant pour l'individu une occasion et un danger de vulnérabilité accrue face à la maladie mentale* » (B. Bruyère, 1997-98, p. 43).

En somme, la procédure d'asile rend compte d'un processus fait d'illusion et de désillusion, de gestion de l'attente, d'immobilisme quels que soient les lieux d'hébergement. Ce processus psychique provoque des crises sous de multiples formes (repli, décompensation, rupture dans les couples...). Cependant, les crises sont d'autant plus accessibles que les personnes sont hébergées dans des lieux stables (hébergement spécifique ou hébergement polyvalent stabilisé).

Il existe donc un **conflit des temporalités** entre le temps de la procédure et la temporalité psychique ; le temps de traitement du dossier s'inscrit comme temps suspendu pour le sujet, où l'exigence d'un récit des faits se confronte aux résistances du sujet à se souvenir... Alors, comment permettre que ce temps d'attente ne soit pas un temps pour rien, mais devienne un temps de transition, celui nécessaire au travail de deuil ?

Parmi les professionnels interviewés lors de cette recherche-action, une majorité s'accorde pour affirmer que le système met à mal la santé mentale des demandeurs d'asile. Mais certains vont jusqu'à dire que les demandeurs d'asile vivent une forme de **traumatisme cumulatif (M. Khan, 1974) à travers l'expérience de la traversée de la procédure**.

⁵⁴ On connaît des décompensations psychiques (ou somatiques) observées au moment de l'obtention du statut de réfugié. Ceci autorise l'hypothèse qu'il conviendrait de faciliter un accès plus rapide au logement spécifique pour que les symptômes et les crises mutatives se produisent plutôt pendant que le demandeur d'asile est accompagné. Mais l'hypothèse que l'obtention du statut lèverait le symptôme doit être conservée. Faut-il alors prévoir un post-accompagnement après l'obtention du statut ? Nous reviendrons sur ces points dans le chapitre sur les recommandations.

Dans tous les cas se posent des questions techniques et théoriques : où se fait la réparation du trauma ? Dans l'espace thérapeutique, dans le temps de la procédure ? Quels éléments techniques éprouvés peuvent être mis en commun à partir de l'expérience de chacun ? Et comment aider avec la parole lorsque parler du trauma ravive le trauma ?

La procédure indispensable de production d'un dossier, a parfois tendance à **réifier le demandeur d'asile comme une pièce du dit dossier**, et non à le considérer comme un sujet, et ce, quelle que soit la filière et le regard bienveillant des intervenants. D'ailleurs, on entend parfois parler de « dossiers vivants » à propos des personnes en attente de réponse.

Depuis la réforme du droit d'asile, la réduction du temps de constitution du dossier (trois semaines pour écrire, traduire et rassembler des documents) alerte les intervenants sur le nouveau risque de **produire des récits standardisés**. De plus, des réseaux mafieux se seraient saisis de ce nouveau marché pour vendre des histoires idéales typiques de victimes, que certains demandeurs d'asile achètent au risque de les desservir dans leur demande et qui ne participent absolument pas à la reconnaissance du sujet dans sa singularité historique.

Enfin, parce que remplir un dossier de demande d'asile oblige à recueillir des faits et des événements vécus, parler de soi ou du moins de son histoire devient un impératif non négociable. Dans la **confusion possible du statut de la parole** face à la production « obligée » du récit de son histoire événementielle, devant le besoin personnel d'être entendu et reconnu en tant que victime et sujet d'une histoire singulière, comment s'y retrouver ?

Alain Devaux (psychologue à Handicap international) propose⁵⁵ de différencier *le récit* qui rendrait compte de « l'œuvre du travail thérapeutique » (récit de soi pour soi) et le *témoignage*, qui reprendrait l'histoire vécue dans un objectif spécifique de dossier ou d'information pour d'autres.

Zone 3 : Dimension individuelle

Deux difficultés caractérisent cette zone : la boîte noire du traumatisme et la problématique familiale.

La boîte noire du traumatisme (connue par ses effets) :

- ⇒ Risque de traumatisme cumulatif
- ⇒ Attaque des liens à l'humain
- ⇒ Risque de transmission traumatique à travers la filiation

La dimension individuelle « prévisible » concerne tout ce qui a pu faire trauma dans l'expérience du sujet et qui lui est peu ou pas accessible directement, mais avec lequel il doit vivre. Tout intervenant s'accorde pour reconnaître la présence, voire l'omniprésence de vécus traumatiques dans leurs rencontres avec les demandeurs d'asile. Il peut s'agir de traumatismes subis dans les pays d'origine : torture, viol. Ce qui a été vécu là-bas n'est pas toujours accessible mais reste présent en négatif ou comme un fond plus ou moins discret. En sus de ce qui s'est passé ailleurs et dans l'exil, certains intervenants s'interrogent sur ce qui se vit ici : dans l'accueil en France, les demandeurs d'asile ne sont-ils pas confrontés à **un effet cumulatif** ou additionnel d'événements en eux-mêmes non traumatisants, mais qui prennent une valeur traumatique pour le sujet ?

⁵⁵ Cette proposition est extraite de l'atelier « situations de guerre et interventions humanitaires » dans le cadre du congrès international de l'ORSPERE-ONSMP : « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004.

Tout le monde en parle, mais personne ne le traite : c'est ce que constatent les intervenants à propos du traumatisme. C'est pourquoi nous parlons de « boîte noire » du traumatisme, à l'image des boîtes noires des avions qui enregistrent ce qui se passe, et recèlent la clé des dysfonctionnements ; mais l'analogie s'arrête là, car il n'y a pas de méthode unique de décodage du contenu. Si le contenu n'est pas directement accessible, les effets du trauma se montrent plus ou moins bruyants. Les troubles observés répondent parfois à ce que la CIM-10 nomme « Modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe » ou bien à ce qui a été décrit dans le tableau du « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD) en 1992 et Van der Kolk en 1996⁵⁶ ou encore répondent à la description de la névrose traumatique⁵⁷.

Lorsque la réalité traumatique refait surface, elle rend compte de violences vécues qui portent sur **l'attaque des liens à l'humain**. Selon R. Kaës (1998), il existe une différence fondamentale et structurante de l'humain qui concerne l'opposition humain/non humain (animaux, choses). La transgression des interdits ne permet plus de maintenir ouverte cette différence et risque de faire basculer la vie imaginaire dans l'ordre du monstrueux ou du contre-nature. « *La violence extrême, intentionnelle et organisée provoque des effets qui vont au-delà de l'effroi et de ses conséquences décrites par des auteurs comme F. Lebigot (2002). C'est ce qui fonde l'humanité même du sujet qui est touché : 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 (Rousseau). Ce type de situation affecte non seulement les individus, mais aussi la famille, le groupe qui se trouvent désorganisés, privés parfois de leur capacité à se protéger les uns les autres* » (Baubet T, Abbal T., Claudet J., Le Duc C., Heindenreich F., Levy K., Mehallel S., Rezzoug D., Sturm G., Moro M.R., 2004, p. 3).

Les questions de certains demandeurs d'asile aux « psy », témoignent du franchissement de ces interdits et des traces de non sens absolues laissées chez la personne : « *Suis-je en train de devenir fou ?* » « *Suis-je fou ?* », « *Est-ce que je fais toujours parti des vivants ?* ». A partir de là, les psychistes parlent du nécessaire travail de « réhumanisation » de la relation pour restaurer cette différence abolie par les mauvais traitements et les persécutions. Quelques prolongements de ces expressions entendues dans les entretiens « travail de déshumanisation et de réhumanisation » sont proposés dans l'encadré ci-dessous.

⁵⁶ Cf. Baubet T, Abbal T., Claudet J., Le Duc C., Heindenreich F., Levy K., Mehallel S., Rezzoug D., Sturm G., Moro M.R., 2004, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Le journal international de victimologie*, n°2, 8 p.

⁵⁷ Cf. Masset Gaël, « L'Ange à l'épée flamboyante. Approche de la névrose traumatique » dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

« *Humain/non humain, le travail de déshumanisation et le travail de réhumanisation* »...

Ces termes ont tous été entendus et partagés au cours des entretiens de cette recherche-action et sont couramment employés dans ce champ de pratique. Cependant, ils ne sont pas sans poser problème quant à leur sens, particulièrement lorsque l'on parle « d'êtres blessés ».

Le travail de déshumanisation désignerait davantage l'action des génocides et des guerres civiles ainsi que des actes de torture qui peuvent se pratiquer.

Les actes de génocide ont la particularité de casser, d'émietter le psychisme de celui qui le subit et chaque fois de manière différente. « *Le génocide frappe collectivement une communauté, mais c'est individuellement que les victimes auront à le supporter toute leur vie* » (M.O. Godard, 2004⁵⁸).

Les guerres civiles ont également pour conséquence de rompre les liens dans la communauté. Les actes de torture placent l'individu en situation de non choix, comme l'illustre cette question du bourreau à sa victime pour lui couper le bras « *manche courte ou manche longue ?* » (guerres ethniques en Sierra Leone). L'individu devient lui-même complice de sa propre souffrance.

La destruction des liens communautaires est donc portée par l'individu qui se trouve alors utilisé (son corps et ce qu'il représente) pour porter un message politique qui s'inscrit à long terme (meurtres, viols, amputations...). L'enfant né du viol de l'agresseur crée une béance des identités d'appartenance, les déconnecte et les annihile.

L'attaque des liens communautaires passe par la transgression de tous les tabous qui atteignent les liens générationnels dans leur structuration même. L'empêchement des rituels de mort exclut les morts de la communauté et produit la plus mauvaise mort possible pour un ancêtre. On assiste à un emboîtement des corps amputés, car le corps amputé de l'individu affecte le reste de la communauté qui bannit une partie d'elle-même hors de celle-ci, partie qui rappelle la castration narcissique et l'impuissance absolue.

Le travail de déshumanisation se conjugue avec le non humain. Ce qui est non-humain qualifie dans le discours une fracture de sens, quand l'humain a quitté l'homme pourrait-on dire dans une substitution métaphorique. Hors du sens, la victime se replie dans un monde dissocié.

« *Quand l'environnement ne se montre pas secourable, c'est le concept même d'appartenance à l'espèce humaine qui se trouve atteint* » (R. Waintrater, 2003, p. 12).

Face à tant de destruction, que peut recouvrir dans la bouche des professionnels, cette proposition de « *travail de réhumanisation* » ?

Pour lutter contre la rupture des liens à la communauté, le sujet doit être reconnu comme appartenant à la communauté humaine d'abord. La condition en est d'entendre tous les moyens d'expression du sujet à commencer souvent par celui du corps.

Cette reconnaissance ne se passe pas seulement dans le cadre d'une relation duelle ou co-fraternelle, mais est soutenue par la reconnaissance d'une autre communauté. Par exemple, quand une communauté ethnique a été victime et a explosé, l'action de la communauté internationale peut être importante symboliquement, comme ce fut le cas des procès engagés au Rwanda. Cette intervention

⁵⁸ Extrait de « Du rêve de désir au rêve traumatique », communication dans l'atelier « situations de guerre et interventions humanitaires » dans le cadre du congrès international de l'ORSPERE : « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004.

extérieure ne doit cependant pas rester externe et doit pouvoir ensuite être réappropriée par la société traditionnelle.

Le travail de réhumanisation consiste aussi, et particulièrement en direction des enfants, à offrir, dans le cadre de l'accueil en France, une expérience du bien quand beaucoup de mal a été fait de sorte à rétablir un équilibre, même binaire (proposition d'Anica Kos⁵⁹).

Il s'agit alors peut-être aussi, pour l'intervenant, d'accepter cette première violence, celle d'une impossible réparation du trauma ad integrum, c'est-à-dire : on ne peut jamais faire qu'il ne ce soit pas passé ce qui s'est passé, autant sur le plan de l'événement que sur les effets psychiques.

Quant à la problématique de la transmission psychique entre générations, plusieurs études montrent que les traumatismes se transmettent entre les générations. « ...dans un contexte de migration, tout particulièrement celui des réfugiés, l'enfant rencontre des difficultés scolaires pouvant résulter de vécus traumatiques parentaux transmis plus ou moins inconsciemment à l'enfant » (Bertrand D., Lescarret O., 2003, p. 134). D'autres théories comme celles de l'attachement⁶⁰, de la résilience, tendent à relativiser cette transmission, qui ne devient pas une fatalité et laissent la place aux ressources et capacités humaines.

Problématique familiale :

⇒ Parentalité en danger

⇒ Risque de suresponsabilisation des enfants et d'adaptation de surface

Les rôles de chacun dans la famille se redéfinissent avec plus ou moins de bonheur dans le pays d'accueil.

D'abord, **la parentalité est mise en danger**. Être parent en exil pose problème de différentes manières : il y a être parents d'enfants qui sont là et être parents d'enfants restés là-bas. Ces difficultés à être parent se posent dans un contexte où les personnes se retrouvent dépendantes physiquement, psychologiquement et économiquement. Du fait de leur propre détresse, les parents ont tendance à « mettre » leurs enfants en difficulté, avec une surcharge de responsabilité, par exemple en les prenant comme interprète.

En même temps, dans le temps d'attente lié à l'obtention des papiers, l'identité de parent est la seule qui ne soit pas suspendue.

Des pratiques se développent du côté du soutien à la parentalité sous différentes formes : expérience du Diaconat (cf. pratiques de médiation), groupes de paroles...

Les enfants acquièrent un pouvoir, **une suresponsabilisation**, qui risque de déséquilibrer l'inscription et les transmissions générationnelles déjà fragilisées.

Les difficultés scolaires des enfants apparaissent souvent comme des symptômes familiaux (signes de non-dits au sein de la famille, problème d'accès au savoir...). Les enfants présentent parfois les symptômes de leurs parents (qui sont dans un déni temporaire normal).

⁵⁹ Anica Kos est pédopsychiatre en Slovénie. Sa proposition est extraite de l'atelier « situations de guerre et interventions humanitaires » dans le cadre du congrès international de l'ORSPERE : « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004.

⁶⁰ Fonagy P., 2004, *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, ERES.

On sait aussi que ces enfants réussissent bien pour la plupart et réalisent la fierté de leurs parents. La réussite scolaire est également un argument d'insertion sociale de la famille, voire exceptionnellement un élément décisif dans l'obtention du statut mais ô combien significatif symboliquement (cf. pétitions des parents d'élèves et d'enseignants contre la reconduite à la frontière d'une famille en demande d'asile). Au fond, la réussite de l'enfant, qui n'est pas seulement un être fragilisé, offre à sa famille, une fonction de traduction des codes culturels du pays d'accueil et de passage entre deux mondes. Les enfants sont porteurs des désirs et des représentations de la migration des parents, et notamment de la continuité psychique, culturelle et transgénérationnelle.

On peut cependant s'interroger sur les effets de cette pression à réussir exercée sur les enfants et à long terme sur un **risque d'adaptation de surface**⁶¹ qui cache des souffrances plus grandes.

Les adolescents sont en conflits avec leurs parents ou sont, au contraire, mis en position prématurément adulte sous l'effet de l'accélération du mouvement d'émancipation et d'autonomisation.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte d'Olivier Daviet, « Etre enfant dans le tourbillon de la demande d'asile » et à celui de Lisbeth Brolles, « Prise en charge scolaire pour les enfants de demandeurs d'asile », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

5.2.2 Intrication entre reconnaissance statutaire et attente de reconnaissance inter humaine

Dans une problématique générale de reconnaissance du statut de réfugié, il s'agit dans cette partie de mettre le curseur sur ce qui se lie le point de vécu intersubjectif dans la relation d'accueil avec la demande de reconnaissance statutaire. Autrement dit, nous différencions demande de reconnaissance statutaire et attente de reconnaissance en tant qu'humain « agissant et souffrant » (parent, conjoint, enfant). L'obtention du statut de réfugié, et en amont, de la recevabilité de sa demande de protection, est en rapport direct avec la reconnaissance « officielle » des préjudices subis et d'une menace vitale durable. Cette reconnaissance nécessite de passer par des procédures de recherche et de vérification de la preuve. Ce contexte procédural fait émerger la figure de la victime, ce qui n'est pas sans risque : fixer une identité durable à ce qui ne devrait être qu'un temps d'authentification des préjudices. Une fois cette menace décrite et authentifiée à l'échelle de la psychologie individuelle, un autre risque apparaît : celui d'une généralisation a priori. Tous les demandeurs d'asile s'identifieraient alors principalement par le fait qu'ils sont des victimes qui relèveraient collectivement d'un traitement humanitaire. Cette montée en généralité du côté de la victimisation⁶² empêche la possibilité d'un autre niveau de parole et de récit.

Reprenons cette question : le processus général de reconnaissance « entre humains » est éminemment paradoxal : certes, il est indispensable de témoigner de ce dont le demandeur a été victime ; c'est le préalable à la reconnaissance statutaire. Opposer victimes et agresseurs est donc une nécessité politique. Cette reconnaissance dans l'ordre du politique est la source à partir de laquelle le demandeur peut être reconnu en tant qu'être humain ayant des Droits et faisant parti d'une citoyenneté universelle. Mais si l'attente de la reconnaissance d'avoir été victime est une chose, endosser une identité de victime de manière récurrente en est une autre⁶³. Pour qu'ils

⁶¹ cf. Les notions de faux-self : H. Deutsch (1934), D.W. Winnicott (1960), M. Khan (1974), A. Eguier (1998).

⁶² Pour approfondir ces aspects, on peut se référer au texte de G. Masset, S. Denis-Kalla, « La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

⁶³ « ...J'ai délibérément recouru au langage sobre et posé du témoin plutôt qu'au pathétique de la victime ou à la véhémence du vengeur [...] c'est dans ces conditions seulement qu'un témoin appelé à déposer en justice remplit sa mission, qui est de préparer le terrain aux juges » (Primo Levi, 1987, p. 278).

puissent soumettre leur dossier, être représentés, être défendus, pour que leurs droits soient effectifs, il est aussi essentiel que les demandeurs d'asile soient accueillis par une nation qui leur « donne asile » et donc qui les assiste et les protège -non pas seulement en droit mais en fait- pour faire valoir leurs droits « universaux ». La nécessité devient alors aussi sociale. Parce qu'elle ouvre les conditions de possibilité d'exercice du droit d'asile, la pratique d'accueil n'est pas d'essence humanitaire. Parce qu'elle est inscrite par le politique dans les missions légitimes de l'Etat social, elle devient une activité du travail social et plus largement de l'action sociale. En ce sens, le demandeur d'asile comme tout autre usager du travail social est partiellement pris dans les contradictions structurelles mais aussi plus actuelles du travail social et de la relation d'aide⁶⁴.

D'une part, il est saisi en tant que personne à accompagner « dans sa globalité ». De même, tout requérant a tendance à être ressaisi comme usager des services du travail social.

D'autre part, il est aussi assujéti à une logique d'action sociale dont le modèle est moins celui de la solidarité que celui de la gestion des nouveaux risques sociaux auxquels la demande d'asile est tendanciellement assimilée⁶⁵.

Face à l'attente de reconnaissance des demandeurs d'asile, les relations engagées entre intervenants et demandeurs d'asile doivent être réexaminées à l'aune des contradictions du travail social. Particulièrement, le désarroi des demandeurs d'asile prend corps et se cristallise autour des pratiques d'admission dans la filière de prise en charge dite spécifique. Les dispositifs d'accueil sont au croisement d'une double logique de « sélection » : selon des critères juridico-politiques et selon des critères socio- sanitaires. Le premier type de critères affirme le droit d'accès à examen juridique pour toutes les demandes, le second affirme le droit effectif à l'accueil des demandeurs en tant que personne humaine. Il y a un lien fort dans la manière dont sont intriqués accès aux droits et critères d'admission⁶⁶. La logique politico-juridique s'exerce dans le cadre de la préparation à l'obtention du statut, c'est-à-dire à travers une aide au dossier où la prise en compte de la totalité de la personne et des ses attributs sociaux passe au second plan par rapport à la qualité d'issue favorable d'une demande d'asile. De plus, antérieurement, cette logique guide, au moins partiellement, l'admission dans le circuit de l'hébergement spécifique (par exemple, à travers la discussion de critères dans le cadre de commissions d'admission départementales à l'hébergement).

Les demandeurs d'asile ne sont ni des choses, ni des marchandises. Etre pris dans des enjeux tels que nous venons de les décrire, résister à de nombreuses situations de fragilisation, trouver les ressources et pouvoir se faire accompagner afin de constituer un « bon » dossier, sont à l'origine de tensions dans le cadre de la relation avec les intervenants. Nous développerons ici un seul de ces aspects le plus accessible et le plus prégnant dans la relation à l'intervenant selon ces derniers : l'attente de reconnaissance du demandeur.

Pour la personne en demande d'asile, cette attente de reconnaissance⁶⁷ se déploie à l'intérieur d'un angle de relation marqué par le doute, voire le soupçon d'où peuvent naître et s'exacerber des conflits intersubjectifs dans le cadre de la relation à l'intervenant. L'attente de reconnaissance est alors mise en tension chez le sujet : **être cru (reconnu), versus être nié**. Le demandeur d'asile oscille entre ces deux points de tension dans le cadre des relations qu'il entretient ponctuellement ou durablement avec les intervenants.

⁶⁴ Cf. Laval C., Ravon B., 2005, « De la relation d'aide à l'aide à la relation » in J. Ion (sous la direction de), *Le travail en questions*, la Découverte.

⁶⁵ Cf. partie « 2. Historique de l'émergence d'une problématique de santé mentale en Rhône-Alpes » dans ce rapport.

⁶⁶ Pour rappel, le constat pratique suivant : lorsqu'un demandeur d'asile est accueilli dans la filière spécifique, les réponses favorables de l'OFPRA frôlent les 80%, dans le cas contraire ce n'est que 15% !

⁶⁷ Cette attente de reconnaissance contient un besoin de reconnaissance symbolique de ce qui arrive au sujet. Autrement dit, le sujet attend une reconnaissance de sa psyché et de ses « besoins du moi » (R. Roussillon, 1999, reprend cette notion de D.W. Winnicott, 1971).

Ces deux sentiments opposés d'être cru, reconnu versus être nié, se vivent dans le temps de la procédure à travers :

- la manière d'être accueilli dans la relation (sourire, gestuelle, personnel d'accueil...);
- les conditions matérielles de l'accueil (hébergement possible ou pas, etc...);
- les possibilités de se faire soigner ou de bénéficier d'un suivi médical (par exemple en cas de grossesse);
- les possibilités d'être écouté et du respect témoigné par les interlocuteurs;
- le rôle et la place qu'on leur reconnaît par exemple en tant que parents aptes à éduquer leurs enfants ou prendre des décisions quant à leur scolarité.

Ces indicateurs peuvent très vite « virer au négatif » lorsque l'environnement social « charge la barque ». Que ce soit, l'amalgame avec la population des exclus et des marginaux (hébergements, circuit de l'urgence sociale...), le régime de la survie et du dédale administratif, la victimisation qui produit une réduction identitaire de la personne, l'absence d'échange avec la société civile, ou encore le fait de méconnaître ou de ne pas tenir compte de la culture d'origine, les intervenants sont conscients et très sensibles aux différentes épreuves de reconnaissance traversées par tout demandeur d'asile. Loin de vouloir effacer les persécutions, les mauvais traitements ou l'exil, ils sont attentifs dans leurs échanges à ne pas « en rajouter ». Lorsque l'espace de jeu est ouvert, ils tentent de bricoler des dispositifs de prise en charge qui fonctionnent comme autant de cadres de reconnaissance.

Cette problématique de reconnaissance entre humains se joue aussi sur un autre plan. Confronté lui-même à un étranger, le demandeur d'asile a aussi à faire avec son propre **sentiment d'étrangeté interne**. Cette étrangeté, il la vit par rapport à son histoire, si absurde, si violente, si incongrue qu'il peut en douter, mais aussi par rapport à ses troubles (perte du sommeil, mal de tête persistant et saugrenu, etc.). Le corps lui-même est parfois révélé comme étranger à travers des expériences extrêmes de douleur. Les survivants témoignent d'une aliénation et d'un sentiment d'étrangeté vis à vis d'eux-mêmes et des autres. Le traumatisme agit sur deux versants, l'un provoque un élément de déchirure, de rupture, une irruption qui troue un espace ou une temporalité, l'autre produit un élément d'extériorité internalisée, inoubliable, ineffaçable, comme un « corps étranger » à l'intérieur de soi. Comment être reconnu par un autre lorsqu'on ne se reconnaît plus soi-même ?

5.2.3 Quels troubles, quels besoins de soin ? Des signes de la souffrance à la pathologie avérée⁶⁸

Comme le rappelle J.C. Métraux (Appartenances, Lausanne), la migration est comparable à une crise dans la vie d'un individu, donc non pathologique en soi, elle n'est pas à pathologiser. Une psychologue décrit les demandeurs d'asile qu'elle rencontre en CADA : « *Personnes qui à un moment donné de leur existence traversent un malaise qui peut être très profond mais ce n'est pas une pathologie en terme de psychose* ». Et comme toute crise, son issue peut être favorable ou défavorable, c'est un moment potentiel.

⁶⁸ Pour une illustration clinique, se référer au texte de Catherine Ludain, « Madame Linah R., 47 ans », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

Familiers avec la « matière psychique », les psychiatres ne relèvent pas moins des formes inhabituelles et non pathologiques de signes de la souffrance qui ouvrent sur la dimension sociale et culturelle de la personne rencontrée. Les intervenants du travail social, habituellement en première ligne, montrent d'une part de réelles compétences à authentifier des indices de souffrance et d'autre part, une grande capacité à la prendre en charge dans le cadre de leur fonction d'écouter. Cependant, si la plainte itérative de maux de tête fait sens pour l'intervenant, certaines manifestations de la souffrance posent davantage problème quant à leur codage.

Relevons les signes de la souffrance que repèrent de manière récurrente les intervenants et qui semblent spécifiques à cette population, puisque rythmée par certains événements procéduraux.

Nous avons déjà noté que les « crises » sont attendues et visibles dans le cas de la configuration de pratiques alliant hébergement spécifique et relation plus sécurisée⁶⁹. Il est par ailleurs important de relier ces moments de souffrance qui s'expriment sous différentes formes de crises avec les mécanismes de défense que développent les demandeurs d'asile au fil d'un parcours rythmé par des moments clés.

Quels sont les moments critiques du parcours repérés par les intervenants et comment s'en sort le sujet ?

Le temps du premier témoignage juridique peut susciter des défenses massives⁷⁰ à respecter. Ces défenses s'expriment par la mise en avant de l'histoire du pays, le silence ou au contraire la logorrhée⁷¹, la présentation d'une histoire personnelle sans détail ou sans affect, ou encore une dissociation entre la capacité d'écrire et la capacité de parler... Par exemple, des « non-dits » sont nécessaires dans une famille face à l'exigence du récit d'un viol ou des détails des tortures. Le dévoilement de viols par exemple peut mettre en péril le couple ou mettre en danger la femme qui risque parfois la répudiation ou la « mort sociale ». Lutter contre l'attaque de l'unité familiale, revient pour certains à ne pas se parler dans une même famille, même si les parents et les enfants ont vécu la même chose. Si ces non-dits sont des obstacles effectifs à la rédaction d'un bon témoignage pour l'OFPPA, ils sont à comprendre avant tout comme des défenses pour préserver l'unité personnelle et/ou familiale.

Lorsque l'OFPPA rejette la demande et que le premier témoignage juridique est repris en vue de la commission de recours, d'autres mouvements psychiques sont observés. Il semble exister un écart de travail psychique entre le premier jet du témoignage et le deuxième. Certaines défenses tombent, les résistances s'assouplissent parfois et on observe une possibilité de levée du déni. Du coup, certains faits traumatiques peuvent se dire. Sous la nécessité de se réapproprier encore une fois son histoire, avec l'obligation de redonner de la chronologie aux faits pour le dossier, quelque chose de l'appropriation réelle semble possible. Les intervenants désignent ce moment de reprise comme un moment de travail psychique potentiel pour le demandeur d'asile, même si la révélation d'un fait jusque-là tenu secret peut créer des scissions ou des envies au sein d'une même équipe ou entre partenaires.

Les convocations à l'OFPPA et en commission de recours sont caractérisées par des vécus d'angoisse, de stress face au voyage à Paris et parfois de doute sur le crédit accordé au témoignage. Ce moment critique peut être aussi une occasion de consultation spécialisée auprès d'un psychiatre.

⁶⁹ Cf. partie « 4. Etat des lieux : lien entre procédure de demande d'asile et santé mentale » dans ce rapport.

⁷⁰ En psychologie, on parle de *mécanismes de défense* et de *processus défensif* pour définir les manières plus ou moins conscientes que le sujet a de lutter contre une angoisse, une souffrance plus grande au prix d'aménagements, de déformations de son équilibre psychique habituel.

⁷¹ La logorrhée est un flot de paroles « vides » à l'image d'une « diarrhée » verbale.

Certains demandeurs d'asile témoignent de vécus d'étrangeté lors de leur audition. Parfois des révélations surgissent, inconnues jusqu'alors des membres de la famille.

On sait la ligne de démarcation ténue entre traduction et trahison. Parmi les non-francophones, certains écrivent dans leur langue maternelle et trouvent un interprète qui traduit ensuite, enfin d'autres le font écrire par un compatriote qui n'est pas toujours fidèle à l'histoire de l'autre. Des écarts, donc des incohérences entre le témoignage oral et l'écrit sont soulevées lors de la convocation, ce qui, dans ce dernier cas, ne manque pas de faire vivre une difficulté à se reconnaître dans son histoire.

Plus généralement, dans toutes les phases de la procédure de traitement du dossier, l'attente accompagne le demandeur d'asile et produit des effets psychiques⁷².

Le (ou les) rejet(s) peut (peuvent) souvent être l'occasion d'une orientation en consultation spécialisée, la personne ressentant un contrecoup dépressif avec une majoration des troubles si troubles il y avait.

Contre toute attente, l'obtention du statut est aussi un moment critique. Le processus de deuil, souvent peu entamé, semble s'activer de manière brutale pour certains au moment de l'obtention du statut avec un risque de décompensation important. Cette obtention signe en effet, la rupture avec le milieu d'origine de manière quasi définitive ainsi que la séparation avec les accueillants. S'en suit un processus double. La personne ou la famille doit ensuite en même temps s'intégrer, trouver une place et faire sienne l'étrangeté de la société d'accueil. Un travail complexe de tri au niveau des identifications se réalise, celles qu'on accepte, celles que l'on cache, etc.

Quels sont les signes patents fréquemment observés lors de ces moments critiques ?

Ces signes n'apparaissent jamais indépendamment des contextes et des intervenants qui y sont plongés ; autrement dit, ils ne prennent sens qu'en lien avec qui les repère (selon le métier, l'institution, le climat d'une équipe, la théorie de la pratique).

- Les plaintes somatiques répétitives : les maux de dos, de tête ou de ventre sont souvent les premiers motifs de consultation médicale et psychologique. Dans les situations d'exil ou d'immigration, « *le recours à la symbolisation somatique trouve ici son occasion : le corps devient l'ultime recours pour faire signe, au lieu de faire sens* » (Kaës R., 1998, p. 17).
- Les vécus d'angoisse : ils sont particulièrement forts lors des convocations et lors des réponses des instances juridiques. Ces pics sont souvent l'occasion d'une rencontre clinique.
- Une « hyper-politesse » : de nombreux intervenants interrogés ont décrit les demandeurs comme non agressifs, non violents, et au contraire très courtois. Des comportements de maîtrise, de calme, d'adaptation surprennent souvent les interlocuteurs face aux traumatismes et aux histoires difficiles. Les psychistes confirment aussi une sorte d'hyper-adaptation culturelle qui du coup interroge le destin de la violence et de l'agressivité. Cette suradaptation cache-t-elle une souffrance psychique qui s'exprime à travers la somatisation par exemple⁷³ ?

⁷² Cf. « L'expérience de la traversée de la procédure », dans la partie « 5.2. Risques pour les demandeurs d'asile : de la vulnérabilisation à la pathologie », dans ce rapport.

⁷³ Cf. « problématique familiale », dans la partie « 5.2. Risques pour les demandeurs d'asile : de la vulnérabilisation à la pathologie », dans ce rapport.

- Les troubles du sommeil et les cauchemars répétitifs : ces rêves qui persécutent le rêveur, signent l'échec du travail du rêve (S. Freud, 1900) qui est de rendre efficace un premier travail d'élaboration par l'image. Or là, la satisfaction hallucinatoire échoue et frustre le rêveur. Celui-ci vit aussi avec la honte du survivant et l'échec de n'avoir pu sauver les siens. C'est ce que constate Marie-Odile Godard⁷⁴ à partir de son travail sur les rêves traumatiques et surtout à travers la difficulté à les raconter. Ces troubles font partie de ceux auxquels sont confrontés les soignants en ce sens qu'ils sont le signe du retour du trauma de l'intérieur du sujet. Celui-ci a du, sous l'effet de la situation extrême, tenter d'y survivre et aujourd'hui, les traces de ces « stratégies de survie⁷⁵ » le hantent. Il doit tout mettre en œuvre pour juguler le retour interne de ce dont il s'est séparé (clivé) et qui tend toujours à faire retour.
- Le recours à la consommation de toxiques (alcool, drogue, comportement addictif),...

Cette liste ne se prétend pas exhaustive⁷⁶, tous les signes de mal être courants⁷⁷ s'ajoutent évidemment, comme celui du repli sur soi allant jusqu'à l'incurie par exemple.

Les théories explicatives des psychistes concernant ces signes de souffrance ne sont pas homogènes. Certains entendent ces signes comme des indices d'une névrose post-traumatique⁷⁸ dont le vécu de sidération est caractéristique. D'autres parlent des effets des traumatismes cumulatifs, de décompensation réactionnelle dysfonctionnelle ou encore de syndrome anxio-dépressif réactionnel à la situation... Si la pathologie n'est pas au premier plan dans cette clinique du demandeur d'asile, le problème du traitement des troubles psychiques et de leur décompensation, parfois sur un mode psychotique, ne peut être évacué.

Les notions de résilience ou de faux-self ou de PTSD⁷⁹ ne sont pas des références théoriques qui ont été employées par les intervenants interviewés lors de la recherche-action, alors qu'elles ont particulièrement pénétré le monde des ONG depuis une décennie.

Il n'existe pas non plus de consensus à propos d'une approche transculturelle ou interculturelle, les approches relevant de l'ethnopsychanalyse ou de l'ethnopsychiatrie restent à discuter. Toutefois, la psychologie en tant que discipline de notre modernité, largement sollicitée dans ce champ de la pratique, est interrogée dans sa pertinence à pouvoir relever le défi du soin lorsque les tradi-thérapies montrent leur limite à propos d'un cas.

⁷⁴ Godard M.O., 2004, « Autres temps, autres lieux, autres rêves », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 36-40.

⁷⁵ Ne seront pas développées ici toutes les « stratégies de survie » psychiques (R. Roussillon, 2004) misent en place par tout sujet ayant rencontré des situations extrêmes de la subjectivité pour survivre à celles-ci, confronté à l'effroi (S. Freud, 1919), à une « terreur sans nom » (W.R. Bion).

⁷⁶ Cf. la classification proposée par Baubet T., Abbal T., Claudet J., Le Duc C., Heindenreich F., Levy K., Mehallel S., Rezzoug D., Sturm G., Moro M.R., 2004, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Le journal international de victimologie*, n°2, 8 p.

⁷⁷ Nous pouvons parler d'une véritable *clinique des signes*, à forte valeur descriptive, authentifiée dans le cadre d'une recherche-action antérieure : Furtos J., Pommier J.B., Colin V., 2002, *Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificité des compétences*, Ville de Bourgoin-Jallieu, ORSPERE.

⁷⁸ Cf. le texte de B. Piret, 2004, « Traumatismes et réalité : le social en question » disponible sur le site de Paroles sans frontière (Association Paroles sans frontière : www.psy-desir.com/p-s-f/) et le texte de G. Masset, « L'Ange à l'épée flamboyante. Approche de la névrose traumatique » dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

⁷⁹ Post-traumatic Stress Disorder de la classification Américaine de Psychiatrie (DSM-III).

En conclusion de cette partie sur les risques en termes de santé mentale pour les demandeurs d'asile, nous pouvons dire que pour aménager une santé mentale positive, le sujet adopte des stratégies contraintes⁸⁰ du fait de l'articulation de celles-ci avec les obligations liées à la procédure de demande d'asile. Elles permettent de réaliser des compromis pour ne pas succomber aux risques décrits et pour survivre aux conflits internes de chacun.

Ces stratégies contraintes plus ou moins conscientes, sont à l'œuvre aussi bien chez le demandeur d'asile (qui se plie, se déforme pour être conforme aux attentes,...) que chez l'intervenant (qui face à l'intolérable peut mettre tout en œuvre pour rendre un dossier admissible de son point de vue et risque de passer à côté de la personne du demandeur d'asile). Nous avons déjà développé le poids de la réussite scolaire des enfants par exemple dans l'aboutissement favorable d'une régularisation. Il y aurait bien sûr à identifier les stratégies d'intégration réactives et celles qui sont iatrogènes.

Les boucles en feed back et leurs effets pervers associés au système d'admission face à la montée des critères sanitaires, nécessiteraient une analyse institutionnelle de type systémique que nous ne développerons pas ici. Plus largement, un travail de description de cycles action publique / réactions subjectives devrait être réalisé.

5.3. Les tensions dans le champ de la pratique professionnelles et les limites des compromis et ajustements

Dans un premier temps, l'expression du malaise des intervenants sera retranscrite de manière brute avant d'être analysée sous forme de tensions qui traversent le champ de la pratique auprès des demandeurs d'asile. En pratique, ces tensions portent en elles une problématique du risque : risques de mise en détresse des intervenants ou risques de surcharge psychique des demandeurs d'asile. Cependant, il est également indispensable d'analyser les ajustements et les compromis pratiques que déploient les intervenants pour réguler -et parfois seulement pour « survivre » à- ces tensions internes qui les traversent. Nous en verrons les contenus et leurs limites.

5.3.1. L'expression du malaise des intervenants : vécus de scandale, de révolte et d'empathie

La souffrance psychique renvoie à la dimension relationnelle, à ce qui se noue ou non dans la relation intervenant – demandeur d'asile. Pas seulement envisagée comme une affection touchant les demandeurs d'asile, la souffrance qualifie aussi ce qui se joue dans l'interaction entre les acteurs de la relation, c'est donc aussi une manière de parler de soi-même dans le travail.

Il s'agit ici de retranscrire les émotions principales qui traversent le champ de la pratique des soignants et des accueillants de demandeurs d'asile. Nous avons fait le choix de présenter les paroles recueillies lors de cette enquête sans les analyser ou les juger. Ces extraits sont somme toute représentatifs de ce que les chercheurs ont pu entendre lors des nombreux entretiens effectués en 2003, voire représentatifs de ce qui les a également traversés⁸¹ en écoutant d'une part les récits directs des demandeurs d'asile, et d'autre part, en recevant les témoignages des intervenants soignants et sociaux. Ces émotions et ces sentiments⁸² infiltrent les pratiques et parfois les

⁸⁰ V. Chatel, M.-H. Soulet, 2002, *Faire face et s'en sortir*, Editions universitaires de Fribourg, Suisse.

⁸¹ Cf. V. Colin, 2004, « Humeurs après un entretien avec Monsieur K., demandeur d'asile », *Rhizome*, n°14, p. 10.

⁸² La pratique auprès des demandeurs d'asile n'est pas exempte de ressentis émotionnels intenses et parfois soudains qu'ils soient de tonalité agréable ou pénible (joie, peur, colère) et qui peuvent s'accompagner de réactions organiques

malmèment, mais toujours les orientent. Les vécus de révolte ou de scandale envers les effets iatrogènes⁸³ du dispositif d'accueil sont fréquemment entendus de la part de l'intervenant qui peut même avoir le sentiment d'être « complice » de ces effets. Lorsque le demandeur d'asile est vécu comme maltraité par les modalités d'accueil, l'intervenant se sent à son tour malmené par ces mêmes modalités qui le contraignent. L'injustice liée aux inégalités de traitement des demandeurs d'asile, ressentie fortement par les intervenants, leur fait vivre itérativement un sentiment d'impuissance. Ces sentiments couplés d'injustice et d'impuissance peuvent mettre en doute l'intervenant à propos de la manière dont est mise en place une politique d'accueil digne de ce nom.

Le système de traitement de la demande engendre aussi la peur de la confusion entre le récit juridique, nécessaire au dossier et le récit de soi, engageant une autre forme d'écoute de la personne.

Etre récipiendaire d'une histoire souvent difficile à entendre, peut produire en retour une certaine violence intérieure chez l'intervenant. Si cette histoire suscite des affects violents (d'indignité, de révolte, d'ignominie...) parce qu'elle est inhumaine ou impensable, ces affects semblent attendus dans la pratique. Une mise en travail de la part de l'intervenant est indispensable car, comme le souligne B. Duez⁸⁴, celui-ci risque de répercuter cette violence à son tour dans le cadre des institutions sociales qui encadrent l'accueil et les services.

Ne pas tenir compte des différences (culturelles) et des risques de malentendus peut également engendrer parfois des « manières de faire » dans l'accompagnement non réfléchies et reçues comme une violence de plus par les demandeurs d'asile. De même, les intervenants s'interrogent sur le devenir des traumatismes et des violences vécus par les demandeurs d'asile.

Voici une présentation non exhaustive des différents vécus des intervenants et de leur malaise à partir d'extraits d'entretiens.

➤ **L'expérience subjective quotidienne de la maltraitance sociale.**

- Le vécu de scandale envers les dysfonctionnements indignes du système d'accueil :

« On peut évaluer et on sait publier le nombre de demandeurs d'asile, et surtout leur augmentation en France, récente est ... en accroissement prévisible.

On commence à bien connaître les pathologies dont souffrent hélas ces personnes.

Il est scandaleux qu'aucune institution sanitaire :

- n'ait désigné les personnels prévus pour leurs soins,

- et positionné dans chaque département les budgets pour ces professionnels (budgets de formation, puis d'exercice). »

« On pourrait même penser que, d'un point de vue politiquement réaliste, ce système de gestion « d'accueil » des demandeurs d'asile revient à de la gestion de flux migratoires, ce qui reviendrait à une certaine hypocrisie par rapport à la Convention de Genève : la procédure et ses conditions me semblent aller dans le sens du découragement d'autres requérants potentiels restés dans leur pays, d'une incitation des demandeurs d'asile à

confuses sollicitant un effort pour rétablir l'équilibre rompu. Dans ce contexte, l'expression de sentiments est davantage une manière de penser (qui peut être plus ou moins affirmée), mais qui s'inscrit dans une logique, sans causer de trouble dans l'instant de la rencontre.

⁸³ Est habituellement qualifié de iatrogène ce qui est nocif dans le cadre d'un traitement médical ; ici, par extension, nous qualifions de iatrogène ce qui peut être nocif dans le cadre d'une relation d'aide.

⁸⁴ Cf. B. Duez, « Les demandeurs d'asile : entre ambiguïté et complexe d'intrusion », texte inédit dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

abandonner leur démarche et à quitter la France, d'un « affaiblissement » des futurs réfugiés afin d'en faire des immigrés discrets ».

« Pour résumer ce qui concerne les demandeurs d'asile, je dirais que le plus révoltant s'avère le peu de place que le système permet au sujet, ce qui semble particulièrement inacceptable, en particulier pour des personnes ayant souvent des vécus traumatiques ».

« Par ailleurs, dans le travail auprès des demandeurs d'asile, il est difficile de se positionner par rapport à ce système d'accueil : comment ne pas le cautionner, sans pour autant que notre révolte porte préjudice à notre professionnalisme ? ».

« Les réfugiés ont certes une histoire de violence et de terreur qui reste irréprésentable aussi bien pour eux que pour nous. Malgré tout, ce sont des personnes qui ont une histoire et des ressources. Malheureusement, nous avons trop vite fait de les infantiliser, quand ce n'est pas, plus radicalement, de l'objectalisation pure et simple. [...] L'exil et les vécus de violences et d'objectalisation cassent un Homme, essayons de ne pas reproduire les mêmes choses ! ».

- La maltraitance sociale infligée aux demandeurs d'asile et la maltraitance des intervenants de la part du système d'accueil suscitent empathie et révolte :

« Dans le pays d'accueil et dans les CADA, les enfants sont accueillis ; on leur ouvre les portes de l'école, on leur offre des activités de loisirs, des animations... les parents, eux, sont exclus du monde du travail, des cours de langue. - leur univers social est plus étriqué d'où le désarroi des uns et des autres- les relations parents/enfants se trouvent modifiées pendant l'attente interminable d'un statut. La vie est mise entre parenthèses pendant près de deux ans ou plus parfois.

La dégradation de l'image des parents se fait sentir dans les propos des enfants même s'ils témoignent en même temps d'une certaine solidarité empreinte parfois de compassion »

« La précarité affecte profondément celui ou celle qui la subit en rendant tout l'avenir incertain. Le lien fait par les demandeurs d'asile entre absence de maîtrise de la langue et absence de statut protecteur est révélateur du sentiment d'insécurité dans lequel doivent se mouvoir ceux qui ne peuvent pas comprendre les nombreux signes que leur envoie le nouveau milieu dans lequel ils se trouvent ».

« La personne qui ne travaille pas est donc réduite à attendre, en n'ayant rien d'autre à faire que s'occuper de ses enfants le cas échéant, de faire du bénévolat si elle en trouve la force ou de travailler dans l'illégalité.

J'en retire donc l'impression que ce système condamne le sujet en demande d'asile à une forme d'inexistence sociale, tout au moins à une mise en absence du groupe social d'accueil ».

« Ce qui me casse, c'est toute l'énergie déployée dans les papiers à remplir, les coups de téléphone pour avoir un rendez-vous un ou deux mois plus tard, de réussir à avoir une échéance pour le loyer en sachant que le mois prochain, le problème sera le même, c'est d'être traîné de bureau en bureau pour un seul renseignement ».

« Ce qui me sidère c'est la solution de raccourcir le délai pour l'OFPRA mais pas celui de la CRR. [...] Ce délai de 3 semaines laisse à peine le temps aux associations de rédiger correctement le récit mais c'est pratiquement impossible de rassembler les

documents, des preuves et encore moins un début d'élaboration ou de travail sur soi pour le demandeur d'asile. Cette mesure pour raccourcir le délai de la demande d'asile va finalement nuire au travail des associations, qui cumulent les récits, et aux demandeurs d'asile ».

« Ces conditions d'accueil créent un malaise dans la rencontre avec les demandeurs d'asile. Mes valeurs, mes convictions, mes idéaux personnels et professionnels, mes appartenances, sont mis à mal ».

- **Les inégalités de traitement entre les demandeurs d'asile provoquent un vécu d'injustice :**

« Inégalité entre les demandeurs d'asiles hébergés en CADA et les autres autant d'un point de vue matériel qu'administratif que psychologique. Sur quel critère se fait le tri ? Y a-t-il de bons et de mauvais demandeurs d'asile ? »

« L'idée d'un tri (afin de réserver cette protection aux seules personnes qui entrent dans les critères de la Convention de Genève) prendrait davantage de sens si le taux d'octroi n'était pas si restreint. Par conséquent, même si les sujets mettent leur souffrance à nu (avec les conséquences psychiques que peut avoir la non-reconnaissance de leur souffrance), ils n'ont que peu de chance d'obtenir le statut. »

« Ce qui me scandalise, c'est de dire à un couple de jeunes sans domicile qu'il y a de nombreuses familles et femmes enceintes dans la rue qui sont sur la liste d'attente pour le logement avant eux ».

« Ce qui me révolte le plus, c'est le manque de place d'hébergement. Je reçois en consultations des personnes qui ne bénéficient pas du dispositif d'accueil et d'hébergement. Ces personnes vivent au mieux chez des compatriotes, le plus souvent rencontrés dans la rue, et au pire dans un squat improvisé ».

➤ **L'expérience de l'horreur, de l'effroi et de la sidération face à ce qui s'est vécu là-bas**

- **La violence dans la rencontre avec le demandeur d'asile du fait de son histoire :**

« Les récits de vie des patients que je reçois sont déjà dactylographiés, leur contenu et cette mise à distance par l'écrit sont à peine moins violents pour le thérapeute, alors qu'il est formé pour entendre des choses horribles ».

« Comment parvenir à travailler avec les sujets sans se laisser « happer » par la sidération dans laquelle leur histoire traumatique peut entraîner ? ».

- **La peur de la confusion entre témoignage juridique et récit de soi :**

« Comment entendre ces voix qui témoignent ainsi d'une mémoire « éclatée » sans pour autant les trahir ? »

« On ne prend pas impunément la parole dans tel ou tel type de culture. C'est là un acte grave et solennel ; ailleurs, elle a à voir avec la jouissance, a aussi à voir avec la mort. »

« Rédiger le récit pour l'envoyer à l'OFPPA c'est la parole investie par l'écriture. Il va s'agir de réguler, de contrôler le plus étroitement et le plus directement possible « la parole sauvage ». Investie par la lettre et par le lettré, l'oral tombe irrémédiablement

sous la coupe du Politique. Décrypter et exhiber la parole de l'Autre c'est avoir prise sur lui, c'est l'assujettir à sa loi...

Voilà cette parole réduite et circonscrite. Le silence s'installe. »

- **Le souci de tenir compte de la différence culturelle, de l'étranger :**

« La première des questions qui doit traverser tout intervenant rencontrant un demandeur d'asile est : est-ce qu'on se comprend bien ?

Quand on vient d'ailleurs, francophone ou pas, le sens des mots, leur valeur, les codes de communications et les modalités de rencontres sont différentes.

Il est alors plus prudent de limiter les sous-entendus contenus dans le langage, et de prendre le temps de s'assurer de sa propre compréhension de la demande de l'autre, mais aussi du degré de compréhension de notre discours par l'autre.

Les exemples de réponses «à côté» ou inadaptées sont nombreux, mais l'acting autoritaire des intervenants l'est tout autant. »

« Il est très fréquent de voir que l'incompréhension est source de «mauvais traitement», que ce soit au niveau social, quand d'autorité 'on fait à la place' de la personne sans prendre le temps de s'assurer que les choses font sens pour elle, sans veiller à ne pas la déposséder de son histoire, car nous en connaissons les conséquences ; au niveau médical, comme au niveau social, sous prétexte que « c'est trop compliqué, trop coûteux, qu'on ne comprend rien » ou je ne sais quoi encore, où les actes sont posés là encore de façon arbitraire ».

- **Question de l'avenir et des conséquences des traumatismes :**

« Pour cette jeune fille, qu'est-ce que, à 17 ans, elle va pouvoir reconstruire comme rêve de vie, d'adolescence, de sens à sa vie, intellectuelle, amoureuse, culturelle ?

Quel lieu le groupe humain saura-t-il lui offrir ? »

« Après ces humiliations, une fois le statut de réfugié obtenu, quelles conséquences psychiques sur leur vie future ? Entre déni, rancœur ou soumission ? Comment appartenir à une société, qui vous a mal accueilli ? Quels effets sur les générations à venir ? L'expérience laisse envisager que la violence des humiliations subies par les pères, ressurgit et s'exprime parfois à la génération suivante, au travers des enfants... ».

Pour conclure, face à ces expériences multiformes et récurrentes de maltraitance sociale, et face aux différentes réactualisations des traumatismes vécus dont ils sont témoins, les intervenants sont poussés à des mouvements de réparation dans un régime d'action paradoxale. Représentants de l'offre d'hospitalité de leur pays, ils sont aussi comptables des failles et de la part d'ombre des dispositifs d'accueil. 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.**

« Car d'une certaine manière, les politiques françaises coloniales, puis de course à l'argent facile et à la production portent une part de responsabilité dans la déstabilisation africaine.

Lui donner asile, je crois que c'est réparer nos erreurs de nantis (ce peut être de ma faute chaque fois que j'investis dans un produit africain issu de l'exploitation de la misère. (Cf le livre de Majid Rahmani, "Quand la misère chasse la pauvreté", Ed Fayard) ».

« Ce qui me révolte, c'est « quand la moitié du monde en assassine un tiers » (chanson « fatigué » de Renaud) et de voir le nombre de demandeurs d'asile augmenter sans cesse ».

« La détresse des personnes rencontrées, dans un mouvement d'identification, me pousse à de la colère, à de la rancœur vis-à-vis du pays qui est le mien. Cette détresse me pousse aussi à avoir envie de prendre position, de militer, même si les enjeux autour de la migration ne sont pas si simples... ».

Ces expériences subjectives et ces vécus intenses suscitent parfois un besoin de réparation qui peut se concrétiser dans l'action (militante ou non) et ouvrir aussi à la créativité.

5.3.2. Du malaise dans la pratique aux tensions vécues par les intervenants

L'analyse du contenu du *malaise diffus* des intervenants⁸⁵ a permis de mieux comprendre la spécificité de ce champ de pratique. Ceux-ci sont traversés par des émotions et des sentiments qui se traduisent sous forme de tensions conflictuelles dans leur pratique. Ces tensions conflictuelles que nous allons décrire, sont différentes en fonction du moment de la rencontre du demandeur d'asile pris dans les enjeux des étapes du parcours (arrivée en centre d'hébergement, convocation à l'OFPRA...). Nous avons déjà dit que la relation avec le demandeur d'asile était imprégnée par un processus de nature politico-juridique du parcours qui aboutit invariablement à une épreuve d'admission. L'intervenant, pris dans ce processus, témoigne des tensions qui le traversent et qui le soumettent bien souvent à une résolution solitaire de ces conflits.

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

⇒ Faire parler ou pas

⇒ Etre en position de bourreau potentiel

Cette pratique de l'écoute touche tous les intervenants dans leur spécificité professionnelle. Tous 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 ?

⁸⁵ Rappel : l'usage du terme « intervenant » désigne ici toutes les professions qui interviennent auprès des demandeurs d'asile, travailleurs sociaux et psychistes compris.

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 humains (cf. la notion de « garants métasociaux », R. Kaës, 1998). 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'épuise, 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 du « faire parler »⁸⁶ 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 ?* » (R. Waintrater, 2003, *Sortir du génocide*, Paris, Editions Payot et Rivages 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. « *L'exil c'est le lieu de la parole impossible où le passé surgit nécessairement sous forme de nostalgie ou de drame. Mais consécutivement c'est aussi le lieu où la parole devient nécessaire* » (M.R. Moro). 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, entre autre, pour reconstruire un lien à soi-même et aux étrangers que nous sommes pour les demandeurs d'asile. C'est dans ce sens que Régine Waintrater (2003), dans son analyse des témoignages des survivants de la Shoah, valorise la fonction du témoignage en tant qu'adresse à un autre qui représente la communauté dont le sujet a été isolé à un moment de sa vie.

Etre dans cette forme d'écoute possible sous-entend, pour R. 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* » (R. Roussillon, 2004⁸⁷).

⁸⁶ Cf. Le travail de B. Bruyère, 2004, « Le demandeur d'asile : objet du tortionnaire, sujet du travail psychothérapeutique », *Le journal du psychologue*, n°217, pp. 31-43.

⁸⁷ Extrait d'une conférence « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique » prononcée dans le cadre du Congrès international de l'ORSPERE-ONSMP : « La santé mentale face aux mutations sociales », Lyon (à paraître fin 2005 dans un ouvrage collectif).

La vraisemblance : une question pratique

La plupart des intervenants témoignent être *pris* dans un système institutionnel où ils sont obligés de démêler ce qui relève du vrai et du faux. Par exemple, cette question se pose lorsqu'un jeune non accompagné et dont l'âge n'est pas connu, est reçu : est-il mineur ou majeur ? La réponse à cette question entraînera bien évidemment des effets immédiats de protection et d'orientation de prise en charge. Mais 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**.

La question de la vraisemblance est particulièrement à l'œuvre dans l'activité d'aide au récit du demandeur d'asile (dossier OFPRA). 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 pratique de l'aide au dossier OFPRA pose de nombreuses questions éthiques aux intervenants. Une reprise spécifique de ces pratiques est nécessaire, actuellement elle n'est pas systématique dans le travail ordinaire.

La recherche de la vraisemblance s'appuie sur des éléments plus ou moins vérifiés objectivement (provenance de pays les plus sensibles) mais aussi sur des éléments subjectifs. Le vécu de 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 du Service social d'aide aux émigrants par exemple) ?

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

Lorsque la question du diagnostic psychologique se pose, les intervenants se confrontent au problème du **codage des signes de la souffrance**. 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** (psychose par exemple), toute la difficulté étant bien de tenir compte des signes discrets ou bruyants et de ne pas nier le contexte culturel et migratoire du sujet.

Les manifestations délirantes posent le problème du codage d'une souffrance exprimée par des propos incohérents ou des comportements inhabituels : est-ce une entrée dans la psychose ou une bouffée délirante de type réactionnelle ? 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 R., 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 R., 1997, p. 24).

Les antécédents de soins « mentaux » (thérapies traditionnelles ou modernes, médicales et psychiatriques) servent alors d'indicateurs à l'intervenant lorsqu'il possède quelques informations. De mêmes, 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.

Ce problème du codage des signes dépend également des théories psychopathologiques sous-jacentes à l'analyse.

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. Ils partent d'un constat : il existe un tri et une sélection. Tout le monde n'est pas admis, loin s'en faut ! Le taux d'admission varie en fonction de critères politiques et techniques évolutifs dans le temps. Les intervenants sont en première ligne pour mesurer comment s'effectue le tri, au nom de quelle rationalité et selon quel type de procédure.

Mais ils constatent aussi, dans le même contexte historique, que le taux d'admission n'est pas mécaniquement proportionnel à des situations objectivement décrites et légiférées. En amont des législations et des jurisprudences, d'autres facteurs, d'autres pratiques, d'autres conventions formelles de présentation et de construction du récit par exemple, ouvrent à un jeu possible entre refus et obtention. Investir ce jeu correspond justement à ce que nous appelons **des pratiques d'admissibilité**. Lorsqu'ils ont pris conscience que le taux de probabilité d'obtention se joue aussi en amont de la décision de l'OFPPRA, les intervenants se sentent investis d'une lourde responsabilité. Ils se créent de nouvelles exigences et des obligations qui peuvent améliorer autant que faire se peut les conditions d'admissibilité des demandeurs d'asile.

Les pratiques d'admissibilité qui s'inventent, suite à cette prise de conscience, relèvent d'une logique d'action par anticipation. Les intervenants, par expérience casuistique, non seulement connaissent les lois et les jurisprudences auxquelles il faut référer certains événements du récit, mais réactualisent sans cesse leur expérience pratique. 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.

Ces pratiques d'admissibilité, dans le même temps où elles s'imposent aux intervenants, entérinent un outrepassement des principes qui fondent classiquement la relation d'aide. Les intervenants sont durablement contraints à engager leur action non seulement par anticipation mais aussi par défaut. Dès lors, sont-ils toujours, et dans tous les cas, des accueillants à temps plein et pour tous, sont-ils devenus des gestionnaires de l'action sociale ou deviennent-ils des avocats-experts en obtention donc en sélection, au moins par défaut ? *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**. Ils peuvent inviter le demandeur d'asile à procéder à l'authentification des faits traumatiques par un expert par exemple. Ils peuvent être tentés de conforter une logique de preuve (faire la preuve d'un état de santé nécessitant des soins ici par exemple). Cette logique de la preuve, de l'authentification des faits, est de plus en plus consommatrice d'expertises notamment sanitaires. Ils peuvent aussi décider de ne pas tout dévoiler ou de laisser des éléments de l'histoire dans l'opacité du réel face à une demande hégémonique de transparence. Dans ce nouveau contexte, comment évaluer les limites de l'ingérence dans la vie d'autrui ? Comment ne pas rentrer dans des pratiques « d'extorsion » de récits ? Comment ne pas être entraîné à son corps défendant dans une logique d'action où c'est une échelle de critère « technique » qui prime sur l'humain ? A contrario, comment cette prise de risque pour autrui peut-elle s'agencer avec l'exercice d'un droit de citoyen pour le demandeur d'asile sans parole ?

Continuer à reconnaître et à soutenir cette nouvelle forme d'intervention sociale dans le contexte et dans les termes sus décrits nécessite certainement des dispositifs de reprise collective (de type analyse de la pratique) qui ne traitent pas seulement des individus et de leur souffrance mais qui s'occupent surtout des pratiques concrètes et de leur sens social.

5.3.3 Ethique, subjectivité et pratiques effectives : entre ajustements et compromis « acceptables »

Ces conflits subjectifs et éthiques qui traversent les intervenants 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. Mais lorsque ceux-ci se font la plupart en référence à soi-même, à sa conviction intime, lorsqu'il n'y a pas de travail préalable ou réflexif d'un collectif surplombant et cadrant, les intervenants se trouvent non seulement impliqués mais aussi très exposés : c'est en tant que personne qu'ils sont amenés à réagir. Ce qui met au centre de leurs pratiques d'ajustement la question des limites morales, 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 (à son corps défendant) 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 (burn out) après quelques années de « terrain » pour d'autres.

Mais ce sont aussi ces tensions qui sont à l'origine d'initiatives de mise en réseau des pratiques afin de construire en situation des repères à l'échelle d'un collectif (charte de l'accueil par exemple). L'intervenant met à l'épreuve la vraisemblance d'un fait, d'une histoire, d'un récit ou d'un comportement non directement compréhensible, en faisant un travail de décentrement par rapport à sa propre culture (en s'informant par des lectures ou des formations spécifiques sur les environnements culturels, sur les contextes politiques...). Ce travail nécessite de faire appel à d'autres points de vue, à d'autres expertises (politistes, sociologiques, ethnopsychiatriques, médicales). Dans la situation particulière du codage des signes de souffrance, l'intervenant est confronté à de véritables dilemmes qu'il circonscrit par un choix nécessaire de référentiels objectivants : soit du côté de la nosographie psychiatrique (demande de psychiatre) soit du côté du processus subjectif et relationnel (demande de psychologue).

Les pratiques d'admissibilité, même si elles réussissent à capitaliser divers savoir-faire déjà acquis lors de cas antérieurs et alors qu'elles apprennent à se diriger dans l'action de défense des droits par l'invention des tactiques quasiment au coup par coup, n'exonèrent jamais l'intervenant d'avoir à reconnaître une limite à l'action dans laquelle il est engagé ; limite qui, dès

qu'elle est énoncée, devient la frontière subjective au-delà de laquelle il estime qu'il « ne suit plus ». Cette estime se mesure sur une balance interne dont les divers poids et contreponds sont faits par le niveau de tensions et de conflit vécu par les intervenants lorsque leur attention aux personnes est inféodée à la logique instrumentale de constitution d'un dossier ou à celle, économique, de circulation des flux.

Ainsi, la mise en lumière des tensions et des conflits vécus subjectivement par les intervenants a des implications concrètes au niveau de la réflexion et de l'action. Des modèles d'intervention, autrement dit, des réponses à ces conflits et aux risques en terme de santé mentale pour les demandeurs d'asile, doivent être proposés et mis à l'épreuve.

5.4. Conclusion : des pratiques antagonistes et des pratiques de soutien à la santé mentale

Notre effort de rendre visible non seulement les paramètres de la relation et son contexte, les acteurs de cette relation et ce qui les traverse ainsi que les enjeux intersubjectifs de celle-ci, produit une plus-value de savoir sur les pratiques de santé mentale dans le cadre de cette recherche-action. A partir de cet approfondissement, qui n'a pas pour autant la prétention de proposer une définition généralisée ou idéale de la santé mentale, nous tenterons de synthétiser les pré requis nécessaires à de « suffisamment bonnes » pratiques en santé mentale dans le cadre de la demande d'asile que celles-ci soient des pratiques d'accueil, d'accompagnement ou de soin.

Comme dans d'autres études déjà réalisées par l'ORSPERE, cette recherche-action confirme que les définitions normatives de la santé mentale ne sont pas satisfaisantes pour rendre compte du contexte de la demande d'asile. Ce que devrait être la « santé mentale » positive ne va pas de soi, ni dans sa définition, ni dans ses attendus⁸⁸.

Face à ce constat, en quoi cette recherche action peut-elle nous aider à mieux saisir et à circonscrire ce à quoi la santé mentale donne lieu en terme de pratiques sociales particulières ?

Comme nous l'avons déjà précisé⁸⁹, les réseaux de préoccupation de santé mentale articulent vie psychique et vie sociale comme composantes du lien social. Plus précisément, la santé mentale s'appuie sur plusieurs niveaux de réalité qui s'intriquent (ou s'opposent) les uns avec les autres : celles de l'individu, du sujet et de ses relations, de l'environnement et de la Polis (Cité politique).

Comme le précise Jean Furtos, la santé mentale concerne l'individu dans sa « *capacité à vivre et à souffrir dans un environnement donné, sans destructivité (mais non pas sans révolte), c'est-à-dire sa capacité à rester en lien avec soi-même et de vivre avec autrui (le lien social), c'est-à-dire la capacité d'investir et de créer dans cet environnement donné, y compris des productions atypiques et non normatives* » (J. Furtos, congrès ORSPERE, 2004). Mais l'histoire personnelle du sujet est à contextualiser dans un environnement et dans une société donnés (avec sa propre histoire et ses mutations). Enfin ces niveaux sont articulés à la dimension politique. Les politiques de santé mentale visent à maintenir ou à restaurer les capacités de l'individu décrites ci-dessus.

Cette visée praxéologique de la santé mentale ouvre à des champs d'intervention qui dépassent largement les soins psychiatriques et la réhabilitation sociale des personnes atteintes de pathologie mentale.

⁸⁸ Un congrès international a été consacré à mieux cerner ce que cette entité recouvrait à l'heure actuelle, « La Santé Mentale face aux mutations sociales », Octobre 2004, ORSPERE, Lyon.

⁸⁹ Cf partie « 4.1. La santé mentale : d'une définition idéale à la dimension de la relation » dans ce rapport.

La santé mentale est devenue une affaire de *pratiques sociales situées* : ainsi dans la problématique des demandeurs d'asile, elle concerne non seulement la possibilité d'un soin individuel, d'une relation d'accompagnement (maintenue ou à restaurer), mais aussi les problématiques de l'hospitalité, de la xénophobie, de l'accueil, de l'exclusion, de l'interculturalité et du vivre ensemble. Si, comme nous venons de le montrer, il existe une imbrication entre enjeux de pratiques et définition théorique, c'est en prenant acte de cette intrication forte, qu'une tentative de problématiser les pratiques de santé mentale en terme de risque prend sens. A l'issue de ce travail d'analyse nous identifions, selon une perspective de santé mentale, deux séries de *pratiques situées*.

Une première série de pratiques est antagoniste à la santé mentale

- ➔ Lorsque les conditions d'existence des demandeurs d'asile sont de l'ordre de la survie (non satisfaction des besoins primaires).
- ➔ Lorsque les demandeurs d'asile sont mis dans l'impossibilité de s'approprier un *lieu propre*.
- ➔ Lorsque les demandeurs d'asile, alors qu'ils sont installés, sont re-déplacés pour des raisons d'indisponibilité d'hébergement.
- ➔ Lorsque « dossier » et « personne » ne sont pas ou mal différenciés dans un contexte où la tendance procédurale est prégnante.
- ➔ Lorsque l'isolement spécifique à la situation du demandeur primo arrivant perdure dans le temps de la procédure (invisibilité des individus, vie clandestine, non-reconnaissance).
- ➔ Lorsque des réponses claires, concernant l'application concrète de l'aide et des possibilités d'assistance et d'accompagnement, ne sont pas énoncées. L'ignorance de limite de durée d'accompagnement qui en découle ne permet pas la perception d'un contenant face aux multiples effractions vécues (traumatiques là-bas et liées à l'accueil ici).
- ➔ Lorsque les demandeurs d'asile ne sont pas reconnus dans leurs différents rôles sur les scènes sociales (famille, école, travail, culture...) mais relégués à l'identité de victime.
- ➔ Lorsque les demandeurs d'asile sont entendus dans leur souffrance dans une seule perspective diagnostique (médicalisation psychiatrique excessive, expertise médicale démultipliée...).
- ➔ Lorsque l'écoute du demandeur d'asile ne prend pas en compte le risque de malentendu réciproque du fait de sa situation d'étranger.
- ➔ Lorsque les intervenants sont eux-mêmes isolés, en proie à des émotions et des affects parfois violents (révolte, impuissance, injustice) et réduits à puiser dans leur ressources personnelles afin d'instaurer, dans un contexte d'action publique incertaine et mouvante, une relation confiante et étayante.
- ➔ Lorsque les intervenants sont pris dans des cycles d'action marqués du sceau d'une paradoxalité non intégrative mais qui se caractérise par des injonctions et des messages paradoxants qui attaquent la santé psychique (cf. toutes les déclinaisons paradoxantes d'un système de prise en charge dont les intervenants s'accordent à dire qu'il « rend fou »).

Il va de soi que des pratiques allant à contrario de celles énumérées ci-dessus participent de la seconde série.

Une seconde série de pratiques soutiennent la santé mentale.

→ Lorsque le demandeur d'asile est reconnu en tant que personne, lorsque ses ressources sont sollicitées en phase avec ses dispositions en tant que sujet. Les intervenants insistent par exemple sur le respect du « droit au silence » dans le premier temps de l'accueil. « Ils nous racontent petit à petit ce qui leur est arrivé... », disent-ils.

→ Lorsque le demandeur d'asile est inscrit dans un programme social et bénéficie de l'effectivité de ses droits mais aussi lorsqu'il peut bénéficier de soins spécifiques si nécessaire.

→ Lorsque la « visibilité » du demandeur d'asile est la condition d'une prise de parole, de son inscription dans des échanges, de sa reconnaissance sociale, sa capacité à créer du lien avec les autres et avec soi-même au sein de dispositifs divers (social, scolaire, culturel, de travail) est soutenue.

→ Lorsque les pratiques d'aide au récit respectent les défenses du sujet dans sa possibilité de témoigner de son histoire vécue avec son rythme propre pour en parler, et dont une des conditions est un interprétariat différent de celui des enfants ou des compatriotes.

→ Lorsqu'une attention particulière et spécialisée est portée à la manière dont se recomposent les liens familiaux dans le parcours de la demande d'asile.

Sur la scène de Rhône-Alpes, ces dispositifs sont tous issus du travail social au départ (cf. à ce sujet l'évolution de l'ADATE⁹⁰) et ne sont pas explicitement centrés sur le soin psychique. Ces dispositifs sont orientés sur la production patiente « des petits liens » et utilisent divers supports relationnels pour y aboutir (activités, échanges de service, bénévolat dans la commune, parrainage...). Les intervenants ne qualifient pas leur travail de soin, mais de soutien à titre préventif (lutte contre l'isolement, contre les effets de l'attente...).

1^{er} Exemple : réseau d'échanges de services, logement collectif (à deux ou à trois personnes d'origine culturelle différente durant le temps de la procédure).

2^{ième} Exemple : pour ceux qui disparaissent de la scène sociale et politique, comme les déboutés, une association militante a mis en place le parrainage civil.

→ Le soutien à la santé mentale n'est pas toujours suffisant. Le soin psychique est parfois nécessaire particulièrement dans les moments critiques que cette recherche a identifiés et la pathologie n'est pas exclue de ce champ d'intervention. Nous reviendrons sur les pratiques correspondantes dans les recommandations.

L'application de ces pratiques de soutien est la condition même d'une créativité individuelle et collective.

Ayant maintenant intégré la nécessité de promouvoir des axes pour la santé mentale appliquée aux demandeurs d'asile, il convient de mettre en accord les pré requis de santé mentale ci-dessus dégagés avec des pratiques effectives de soutien aux deux pôles de la relation d'accueil. Pour ce faire, le dernier chapitre sur les recommandations différenciera les actions visant directement les demandeurs d'asile, des actions ciblant les intervenants.

⁹⁰ Cf. Rached SFAR, Abdellatif Chaouite, « Une tentative de prévention de la souffrance mentale », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

6. Recommandations : initier un dispositif rhône-alpin de santé mentale appliqué aux demandeurs d'asile

Ces recommandations ont été élaborées à partir des différents matériaux recueillis dans cette recherche-action : enquête, voyage d'étude, atelier. La trame en a été présentée et discutée lors des deux dernières réunions de l'atelier mais non soumise à une délibération collective formalisée. Chaque fois que cela a été possible, des principes communs à la constitution du réseau ont été dégagés. Nous les présentons ci-dessous. Ces principes, tels qu'ils sont énoncés, participent d'une recherche de cohérence entre des recommandations dites générales et des recommandations spécifiques ciblant les demandeurs d'asile mais aussi les intervenants. Nous présentons ensuite les conditions organisationnelles de réalisation de ces actions.

Enfin, nous reprendrons sous forme de deux schémas, les principales actions recommandées ainsi qu'une proposition de calendrier pluriannuel priorisant les actions dans le temps.

6.1. Quels principes d'action communs ?

→ **Un premier principe, concernant l'accès aux droits, réaffirme l'inscription de réponses spécifiques en terme d'organisation mais dans une logique de droit commun** (c'est-à-dire qui se trouve à la disposition de tous). Les actions proposées doivent permettre de faciliter des réponses dans le cadre des services de droit commun (action sociale, médecin de ville, hôpitaux publics et service de secteur psychiatrique en ce qui concerne le soin psychique).

→ **Un deuxième principe d'action concerne le choix de constituer un faisceau de réponses coordonnées qui cible spécifiquement les demandeurs d'asile** qui ne sont pas des migrants comme les autres. Il est indéniable que le parcours d'un demandeur d'asile qui conjugue exil et persécution est éminemment singulier. Le dispositif d'accueil actuel, dans ses principes au moins, a été pensé comme une filière d'hébergement spécialisé. De même, la problématique clinique est pour partie distinctive (le trauma, les souffrances psychiques liées à la procédure ou à la précarité sociale). Ce choix d'une offre spécifique est exclusivement de nature opérationnelle et non juridique. Il devrait permettre un meilleur ajustement des services proposés.

→ **Un troisième principe consiste à affirmer que les actions de santé mentale s'inscrivent dans un espace partagé par l'action associative, le travail social, les diverses institutions concourant aux soins psychiques et la santé publique.** Dans une perspective attentive aux risques de médicalisation excessive, la présence des psychologues et de la psychologie, que ce soit dans les dispositifs d'accueil ou dans les structures de soin est révélatrice de l'engagement des acteurs dans des pratiques décloisonnées. En posant le dépassement de la question du diagnostic au profit de la relation intersubjective, les psychologues accélèrent l'avènement d'une optique de santé mentale élargie à différents partenaires.

→ **Un quatrième principe consiste à se prévenir des réponses lourdes et systématisées mais plutôt à promouvoir une logique souple de mise en réseau, d'acquisition et de transmission entre savoir et savoir-faire.** De ce fait, une alliance avec le monde universitaire et de la recherche est indispensable.

→ Un dernier principe consiste, en coordonnant les différents acteurs associatifs et institutionnels autour de projets concrets, à impulser une vie de réseau à l'échelle régionale. D'ores et déjà, différentes associations telles Forum-Réfugiés, l'ADATE, Appartenances-Lyon se disent prêtes à s'engager sur cette voie. Cette liste n'est pas exhaustive.

6.2. Recommandations générales : des « normes minimales d'accueil »⁹¹ du point de vue de la santé mentale

Un certain nombre d'acquis qui font consensus collectivement ⁹²permettent de donner des repères sur ce qui pourraient être des « normes minimales » d'accueil du point de vue de la santé mentale des demandeurs d'asile. Ces normes minimales se situent en amont du soin spécialisé. Elles reprennent la plupart des risques en santé mentale que nous avons pointés précédemment.

6.2.1 Recommandations concernant les conditions de l'accueil

→ **La participation et l'avis des demandeurs d'asile, premiers concernés.**

Il convient particulièrement d'informer la population des demandeurs d'asile sur les dispositifs de soins existants et à reconnaître parmi elle les personnes en état de souffrance afin de savoir demander de l'aide au moment où cela s'avère nécessaire. Cela n'est possible que si le personnel est lui-même formé et disponible.

→ **L'installation précoce d'un demandeur dans un lieu d'hébergement spécifique (hébergement le plus approprié d'après notre enquête⁹³) doit être considérée comme un impératif, et ce, quelle que soit la composition familiale de l'intéressé.**

Si nous faisons le constat d'un état d'angoisse tout au long de la procédure, il existe cependant une influence des conditions de séjour sur la façon dont s'expriment les difficultés des demandeurs d'asile. La situation d'urgence vitale ne peut pas être durable.

Il convient donc de stabiliser les effets liés à la situation de survie, par un hébergement stable.

→ **L'accès à des activités sociales qui favorisent la reconnaissance de rôles sociaux (parents, travailleurs...)** Particulièrement ceux qui forgent une identité de travailleur devraient être considérés comme une norme minimale d'accueil. L'inactivité forcée déstabilise l'organisation familiale et atteint les rôles parentaux.

⁹¹ Désignation empruntée au projet FER 2002 : *Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile*, 2002, Croix-Rouge de Belgique.

⁹² Croisement des données des entretiens et du travail de l'atelier de praticiens.

⁹³ Cf. partie « 4. Etat des lieux : lien entre procédure de demande d'asile et santé mentale », dans ce rapport.

6.2.2. Recommandations concernant les conditions de la relation

Dans l'entretien social (d'accueil)

→ **L'utilisation des enfants comme interprète pour l'aide au récit doit être proscrite.**

La situation de récit qui nécessite un interprète est une situation potentiellement périlleuse. Nous avons observé une grande diversité des moyens utilisés pour traduire : service d'interprétariat professionnel (Inter-Service-Migrant essentiellement), professionnels émigrés, compatriotes et enfants des familles en demande d'asile. Mettre ces derniers en position d'interprète peut induire un risque d'inversion des rôles parents-enfants.

→ **L'accès à des ressources de traduction et d'interprétariat professionnalisé est une condition minimale pour pouvoir effectuer un travail de santé mentale avec les demandeurs d'asile.**

La proposition systématique de l'interprétariat s'impose comme norme minimale d'accueil. Il s'ensuit la nécessité de prévoir le financement et l'organisation de ces moyens de traduction. L'application de cette norme est à distinguer de l'imposition d'un interprète. Il y a des demandeurs d'asile qui sont dans un processus de rupture avec leur pays, leurs origines. Autrement dit, le demandeur doit avoir le choix de s'exprimer dans sa langue maternelle ou dans une autre langue.

Dans la pratique des soignants

→ **Un assouplissement des cadres de soins s'avère indispensable : consultations sous forme de permanence⁹⁴ plutôt que par rendez-vous fixes, accompagnement physique des personnes lors du passage de relais par exemple.**

Cet assouplissement du cadre entre cependant en tension avec le risque inhérent au tuilage des professions et la nécessité de conserver une rigueur quant à la mission des psychistes. Autrement dit, aménager son cadre de pratique ne doit pas s'opposer à rester dans son cadre propre d'intervention.

→ **Dans la situation où la tenue de l'entretien thérapeutique nécessite la présence d'interprètes, une formation spécifique de ceux-ci doit être envisagée (sous la forme de soutien à leur pratique⁹⁵)**

Il faut également sensibiliser les professionnels du soin psychique au travail avec un interprète.

→ **Si la rencontre soignante ne nécessite pas une hyperspécialisation, des ressources spécialisées sont à promouvoir en amont et en aval de celle-ci.**

Une sorte de profil de l'aidant/soignant peut être dressée, avec des qualités particulières comme celles touchant à l'hospitalité culturelle, à la capacité de réhumanisation, à l'envie et à la faculté d'être touché par un être humain ayant vécu des situations extrêmes. Cependant, l'aidant ne peut pas toujours être sollicité sur ces aspects-là. Une mise en garde est faite contre l'hyperspécialisation de certains soignants qui risqueraient d'épuiser leurs ressources propres.

⁹⁴ Cf. G. Ardiet, « Projet médical de consultations psychiatriques auprès des demandeurs d'asile », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

⁹⁵ Groupes de paroles, analyses de la pratique, etc.

→ **Des pratiques de consultations avec les accompagnants (caregivers⁹⁶) doivent être favorisées.** Elles recréent des liens d'appartenance, luttent contre la rupture de la filiation et peuvent renforcer la parentalité.

6.3. Recommandation spécifique : vers une mise en réseau des acteurs de la région Rhône-Alpes

La notion de mise en réseau correspond à une interrelation des professionnels de différentes disciplines. Elle ne doit pas être confondue avec la notion de filière qui rend compte du parcours de l'utilisateur dans les dispositifs de prise en charge. On peut définir la mise en réseau selon une perspective réglementaire, selon une perspective conceptuelle ou encore en référence à des pratiques concrètes. Cette troisième optique, que nous adoptons ici, insiste sur les objectifs de coordination, de partage de l'information et de mode d'organisation qui met en relation des éléments épars pour recueillir et diffuser des compétences théoriques et pratiques destinées à améliorer le niveau général de la santé d'une population ou à mieux répartir les rôles dans la prise en charge d'un groupe spécifique ou d'un sujet.

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.**

Objectifs secondaires :

→ La mise en réseau des intervenants répond à la nécessité de rompre l'isolement dans la pratique et leur offre 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 de débat et d'ouverture du réseau. Favoriser le débat entre institution et acteurs sur notamment les positionnements des soignants et sur les théories de soins.

→ La promotion des normes minimales d'accueil du point de vue de la santé mentale et les évolutions nécessaires dans la pratique des soignants.

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

⁹⁶ Dans les théories de l'attachement le « caregiver » est l'adulte qui accompagne l'enfant, qui prend soin de lui sans pour autant avoir de lien de parenté proche ou éloigné. Nous employons ce terme dans un sens étendu à l'accompagnement entre adultes.

Constitution :

Ce réseau est constitué de deux pôles indissociables pour la cohérence de la démarche globale, mais dissociables pour leur réalisation dans le temps, certaines actions étant prioritaires par rapport à d'autres.

Le premier pôle concerne les actions ciblant les demandeurs d'asile et les aménagements spécifiques en direct pour cette population. Le deuxième pôle concerne les actions ciblant les intervenants de tous ordres dans le champ de la demande d'asile. A l'intérieur de chacun des pôles 1 et 2 sont proposés plusieurs actions. La construction de ces actions procède soit d'une expérimentation déjà testée sur le territoire régional, soit puise dans des dispositifs déjà construits sur le territoire national et discutés dans le cadre de l'atelier de praticiens.

6.3.1. Pôle 1 : Les actions ciblant les demandeurs d'asile

➔ Création d'un centre de ressources, qui associe un centre de consultation spécialisée pour les personnes en demande d'asile, et qui soit identifié comme un lieu de référence par les acteurs de Rhône-Alpes :

Une consultation spécialisée pour demandeurs d'asile autonome regrouperait non seulement les dimensions du soin, mais devrait fonctionner comme un centre ressource pour les intervenants : documentation, formation pour les professionnels, outils de mise à disposition d'un « carnet d'adresse » d'experts. Celui-ci est à comparer avec un carnet pragmatique et opérationnel d'adresses de différentes compétences. En effet, les intervenants font souvent appel, à différents moments du parcours du demandeur d'asile, à d'autres professionnels soit pour avis, soit pour alimenter une des parties du dossier juridique : un psychiatre, un psychologue, un interprète, un ethnologue, un médecin légiste, un juriste... mais cette pratique fonctionne de manière peu formalisée. Un réseau plus structuré à l'échelle régional permettrait des sollicitations plus faciles.

Ce centre de ressources ne se substitue pas à des initiatives de réponses de proximité tant sur l'offre de soin que sur la mise en réseau. Il ne doit pas être pensé pour résorber toutes les demandes de consultation à l'échelle de la région (« usine à gaz ») mais doit être positionné comme un centre régional de ressource et de référence.

Ce lieu de consultation doit également répondre aux besoins de soins spécialisés pour ceux, nombreux, qui ne sont plus dans le parcours de demande d'asile et qui éprouvent des difficultés de santé mentale.

Reste en suspens la pertinence de l'inscription institutionnelle d'un tel lieu : hôpital général par l'intermédiaire des PASS, psychiatrie publique désectorisée ou association ?

Option 1 : Equipement d'une dimension psy interculturelle dans les hôpitaux généraux par l'intermédiaire des PASS

Cette recherche montre que les PASS (permanence d'accès aux soins de santé) sont des points de consultations importants pour les demandeurs d'asile en Rhône-Alpes (PASS de l'Hôtel Dieu et PASS de Givors notamment). Ce sont des lieux où la souffrance vient se dire sous la forme de symptômes somatiques. Il s'agirait alors d'équiper ce type de lieu de consultation de personnel spécialisé sur la question interculturelle.

Option 2 : Equipement d'une consultation interculturelle dans l'institution psychiatrique publique

Cette consultation spécialisée serait déssectorisée. Elle pourrait être rattachée à un secteur de psychiatrie universitaire. Elle doit être conçue dans une synergie forte avec les secteurs de psychiatrie publique auxquels elle ne se substitue pas.

Option 3 : Consultation psy interculturelle indépendante (associatif)

Dans d'autres régions, il existe déjà une consultation spécialisée dont l'attractivité est régionale voire plus large, autour de laquelle un réseau d'acteurs est identifié (cf. en note méthodologique la liste des lieux de consultations spécialisées que nous avons rencontrés). En Rhône-Alpes, l'intérêt de la mise en place d'un tel lieu de consultation tient à plusieurs paramètres. D'abord, il donnerait une place importante aux questions culturelles dans le soin. Ensuite, il ne serait pas inscrit dans la logique du parcours du demandeur d'asile, mais permettrait de penser un accompagnement post-parcours, notamment concernant les problématiques cliniques autour du trauma. Enfin, il constituerait l'un des lieux ressources du réseau aussi bien pour les demandeurs d'asile que pour les intervenants.

Ces options pourraient être discutées et évaluées dans le cadre d'un séminaire « recherche et clinique » (proposé infra) au regard de l'étude de situations cliniques et de la visée soignante la plus appropriée à l'ancrage institutionnel.

→ Conventonnement systématique entre les hébergements spécialisés et les secteurs de psychiatrie correspondants

Les modalités de services offerts par la psychiatrie publique, lorsque des dispositifs d'accueil sont installés sur leur secteur, doivent être discutées et précisées dans les projets d'établissement.

A chaque ouverture d'une nouvelle structure d'hébergement spécialisée (CADA, AUDA, CPH, hôtel...), une prise de contact systématisée avec la psychiatrie publique renforcerait les liens entre cet hébergement et les services de soins (centre médico-psychologique, centre de thérapie brève, équipe mobile,...) sous forme de convention. Il s'agit de sensibiliser les équipes soignantes et sociales aux besoins et aux ressources disponibles.

Il faut cependant préserver la souplesse des réponses possibles : chaque CMP a sa manière de travailler. Il en va de même pour les centres d'hébergement spécialisés.

→ Mise en place de dispositif de veille psychologique dans l'hébergement spécialisé

Eu égard aux constats d'une meilleure accessibilité à la vie psychique dans les lieux d'hébergement spécialisés et au fait que les processus psychiques peuvent s'y déployer sous forme de crises, il s'agit de mettre en réseau des psychologues de centre d'hébergement, pour exercer une fonction de veille auprès des personnes hébergées. Un temps de regroupement (dont l'échelle reste à déterminer) de ces praticiens souvent très sollicités sur les manifestations énigmatiques de la souffrance des hébergés doit être prévu.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte d'Olivier Brachet et de Frédérique Bourgois, « Souffrance psychique, santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés : l'expérience de Forum Réfugiés », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

Par ailleurs, il reste à mettre à l'étude l'élargissement de ce type de veille lorsque les demandeurs d'asile sont hébergés dans les dispositifs de survie. Comment mettre en place une veille psychologique dans ces conditions ?

6.3.2. Pôle 2 : actions ciblant les intervenants

Un congrès international a été consacré à mieux cerner ce que cette entité recouvrait à l'heure actuelle, « La Santé Mentale face aux mutations sociales », Octobre 2004, ORSPERE, Lyon.

→ Constitution d'un séminaire « recherche et clinique en partenariat ».

En région Rhône-Alpes, l'expérience des soins aux personnes en demande d'asile, la réflexion, la recherche en appui sur la pratique, ne sont pas nouvelles. Certaines initiatives existent autour des pôles régionaux (Lyon, Grenoble, Chambéry...). Elle est cependant éparpillée. Ce séminaire aurait pour objectif principal de la mutualiser et de la mettre en discussion entre professionnels.

Les universitaires en psychologie et en psychiatrie devraient inscrire le montage de ce séminaire dans la dynamique de leur laboratoire de recherche.

Cette recherche-action aboutit à un nécessaire prolongement concernant l'approfondissement en terme de recherche et d'échange sur les dimensions clinique et psychopathologique des personnes en demande d'asile. L'exploration de ces aspects cliniques est un préalable à une mise en place opérationnelle de dispositifs de consultations notamment, ou de prise en charge spécialisée.

- L'objectif de travail de ce séminaire sera donc finalisé sur la faisabilité du projet de consultation spécialisée pour demandeurs d'asile l'une des recommandations du réseau : La compréhension des éléments cliniques subjectifs oriente les offres de soin et la pratique des soignants. Le travail de réflexion et d'élaboration collective autour de situations cliniques (cas cliniques) devra permettre, à terme, de proposer des repères pour la mise en œuvre de ce lieu, autant du point de vue des orientations de la pratique que du point de vue organisationnel, en inscrivant cette action dans le cadre du réseau élargi.

Loin de vouloir créer une doctrine unique qui régirait la pratique promue, il s'agira plutôt de concevoir un lieu de consultation, à l'image des besoins spécifiques des patients, de la richesse de la diversité des pratiques soignantes et de leurs références théoriques multiples propres à notre région.

- Ce séminaire intégrera son existence dans le réseau régional en favorisant toutes les formes de communication et de visibilité de sa réflexion (journée d'étude, conférences, publications⁹⁷). Une bonne visibilité dans le réseau doit faire partie de sa stratégie.
- Ce séminaire sera constitué d'un groupe d'intervenants issus de la région qui ont une pratique soignante (non exclusive) avec des demandeurs d'asile ou qui sont en cours

⁹⁷ L'ORSPERE met au service du travail de ce groupe son support de diffusion de la connaissance au niveau national à travers Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité.

de recherche universitaire sur un thème se rapportant aux problématiques rencontrées par les demandeurs d'asile. Pour tenir les objectifs et la fonction de fer de lance du réseau, ce groupe doit être monté de façon partenariale sous l'égide de la cellule de suivi (cf. infra). Les partenaires associés sont ceux qui composent la cellule régionale et qui sont intéressés pour réfléchir sur la clinique et sur les dispositifs de soin actuels et à promouvoir. Dans cette perspective, des centres universitaires en psychologie et en psychiatrie sont d'emblée concernés, autant pour proposer un point de vue de chercheurs impliqués dans la pratique que pour offrir une option de formation aux étudiants chercheurs, et aussi pour soutenir un haut niveau de discussion et de légitimité scientifique. L'institut de psychologie de l'université Lyon 2, par l'intermédiaire du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC) est d'ores et déjà pressenti, de même qu'un service du CHU du Vinatier, celui du Pr. Daléry. Outre l'implication des universitaires, il s'agit aussi de réunir des praticiens expérimentés, encore trop isolés qui seraient déjà réunis en associations localement ainsi que les quelques cliniciens qui sont des référents isolés dans certains départements. L'association Appartenances-Lyon et l'association ADATE à Grenoble sont pressenties.

- **L'ORSPERE se propose d'animer et de coordonner ce séminaire**, dans la continuité des liens personnalisés établis au cours de cette recherche-action depuis deux ans, en référence à son savoir-faire pour articuler la dimension scientifique, celles de la pratique et de l'action. En même temps, en tant qu'acteur non impliqué directement dans la pratique de soins, l'ORSPERE (en coordination avec la cellule de suivi) peut faciliter la tenue d'une discussion plurielle entre les acteurs du soin et de l'accueil pour mener à maturité une démarche de formation du réseau. L'ORSPERE, avec les partenaires, aura alors pour charge d'organiser un programme de rencontres et de mettre le groupe au travail sur les manières de restituer la réflexion au réseau plus élargi.

→ Proposition de formation pluri thématique et inter institutionnelle dans l'espace régional.

La formation des acteurs est un outil essentiel à partir duquel peut se construire un réseau vivant.

L'offre de formation doit être pluri-thématique et pluri-professionnelle :

- des modules généralistes pour tous les intervenants : Sociologie, Histoire des migrations, Anthropologie, Geo-politique Droit....
- des modules de psychologie appliquée aux demandeurs d'asile devraient s'adresser à tous les intervenants. Des modules spécifiques devraient cibler plus particulièrement les soignants mais aussi les interprètes, évidemment dans les entretiens thérapeutiques mais aussi dans tout entretien où une problématique de santé mentale peut émerger.
- un espace d'inter-formation sur l'éthique devrait pouvoir s'engager, afin d'aborder les tensions qui traversent le champ de la pratique et qui s'inscrivent au cœur de la relation entre le demandeur d'asile et l'intervenant. Outre des apports de connaissances objectives (sur les aspects culturels, une compréhension géopolitique, etc.), l'aspect formation professionnelle ne peut échapper à la prise en compte et au traitement des effets intersubjectifs de la relation. Une reprise collective devrait donc

porter sur les compromis et les ajustements personnels dans lesquels chacun est pris en interrogeant les théories de référence actuelles.

- une formation des acteurs concernant la sensibilisation et la promotion des pratiques de soutien à la santé mentale. Il s'agit de répertorier et de publiciser les expériences et les pratiques qui prennent en compte la dimension de santé mentale. Ces formations viseraient essentiellement les directeurs d'établissement et leurs équipes (notamment dans le cadre de l'élaboration du projet social consécutif à la loi du 2 janvier 2002). Elles pourraient aussi viser les agents administratifs en situation de guichet, et s'adresser également aux élus locaux.

De nombreux métiers sont concernés par cette recommandation. En Rhône-Alpes existent déjà plusieurs offres de formation spécifique sur certains des aspects cités. Il s'agirait d'abord de les recenser et de les rendre accessibles par les intervenants de la région.

Le succès des actions déjà initiées par les associations Appartenances-Lyon (séminaire/rencontre) et Forum Réfugiés (apport clinique et psychologique dans les centres d'accueil) montrent que la demande est importante.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de Patrick Fermi, Association Géza Róheim (Bordeaux), « Orientations pour une formation à la fonction de médiateur interculturel », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

→ Confirmation du rôle de soutien aux intervenants de la part des psychologues (interne/externe) :

Lutter contre l'épuisement personnel et le découragement implique de ne pas être isolé dans la pratique, c'est pourquoi nous recommandons des espaces de reprise collective de la rencontre ou de l'action. Outre la prise en compte des aspects émotionnels difficiles dans ce champ de la pratique, le réseau doit pouvoir renforcer les pratiques de moments de réflexion supervisée (interview, analyse de la pratique⁹⁸ ...) portant sur la gestion concrète de cas avec l'appui de professionnels.

Les professionnels concernés par ce type de soutien sont, entre autre, les interprètes. Souvent issus des communautés touchées par des événements géopolitiques à l'origine de l'exil, ayant eux-mêmes vécus le parcours du combattant de la demande d'asile, ils ne sont pas nécessairement formés à entendre et à soutenir un discours de souffrance.

Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte de B. Bruyère, O. Daviet, S. Denis-Kalla, V. Fémélat-Banet, G. Masset, « La spécificité du psychologue dans les dispositifs pour les demandeurs d'asile. Quels dispositifs avec les psychologues seraient à pourvoir ? », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

⁹⁸ Quelle forme de pratique réflexive choisir et comment s'y retrouver ? On peut se référer au dossier « Supervision, régulation d'équipe ? », 2004, *Psychologues et Psychologies*, vol. 3, n°176.

6.4 Condition organisationnelle : Une cellule régionale de coordination et de suivi

La mise en place d'une cellule régionale de coordination et de suivi est la condition de cohérence des deux pôles. Cette cellule, dont la composition exacte reste à déterminer mais qui devrait intégrer les acteurs partenaires du futur réseau : les universités, la DRASS, les associations, l'ORSPERE... Elle devra avoir en charge d'organiser et de coordonner la mise en place du réseau régional en appui sur la réalisation des actions des pôles 1 et 2 selon un calendrier pluriannuel et des moyens adéquats. Elle sera l'instance de suivi des actions, organisera les priorités et aura la responsabilité de promouvoir et de mobiliser les actions en fonction des priorités. Une des possibilités intéressantes pourrait être d'intégrer cette cellule ainsi que les objectifs du réseau régional qu'elle promeut, dans les axes prioritaires du Groupement Régional de Santé Publique.

Pour réaliser les objectifs du réseau, la cellule de coordination et de suivi doit avoir une visée à long terme et doit s'équiper dès son fondement. Par quels moyens ?

- En favorisant une meilleure articulation entre la recherche et la pratique (conventions avec les universités, lieu attractif pour les chercheurs...).
- En articulant les espaces régionaux et européens à propos de la question de la demande d'asile soit pour des ressources (co-financement par exemple), soit pour enrichir les expériences de terrain.
- Les moyens humains : un temps de chargé de mission pour coordonner cette cellule doit être prévu. Ce coordonnateur devra pouvoir utiliser tous les moyens actuels de communication et d'information pour être en lien avec les membres du réseau (site internet par exemple).

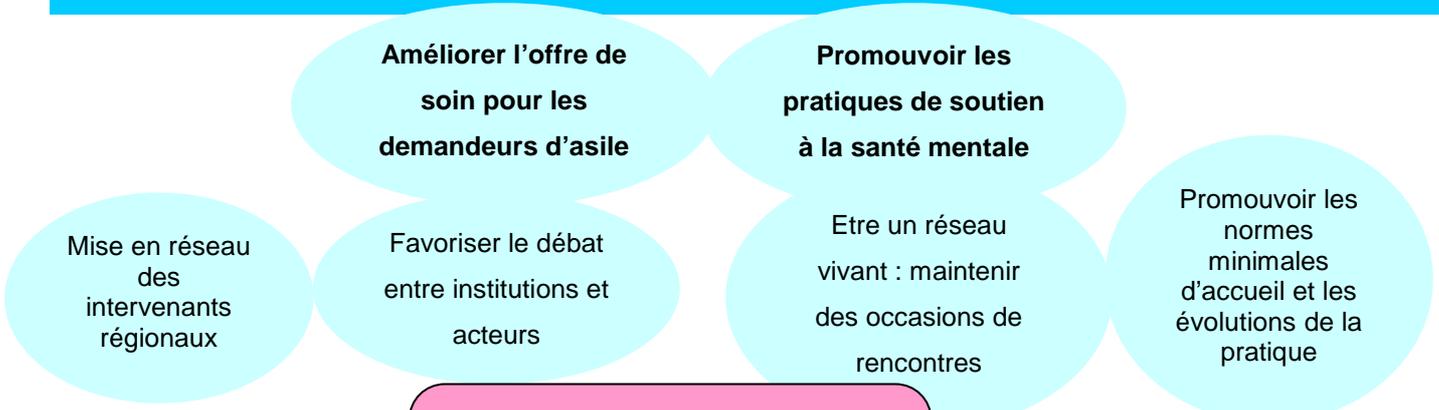
Un calendrier pluriannuel (cf schéma n° 5)

- Constitution de la cellule de coordination et de suivi : 2005
- Fondation du réseau par une journée de lancement où sont annoncées les actions : fin d'année 2005. Nous proposons que cette équipe technique fasse fonctionner le réseau régional en commençant par une étape d'ouverture officielle du réseau à **l'occasion d'une journée de restitution de cette recherche-action**. Cette manifestation instituerait le réseau et la volonté politique de le soutenir, tout en engageant une première action, celle du séminaire recherche et clinique.
- La mise en place d'un séminaire « recherche et clinique » finalisé sur la proposition adaptée d'un lieu de consultation spécialisée pour les demandeurs d'asile à partir de 2006

Schéma n°4 : recommandation spécifique

GROUPE REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE
Les décideurs

RESEAU REGIONAL
« SANTE MENTALE ET DEMANDEURS D'ASILE »



Cellule de coordination et de suivi
Universités, DRASS, ORSPERE, Ch Le Vinatier, associations

Pôle 1 : actions ciblant les demandeurs d'asile

Centre régional de ressources :

- Documentation
- Réseau d'experts (carnet d'adresses)
- Lieu de consultations spécialisées pour demandeurs d'asile

Convention systématique entre hébergements spécialisés et dispositifs de psychiatrie de secteur

Dispositif de veille psychologique dans l'hébergement spécialisé

Pôle 2 : actions ciblant les intervenants

Séminaire « recherche et clinique »

Offre de formation :

- pluri-thématique (droit, géopolitique...)
- la psychologie appliquée aux demandeurs d'asile
- l'éthique
- les pratiques de soutien

publics visés : les interprètes, les psychologues, les directeurs et leurs équipes d'institutions sociales, les élus locaux.

Offre de soutien aux intervenants par les psychologues

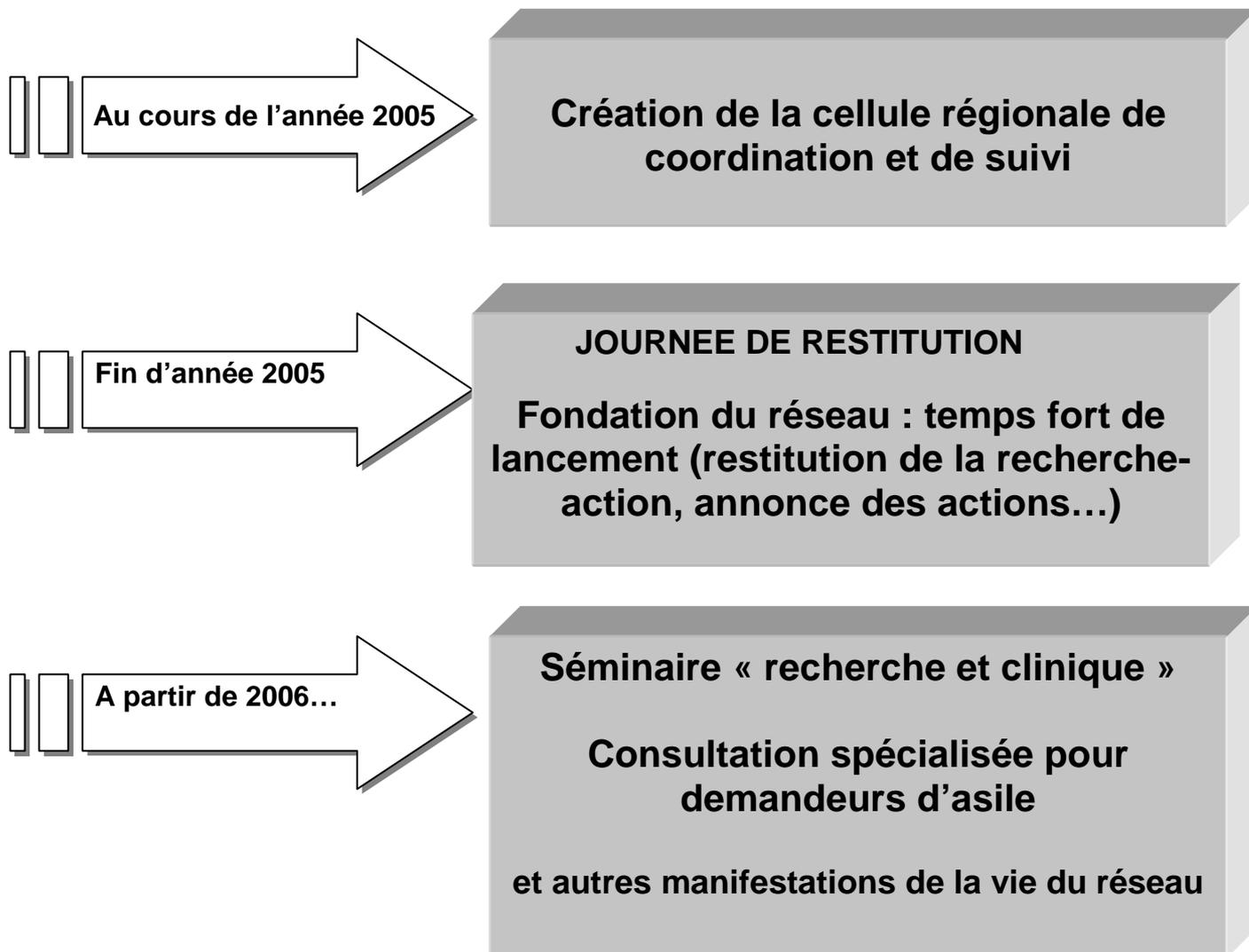
Manifestations de la vie du réseau

Journée de restitution de la recherche-action DRASS-ORSPERE :

- fondation du réseau
- lancement des premières actions

Schéma n°5 :

Calendrier pluriannuel



7. Conclusion générale : Prendre la mesure de l'humain

Depuis deux décennies, la constitution d'un dispositif permanent d'accueil des demandeurs d'asile, (même s'il est très insuffisant) n'a pas seulement donné lieu à l'émergence de nouveaux engagements militants mais aussi à une professionnalisation de plus en plus diversifiée de l'accueil et des prises en charge. Dans ce contexte évolutif, il n'est donc pas étonnant de constater, en vis-à-vis de cette diversification, une intensification d'un débat contradictoire : entre bénévoles et professionnels, entre défenseurs des droits et thérapeutes des souffrances endurées, entre sensibilité citoyenne et empathie humanitaire. Les acteurs ne sont pas, loin s'en faut, toujours d'accord sur les conduites à tenir, sur les dispositifs à promouvoir. Sur la manière de définir les problèmes prioritaires, les avis ont été parfois divergents même au sein de l'atelier. A chaque nouvel aspect du problème, c'est au bout du compte cet ordre spécifique de discussion publique, que Louis Quéré nomme l'opinion collective, qui était mis en jeu « ...*l'opinion collective et la volonté générale sont plus qu'une simple agrégation d'opinions et de volontés individuelles préformées, logées dans des individus moraux : elles se forment dans une discussion publique effective* »⁹⁹.

Au cœur de cette discussion publique, aborder la question de l'accueil des demandeurs d'asile selon une préoccupation de santé mentale, a été, et est peut être encore perçue par certains comme un facteur possible de confusion des genres. Mais au fur et à mesure que les arguments échangés ont commencé à mieux se structurer, cette mise en perspective a nourri et enrichi la discussion. En tout cas, c'est ce qui s'est passé au sein de l'atelier.

Le cycle d'appropriation d'une problématique de santé mentale s'est composé en deux phases distinctes. La santé mentale a d'abord pris place comme argument « à charge » venant étayer des analyses critiques antérieures sur les risques de pathologisation et de médicalisation du champ des protections et du droit d'asile. Mais peu à peu, au-delà de « l'avis autorisé » des uns et des autres, l'analyse partagée a permis, au moins dans le cadre de l'atelier, de reformuler les questions initiales et de construire de nouvelles perspectives. Alors que dans une première phase, les opinions énoncées préexistaient aux échanges, le partage des éprouvés puis des expériences, mais surtout l'activité réflexive qui caractérise tout processus de recherche-action, les a peu à peu réordonnés en prenant au sérieux la vérité des vécus intersubjectifs dans la relation d'accueil.

Pour autant, ce travail d'appropriation en commun est fragile. Il serait certainement naïf de penser que l'apprentissage collectif enclenché puisse, selon sa seule dynamique interne, être à lui seul le ferment d'une transformation progressive de l'accueil et de l'offre de soin proposés aux demandeurs d'asile sur le territoire de la région Rhône-Alpes. Seule une volonté de la puissance publique peut permettre à terme de fédérer la dynamique actuelle afin d'engranger des moissons futures, en la prolongeant par un programme d'action de mise en réseau et de formation des intervenants.

Lorsque la confrontation initiale entre défenses des droits et préoccupation de santé se transforme en un constat partagé sur la co-existence des cadres de connaissances différents et sur la manière dont ils peuvent s'articuler et non s'exclure, on peut dès lors penser que le processus de la recherche-action est arrivé à son terme. Une démarche de solidification des constats et des analyses peut alors se conclure par un compte rendu collectivement paraphé par les chercheurs mais aussi par les participants, et enfin par les commanditaires afin que ce travail collectif *nous engage* à promouvoir des solutions techniques, des lignes de financements et des options politiques *sensiblement* renouvelées.

⁹⁹ Quéré Louis, 1992, *L'espace public : de la théorie politique à la métathéorie sociologique*, Quaderni, n°18.

L'opportunité est ouverte, le sillon est creusé pour soutenir un réseau d'acteurs régionaux partageant une vision convergente sur ce qu'il convient de mettre en chantier. Il y a d'autant plus urgence que la question des déboutés, selon une perspective de santé mentale, pose des problèmes de nature comparable à celle des demandeurs d'asile ; et leur nombre semble s'accroître de manière inverse aux refus d'obtention¹⁰⁰.

Alors que le risque est encore et toujours « d'enfermer à l'intérieur de l'extérieur et inversement », comment ne pas renvoyer les demandeurs d'asile à l'histoire de « la nef des fous¹⁰¹ »? Cette exigence de penser humainement mais aussi politiquement l'asile s'oppose à la tentation, par une certaine conception de l'Europe, d'installer des « processing centers » (centres de regroupements) à l'extérieur de ses propres frontières. Telle est la question résurgente. Nul besoin d'une recommandation experte pour répondre à cette question! On n'est jamais de trop lorsqu'il s'agit de faire reculer les frontières, toujours renouvelées, de l'intolérable. Les humains ne sont humains que par des liens qu'ils fabriquent et qui les constituent en tant que tels.

¹⁰⁰ Cf. sur ce sujet le *rapport IGA, IGAS*, janvier 2004, « Analyse et propositions relatives à la prise en charge des familles déboutées du droit d'asile ».

¹⁰¹ Cf. sur ce sujet l'article de Mathieu Potte-Bonneville, 19 septembre 2004, « les nouvelles frontières de l'intolérable », *Le Monde*.

8. Recueil des contributions des participants à la recherche-action

Certains membres de l'atelier ont écrit une contribution en appui sur leur pratique. D'autres auteurs extérieurs à l'atelier ont contribué ainsi que deux universitaires chercheurs de renom en psychologie :

19 contributions ont été recueillies, dont certaines sont le fruit d'un travail collectif. Elles permettent de rendre compte de la réflexion et aussi d'approfondir et d'illustrer certains points de vue apparus au fil du rapport. Elles ont pour but d'offrir aux lecteurs une multiplicité de points de vue.

Projet Médical de consultations psychiatriques auprès des demandeurs d'asile de la région Lyon Nord-Ouest

Guy ARDIET¹⁰²

Nous aborderons :

- l'historique
- les besoins de soins
- les soins en cours, tableau de l'existant
- les soins possibles
- l'intérêt en matière de prévention
- et l'organisation des soins

HISTORIQUE

Depuis 3 ans, les flux de demandeurs d'asile, sur la région lyonnaise, s'est trouvé en augmentation notable, avec des situations très variées :

- des familles ont séjourné pendant plusieurs semaines place Carnot (Lyon 2) ;
- des immeubles vétustes et vacants se sont trouvés utilisés dans le secteur de la rue Marietton (Lyon 9^e) ;
- les hôtels de semaine sont également mis à contribution (Etap Hôtel Limonest, ou ceux de Saxe Gambetta, de Laurent Bonnevey, ... pour des patients qui continuent à venir aux lieux de consultations initiales) ;
- des familles en situation d'attente de recours sont hébergées au château de Civrieux d'Azergues (association Domino) ;
- Depuis novembre 2003, l'hôtel La Pépinière (Dardilly) a été réquisitionné, pour l'hébergement de 180 personnes en demande d'asile.
- Enfin, le camping Porte de Lyon (Dardilly) accueille, chaque été surtout, un certain nombre de personnes, pour

lesquelles les services sociaux de la Maison du Département nous sollicitent.

LES BESOINS DE SOINS

Généralement, les personnes nous sont adressées, par ordre de fréquence, par des associations, par les médecins généralistes, par les assistantes sociales des Maisons du Rhône. Le premier accueil en CMP est assuré soit par le cadre de santé, soit par un psychiatre. En général, les troubles de santé psychique sont tels qu'un traitement a déjà été prescrit, soit pour un, soit pour plusieurs des membres de la famille.

LES SOINS EN COURS, OU LE TABLEAU DE L'EXISTANT

- Une famille, dont plusieurs membres ont été battus, menacés de mort, et n'ont dû la vie qu'à leur fuite (5 personnes). Ces personnes souffrent de troubles anxieux, dépressifs et de dépersonnalisation transitoire ;
- un couple des pays de l'est, la femme ayant un grave syndrome dépressif réactionnel à son vécu ;
- un autre couple ayant perdu deux fils, l'un engagé de force sous le drapeau russe, dans un combat contre les autonomistes tchéchènes, l'autre tué lors d'un bombardement. Leur dernier enfant, une fille de 13 ans, a eu la jambe cassée lors d'un attentat terroriste, où sont mortes de nombreuses personnes ;
- un couple d'Afrique : l'homme a été torturé, la femme a vu sa sœur tuée sous ses yeux. Pas besoin de détails pour comprendre qu'ils vont mal ;
- une famille algérienne : le mari a dû fuir en France en premier; son frère a été égorgé en 2001. Sa femme a été menacée de nombreuses fois. Le fils aîné, âgé de 11 ans, va fort mal ;
- une femme musulmane, s'étant trouvée en danger après avoir épousé un mari chrétien, d'origine étrangère. Tous deux sont réfugiés ici ;
- une jeune fille d'un pays asiatique (le père est disparu), une bonne partie de sa famille étant morte ou disparue ;
- Un couple de Saïgon ...

¹⁰² Médecin–Chef, Secteur 69G22, Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'or. Fax : 04 72 42 19 61 Site recherche <http://crpplyon.ifrance.com> // Mail : gardiet@ch-st-cyr69.fr

D'autres personnes sont vues moins régulièrement, les généralistes de nos cantons assurant les suivis quand n'existent que des dépressions, des cauchemars ou des états anxieux.

Nous réservons nos consultations aux pathologies plus lourdes, et régulièrement avec des interprètes d'Inter Service Migrants. Dans l'état actuel de nos moyens, ce sont une vingtaine de personnes qui sont suivies, 2 à 4 fois par mois.

On peut estimer les besoins stables à venir entre 60 et 100 personnes, qui vont nécessiter ce type de soins.

Les liens sont fréquents -et de qualité- avec Forum Réfugiés, et avec Médecins du Monde (Centre Sévigné), qui ré adresse les patients avec la CMU dans le dispositif de droit commun, dont le service de psychiatrie publique.

Notre travail se trouve de fait au croisement avec l'ORSPERE-ONSP (Observatoire National Santé Précarité), dirigé par le Dr Furtos sous l'égide de la Direction Générale de l'Action Sociale.

La Revue Rhizome d'avril 2004 a publié notre article sur ce sujet, exposant que :

"sont fréquents les symptômes, physiques (céphalées, douleurs dorsales, abdominales, ...), psychiques (dépressions, insomnies, cauchemars, ...). Un symptôme très fréquent est noté, qu'on pourrait appeler une "absence psychique" : la personne se retrouve hébétée, pendant une heure ou deux, là où elle se trouvait (chez elle, en ville, dans un lieu public), ne sachant plus depuis quand elle est là, ne sachant plus ce qu'elle avait prévu de faire. Cela ressemble, dans son début et sa fin, aux absences épileptiques. Enfin, il semble que cela soit plus fréquent chez ceux qui ont été malmenés ou ayant subi des pressions psychologiques graves".

LES SOINS POSSIBLES

Ils se définissent en trois grands axes :

- définir un minimum de connaissances réciproques : le pays d'origine, la culture qui était celle de référence (on prend garde de ne faire évoquer de l'histoire que ce qui

peut être dit, sans que le récit agresse encore) ;

- retrouver ce qui a pu être « écrasé » chez les personnes au niveau des vécus spatiaux et temporels, et les éléments qui ont créé chez eux une déshumanisation, ou tout au moins les moments où on leur a signifié leur qualité de « sous-hommes » ;

- repérer les éléments principaux de souffrance, les rattacher à la psychopathologie, et évaluer ce qui peut être proposé comme traitement.

Après des ruptures massives et nombreuses, la mise en place de plusieurs consultations oblige notre équipe, ensuite, à rester disponible. Il serait cruel de refuser d'autres entretiens, sous le prétexte fallacieux que « vous avez changé de domicile, donc de secteur : allez voir chez les confrères ». Pour ces familles déracinées, le fait même de traverser Lyon en bus puis métro est en soi source de progrès : apprendre à se confronter de nouveau aux groupes humains, gérer le temps des rendez-vous, la différenciation des lieux de vie et de soins ... Ils veulent continuer le suivi là où ils l'ont commencé.

On comprendra d'ailleurs qu'une partie de leur temps disponible puisse être consacré à se rendre en soins, si on se rappelle que, plus encore pour les hommes que pour les femmes, après quelques heures de sommeil difficile, occuper une journée entière dans une chambre d'hôtel de 12 m², occupée par 4 ou 5 personnes, est parfois difficile. La « journée du rendez-vous » est une journée importante pour leur vécu psychique.

Au plan des lois françaises, ces personnes ne se réduisent absolument pas aux gens du voyage, mais entrent dans le cadre de la Convention de Genève de 1951. Leur choix n'est pas un choix de vie, mais un choix de survie, avec la certitude que partir évitera la persécution ou la mort.

POURQUOI METTRE EN PLACE TRES VITE DES SOINS REpondant AUX DEMANDES ? SURTOUT POUR UNE PREVENTION DE TROUBLES PLUS GRAVES, OU DE TROUBLES DE LONGUE DUREE.

La réponse déjà effective à un certain nombre de ces demandes nouvelles a été la conséquence d'une volonté affichée des personnels dans 4 directions:

- ouverture des CMP jusqu'à 20 heures ;
- mise en place de permanences téléphoniques médicales, plusieurs fois par semaine ;
- existence de soignants parlant couramment l'anglais, l'allemand, le portugais et l'arabe, et de connaissance des modalités d'accès aux interprétariats (notion d'importance majeure pour les premiers entretiens ;
- ouverture, en avril 2004 et pour une période d'essai de 6 mois, de consultations psychiatriques "sans rendez-vous" destinées à répondre sans liste d'attente prolongée aux personnes en situation de dépression intense ou de détresse.

Nous avons hélas déjà suivi dans les années 1980-1990 des réfugiés argentins et chiliens, en Bourgogne, avec une formation personnelle à l'ethno psychiatrie, par l'équipe de Tobbie Nathan et Marie Rose Moro.

Nous avons avec eux appris que, pour des familles entières, donner soin revient à donner recherche de sens à la vie.

Sinon, ce sens est cherché dans des consultations médicales multiples, des angoisses avec somatisations, des bilans biologiques et hospitaliers qui tentent de colmater l'indicible.

Enfin, pour les plus jeunes, le pari est que, si les familles vont mieux, le recours à la rue et à des conduites pré délinquantes, seule voie pour exister, sera réduit.

L'attention portée aux enfants et aux adolescents de ces familles est à la mesure de notre volonté de prévention.

En somme, des soins précoces peuvent prévenir des troubles médicaux, ou des troubles de comportement tentant de colmater un déséquilibre psychique. Aller bien au plan mental peut permettre de ne pas passer son malaise dans des actes, mais

à le verbaliser et à le dépasser. C'est là partie des actuels besoins de santé.

Toutes les informations actuelles laissent supposer que, même si le « parcours » d'un demandeur d'asile est de 18 mois à 3 ans, les flux migratoires vers l'Europe en général, et vers la France en particulier, ne seront pas modifiés dans les prochaines années. Il est donc important, pour les populations concernées, de poursuivre la mise à disposition de soins spécialisés, qui ne sont encore assurés que pour partie.

LES LIEUX DE SOINS

- consultations en Centre Médico Psychologique ;
- et mise à disposition de locaux par les Mairies confrontées à ces questions. (déjà réalisé à Civrieux).

CONCLUSION

C'est pour la réalisation de ces activités de consultations et de soins psychiatriques que nous demandons, au titre du Rapport d'orientation budgétaire 2005, l'extension d'un temps de praticien hospitalier mi temps, à un temps complet.

ADDENDUM AU TEXTE INITIAL

Nous souhaitons juste que ce rapport soit suivi d'une dotation réelle en soignants physiques, et non l'occasion d'une réunion, d'un groupe de travail, ou de l'inscription de nos compétences dans une plaquette institutionnelle.

Quelques notes en lien avec l'atelier sur l'accueil des réfugiés

Sylviane BELGRADO¹⁰³

Pour moi, se dégage une impression générale de réflexions intenses qui ont été faites ; des pratiques pensées et modifiées.

J'ai pu sentir l'importance de l'accueil : il est bien organisé (surtout quand il y a un hébergement repéré). Les professionnels ont fait l'effort de comprendre le déroulé d'un suivi sur différents plans.

J'ai tout de même l'impression d'avoir plus de questions que de propositions.

Il m'est apparu que tous ceux qui étaient en première ligne se sont interrogés sur la psychopathologie de l'exil et ont tenté, avec leurs moyens, de détecter leurs limites et leur efficacité.

Les équipes semblent avoir fait souvent une analyse de leur pratique et tenter des initiatives constructives.

Grâce à ces ateliers, j'ai appris beaucoup de ce que représente ce temps d'accueil sur le territoire... ce temps d'attente, ce temps en suspens... où les problématiques se mêlent (traumatisme, vécu d'exil et de deuil et l'attente qui met la personne humaine en suspens d'identité).

L'organisation de la demande semble s'être structurée autour de l'aide au récit et autour des divers lieux d'hébergement et d'accès aux soins (certainement pas en nombre suffisant).

On sent l'envie de ne pas créer une organisation autour des réfugiés dans le clivage. Mais le clivage est-il organisé par les régions ? Différence de moyens ?

Dans le champ de la clinique des demandeurs d'asile, nous sommes tous confrontés aux limites de plusieurs territoires, l'individu devant faire appel au

collectif. C'est le soignant, par ses contacts quasiment indispensables avec d'autres partenaires (interprète, représentants du lieu d'hébergement, parfois interventions cliniques dans le foyer d'accueil, etc.) et le soigné par ses demandes administratives, d'hébergement et de soin est confronté sans cesse au collectif.

De plus, l'exil, qui est un défi en soi, étire les frontières du moi, parfois jusqu'à l'effondrement, la dépression, par la perte des repères intimes et des représentations familiales de l'exilé. Ce dernier doit être capable d'assouplir les limites de son moi pour accomplir le travail de deuil et investir de nouveaux territoires psychiques et faire tenir ensemble les deux cultures qu'il enjambe.

En tant que soignant, nous devons créer une sorte de passerelle, d'interface où les représentations du passé, présent, futur, puissent surgir et se projeter ; devenir un contenant, même temporaire, pour accueillir tous les contenus. Cet espace d'accueil, qui est une attitude à être auprès de, dans l'écoute et le respect de l'autre, même étrangement étranger à nos codes propres, nous apprend à négocier justement cette étrangeté pour se l'approprier, et fonder une enveloppe sécurisante, afin que le patient puisse assouplir ses défenses, se familiariser avec ses nouveaux repères internes.

Cela demande de bien définir les limites de notre mutuelle présence et d'habiter ensemble cet espace intermédiaire sans trop d'investissement qui pourraient se dérober sous le poids du réel (refus, perte des illusions en rapport avec la société d'accueil).

Accepter que le territoire investi par eux et par nous leur échappe, nous échappe et n'être qu'un lieu transitoire (un certain repos) sur leur chemin tout en sachant qu'ils cherchent une nouvelle communauté pour appartenir à (thème de la réappropriation).

D'exilé, il devient nomade, celui qui passe, qui est temporaire.

Il nous faut espérer avec eux mais aussi ne pas déprimer avec eux pour alléger tous les traumatismes qu'ils ont vécu. Nous connaissons la dureté du refus d'asile et notre objectif alors demeure de rester souple et

¹⁰³ Infirmière psychiatrique au secteur de Bron.

adaptable, créatif, en aménagement constant avec eux pour que cette expérience de vie, cette rencontre puisse rester constructive d'une nouvelle identité (même loin de nos yeux), qu'ils puissent emporter quelque chose dans leur ailleurs, comme dans leur future adaptation à notre société (s'ils sont acceptés).

Toujours chercher à créer du lien dans une problématique de déliaison.

Justement dans cette conception multi dimensionnelle du statut du réfugié, on ne peut faire appel qu'à la cohésion, au tissu de liens donc en un mot au réseau.

Si l'on veut avancer, il est important de se réunir avec ceux qui ont le pouvoir de décider, de proposer des changements (ex : inviter quelqu'un de l'OFPRA ou des responsables à plus haut niveau) car sinon on reste au stade d'échanges d'idées profitables à nos pratiques quotidiennes, mais peu sujettes à augmenter les moyens.

Il m'a semblé que beaucoup de limites sont déjà atteintes. Comment les repousser, augmenter notre territoire d'actions par la concertation avec tous les partenaires, sans tout demander, ni tout attendre, juste un tissu de liens susceptibles de faire grandir la tolérance et la compréhension.

Les partenariats sont maintenant nécessaires pour la réalisation concrète d'objectifs ; nous devons tous prendre le risque d'une approche communautaire pour gagner des perspectives plus larges, éviter les visées à court terme.

C'est l'union de plusieurs logiques qui crée la force, celle qui permet la continuité de la pensée et du lien et les naissances d'innovations sociales.

Réviser son regard n'est pas un voyage facile mais indispensable dans cette société en pleine mutation.

Service médical de psychiatrie et demandeurs d'asile

Madeleine BERNARD¹⁰⁴

Alexia LEVRAT¹⁰⁵

Marie-Noëlle GRIMAUULT¹⁰⁶

Depuis quelques années, les dispositifs de soins psychiatriques sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge des patients en situation de demandeurs d'asile. Cette augmentation du nombre des demandes s'inscrit dans ce mouvement évolutif d'un élargissement de la psychiatrie vers la santé mentale, conduisant à la prise en compte de toute souffrance psychique quelque soit son origine ou son mode d'expression.

Par ailleurs, on constate actuellement l'émergence d'une « nouvelle clinique » autour de la question du trauma, avec un regain d'intérêt pour la prise en charge des troubles post-traumatiques dont on sait qu'ils sont particulièrement fréquents dans la population des demandeurs d'asile.

Dans le contexte actuel marqué par la saturation de nos dispositifs de soins et une diminution des moyens qui nous sont alloués, il s'agit d'une nouvelle mission pour le service public de psychiatrie.

De quelle manière la psychiatrie doit-elle (ou peut-elle) répondre à ces demandes tout en tenant compte des difficultés réelles des personnes migrantes et réfugiées dans l'accès aux soins et dans l'engagement dans un traitement, qu'il soit psychiatrique ou psychothérapique ? L'organisation et le fonctionnement de nos dispositifs sont-ils adaptés aux problématiques spécifiques soulevées par les patients demandeurs d'asile ? Si non, quel type de réorganisation serait pertinent ?

Les dispositifs existants

¹⁰⁴ Médecin psychiatre, chef de service, Centre hospitalier de la région d'Annecy.

¹⁰⁵ Médecin psychiatre, Vénissieux, Centre de Thérapie brève.

¹⁰⁶ Psychologue, Centre hospitalier de la région d'Annecy.

1- Les dispositifs spécifiques (fort peu nombreux sur le territoire national) font l'objet d'une étude particulière dans ce rapport de recherche.

2- Le dispositif de secteur psychiatrique

- **L'hospitalisation en service psychiatrique.**

Elle est nécessaire face à une situation dont le caractère trop aigu ne permet pas une prise en charge en ambulatoire mais nécessite une réponse suffisamment contenant et étayante. Il peut s'agir soit d'une décompensation d'une pathologie psychiatrique connue ou non, soit d'une crise à caractère réactionnel. L'hospitalisation ne représente alors qu'une réponse ponctuelle et s'inscrira le plus souvent dans un projet de soins à moyen ou long terme incluant l'intervention d'autres dispositifs pour la poursuite d'un soin en ambulatoire. Cette organisation, soumise à la règle de la sectorisation selon laquelle un patient est confié à tel dispositif en fonction de son lieu de résidence, vient toucher ses limites en ce qui concerne la population des demandeurs d'asile, du fait même de l'instabilité de leur situation sociale.

- **Les centres médico-psychologiques**

- Ils comportent déjà une offre de soins non médicale : les consultations psychologiques.

- Ils sont familiarisés avec le travail en réseau.

- Il y en a partout.

- Toutefois, ils présentent certaines limites : là encore le problème de la sectorisation paraît mal adapté, la « culture » y reste très psychiatrique, ils manquent de moyens et le problème de la langue constitue parfois un obstacle majeur.

- **Les centres de thérapies brèves**

Peu développés parmi les autres dispositifs de psychiatrie publique, ils offrent un intérêt dans la possibilité d'une réponse rapide (délai de 48 à 72 heures) face à des situations aiguës/ de

crise ne relevant pas à l'évidence d'une hospitalisation.

Les problématiques rencontrées

1- Liées à l'organisation existante :

- Les limites de la sectorisation déjà évoquées (ruptures dans la continuité des soins lors des passages de foyer en foyer venant réactiver le vécu traumatique lié aux multiples ruptures sont ils ont été l'objet de par leur histoire –exil, migration, pertes –).
- Le manque de formation des équipes soignantes de secteur aux problèmes spécifiques des demandeurs d'asile.

2- Liées aux aspects cliniques

- L'obstacle de la langue.
- L'absence de familiarité de ce public avec la psychiatrie et plus encore avec la psychothérapie.
- La crainte d'une stigmatisation autour de l'image de la folie/l'image négative de la psychiatrie (particulièrement pour les réfugiés des pays de l'est).
- La position « d'empêchement subjectif », sorte d'extinction apparente du désir repérée dans la population des migrants. La demande a disparu, la parole s'est réduite et se limite au registre des besoins, du corps, voire de la survie et le symptôme au sens strict est absent.
- Impossibilité de mener à bien un soin à visée psychothérapique auprès d'une personne qui vit dans une trop grande insécurité sur le plan matériel (en particulier par l'absence de statut administratif).

Les changements nécessaires

1- Ils doivent répondre à quelques principes :

- Préserver et soutenir ce qu'il en est du sujet non réduit à une identité partielle.
- La nature des soins dispensés est « non militante ».
- Ces soins visent à la restauration ou au maintien de la capacité de « mentaliser » (« on ne peut ramener un défunt mais on peut parler de la perte ou du manque »). L'abstinence comme règle thérapeutique a un rôle essentiel dans le maintien de cette capacité de mentaliser. Des dispositifs groupaux (groupes de pairs) et le recours possibles à des médiations semblent opportuns pour soutenir les repères identitaires et étayer le travail psychique.
- La notion de secteur doit être assouplie, déformée, adaptée.
- La mise en place d'une logistique adéquate : en ce qui concerne le problème de la langue (conventions pour l'interprétariat), le problème des transports.

2- Un modèle de réseau possible

- Des centres ressources psychiatriques dans les grandes agglomérations régionales : ils dispensent la formation, l'analyse de pratique, ils animent le réseau.
- Des « personnes ressources » dans les CMP pour plusieurs secteurs regroupés. Ces personnes ressources répondent aux caractéristiques suivantes :
 - Ils ont une bonne formation de base (psychiatre, psychologue ou infirmier) ;
 - Ils s'intéressent au problème de la migration et se forment de manière adéquate ;

- Ils ont une expérience clinique dans ce domaine (ils reçoivent un nombre suffisant de demandeurs d'asile ou de migrants) ;

- Ils sont clairement repérables dans leur institution mais également pour les institutions voisines, pour les interlocuteurs sociaux et associatifs concernés.

Souffrance psychique, santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés : l'expérience de Forum réfugiés

Olivier BRACHET¹⁰⁷
Frédérique BOURGEOIS¹⁰⁸

L'expérience décrite ci-après s'inscrit dans le cadre des missions auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés dans les différents centres d'hébergement de Forum réfugiés¹⁰⁹. En focalisant l'attention sur les pratiques des psychologues en centre spécialisé, nous avons conscience de n'aborder qu'un pan de la problématique tant la question de l'hébergement est centrale et a des répercussions directes sur l'état psychique des personnes¹¹⁰. La grande majorité des demandeurs d'asile non hébergés¹¹¹ bénéficie difficilement d'une orientation en matière de soin car tant que l'hébergement n'est pas stable, il est quasi impossible de prendre soin de sa santé psychique.

¹⁰⁷ Directeur de Forum réfugiés.

¹⁰⁸ Adjointe de direction de Forum réfugiés

¹⁰⁹ Forum Réfugiés est une association qui œuvre depuis plus de vingt ans pour la défense du droit d'asile et l'accueil des réfugiés. Forum réfugiés gère le fonctionnement de plusieurs centres d'accueil pour demandeurs d'asile et réfugiés dans l'agglomération lyonnaise. A partir de sa plate-forme d'accueil, Forum réfugiés assure un service de domiciliation postale, instruit les demandes d'hébergement et fournit des conseils juridiques et administratifs à plusieurs milliers de personnes ne bénéficiant pas d'un hébergement en centre d'accueil. Forum Réfugiés se mobilise et travaille en partenariat avec les services de droit commun pour faciliter l'insertion des réfugiés statutaires en les accompagnant dans la recherche d'un logement, d'une formation qualifiante, d'un emploi.

¹¹⁰ Tout comme l'est d'ailleurs la question de l'état d'avancement dans la procédure d'asile.

¹¹¹ En raison d'une insuffisance de places d'hébergement dans le dispositif national d'accueil, une grande majorité de demandeurs d'asile est contraint de recourir aux dispositifs d'urgence, ou pire se retrouve dans des squats, des campements ou à la rue.

L'intervention de psychologues au sein de Forum réfugiés est une activité relativement récente. Elle a démarré en 1998, avec l'arrivée de stagiaires, puis s'est pérennisée au fil des ans grâce à divers financements qui ont permis qu'en 2005 Forum réfugiés compte deux psychologues quasiment à plein temps. La présence de psychologues au sein des centres d'hébergement pour demandeurs d'asile (Centre de transit, CADA) ou de réfugiés (CPH) est loin d'être une évidence. Après une période d'expérimentation, les modes d'intervention des psychologues ont évolué, se sont précisés, pour aboutir au schéma tel qu'il est explicité ci-après.

L'objectif principal qui est assigné aux psychologues est de répondre aux demandes émanant tant des demandeurs d'asile que des professionnels, en tenant compte de la réalité du dispositif de droit commun et des spécificités de la population accueillie. De ce fait, les missions des psychologues s'exercent à différents niveaux : apporter un soutien aux résidents par des entretiens individuels ou un travail de groupe ; orienter si nécessaire les intéressés vers les structures de soin, ce qui suppose d'entretenir des relations étroites avec les partenaires ; participer à la vie des équipes.

De façon plus précise, les missions des psychologues se déclinent suivant les modalités suivantes :

Spécificité du travail du psychologue dans les centres d'hébergement.

Dans les centres d'hébergement, les psychologues sont chargés de faire un travail de dépistage et de soutien auprès des hébergés qui peut s'exercer selon deux registres : les rencontres individuelles et le travail en groupe.

Les entretiens individuels se font en présence d'un interprète si nécessaire et visent à repérer les personnes en souffrance sur le plan psychologique, posant des problèmes de comportement, voire pouvant être dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Ces entretiens font l'objet d'une offre auprès des intéressés lors de leur arrivée dans le centre ou sur signalement des salariés de l'équipe. Le soutien psychologique proposé consiste en un temps de parole où les personnes hébergées peuvent aborder les questionnements relatifs à leur histoire, à leur parcours d'exil et à leur

situation actuelle. L'abord de cette parole prend en compte les difficultés contextuelles liées à la situation de demande d'asile : la question de la langue qui oblige l'intervention d'interprètes, la question culturelle qui oblige une attention particulière, la question de la précarité sociale et de la dépendance qui oblige une vigilance quant au respect de la demande subjective.

Le travail en groupe s'organise le plus souvent sous la forme d'ateliers. En fonction des différents constats cliniques que chaque psychologue a pu établir et des modes de prise en charge qu'il a désiré inventer, plusieurs ateliers ont été proposés ces dernières années aux hébergés : groupe de parole, atelier terre (modelage), atelier de photolangage, atelier généalogique, atelier d'écritures et de lectures, atelier parents-enfants. Pour diverses raisons, la plupart de ces ateliers ne sont pas reconduits systématiquement chaque année, à l'exception de l'atelier parents-enfants, espace de rencontre et d'échanges autour des réalités familiales, qui fonctionne aujourd'hui dans les différents lieux d'hébergement.

Le travail mené tant au niveau individuel qu'en groupe par les psychologues, apporte, outre un soutien aux hébergés, une libération de la parole, une mise en mots de leur histoire, une prise de recul par rapport à leur vécu, c'est-à-dire une prise en charge de la personne de manière globale et pas uniquement comme demandeur d'asile, traumatisé, exilé.

Qu'il soit mené individuellement ou en groupe, ce travail de dépistage et de soutien s'accompagne, chaque fois que cela est nécessaire et possible, d'une orientation vers les structures de soins appropriées. A cet égard, les psychologues jouent le rôle d'interface thérapeutique, de passage entre le suivi et l'orientation vers le droit commun. Pour ce faire, des relations de partenariat sont entretenues avec les secteurs psychiatriques (CMP), les médecins de ville, les hôpitaux et les organismes de soins spécialisés lorsqu'ils existent. Par contre, l'accès aux formes de soins non médicaux (psychologues ou psychothérapeutes non médecins) est rendu

le plus souvent impossible par l'absence de prise en charge financière de type CMU par ces praticiens.

Participation à la vie des équipes

Les psychologues participent pleinement à la vie des équipes. Ils aident notamment les autres salariés à décoder les comportements auxquels ils sont confrontés, à prévenir les conflits entre les hébergés ou entre les hébergés et les salariés, ou à contribuer à leur résolution et à apporter le regard du psychologue dans les prises de décision des équipes. Cette mission auprès des équipes est elle-même dépendante d'un objectif général : faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique, en prenant soin, d'une part, de ne pas « psychologiser » le sujet et, d'autre part, de ne pas « psychologiser » le travail des équipes.

En outre, la participation des psychologues à la vie des équipes n'est pas compatible avec une prise en charge thérapeutique durable des hébergés, en raison des confusions de rôles que cela impliquerait. Les centres de Forum réfugiés n'ont d'ailleurs pas vocation à être des lieux de soin, qu'il s'agisse du somatique ou du psychique.

Le travail en réseau : un complément indispensable

C'est pourquoi l'une des missions des psychologues est d'assurer un travail d'animation auprès du réseau de partenaires, via des actions de sensibilisation des lieux de soins non spécialisés dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, pour que les besoins spécifiques de ceux-ci soient pris en compte. Des actions de sensibilisation sont également conduites en direction des autres lieux d'hébergement en ce qui concerne les besoins d'aide psychologique des résidents. L'information sur les possibilités existantes de financement de l'écoute et de l'interprétariat est également diffusée.

Ce travail de réseau, mené à un niveau local, constitue une part importante de la mission des psychologues. Il permet d'une part de faire connaître la problématique de l'exil et des réfugiés à des partenaires qui ont une grande méconnaissance des enjeux liés à la demande

d'asile. Il permet, d'autre part, une amélioration des orientations, des prises en charge et donc de l'accès au droit commun. En outre, il participe à la sensibilisation et à l'information des acteurs du secteur médico-social (PMI¹¹², planning familial, CMP¹¹³, RASED¹¹⁴, psychiatres...) autour des problématiques particulières des demandeurs d'asile et des réfugiés.

Dans cet environnement partenarial, il s'avère que la collaboration avec les CMP est parfois difficile. Les réticences formulées concernent aussi bien la méconnaissance du public (les CMP ne se sentent pas compétents pour accueillir des demandeurs d'asile ou des réfugiés), la problématique psychique (certains CMP disent que le public demandeur d'asile va bien et que l'on n'a pas besoin de faire appel à eux), l'aspect transculturel de la rencontre (notamment la difficulté à travailler avec les interprètes), que l'angoisse face à une psychiatrisation outrancière de phénomènes résultant d'une situation sociale relevant de décisions politiques.

En outre, le fait de disposer de psychologues au sein de Forum réfugiés peut tout à la fois bloquer et faciliter le travail avec les CMP. Il le facilite dans la mesure où les CMP sont maintenant davantage sensibilisés aux problématiques des demandeurs d'asile. Les orientations sont rendues plus opérantes du fait d'une meilleure connaissance des pratiques des uns et des autres, les liens sont plus faciles en cas de problème et il est possible d'avoir des échanges téléphoniques autour de situations difficiles. Si l'on peut globalement observer des améliorations, il n'en demeure pas moins que des problèmes persistent. Et comme le souligne un travailleur social en parlant des CMP, « ils ont quand même progressé. Mais c'est un travail de longue haleine, cela prend du temps et cela s'entretient ».

Quelles perspectives ?

Les interventions des psychologues auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés dans les centres d'accueil de Forum réfugiés ont confirmé au fil des ans leur pertinence et leur valeur pratique. Il n'en demeure pas moins que se pose comme une évidence la pérennité de ces postes en raison de la précarité de leur financement. En effet, chaque année, il faut démontrer l'utilité et l'intérêt du travail des psychologues, tenter d'évaluer les effets sur les personnes hébergées, sans pour autant disposer de garanties quant à la poursuite de ces missions. Comment dans ces conditions travailler sereinement ?

La régularité des liens avec les partenaires et l'élargissement des sollicitations par de nouveaux professionnels ont conduit les psychologues à s'interroger sur l'information aux professionnels et plus largement sur la transmission du savoir acquis. Forum réfugiés a initié depuis deux ans des sessions de formation destinées à des professionnels du travail social exerçant auprès du public demandeurs d'asile. Dans ce cadre un module d'une journée, assuré par les deux psychologues de Forum réfugiés, est proposé sur la prise en charge psychologique des demandeurs d'asile et des réfugiés. Le succès remporté par cette session de formation ne peut que nous conforter sur la nécessité de poursuivre et d'enrichir ce travail qui est l'occasion de susciter de nombreux et enrichissants échanges autour des pratiques et des questionnements de chacun sur un sujet aussi complexe que la problématique de la santé mentale et de la souffrance psychique des réfugiés.

¹¹² Protection maternelle et infantile.

¹¹³ Centre médico-psychologique.

¹¹⁴ Réseau d'aide spécialisé aux enfants en difficulté.

Prise en charge scolaire pour les enfants de demandeurs d'asile

Lisbeth BROLLES¹¹⁵

À partir des outils traditionnellement utilisés par le psychologue clinicien, je me propose de parcourir les difficultés, et parfois les impasses rencontrées lors d'un bilan en milieu scolaire avec un enfant de demandeurs d'asile.

Mais avant il me paraît utile de rappeler brièvement le cadre des interventions d'un psychologue en milieu scolaire.

Les secteurs d'intervention sont vastes : 17 écoles maternelles et primaires dont 6 classées en secteur d'éducation prioritaire, pour ce qui me concerne.

Le psychologue fait partie d'un dispositif Éducation Nationale appelé Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED). Celui dans lequel j'interviens comporte également un maître d'adaptation et deux rééducateurs qui interviennent chacun à mi-temps dans deux écoles, le psychologue étant en charge de l'ensemble des écoles du secteur.

Les difficultés pour lesquelles les enseignants nous interpellent concernent le registre cognitif et/ou comportemental. L'équipe du RASED analyse les demandes afin d'organiser les prises en charge. Celles qui ne relèvent pas des compétences du RASED sont dirigées vers les Centres Médico-psychologiques (CMP) du secteur.

Dans ce dispositif, le psychologue intervient à différents niveaux :

- Il rencontre les enseignants pour évaluer les difficultés d'un enfant et le suivi des prises en charge par les enseignants spécialisés.
- Il rencontre les familles lorsqu'un enfant pose des problèmes de comportement ou à la demande des parents
- Il procède aux bilans psychologiques lorsqu'une orientation en

classe spécialisée est envisagée par l'équipe pédagogique et soutient le dossier en CCPE (Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire).

- Il rencontre les enfants signalés dans les écoles où les enseignants spécialisés n'interviennent pas et fait des propositions à l'aide des différents partenaires : DPSE¹¹⁶, CMP¹¹⁷, orthophonistes etc ...

Le psychologue scolaire n'a pas pour mission de procéder à la mise en place d'un suivi psychologique et n'a donc pas une intervention en termes de prise en charge thérapeutique.

C'est pourquoi le travail avec les partenaires est nécessaire. Si la DPSE intervient au sein de l'école, le partenariat en est, la plupart du temps, facilité mais il suscite parfois des confusions tant auprès des familles que des enseignants (nous verrons plus loin l'impact particulier auprès des familles en demande d'asile).

Je pourrais dire que le rôle du psychologue scolaire est d'analyser les demandes de signalement des élèves en difficulté scolaire (quelles que soient ses difficultés) afin d'organiser la prise en charge la mieux adaptée et éventuellement l'orientation des élèves si nécessaire.

C'est à partir de ce panorama dressé rapidement que je vais maintenant présenter une situation que je pourrais qualifier d'ordinaire dans le secteur où j'interviens et qui pourtant nécessite une forme de collaboration et de coordination dans la prise en charge, celle-ci n'étant pas toujours évidente à mettre en place.

Ce petit garçon, que j'appellerai Raymond, est en grande section de maternelle. Il est arrivé d'Angola, il y a un peu plus de 2 ans, avec son père et une sœur plus âgée.

Les autres éléments concernant la famille et transmis par les enseignants sont plus flous : ils constituent une des difficultés du travail avec ces familles. En effet, lorsque j'ai rencontré le père de ce petit garçon, et connaissant sa situation de demandeur d'asile, je me suis

¹¹⁵ Psychologue clinicienne.

¹¹⁶ Direction Prévention Santé enfant

¹¹⁷ Centre Médico-psychologique

sentie en difficulté pour recueillir des éléments d'anamnèse¹¹⁸, tant je craignais de réactiver les traumatismes qui avaient présidé à l'urgence du départ du pays d'origine en multipliant les interventions. Il faut dire que, la DPSE ayant été alertée et cette famille étant par ailleurs suivie par d'autres organismes, j'avais l'impression de grossir une panoplie déjà importante et de risquer la confusion dans la spécificité des différents dispositifs. Il semble que le père ait quitté précipitamment l'Angola avec deux enfants et qu'au cours de ce départ, il ait perdu la trace de sa femme. En France, il vit avec une autre femme dont il a eu récemment un enfant sans que j'aie pu comprendre s'il s'agissait d'une seconde femme qu'il avait déjà en Angola ou s'il s'agissait d'une personne qu'il avait rencontrée ici depuis son arrivée. ²Cette précision n'a pas, en soi, grand intérêt sinon qu'elle m'a mise dans une situation qui m'a fait vivre une forme d'intrusion, comme si, essayant de recueillir des éléments d'anamnèse je devenais moi-même indiscret envers cet homme qui exprimait son désarroi d'être séparé de la mère de Raymond.

Pourtant lorsque j'avais rencontré Raymond et qu'il parlait de sa famille vivant dans un hôtel avec lui, il parlait de frères et sœurs et de sa maman, alors que nous savions que sa mère n'était pas ici. Sa façon de représenter sa famille ne permettait pas alors de savoir si ses repères générationnels étaient empreints de confusion ou s'il considérait comme frères et sœurs les différents enfants qui vivaient avec son père.

Il semble que l'histoire traumatique de ces familles nous mette aussi dans une difficulté à adapter notre démarche traditionnelle de clinicien à des contextes cliniques où le risque (et la crainte) de réactiver des blessures reste toujours présent.

Une autre difficulté concerne le bilan psychologique.

J'avais rencontré Raymond parce que l'enseignante avait été alarmée par son comportement : certes cet enfant montrait un grand intérêt pour les apprentissages et progressait régulièrement, mais il avait un besoin constant de l'adulte auprès de lui pour faire des acquisitions. Il supportait mal les autres, avait parfois des crises de larmes qui nécessitaient qu'on le console comme un tout-petit. Il avait également des difficultés importantes de langage que l'apprentissage du français ne permettait pas de corriger totalement. Une prise en charge en orthophonie a d'ailleurs été proposée, qui n'a, semble-t-il pas posé de problème et son père le conduit régulièrement à ses séances. Cependant les acquisitions de la grande section n'étant pas suffisantes pour envisager un CP l'année suivante, la question du maintien en GS se posait. J'ai rencontré Raymond pour un bilan psychologique afin de mieux cerner ses manques.

Les outils du psychologue clinicien m'ont paru assez inadéquats dans ce genre de situation. L'évaluation du quotient intellectuel se fait à l'aide d'un test qui comporte de nombreuses références culturelles que des enfants issus d'une autre culture ne possèdent pas toujours ou mal. Nos repères de structuration logique procèdent eux aussi d'une manière d'appréhender la réalité qui n'est pas toujours la même non plus. Quant aux épreuves chronométrées, elles sont, dans la plupart des cas échouées par des enfants pour qui cette forme de compétition n'est pas non plus habituelle. Bien sûr, le rôle du psychologue est d'adapter ces épreuves afin de ne pas pénaliser l'enfant, mais on peut s'interroger sur la pertinence d'un outil servant à évaluer les compétences intellectuelles d'un enfant quand il n'est pas en lien avec ses repères culturels.

En revanche, les épreuves projectives, en particulier graphiques, sont d'une plus grande souplesse puisqu'il semble bien que dessiner, représenter, soit une activité plus universelle. En tout cas ce sont ces épreuves qui m'ont permis de mieux saisir les capacités de Raymond, mais aussi de mettre à jour ce qui était en souffrance chez cet enfant. Bien sûr, comme son père l'a confirmé au cours de l'entretien, sa mère lui manque. De plus, l'exiguïté d'une chambre d'hôtel ne favorise pas les stimulations et ne lui permet pas de trouver sa place au sein d'une fratrie complexe et qui

¹¹⁸ L'anamnèse est un recueil d'éléments de l'histoire d'un enfant (ou d'un sujet) rapportés par l'enfant (ou le sujet) lui-même et/ ou son entourage proche.

s'est agrandie depuis son arrivée en France. Son père a également évoqué la nécessité d'être discret dans la chambre de crainte d'être expulsé et manifestement Raymond exprimait, à sa façon, cette souffrance à l'école.

Or la prise en charge du traumatisme de la séparation, du changement de pays et de mode de vie, ne peut pas se faire au sein de l'école sous la forme habituelle d'un suivi thérapeutique, même si le contexte scolaire peut être, en soi, un support susceptible de faciliter la réduction du traumatisme.

C'est pourquoi, à l'issue du bilan et en tenant compte des éléments de la situation familiale, l'équipe pédagogique et moi-même avons envisagé la possibilité d'un maintien en GS afin que Raymond puisse bénéficier d'un environnement plus maternant une année supplémentaire. Il semblait nécessaire aussi que ce petit garçon puisse poursuivre l'apprentissage d'une autonomie suffisante pour suivre un CP dans de meilleures conditions et qu'il ait un bagage plus riche en vocabulaire. Cette solution nous était apparue comme susceptible de mieux le préparer à l'apprentissage de la lecture et d'enrichir son bagage culturel.

Cependant une autre difficulté est apparue, concernant l'objectif de cette modification du cursus scolaire habituel.

Lorsque j'ai rencontré le père de Raymond pour évoquer avec lui le maintien de son fils en GS, il a opposé un refus catégorique, avançant comme seul argument qu'il voulait que son fils soit au CP l'année prochaine.

J'étais désarmée, ne sachant pas très bien s'il avait compris ma démarche ou si d'autres raisons, propres à sa situation de demandeur d'asile lui faisaient refuser cette proposition. Manifestement ce que je proposais comme une aide représentait pour lui une difficulté supplémentaire (voire une blessure) dans sa démarche d'intégration même si je venais pointer des défaillances qui seraient venues à l'encontre de son souhait de ne pas être remarqué.

J'avoue avoir ressenti à ce moment-là des sentiments contradictoires : d'une part la déception de ne pouvoir aider Raymond comme sa situation scolaire le nécessite et

d'autre part la crainte d'avoir blessé cet homme en pointant les insuffisances de son enfant.

En effet, l'école est là pour traiter un certain nombre de difficultés d'apprentissage et d'adaptation à l'institution scolaire à l'aide des différents dispositifs qu'elle possède. Certes ces réponses apparaissent parfois dans un écart irréductible lorsqu'elles semblent venir à l'encontre des efforts d'intégration des familles, mais doit-on pour autant laisser les enfants affronter seuls les difficultés d'apprentissage alors que des solutions pourraient être envisagées, comme pour n'importe quel enfant en difficultés ?

Différentes questions, auxquelles il ne m'est pas possible de trouver actuellement de réponses, se posent au regard de la prise en charge des enfants de demandeurs d'asile :

- La fragilité des connaissances de ces enfants oblige à prendre en compte la situation sociale des familles, et la précarité dans laquelle elles se trouvent. En effet, on sait combien l'environnement dans lequel grandit un enfant influe sur son développement : l'école est-elle seule en mesure de répondre à toutes ces difficultés ? Est-ce que c'est sa mission ? Quel partenariat envisager pour favoriser l'adaptation et l'intégration de ces enfants à l'environnement scolaire et culturel dans lequel ils se trouvent désormais ? Ce premier point met en évidence toute la question de l'intégration et de l'adaptation à la société dite d'accueil. Si l'école est un lieu d'intégration, elle est aussi, paradoxalement, celle qui pointe les inadaptations à un système et de ce fait risque de réactiver les traumatismes antérieurs et l'angoisse, encore une fois de ne pas y trouver sa place.

- La situation que j'ai évoquée n'est pas catastrophique au plan scolaire. Elle l'est dans le quotidien que vit cet enfant. Elle est déroutante quand on propose une solution qui n'est pas forcément reçue telle qu'elle est proposée. Au-delà du travail psychique qui est à faire pour élaborer la déception et qui est bien insignifiante à côté du décalage dans lequel risque de se trouver cet enfant dans un CP, la question est plutôt de savoir comment s'y prendre mieux pour qu'une telle proposition ne soit pas ressentie comme une nouvelle blessure ou une

menace pour des familles déjà grandement atteintes par les événements qu'elles ont traversés. Encore une fois, y a-t-il une "bonne" réponse ?

- Faut-il nécessairement une prise en charge spécifique pour tout enfant de demandeur d'asile et si oui sous quelle forme ? Mais ne risque-t-on pas dans ce cas de réduire ces enfants à leur seul statut d'enfant de demandeur d'asile ?
- Serait-il possible d'envisager un autre dispositif constitué de relais connus des différents partenaires afin que le travail d'accompagnement de ces familles et de leurs enfants puisse être vécu de manière moins négative ? Le " parcours du combattant " qui est si souvent évoqué à propos des demandeurs d'asile vient se heurter encore une fois à un système dont les structures d'adaptation et d'intégration peuvent venir à nouveau pointer le décalage entre les espoirs légitimes et une réalité marquée de désillusion.

Mais au-delà de ces problèmes de dispositifs, je m'interroge sur le sens que peuvent avoir des propositions d'orientation scolaire, pour des familles dont le souci essentiel est de trouver une place dans la société, c'est-à-dire d'avoir leur place avec un logement et un emploi afin de vivre dignement. Certes, il paraît nécessaire que les familles en demande d'asile puissent parler, avant tout, de leur place de parents et faire entendre leur choix. Pourtant il semble bien que les " manques " tant linguistiques que culturels de leurs enfants sont entendus et vécus comme une blessure tant ils sont déniés.

D'autre part, la situation matérielle des demandeurs d'asile n'est pas un contexte de précarité " ordinaire ".

L'accompagnement de ces enfants nécessite également la prise en compte de la dimension psychique qui ne relève pas seulement de la précarité sociale due à leur situation actuelle, mais avant tout de la façon dont la famille va pouvoir traiter les traumatismes accumulés et l'incertitude de leur devenir.

Les demandes d'aide pressantes qui sont adressées à l'école rendent bien compte de la détresse et de l'insécurité interne dans laquelle se trouvent les familles.

L'école devient alors le lieu qui vient pointer tous leurs manques : celui de la langue, celui de la culture et de sa transmission, celui de la capacité à faire accéder l'enfant aux apprentissages etc... alors que les parents sont eux-mêmes fragilisés par leur exil et dans une dépendance extrême à l'égard de toutes les formalités à accomplir pour " gagner " le droit de trouver asile quelque part.

Il apparaît alors que l'école se trouve en demeure de cautionner un déni des difficultés d'apprentissage pour refuser d'être le mauvais objet qui viendrait empêcher ces enfants de passer inaperçus.

Prise dans une situation paradoxale, l'école doit donc aménager des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement dont elle n'a pas toujours les moyens.

La nécessité de travailler en réseau paraît incontournable, peut-être pour tenter de mettre en place, autour de ces familles, un environnement fiable et contenant qui viendrait, non plus colmater les vides mais favoriser un travail de transformation et d'élaboration du deuil, afin de penser les blessures et les inévitables déceptions lors de l'intégration dans la société d'accueil.

La spécificité du psychologue dans les dispositifs pour demandeurs d'asile ? Quels dispositifs avec les psychologues seraient à promouvoir ?

Blandine BRUYERE¹¹⁹

Olivier DAVIET¹²⁰

Sandrine DENIS-KALLA¹²¹

Véronique FEMELAT-BANNET¹²²

Gaël MASSET¹²³

1/ La spécificité du psychologue dans les dispositifs pour demandeurs d'asile

* Postulats de départ :

- Le rôle du psychologue auprès des populations en demande d'asile, s'il présente des spécificités que nous allons tenter de distinguer, n'exclue pas les missions et conditions inhérentes à la profession, quelque soit son cadre d'exercice (se référer au *Code de Déontologie des Psychologues* reconnu par les organisations professionnelles [AEPU - ANOP - SFP] et consultable sur www.sfpsy.org).
- Par ailleurs, nous partons du postulat que la rencontre entre un psychologue et un sujet demandeur d'asile non-francophone ne peut s'effectuer qu'en présence d'un interprète.

* Éléments de spécificité :

- **Accueillir** ce que la personne a à dire, donner du temps, permettre un espace d'écoute et de pensée. Être attentif aux **représentations**

¹¹⁹ Psychologue clinicienne, Lyon, membre fondateur et secrétaire de l'association Appartenances-Lyon.

¹²⁰ Psychologue, ancien stagiaire dans un AUDA (Accueil d'Urgence des Demandeurs d'Asile), Isère.

¹²¹ Psychologue clinicienne, Lyon, Médecins du Monde, membre du CA de l'association Appartenances-Lyon.

¹²² Infirmière, Annecy, Accueil médical.

¹²³ Psychologue, Lyon, Forum Réfugiés.

culturelles de la relation d'aide, propres à chaque sujet.

- **Proposer une écoute** permettant de différencier les niveaux de réalité (affectif, subjectif, juridique, social, interne, externe...). Permettre l'émergence d'une demande.
- Recevoir la parole dans sa **valeur subjective**, au-delà des mots et des maux.
- **Proposer un cadre de rencontre** considérant les réalités, les possibilités et les difficultés de chaque personne (durée de l'entretien, lieu de l'entretien, rythme, utilisation de médiations...).

2/ Un dispositif possible

Les pistes proposées ci-après ne prennent sens qu'en référence aux principes énoncés précédemment.

Compte tenu des **difficultés inhérentes à la situation psychique et sociale** des demandeurs d'asile,

Compte tenu de la **situation précaire** des demandeurs d'asile (hébergement, temporalité de la procédure, type d'accompagnement social...),

Compte tenu des limites des services de psychiatrie publique,

* il apparaît :

- nécessaire de créer un **dispositif intersectoriel de psychiatrie publique** conjuguant un ou plusieurs lieux fixes de consultation et la possibilité pour les psychologues de se déplacer dans les lieux de vie des demandeurs d'asile (y compris pour des temps de consultation ou pour une pratique professionnelle plus informelle).
- nécessaire **d'instituer des temps d'échange** entre le psychologue et les travailleurs sociaux autour des accompagnements communs (ces rencontres ne doivent pas exclure par ailleurs la mise en place de temps de supervision).

Etre enfant dans le tourbillon de la demande d'asile

Olivier DAVIET¹²⁴

La pénurie de places dans les structures d'accueil pour les demandeurs d'asile a imposé certains critères d'admission à l'hébergement. Parmi ceux-ci, on retrouve le fait d'avoir des enfants. C'est donc une majorité de familles que l'on retrouve en CADA¹²⁵ ou en AUDA¹²⁶. Dans l'attente de la réponse à la demande d'asile, les enfants vivent une situation qui peut se révéler psychologiquement difficile, entre mise à l'abri des persécutions subies et adaptation à un environnement nouveau et peut-être provisoire.

Comme ses parents, l'enfant de demandeurs d'asile a dû, souvent dans un très court laps de temps, tout quitter : famille, école, amis, maison. Il a parfois auparavant assisté aux persécutions subies par ses parents, subi lui-même des violences et, dans tous les cas, vécu dans un certain climat de terreur. Le voyage jusqu'en France, souvent clandestin, s'est parfois déroulé dans des conditions éprouvantes. Ces expériences ont souvent laissé chez le sujet d'importantes séquelles traumatiques.

L'enfant ne saisit pourtant pas toujours les enjeux de la présence de sa famille dans le lieu d'hébergement, d'autant que les raisons de l'exil, l'obtention du statut et le futur en France sont des sujets qui lui sont souvent peu expliqués. La situation est néanmoins connue comme étant provisoire : l'enfant sait que ses parents attendent « des papiers » qui lui permettront d'avoir « sa maison ». La famille vit alors au rythme de la procédure et se trouve plongée dans une attente qui semble interminable et qui empêche chacun de se projeter dans l'avenir.

La situation d'un enfant de demandeurs d'asile s'avère néanmoins très différente de

celle de ses parents. Une des différences majeures se trouve dans le fait que les enfants ont la possibilité d'être scolarisé pendant le temps que dure la procédure et, donc, d'avoir une activité « normale » pour des enfants, alors que leurs parents, ne bénéficiant pas du droit de travailler pendant la durée de la procédure, ne peuvent investir une activité extérieure. Le temps de la demande d'asile ne s'écoule par conséquent pas de la même façon.

En arrivant, l'enfant issu d'un pays non-francophone doit apprendre la langue française très vite. On observe fréquemment une très bonne adaptation de la part de ces enfants, tant au niveau de l'apprentissage de la langue, qu'au sein de l'institution scolaire.

Etant davantage au contact de la société d'accueil que ses parents, l'enfant en explore souvent plus vite les normes sociales. Il sert souvent d'interprète à ses parents : il parvient rapidement à effectuer des traductions entre les deux langues et doit également *interpréter* pour ses parents le sens de certaines habitudes sociales, par rapport à celles de leur pays d'origine. Face à des parents démunis (en particulier les personnes non francophones), l'enfant est donc mis, parfois très jeune, dans un rôle proche de celui d'un adulte. Il doit alors « grandir » très vite et apprendre à régler certains problèmes sans l'aide de ses parents. Les relations au sein de la famille en sont souvent bouleversées, les rôles de chacun et les relations entre générations se modifient, voire s'inversent : les enfants prennent une place d'adulte et les parents se trouvent en quelque sorte infantilisés par la situation.

En outre, les parents qui, en temps normal, assurent un rôle de « filtre » entre l'enfant et ce qui peut faire violence dans son environnement, ont souvent vécu des situations traumatiques et ne sont parfois plus en mesure d'assurer pleinement ce rôle. Il peut alors leur être difficile d'offrir le réconfort, la présence et l'attention que leurs enfants requièrent, d'autant plus que ces derniers sont parfois eux-mêmes fragilisés. Malgré les efforts conséquents que l'on observe chez nombre de parents, leur fonction de médiateur entre leur enfant et le nouvel environnement est ainsi parfois mise à mal.

¹²⁴ Psychologue, Ancien stagiaire dans un AUDA de l'Isère.

¹²⁵ Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile.

¹²⁶ Accueil d'Urgence des Demandeurs d'Asile

Ce sont donc à la fois la *structure familiale* et la *fonction de parentalité*, au sein de celle-ci, qui se trouvent mises à mal par la situation de demande d'asile.

Malgré l'incertitude de pouvoir rester, la durée de la procédure (qui peut s'étaler sur plusieurs années, ce qui représente un temps très important à l'échelle d'une vie enfantine) conduit l'enfant à s'acculturer, c'est-à-dire à adopter la culture française. L'enfant est donc pris dans une forme de paradoxe (rejoignant ainsi la situation de tout enfant d'exilé) : d'un côté, il doit s'adapter le plus efficacement possible à son nouvel environnement, de manière à valider le projet de ses parents d'être partis. De l'autre, cette bonne adaptation ne doit pas se faire au détriment de la culture d'origine de leurs parents, ce qui reviendrait à trahir symboliquement ceux-ci.

L'enfant doit trouver son chemin dans ces contradictions, sans pour autant être sûr de pouvoir rester en France. Il doit, de plus, souvent porter le poids d'un passé lourd de persécutions. L'enfant de demandeurs d'asile se trouve donc dans une situation psychologiquement déstabilisante, qui peut porter atteinte à son développement.

Penser une prise en charge

Dans les établissements d'hébergement, un ou des membres du personnel ont généralement la charge de l'animation des enfants et facilitent le lien entre les familles et l'extérieur, école et structures d'animation. Ces professionnels constituent alors des interlocuteurs privilégiés pour l'enfant dans la société d'accueil. Cette forme de lien peut constituer un étayage important et se révéler très structurant pour l'enfant. Néanmoins, le manque de moyens matériels et financiers, ainsi que la fréquente surcharge de travail, ne permet pas toujours aux professionnels d'accorder aux enfants l'aide et le temps nécessaires.

De plus, comme nous l'avons évoqué jusque là, la détresse liée à la demande d'asile, à l'acculturation, et les possibles séquelles traumatiques évoquées plus haut nécessitent de pouvoir offrir à ces enfants un accompagnement psychologique. Si les

enfants de demandeurs d'asile ne constituent pas en eux-mêmes une population pathologique, ils constituent un groupe à risques et nécessitent d'avoir accès à une possible prise en charge. Celle-ci peut aller de lieux de parole et d'écoute spécialisée à des espaces thérapeutiques et peut s'envisager, en fonction de l'enfant et de sa problématique, sous une forme individuelle ou dans le cadre de groupes.

On peut alors penser à des propositions de prise en charge extérieure (C.M.P.¹²⁷), si les enfants ou les parents en font la demande. Cette démarche vers le soin peut être étayante si elle est accompagnée par les intervenants sociaux, qui serviront alors de médiateur avec un extérieur souvent vécu comme menaçant. Le travail avec des enfants de demandeurs d'asile présents en France depuis plusieurs mois peut souvent s'effectuer sans l'intervention d'un interprète, d'autant qu'avec un enfant, d'autres modes de communication que la langue sont utilisables (dessins, jeux). Reste que la réalité d'une attente de plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous dans un C.M.P. se trouve en complet décalage avec la temporalité dans laquelle sont inscrites les personnes prises dans le processus de la demande d'asile.

Une proposition de prise en charge *spécifique aux enfants* et à l'intérieur des structures d'hébergement peut alors se révéler plus facilement accessible et être vécue comme moins stigmatisante, en particulier pour des personnes venant de pays où le recours à un psychologue est synonyme de pathologie mentale grave. Une grande souplesse se révèle nécessaire dans ce type d'accompagnement de sujets particulièrement fragilisés par l'instabilité de la situation qu'ils traversent. Il y est nécessaire de faire appel aux ressources propres à l'enfant, tout en veillant à ne pas aller à l'encontre du système que ce dernier a mis en place pour se protéger jusque là (l'hyperadaptation scolaire peut, par exemple, faire illusion quant au bien-être de l'enfant et dissimuler une profonde souffrance).

Dans tous les cas de figure, cet accompagnement doit demeurer un *choix* pour l'enfant et pour ses parents. Il semble particulièrement important d'apporter un

¹²⁷ Centre Médico-Psychologique.

étayage au lien parents-enfant, en permettant aux parents de conserver leur place vis-à-vis de leur enfant, place qui se trouve parfois menacée par les bouleversements entraînés par la demande d'asile.

Conclusion

Les enfants ne sont de fait pas épargnés par les tourments de la machine « demande d'asile ». Leur bonne adaptation au nouvel environnement peut parfois faire écran à leur vécu interne : il demeure nécessaire de permettre à l'enfant d'exprimer sa souffrance et de lui offrir un lieu où sa parole sera accueillie.

Proposer aux enfants de demandeurs d'asile la possibilité d'un accompagnement psychologique se trouve donc partie intégrante de la mission d'accueil. Au-delà de celle-ci, on peut penser cet accompagnement en termes de *prévention* : même si l'on sait que les futurs déboutés du droit d'asile sont nombreux dans la population accueillie, la plupart des familles effectuant une demande d'asile en France y resteront, attendant souvent de profiter d'une régularisation. Les enfants de demandeurs d'asile constituent donc, pour une grande majorité d'entre eux, de futurs résidents de la France. On peut alors penser une intervention psychologique comme pouvant également servir l'*après* demande d'asile.

Offrir à l'enfant un espace où déposer ce que cette situation exceptionnelle lui fait vivre peut simplement lui permettre de se décharger de valises parfois bien encombrantes.

Difficultés rencontrées dans la prise en charge de la population des demandeurs d'asile

Chantal DESHENRY¹²⁸

⇒ *Difficultés liées au langage*

Lorsque le patient ne parle pas le français, il faut faire intervenir un interprète, celui-ci pouvant barrer l'authenticité du discours.

⇒ *Difficultés liées à la culture en général*

En effet, même si les équipes font des efforts pour comprendre les enjeux politico-culturels, qui amènent les personnes à l'exil, il n'en reste pas moins que nous méconnaissons les enjeux inconscients propres à chaque population.

⇒ S'occuper de la population étrangère demande aussi un *décentrage de nos propres valeurs* en ce qui concerne la souffrance, cette dernière prenant différents sens d'une population à une autre. De cette méconnaissance ou non-reconnaissance, le soin d'ores et déjà truché est quelquefois mis en échec, les équipes entendant alors en deçà de la demande, divers bénéfices secondaires qui permettront aux étrangers d'obtenir leur statut.

¹²⁸ Infirmière psychiatrique, Centre Psychothérapique de l'Ain, Bourg-en-bresse, coordinatrice du Carrefour Santé Mentale et Précarité (sous la direction du Dr Tabary), référente secteur 3.

Les demandeurs d'asile : entre ambiguïté et complexe d'intrusion

Bernard DUEZ¹²⁹

La notion d'obscénalité est née du travail dans les groupes psychanalytiques. La façon dont les processus psychiques conscients et inconscients s'articulent dans les groupes met en évidence la constante oscillation du sujet entre un désir de s'exposer dans une affirmation fondatrice face au groupe, un désir de repli sur soi mais aussi et surtout, pour la plupart, devant la solution de se fondre dans le groupe de se cacher au sein de cette collectivité fut-ce au prix d'un trouble des repères identitaires laissant le groupe gérer alors en son nom sa localisation subjective. En contrepartie de cet abandon, de ce renoncement à cette affirmation identitaire, le groupe permet au sujet de se réfugier dans un anonymat suffisant.

Non seulement le groupe va garantir cette place d'un anonymat suffisant mais en échange de l'abandon par le sujet de son désir d'organiser le groupe selon l'ordre de son désir subjectif, il va lui faire don d'un support identitaire commun sous la forme d'un contrat narcissique d'appartenance. En appui sur ce contrat d'appartenance narcissique qui lui offre sécurité et protection, le sujet se trouve ainsi dédommagé par l'objet groupe de la satisfaction pulsionnelle à laquelle il a renoncé.

Dans cette logique d'appartenance, le sujet ne sera sollicité que lorsqu'il sera considéré comme parfaitement ou suffisamment adapté à la fonction que l'on attend de lui, pour un temps ou une tâche donnée. Autrement dit, à côté des moments de monstration du sujet au sein du groupe, la plupart du temps le sujet entretient avec le groupe un lien marqué par une absentification et une indifférence suffisante liée à un renoncement pulsionnel

réciproque (R. Kaës, 1993), garanti par la prime de sécurité narcissique silencieuse qui opère comme fond immobile de toute relation intersubjective suffisamment différenciée.

Si l'individu renonce à utiliser le groupe comme son objet pulsionnel exclusif, réciproquement le groupe renonce à utiliser le sujet comme objet ou comme substitut de l'objet pulsionnel commun (souvent le groupe lui-même). Cette dernière situation constitue pour tout sujet une menace majeure d'intrusion, d'aliénation et de dépersonnalisation. J. B. Pontalis a montré comment le petit groupe peut constituer un objet pulsionnel commun. Les participants investissent alors le petit groupe comme un objet source de plaisir mais aussi, dans des moments plus difficiles, comme un objet de haine. Ce qui est possible dans les petits groupes, et que les groupes psychanalytiques rendent explicite à savoir l'acceptation de l'utilisation du groupe comme objet d'autres personnes sous condition que le groupe demeure un objet commun. Cela devient beaucoup plus difficile dans les groupes larges institués et plus encore dans la société où l'effet de masse rend ces enjeux infiniment plus menaçants.

Dans les situations de crise groupale et sociétale le renoncement pulsionnel se trouve réciproquement ébranlé. Du côté sociétal, pour se dégager de la situation de crise qui le menace et le déchoît de son statut d'objet sociétal commun, le groupe social va désigner des objets sociétaux de haine, notamment deux figures emblématiques: des boucs émissaires et des leaders prophétiques. La fonction de leader prophétique, occupée généralement par des personnalités narcissiques perverses, est de désigner les boucs émissaires, fonctions occupées par des sujets qui souffrent de défaillances narcissiques, généralement du fait d'une situation d'entre-deux (adolescents, migrants par exemple) qui induit un trouble des identités d'appartenance. Cette situation permet au groupe social de s'identifier fortement au leader pervers et de faire l'économie des souffrances inhérentes à l'élaboration des compromis nouveaux permettant un "new deal" social, en désignant une part du groupe social comme n'appartenant pas à l'économie psychique sociétale. Cette situation de guerre partielle finit le plus souvent dans la conflagration.

¹²⁹ Bernard Duez : Pr. De psychopathologie et psychologie clinique Institut de psychologie Lyon 2 psychologue – psychanalyste

Chacun sait ce que ces leaders pervers et leurs discours fracassants provoquent d'effet d'attraction obscène sur des sujets confrontés à des ruptures du lien social économique (chômage par exemple). Chacun sait très bien comment ces discours peuvent subvertir les interdits fondamentaux, notamment celui du meurtre, qui constitue le premier des renoncements pulsionnels, celui où l'on renonce à tuer l'autre en tant qu'intrus potentiel. Ce renoncement à la destruction de l'autre (sous la figuration archaïque de l'intrus) conduira à imposer à la pulsion le détour par l'autre et plus d'un autre et découvrir l'autre non pas comme intrus mais comme image salubre et salvatrice.

Cette introduction, en appui sur des exemples sociaux historiques et contemporains d'appel au meurtre par des leaders pervers que trop présents, peut nous permettre de comprendre comment les personnes en situation de délocalisation subjective (personnes en déserrance contraintes d'utiliser le champ social comme dépôt d'une souffrance psychique insupportable) peuvent induire chez nous une révolte, une indignation à l'égard de la façon dont on les traite. L'autre face de cette révolte est un profond malaise, car nous pouvons nous surprendre parfois à éprouver à force de lassitude ou d'épuisement des mouvements destructifs qui, pour demeurer suspendus, n'en présentent pas moins une étrange familiarité avec ce qui nous révolte chez les autres. Des personnes en situation de précarité sociale nous contraignent à actualiser, à rendre présent à nous même ce fond secret du lien, ce métacadre sans lequel aucune société ne peut vivre.

A partir de cette observation clinique, on peut comprendre que dans notre psychisme l'opposition ne se constitue pas uniquement sur une opposition sujet/objet ou sujet/autre mais aussi dans une opposition scène/objet, scène/ sujet, scène/autre. A l'arrière de toute relation sociale se tisse donc un lien constitué d'organismes silencieux mais actifs qui constituent l'arrière-fond de nos relations. Cette relation de scénalité constitue un métacadre du lien intersubjectif et du lien social. Elle capte et

inactualise, immobilise, l'ensemble des vécus les plus archaïques de la psyché mais ces vécus sont toujours prompts à ressurgir. J. Bleger a montré comment le cadre est le réceptacle et le dépositaire des parties des plus archaïques du Moi : le non-Moi, constitué de vécus psychotiques, de vécus archaïques et j'y ajouterai pour ma part de destructivité radicale.

Dans des situations de crise qui menacent la survie réelle ou imaginaire d'un sujet ou d'une société, ces potentialités archaïques se trouvent convoquées. Dans des situations paroxystiques de masse, il n'est pas rare de voir des citoyens biens sous tout rapport, se conduire avec la violence la plus abjecte. Dans une situation où la consistance symbolique d'un sujet ne permet plus au sujet d'intriquer ces archaïsmes, ceux-ci peuvent subvertir les sujets eux-mêmes à leur corps défendant pourrait-on dire. Nous sommes dans la situation décrite par S. Freud dans "*Inhibition, symptôme angoisse*" où le Moi, anticipant une excitation trop fortement menaçante, est contraint de se préparer en actualisant de grandes quantités d'énergie pulsionnelles qui finissent par le subvertir de l'intérieur. C'est de l'intérieur de lui-même que surgit la subversion par l'angoisse. L'une des réponses possibles à cette situation de détresse est alors de transférer son espace psychique dans le champ social, de le confier au(x) bons soins du collectif. Le sujet diffracte cet excès pulsionnel dans le champ social, produisant des effets d'obscénité. C'est une tentative de récupérer comme objet du champ social les éclats de l'arrière fond scénique et groupal qui lui assuraient cohérence et sécurité interne. C'est un processus de transfert topique que l'on retrouve à l'œuvre chez les sujets états-limites, et les pathologies narcissiques.

Lorsque nous travaillons avec des sujets qui se trouvent en situation de déserrance qui exposent leur souffrance psychique au regard de tous, nous sommes confrontés au fait que le fond de scénalité que nous gardons secret, celui qui constitue le fond efficace de notre intimité est en situation potentielle d'être effracté de l'intérieur par la captation qu'exercent ces sujets sur nous. Cette menace que fréquemment, le travailleur social s'interdit de retourner et de verbaliser nous confronte à la dimension de l'effroi au sens où ce que nous craignons le plus est la destructivité que suscitent ces sujets en nous. Ce fond secret et discret tissé d'habitudes et de renoncements

constitue le fond de notre sécurité psychique. Il fonctionne discrètement mais se trouve dans l'incapacité à opérer sur des grands quantum d'énergie pulsionnelle. Face à cette intense poussée pulsionnelle, à connotation fortement mortifère, nous nous trouvons en détresse. La solution que nous allons chercher est le coétayage. Le système du coétayage s'organise autour de l'étayage sur le groupe comme objet anaclitique. Pour pouvoir répondre à cette situation sans être subverti par l'intensité des pulsions destructrices, les travailleurs sociaux se trouvent contraints de déposer dans leur groupe professionnel l'excès pulsionnel auquel ils sont confrontés dans le lien singulier. Nous sommes alors en présence d'une situation où la réponse à la diffraction pulsionnelle du sujet en situation de désétayage radical du lien social ne peut être accueillie que par un groupe et un groupe qui est lié par des liens suffisamment consistants à une tâche primaire commune (la réinsertion sociale est une tâche primaire commune pour des services où travaillent les travailleurs sociaux). La tâche primaire permet de construire un groupe en hypothèse groupe de travail (W. R. Bion, 1961). Un groupe en situation d'hypothèse groupe de travail est un groupe où chacun accepte une différenciation de sa fonction spécifique en fonction de la tâche primaire générale. Si cette organisation est acceptée, c'est parce que chaque sujet peut, par ailleurs, articuler sa scénalité groupale propre par le biais de la participation actuelle de quelques-uns de ses groupes internes. C'est ce que nous allons esquisser ci-dessous.

La scénalité interne s'organise à partir de certains groupes internes et en tout premier les fantasmes originaires (séduction, castration, scène primitive) ainsi que les complexes familiaux (complexe de sevrage, complexe d'intrusion, complexe d'œdipe) et les relations d'objets (organisations orales, anales, phalliques et génitalisées), les identifications et enjeux imagoïques ainsi que l'image du corps propre. On peut reprendre cette dernière en considérant que chez certains errants la métaphore de l'esprit de corps est prise au pied de la lettre et qu'ils traitent l'espace public comme une

partie de leur corps propre en imposant à l'espace public les règles de fonctionnement de leur corps propre.

Chez certains sujets un seul des groupes internes participe à la liaison à l'environnement, nous nous trouvons alors dans une situation qui tend à se structurer selon les principes de l'isomorphie (tous pour un) où l'un des pôles des groupes internes va devenir le pôle princeps aliénant l'ensemble de la collectivité à ses signifiants. Ce que l'on entend traditionnellement par la fixation à un "stade oral" chez un sujet doit être compris en ces termes, le groupe interne de la relation d'objet oral perd sa fonction transformationnelle pour ne plus se trouver organisé que sur un mode strictement unidimensionnel par des échanges d'incorporation et de dévoration imaginaires ou réelles de tout élément du monde environnant du sujet. Dans le cas de l'obscénalité on va voir cette fixation s'étaler sur la scène publique: c'est par exemple le caractère dévorant de certains mendiants qui vous "engueulent" lorsque vous refusez une demande insistante, mais aussi ceux qui sur un mode plus anal étalent publiquement "leurs déchets et dépôts les plus divers, ceux qui vous incorporent dans leur odeur pestilentielle intégrant des éléments de l'analité dans une relation qui demeure massivement orale comme le montre le vécu qu'ils importent en nous etc..

A partir de cette compréhension en appui sur les enjeux de la groupalité interne, on peut comprendre comment les sujets en errance nous inscrivent dans des situations d'étrangeté dans la mesure où nous voyons alors du familier intime s'exposer publiquement. Ils provoquent de ce fait une impression d'inquiétante étrangeté qui met en cause tout travail de différenciation entre soi et l'autre, et nous saisissent par l'état d'ambiguïté qu'ils nous imposent. Seul le groupe des pairs, celui des semblables, des humains qui partagent le renoncement pulsionnel à satisfaire ici et maintenant les enjeux pulsionnels, peut restaurer l'image du sujet ainsi mis en cause par l'autre. Certaines situations extrêmes supposent une authentique invention d'un nouvel appareillage psychique collectif pour pouvoir survivre psychiquement. Dans ces moments, dans le même temps, il n'est pas rare que le trouble induit par l'exposition obscène de l'ambiguïté conduisent les travailleurs sociaux à hésiter à se reposer sur leurs

semblables dans la mesure où, suite à la rencontre avec les effets d'obscénité, *chaque semblable peut être vécu comme intrus potentiel*. La conséquence de la rencontre traumatique avec l'intrus présente deux issues particulièrement fréquentes

Les vécus d'intrusion se trouvent importés dans les liens psychiques qui structurent l'équipe soignante; si cette équipe ne s'engage pas dans un travail psychique de maintien du lien elle est sous la menace d'une dislocation.

Les attaques du lien sont déportées par les travailleurs sociaux, alliés dans une identification collective au patient, sur les institutions tutélaires dont dépendent les services sociaux.

Cette dernière solution permet de faire l'économie du conflit interne mais par contre entraîne le fait que les instances de tutelle se trouvent prises à leur insu dans cette relation d'étrangeté et vont répondre par des in-décisions, des non-décisions réactualisant envers les institutions la situation traumatique de l'ambiguïté et de l'indécidable. Les uns et les autres se trouvent ainsi détournés de leurs tâches primaires respectives.

Nous voyons dès lors se dessiner une situation qui est que tout vécu d'intrusion, comme celui qui marque les pathologies de l'obscénalité, s'il n'est pas mis en travail, il se décale quasiment à l'identique et s'intercale dans les interstices du lien social jusqu'à en provoquer la rupture fonctionnelle. La fragilité du lien subjectif au collectif et au social tient au fait que le lien au semblable se crée dans une rencontre de l'autre en tant qu'intrus qui dépossède le sujet de l'objet maternel primaire comme l'a très bien montré J. Lacan dans le complexe de l'intrusion (J. Lacan, 1938). Rappelons que du point de vue de l'enfant, comme le rappelle D. W. Winnicott (1956), c'est lui (l'enfant) qui a créé la mère. Il s'imagine être le destinataire exclusif de ce lien et c'est donc à l'intérieur de sa psyché même qu'il considère que l'intrus se manifeste. C'est sur cette base qu'il s'autorise à l'effacer et le détruire afin de réduire cette source de déprivation. Ce n'est que lorsque l'enfant perçoit qu'il ne peut pas détruire l'intrus sans risquer de

perdre le lien privilégié à l'objet maternel qu'il renonce et que dans un second temps il va comprendre que s'il partage avec "l'intrus" le même objet c'est qu'ils sont des semblables. On retrouve là la matrice du lien que je décrivais avec le groupe comme objet libidinal commun (et d'une certaine façon le substitut maternel). Lorsque l'on est confronté à un sujet qui prend tout ou partie du groupe comme son objet pulsionnel la destructivité suspendue par l'intérêt commun pour le collectif tend à reprendre tous ses droits sous les formes les plus diverses et parfois même les plus officielles quand, par exemple, on déprime tel ou tel ou tel service des conditions minima qui lui permettent d'accomplir sa tâche primaire.

Cette dernière conséquence qui ressort dans une méconnaissance radicale de la réalité de ce qui s'est joué, met en évidence le fondement même du mécanisme de vengeance. Lorsque la scène sociale est utilisée comme objet par des personnes en situation d'exception sociale, qu'ils soient puissants ou misérables, le soutien narcissique collectif s'effondre et laisse les sujets seuls face à leurs pensées meurtrières. Ce qui s'échange, ce ne sont plus alors des marchandises, des services, mais du "dommage" selon la loi du talion "œil pour œil, dent pour dent" processus de vengeance généralisée où disparaissent des collectivités entières. Le commerce antisocial est un commerce fondé dans le moins pire des cas sur l'échange du dommage, dommage narcissique (Imaginaire), mais aussi dommage Réel menaçant la survie, dommage Symbolique enfin venant attaquer la consistance des références de l'autre. Dans ce commerce, l'interdit du meurtre est tôt ou tard subverti car le renoncement ne s'articule que d'un équilibre de la terreur (beaucoup de regroupements de S.D.F. vivent de fait selon cette loi). Chaque instance sociale faute du nécessaire travail psychique sur le lien psychique se trouve alors en situation d'actualiser à son insu le lien de destructivité primordiale.

C'est sur la base du refoulement originaire de ce lien primaire de destructivité radicale de l'intrus que s'énonce l'interdit du meurtre. Si cet interdit s'accompagne de sécurité narcissique et de la prime de plaisir de l'être ensemble offerte à chacun des membres de la collectivité alors le sujet peut s'instituer comme sujet désirant tout en demeurant en sécurité dans ce groupe. Le travail avec des

personnalités présentant une tendance antisociale intense nous permet ainsi de comprendre ce que S. Freud avait si justement pressenti dans *totem et tabou*, qui est que le lien social s'étaye sur la renonciation à un désir meurtrier à l'égard de l'intrus, c'est-à-dire celui qui vient menacer le lien avec l'objet salubre originaire (la mère). Nous sommes ici confrontés à cette étrange situation: *le lien le plus intime que le sujet puisse partager est aussi le plus universel*, le lien de l'enfant à sa mère. Aucune société à l'heure actuelle ne semble s'être hasardée à légiférer sur ce lien primaire entre la mère et le nourrisson, sans doute pour ne pas faire ressortir le "vieux démon" du complexe d'intrusion et de son cortège de destructivité. Si nous poursuivons jusqu'au bout cette analyse elle a deux conséquences le lien intime entre la mère et l'enfant, du fait même de sa consubstantialité au lien social, nous montre que notre psychisme s'organise en son origine en fonction d'une position sociale non seulement des parents mais tout particulièrement de la mère. La mère apparaît, par le fait qu'elle met en jeu le lien d'amour nécessaire (le lien à l'objet salubre maternel), comme l'initiatrice au lien de parité fondement de la collectivité, de l'être ensemble social. Pour que ce lien se constitue, il est nécessaire que la mère, de scène primordiale du lien, puisse se constituer, se laisser être comme objet pour l'enfant. Pour que cette transformation soit possible il faut qu'opère la fonction du désir d'au moins au nom d'une collectivité. Le désir du père pour la mère, désir séparateur, se constitue comme Loi parce qu'il fait don de son désir au nom des alliances collectives.

Les souffrances psychiques dans la dynamique de l'obscénalité nous imposent une relecture de la fonction paternelle. La fonction séparatrice du père entre la mère et l'enfant n'est en effet efficiente que pour autant qu'elle opère sur un fond de don nécessaire: le père fait don de son amante à l'enfant pour que celui-ci l'utilise comme mère. C'est par ce don primordial, par lequel il a renoncé à un objet pulsionnel pour le céder sous forme de mère à l'enfant que le père est perçu par l'enfant comme ayant autorité pour lui poser l'interdit. C'est

parce que le père s'est soumis à l'interdit du meurtre de l'intrus et a transformé la potentialité meurtrière de la situation en don de désir que l'enfant peut accepter l'interdit de l'inceste. Le fond scénique se construit sur le renoncement à l'actualisation du meurtre de l'intrus qui est laissé être comme autre. C'est ce que nous taisons et discrétisons dans tout notre développement ultérieur et c'est ce que viennent mettre en cause les pathologies de l'obscénalité (état-limites, psychopathes, perversions). Nous retrouvons ici, aussi comme scène primordiale tant du point de vue de l'invention subjective du lien social que dans les théories sociologiques, le don et l'oblativité comme moteurs scéniques premiers de l'être à l'autre et plus d'un autre. La perte initiale inhérente au don, fonde le lien originaire comme intime et social tout à la fois qui contraint le sujet à structurer son psychisme immature comme une scène où le plus intime conjoint à l'universel.

Bibliographie

- Bion W.R.** : 1961, *Recherches sur les petits groupes*, tr. fr., Paris, P.U.F. 1965.
- Bleger J.** 1966, La psychanalyse du cadre psychanalytique in Kaës R. Et al. *Crise rupture et dépassement*, tr. fr., Paris, Dunod, 1979.
- Duez B.** : 2000, L'adolescence: de l'obscénalité du transfert au complexe de l'Autre, in J.B. Chapelier et al. *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- Freud S.** : 1912-3, *Totem et tabou*, tr. fr., Paris, Payot, 1970.
- Freud S.** : 1925-6, *Inhibition, symptôme et angoisse*, tr. fr., Paris, P.U.F., 1968.
- Kaës R.** : 1993, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- Lacan J.** : 1938, *Les complexes familiaux, in autres écrits*, réédition, Paris,, le champ freudien éditions du Seuil, Paris, 2001.
- Pontalis J.B.** : 1965, "Le petit groupe comme objet", in *Après Freud*, Paris, Gallimard, 1968.
- Winnicott D.W.** : 1956(a), "La tendance antisociale" in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot , 1969.

Orientation pour une formation à la fonction de médiateur interculturel

Patrick FERMI¹³⁰

Préalables

La détermination des orientations à une telle formation doit nécessairement s'étayer sur le descriptif de ce que l'on entend par fonction de médiateur interculturel. Cette première remarque serait banale s'il n'y avait aucune équivoque quant à la définition de cette fonction et de son contenu mais le constat quotidien montre que sous les mêmes vocables s'exercent en réalité des pratiques extrêmement différentes.

Quelques exemples tirés de notre propre expérience peuvent illustrer cela.

- M. A., directeur d'une école primaire, nous téléphone pour nous demander si l'on pourrait faire passer des tests psychologiques à un enfant marocain ne parlant pas le français car les enseignants s'interrogent sur ses capacités intellectuelles.
- M. B., élu d'une municipalité et détaché aux affaires sociales et à la vie des quartiers, nous contacte pour savoir si nous pouvons mettre à sa disposition un interprète afin de *médialiser* dans leur langue avec des adolescents regroupés en bandes rivales dans un quartier dit forcément difficile
- Un organisme public nous demande s'il pourrait utiliser notre médiateur de langue turc pour communiquer administrativement avec cette communauté.
- J'ai eu l'occasion de voir dans une gare ferroviaire des jeunes habillés d'une sorte de tablier sur lequel était inscrit *Médiateur*. Leur rôle principal était semble-t-il d'aider

les voyageurs occasionnels à se renseigner sur les horaires, à prendre le bon train sur le bon quai etc.

- On pourrait ajouter les *médiateurs familiaux*, les *médiateurs entre partis en conflit*, sans parler du *Médiateur de la République* qui fut certainement le premier à s'appeler ainsi de manière officielle et l'utilisation permanente du radical « *médial* », ne serait-ce que lorsque l'on parle de *médialisation* d'un événement quelconque ou des *médias* entendus comme les véhicules d'informations.

Si l'on analyse attentivement tous ces cas de figures, on peut discerner une évidente hétérogénéité de ces statuts, rôles, fonctions etc. mais en même temps, derrière cette « explosion » en quelques années d'un mot et de ses dérivés, on peut s'interroger sur les raisons de son émergence dans les sociétés euro-américaines. Il n'est pas dans notre désir ni dans notre compétence d'approfondir cette question. Nous exprimerons cependant notre première idée sur ce sujet parce que nous croyons qu'elle a à voir avec des remarques ultérieures ; il nous semble que lorsqu'un organisme – de la vie biologique à la vie sociale et politique – s'accroît en complexité, « naissent » des intermédiaires. La fonction de ces derniers est de relier (au sens strict) des niveaux devenus différenciés mais en contrepartie leurs existences mêmes deviennent des niveaux en eux-mêmes. C'est le cas pour les hormones reliant des niveaux physiologiques, c'est le cas des commerçants reliant des producteurs et des consommateurs, c'est le cas des élus du peuple reliant ce dernier à l'Etat.

A ce point, nous paraissions vraisemblablement loin de notre sujet initial, la formation des médiateurs interculturels, pourtant...

Pour nous en tenir maintenant au champ qui est le nôtre, celui de l'accueil des personnes et des populations migrantes, soulevons quelques questions.

Est-ce que l'émergence de tous ces médiateurs signerait le passage à un degré de complexité supérieur ? Pour cette raison (ou pour une autre encore) les médiateurs seraient-ils une forme

¹³⁰ Association Géza Róheim.

de réponse à l'inadéquation des réseaux traditionnels de communication ?

Au moment où il paraît à la mode de reparler médiatiquement d'immigration, de quotas d'étrangers etc., après que quelques sociologues nous aient parlé il y a quelques années de *seuil de tolérance*, cela voudrait-il dire que la complexité aurait surgi du fait d'une « trop grande quantité » de migrants ? La réponse est négative et cela sans aucun doute. La France a connu en effet d'autres vagues de migration avec des pics supérieurs à ceux des dernières années, fait que les discours nationalistes ont fini par effacer de la « conscience collective ».

Si ce n'est pas une histoire de quantité, l'accroissement de la complexité viendrait-il d'une question de diversité ? Dans une première approche cette interrogation semble un peu plus pertinente que la précédente. Résumons les données.

Les flux migratoires se sont progressivement diversifiés. Lorsque ces derniers étaient massivement d'origines européennes la distance linguistique était le problème essentiel. Avec l'arrivée de migrants non-européens les problèmes d'acculturation sont devenus plus complexes. Les discours sur les migrations sont construits avec tant d'erreurs et de préjugés qu'il nous paraît nécessaire de rappeler quelques données chiffrées (source INSEE). Entre **1954** et **1990**, le pourcentage des migrants d'origine européenne est proportionnellement réduit de moitié : il passe de **81,1% à 40,7%**. Parmi eux, en 1954, les seuls ressortissants italiens représentaient 28,7%. Contrairement à une idée répandue par les mouvements xénophobes, cette proportion d'étrangers n'a jamais été dépassée par les migrations maghrébines (Algérie, Maroc, Tunisie confondues), lesquelles ont culminé à **38,8% en 1982**. Un autre "fantasme" est celui qui laisse croire à la progression continue des flux migratoires : en effet depuis 1982 non seulement la part des étrangers dans la population active va en diminuant mais le "pic" de **1982** était à peine supérieur à celui de **1926**. La complexité des problèmes d'acculturation paraît mieux s'expliquer par les différences entre systèmes de parenté, conceptions

religieuses, systèmes éducatifs, places respectives de l'homme et de la femme etc.

D'une manière plus générale cette complexité s'explique par les distances entre représentations et pratiques culturelles.

Il est difficile de se passer d'un tel constat, ce qui explique que nous ayons mis son analyse et l'étude des phénomènes qui le composent comme un des éléments de la formation, mais comme nous l'avons précédemment mentionné, il ne s'agit là que d'un aspect manifeste de la complexité par diversité. Il en est au moins un autre relevé par les travaux de sociologie d'**Abdelmalek Sayad**. Le sous-titre de *La double absence*, son livre posthume [2], condense admirablement les propos scientifiques de l'auteur : il s'agit *Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Sayad a écrit «... *l'immigré, celui dont on parle, n'est en réalité que l'immigré tel qu'on l'a constitué, tel qu'on l'a déterminé ou tel qu'on le pense et tel qu'on le définit. Il n'est peut-être pas d'objet social plus fondamentalement déterminé par la perception qu'on en a...*». Sans entrer ici dans le développement de cette interprétation, nous en avons retenu au moins deux idées fondamentales pour l'orientation de la formation :

1. Il ne suffit pas de s'intéresser aux représentations culturelles des migrants, il faut aussi questionner les nôtres et malgré les apparences cette réflexion « collective » n'en est qu'à ses balbutiements car la longue période coloniale avait complètement occulté le fait que la reconnaissance d'une véritable altérité suppose la prise en compte non seulement de l'autre mais de celui qui le considère comme tel. L'ethnologie d'avant la décolonisation, dans son ensemble, s'en était tenue à une vision unilatérale. Ici, la notion de contre-transfert culturel nous paraît à la fois un contenant et un outil des plus importants pour analyser ce niveau.
2. Il ne saurait sérieusement être question d'aborder la fonction de médiateur interculturelle sans l'inscrire au préalable dans une orientation politique clairement exprimée. *Que voulons-nous pour nos étrangers ?*

L'interrogation est volontairement provocatrice : avons-nous l'objectif de l'assimilation, ou celui de l'intégration, ou celui du communautarisme, ou autre chose encore ? Ces différentes déclinaisons de l'acculturation doivent être envisagées, confrontées, étudiées, mais on ne peut se passer de choisir à un moment ou un autre.

Nous soutenons même qu'il s'agit d'un préalable à toute formation de ce registre ; non seulement pour ceux qui seraient les « formés » mais pour ceux qui en seraient les commanditaires. Dans le cas contraire, il ne s'agirait à nos yeux que d'un saupoudrage socio-culturel dont l'unique fonction serait de donner bonne conscience et de différer les problèmes à la manière dont par exemple on crée des commissions en attendant que le temps passe...

Les cas de figure par lesquels nous avons introduit ces préalables amènent d'autres constats :

- Le directeur d'école voulait en fait un interprète,
- Le conseiller municipal, une sorte d'éducateur spécialisé *spécialisé*,
- L'organisme public un médiateur-traducteur,
- A quelque chose près tous les autres médiateurs que nous avons cités n'ont que des rôles d'entre-deux, de transmission (voire d'influence), de « tampons », de sas etc.

Les parties suivantes sont les prolongements de ces constats.

Pourquoi de la médiation plutôt que de la traduction ? Et réciproquement.

La barrière de la langue est l'obstacle le plus manifeste dans la communication avec des personnes migrantes ou d'origine étrangère. Habituellement, la personne qualifiée pour résoudre ce problème est appelée interprète ou traducteur. L'objectif

fondamental de cette fonction est de permettre le plus fidèlement possible la transmission des informations. Si les langues n'étaient que des ensembles lexicaux, il suffirait de faire correspondre à chacun des mots d'une langue son équivalent dans une autre. C'est ce que font les dictionnaires spécialisés. La réalité est plus complexe. Une langue, c'est aussi un ensemble structuré par des principes, des règles, des configurations particulières, des usages inscrits dans son histoire, une manière de percevoir le monde etc. Nous n'entrerons pas ici dans les débats techniques sur les problèmes de la traduction qui sont complexes et passionnants, débats dont on ne saurait se passer mais que nous laissons provisoirement aux divers spécialistes de la linguistique mais qu'il faudrait aborder dans la formation. Nous voudrions plus simplement ici attirer l'attention sur quelques singularités.

Premier constat. Nos interventions ne s'exercent pas seulement dans la transmission d'informations. Elles ont aussi pour vocation de permettre et d'établir une relation particulière vectrice de valeurs, d'émotions, de sentiments et de pensées. Un point essentiel se rattache à ce premier constat, il s'agit de notre référence de principe et d'expérience à la psychanalyse qui nous rend attentifs aux modalités du discours, à ses significations latentes, aux défenses psychiques, aux fantasmes ou pour le dire brièvement, à toutes les dimensions inconscientes. Généralement, les traductions visent à restituer la cohérence du discours et pour ce faire elles "corrigent" le discours initial de ses hésitations, de ses "erreurs", de ses troubles etc. Bref, les traductions négligent ou suppriment un ensemble de signes, d'indices, de symptômes tels les lapsus, les ratées verbales, les troubles de l'expression, éléments dont on sait depuis la naissance de la psychanalyse qu'ils sont révélateurs du fonctionnement psychique et de ses avatars. Nous nous plaçons donc dans une attente différente dans la mesure où nous sommes aussi attentifs aux fluctuations du discours les présupposant révélatrices de mouvements psychiques en partie inconnus du sujet lui-même.

Deuxième constat. En paraphrasant Lacan, on peut aussi constater que les représentations culturelles et les langues échappent au sujet car

elles le précèdent mais en même temps les rapports qu'il entretient avec elles constituent tout à la fois sa singularité de sujet et ses appartenances socioculturelles. Cette caractéristique n'implique pas les mêmes effets selon que les locuteurs appartiennent ou n'appartiennent pas au même réseau symbolique. Au-delà des sujets qui les énoncent, les mots ne renvoient pas seulement à des objets, à des états, à des notions etc., ils véhiculent aussi des représentations collectives du monde. Il arrive donc de ce fait qu'une bonne traduction puisse être une mauvaise transmission ou pour le moins puisse priver celui qui écoute d'une dimension linguistique et/ou culturelle. Par exemple une patiente algérienne nous est envoyée par un service de rhumatologie qui l'avait rencontrée pour des douleurs articulaires. Cette patiente expliquera en arabe qu'elle a mal aux articulations (francisé : mafasel) et la médiatrice-interprète expliquera que ce mot renvoie aussi en arabe à "séparation" (fasala). Cette association renvoie à une représentation de l'articulation différente du français qui renvoie plutôt au lien, à la jonction. Cette "discussion" sur la traduction (traduite à la patiente) entraînera un discours sur la séparation d'avec sa famille encore en Algérie et de surcroît une amélioration considérable de ses douleurs articulaires. Nous décrivons plus loin d'autres exemples de problèmes liés à la traduction de représentations culturelles.

Troisième constat. Les personnes ou les familles que nous rencontrons s'expriment toujours dans un contexte difficile et parfois même dramatique. Derrière les migrations, sous une forme ou une autre, il y a souvent la violence. Violence déclinée par la guerre voire le génocide, la pauvreté, la dictature, l'exode forcé, le déracinement des liens affectifs. A l'arrivée dans le pays d'accueil, généralement par ignorance, déni, peur du changement et de l'inconnu, toutes ces douleurs sont accueillies avec un éventail qui se déploie de l'indifférence à l'hostilité manifeste en passant heureusement parfois par l'empathie et l'hospitalité. Les paroles et les discours tenus par les migrants doivent donc être entendus au-delà de leurs apparences et de leurs effets immédiats.

Dans un grand nombre de cas, parler peut être vécu comme un acte dangereux car tenter de passer « inaperçu » a été une "stratégie" de survie. Ce fut notamment, il y a quelques années, le cas des réfugiés du Sud-Est asiatique et c'est encore le cas d'Africains victimes de conflits et de guerres civiles. A une autre échelle, mais dans un contexte qui contient aussi son lot de situations dramatiques, il y a tous les cas de personnes attendant leur régularisation, ceux qui ont dissimulé leur âge véritable, ceux qui sont victimes ou opposants de régimes politiques que la France reconnaît comme légitimes, bref tout un ensemble de personnes dont la parole n'est pas libre.

Ces trois constats suffisent à expliquer que nous ne sommes pas dans une situation classique de traduction. Les passages d'une langue à une autre doivent être médiatisés afin de prendre en compte l'influence de variables particulières. C'est ainsi, et bien avant que le terme de médiateur ne devienne à la mode, que nous l'avons préféré à interprète ou traducteur. Nous appelons médiateur interculturel la personne qui nous aide à poursuivre ces objectifs. Il ne saurait y avoir de médiation interculturelle sans faire le choix d'une position politique.

Fonctions du médiateur interculturel.

Les constats précédents impliquent de distinguer au moins deux fonctions principales, même si dans la pratique ces deux fonctions sont intriquées.

- *La première fonction est celle d'interprète; elle se situe donc au niveau linguistique.*

- *La seconde fonction est celle d'être un « pont » reliant deux mondes culturels.*

Cette seconde fonction doit cependant être définie de manière plus fine. D'abord il est nécessaire de distinguer entre les dimensions culturelles et les dimensions sociales. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le souligner "les approches interculturelles ne doivent pas être les alibis de difficultés et de problèmes qui relèvent plus de la précarité sociale et économique que des différences culturelles. Les écarts entre classes socio-économiques

sont à beaucoup d'égards souvent plus importants que les écarts entre communautés culturelles". Travailler profondément la notion de culture (de Tylor à Kuper) est fondamental afin que les médiateurs et ceux qui les « utilisent » puissent construire leur dispositif d'action dans un cadre clairement défini afin de pondérer (maîtriser serait trop ambitieux) les effets inattendus du contre-transfert culturel.

La fonction linguistique et la fonction de liaison de mondes culturels ne sauraient être dissociées ; si elles devaient l'être, il ne s'agirait plus (dans notre acception) de médiation interculturelle mais plus simplement de traduction ou de médiation sociale. Par exemple un psychologue ou un psychiatre utilisant des tiers comme traducteurs de discours ne font pas de médiations interculturelles, ni même de psychothérapies classiques¹³¹.

Rôles et champs d'intervention du médiateur interculturel.

Dans le souci de l'intégration, et non de l'assimilation, le médiateur est celui qui rend compréhensibles, de manière bilatérale, les représentations culturelles, les valeurs et les normes qui y sont associées. Pour ce faire, il a pour rôle de les révéler, de les expliquer, de les mettre en relations. Quelques exemples :

- Une assistante sociale s'étonnait que M. Y ait épousé d'une manière singulière la sœur de sa femme décédée. Ici le médiateur expliquera que c'est une *règle morale* dans sa culture et qu'elle est très respectée. Cette pratique d'alliance est désignée en ethnologie sous le nom de *sororat*. Que cette modalité de mariage puisse nous étonner ou nous

indigner est un autre problème : au point qui nous occupe ici il s'agit seulement de montrer que la médiation donne un sens à pratique qui avait suscité beaucoup d'incompréhension, de malentendus et même de suspicion.

- Un médecin de Protection Maternelle Infantile ne comprenait les raisons de la réticence d'une future maman à parler de sa grossesse. Le médiateur expliquera que dans la culture originelle de sa compatriote il est tabou de parler d'un enfant à naître. Par son intermédiaire le médecin fera expliquer le sens de ses questions et la notion de protection. Cette notion, la future mère peut l'intégrer puisque c'est justement « par protection » de l'enfant qu'elle se refusait à parler.
- Un enseignant s'interrogeait sur le fait qu'après avoir demandé à rencontrer les parents d'un élève, il avait été en relation avec un oncle de ce dernier. Là, le médiateur expliquera que cette famille vient d'une culture dans laquelle le frère de la mère est « responsable » des enfants de ses sœurs. Cette particularité se retrouve notamment dans la *parenté dite matrilinéaire*. Mais lors d'une rencontre ultérieure entre l'oncle, l'enseignant et le médiateur, ce dernier expliquera à l'oncle que l'enseignant comprend son intérêt mais que les lois françaises désignent les parents dans ce rôle et qu'il souhaiterait qu'il use de sa responsabilité pour l'expliquer à son beau-frère.
- Un autre rôle du médiateur, peut-être moins évident, est celui d'être parfois un « modèle transitionnel ». Nous entendons par là que celui-ci peut représenter pour la personne en difficulté un modèle auquel elle puisse s'identifier. Par exemple, Mme H. en grande difficulté psychologique et sociale depuis plusieurs années restait enfermée dans une position traumatique due à un exil consécutif à la guerre. La présence d'un médiateur qui avait lui-même éprouvé les violences, les camps de réfugiés etc. permit à Mme H. de raconter et

¹³¹ L'expression de psychothérapie classique doit être comprise en référence à la psychanalyse (de la cure et de ses aménagements). Les prétendues psychothérapies ne considérant pas l'inconscient, le transfert, l'infantile et le sexuel n'ont effectivement que faire de nos précautions méthodologiques.

d'élaborer son histoire dans un climat pouvant contenir et libérer des émotions intenses liées à la mort de ses proches, aux tortures, à la famine etc. Cette expérience a certainement contribué au fait qu'elle retrouve des possibilités d'envisager un avenir et de s'insérer dans les mois qui ont suivi dans un parcours de réinsertion sociale et professionnelle.

Les médiateurs sont amenés à intervenir dans des secteurs variés : psychiatrie, médecine (de soin et de prévention), psychologie scolaire, milieux socio-éducatifs et judiciaires, formations de divers acteurs sociaux et administratifs (puéricultrices, agents de l'ANPE etc.). Dans chacun de ces secteurs les interventions peuvent très diversifiées. Dans le champ scolaire par exemple nous avons : - assuré des consultations familiales suite aux difficultés d'un enfant, - assuré la présence de médiateurs auprès de psychologues scolaires, - permis des rencontres entre des écoles et des parents, ou de manière plus formelle : - assuré la présence d'un médiateur lors d'un conseil de discipline, - assuré une formation interculturelle à des directeurs d'école.

Les interventions peuvent concerner des personnes isolées ou des groupes mais autant les personnes en difficultés que celles qui interviennent auprès d'elles. D'une manière plus générale notre champ d'action s'étend à tous problèmes de communication dans lesquels interviennent des facteurs culturels. Cette ambition n'est pas seulement pragmatique et efficace. Elle contribue aussi à rapprocher les hommes au lieu de les isoler dans des aires culturelles, au propre et au figuré, qui sans cela n'ont cessé que de trouver leurs limites d'exclusion et d'effacer la richesse de la diversité culturelle.

Les cadres d'un plan de formation

L'association Géza Róheim a mis en place depuis de nombreuses années un protocole de formation pour ses propres médiateurs interculturels. Ce protocole comprend plusieurs étapes associant théorie et pratique. Cependant, et avant même que la formation soit décidée, des pré requis sont indispensables.

La personne susceptible de devenir médiatrice doit maîtriser parfaitement la langue française et la langue pour laquelle nous l'avons contactée. Il s'agit en réalité d'une sorte d'idéal. Il n'est pas inaccessible mais il est plus rare qu'on ne le croit de rencontrer une telle compétence et la réalité n'attend pas, aussi, ce pré requis est-il généralement une perspective, *quelque chose vers laquelle on tend*.

Elle doit bien entendu manifester un intérêt personnel pour notre travail, une capacité à pouvoir être confrontée à des situations difficiles, la possibilité d'une certaine mise à distance à reconnaître et à exprimer ses propres représentations culturelles.

Nous expliquons toujours dès la première rencontre quelles sont nos positions idéologiques, nos références et nos pratiques. Nous accordons toujours ensuite un délai de réflexion afin que la personne puisse manifester son engagement. Dans un second temps nous lui demandons de participer comme observateur à plusieurs consultations. Ce moment est important car il permet au futur médiateur d'appréhender directement le dispositif technique, les effets de groupe, les problèmes de traduction, la dynamique du dispositif, l'impact des souffrances des consultants etc. C'est seulement à l'issue de ce premier « cursus » que nous lui proposons alors de devenir médiateur.

Le schéma-modèle suivant résume les principaux cadres devant constituer un programme de formation à la fonction de médiateur interculturel.

Dimensions théoriques	Sociologie et immigration	Histoires des migrations
		Aspects socioculturels
		Sociologie spécialisée : Sayad – Wieworka etc.
	Les grandes notions de la psychanalyse	Appareil psychique et inconscient
		Relations et relations d'objet
		Transfert et contre-transfert (dont culturel)
	Anthropologie culturelle	Notions générales : la notion de culture –les systèmes de parenté – les systèmes de nomination
		Les modes d'acculturation
		Configurations de quelques cultures classiques ou représentatives
	Linguistique et traduction	Notions générales
		ethnolinguistique
Figures de la traduction		
Dimensions pratiques	Jeux de rôles	
	Participation observante	
	Régulation après mise en situation réelle	

Recherche Action : méthodologie et apport de connaissances

Estelle IZERABLE¹³²

La recherche action, en tant que telle, est une démarche collective dont le point de départ est, en général, une situation-problème. S'inscrivant dans la durée, elle vise un changement par l'analyse de la situation, des problèmes, des solutions possibles et l'élaboration d'une action. Cet atelier s'attelle à la problématique du demandeur d'asile en terme de santé mentale afin d'améliorer l'offre de soins pour cette population et construire un dispositif adapté. Composée de 24 participants agissant auprès de cette population, elle s'inscrit dans un programme défini en plusieurs étapes s'étalant sur douze séances. Elle vise deux objectifs principaux : transformer la réalité par une action (mise en place d'un dispositif dans la région Rhône-Alpes) et produire des connaissances.

Rassemblant différents intervenants auprès des demandeurs d'asile, la recherche action va induire une dynamique de groupe et contribuer à la production d'informations et de connaissances. La première rencontre des acteurs leur donne l'occasion de s'exprimer sur leur profession, leurs activités et leur pratique. Elle apporte une première connaissance sur les différents partenaires, les structures existantes et leur fonctionnement. Chaque personne discute de sa façon de concevoir la problématique de la demande d'asile et de la santé mentale de cette population ainsi que les outils et les éléments qui leur semblent pertinents pour l'appréhender. Les premières séances dissipent les malentendus possibles et permettent de connaître le système de croyances et de connaissances de chaque intervenant. Pour qu'un transfert continu de connaissances puisse s'effectuer, chaque acteur doit reconnaître ses propres savoirs et ceux des autres intervenants. Ce premier

contact évite une addition des intérêts individuels et permet l'inscription des participants dans un groupe pour constituer un noyau avec un objectif commun. Cette rencontre, par une reconnaissance interpersonnelle, permet à la fois une dynamique de groupe favorisant une réflexion productive et l'accès à la connaissance, mais offre une base des pensées et des considérations des différents intervenants, base sur laquelle le questionnement collectif va se construire. C'est donc une double rencontre de personnes et de connaissances, les dimensions interdisciplinaires et pluriprofessionnelles constituant une plus-value.

La recherche action s'inscrit dans une démarche où les réalités sociales sont co-produites par les participants et les chercheurs, visant une prise de conscience et une connaissance critique de ces réalités. Elle offre une connaissance de la situation actuelle de la région Rhône-Alpes en répertoriant les différentes structures déjà existantes, leur histoire et leurs relations, données nécessaires à l'élaboration d'un dispositif adapté. En s'appuyant sur les activités des acteurs, des conditions et des moyens d'action, la recherche action induit une meilleure exploitation des ressources territoriales et une meilleure connaissance du terrain. L'atelier débute par une prise de conscience de l'intervenant sur sa situation et son activité professionnelle. Il reste un espace d'ouverture et de création où se développent des avis multiples. L'objet de recherche va peu à peu se définir et pouvoir être saisi par les acteurs. Ainsi, la connaissance s'approprie en situation par les intervenants concernés.

En deuxième lieu, la recherche action va recueillir des informations jusque-là souvent officieuses. En effet, une grande partie de l'information concernant la demande d'asile et la santé mentale des exilés est de nature informelle. Elle est seulement présente dans la tête de l'intervenant. Elle peut être échangée à l'oral entre collègues, mais reste trop peu souvent écrite dans des conventions ou des chartes communes.

La recherche-action permet donc de faire circuler l'information, en particulier en début de chaque séance, intitulée « infos générales », où les participants et les chercheurs

¹³² Bénévole à ASR (Actions Service Réfugiés).

s'échangent des écrits, des articles et de la documentation. Cette mise en commun permet de capitaliser l'information et les connaissances. Ces informations sont ensuite traitées durant les séances : elles vont être analysées, organisées et stockées. Chaque situation clinique présentée va décortiquer les informations anciennes et nouvelles apportées et proposées. Ce grand marché de renseignements permet une exploitation efficace des sources d'information. La recherche action va s'alimenter de ses apports. Les informations vont être peu à peu organisées par les acteurs et récapitulées par les chercheurs dans des tableaux, constituant ainsi une grille de lecture commune, outil apte à traiter le problème. De même, les informations sont stockées dans le carnet de bord, qui constitue la mémoire du groupe. Cette information va ainsi devenir connaissance par son insertion dans un contexte et dans un usage.

Les participants sont porteurs d'une expérience et d'un savoir-faire, issus des interactions avec le milieu social, qui doivent être réfléchis et pensés pour qu'ils soient source de connaissance. La mise en dialogue de ces savoirs amène des questionnements de la part des autres participants, des apports, des formulations différentes. Une réflexion et une prise de conscience de notre expérience personnelle vont permettre à ces savoirs d'être élaborés. C'est sur les multiples interactions de ces différents savoirs et de leur mise en sens que va se bâtir la recherche et la connaissance. La connaissance va aussi émerger de ce va-et-vient entre savoir théorique et savoir pratique, le savoir théorique éclairant le savoir-faire et celui-ci testant le savoir théorique. Ces remises en question et ces feed-back permettent un enrichissement des connaissances.

La plus-value de connaissance apportée par cet atelier découle aussi du fait qu'il est novateur. Même si la recherche s'appuie sur les dispositifs déjà existants dans d'autres régions, l'atelier propose un dispositif nouveau et adapté à la région Rhône-Alpes, qui peut s'intégrer ou compléter les autres structures. L'atelier offre des bénéfices

immédiats à savoir un prolongement des connaissances pour les participants, et ainsi élaborer un dispositif qui s'inscrit dans la continuité et le long terme.

L'atelier assure donc une plus-value de connaissances en permettant aux participants de s'emparer mentalement de l'objet, c'est-à-dire la santé mentale du demandeur d'asile, et de définir sa nature à travers la découverte de ses propriétés.

La consistance psychique de la différence culturelle

René KAËS¹³³

Etre un autre pour un autre.

Au milieu des années trente, alors qu'il est sur le terrain de ses recherches ethnologiques dans le Sud-Est asiatique, G. Devereux fait la découverte qu'il est « un autre pour ces autres » dont il veut connaître la culture. Cette découverte est une révolution épistémologique, elle est la formule de la fin de l'ethnocentrisme.

« Etre un autre pour un autre » est une formule proche et différente d'une autre révolution, celle de la psychanalyse, là où elle fait buter la psychologie du Moi sur l'altérité radicale de l'autre, de l'Autre interne, celui de l'inconscient, et de l'autre externe, celui qui est irréductible à toute représentation que nous pourrions en avoir. Le cadre psychanalytique de cette découverte est celui l'espace contretransféro-transférentiel, dont la formule pourrait se dire ainsi : « chacun figure un autre pour un autre et chacun se découvre être un autre pour lui-même ».

Cette formule pointe le malentendu fondamental de la rencontre intersubjective, le malentendu qu'entretient le leurre de l'accès immédiat à l'autre. Il n'est pas de rencontre qui ne se cherche d'abord sous le signe de l'identité immédiate et de la coïncidence. Mais il n'est pas de rencontre capable de produire un effet de vérité si elle ne bute pas sur un écart dont la formule est précisément déclinée à partir de cette première reconnaissance de la différence : « je suis un autre pour un autre ». Toutefois, mettre ainsi l'accent sur l'écart, sur la différence dans la réciprocité des perspectives et sur l'altérité laisse entière la question de ce qui rend possible les zones « communes » de la « communication », de ce qui constituerait un espace psychique partageable qui fasse lien et passage entre les êtres humains et entre leurs cultures.

¹³³ Psychanalyste, Professeur Emérite, Université Lyon II.

Je voudrais proposer quelques idées sur la consistance et les dimensions psychiques de la rencontre interculturelle. Certaines propositions seront nécessairement des assertions, des hypothèses ou des postulats que je ne pourrai pas développer dans le cadre de ce bref exposé. Je dois prier le lecteur de se référer aux indications bibliographiques.

I/ Un séminaire d'analyse transculturelle de groupe

J'introduirai mon exposé par quelques commentaires d'un séminaire d'analyse interculturelle conduit selon les règles du travail psychanalytique en situation de groupe. Les principales découvertes de ce séminaire (organisé à Maastricht en juillet 1985 par l'Association Européenne pour l'Analyse Transculturelle de Groupe) ont déjà été exposées à plusieurs reprises, et je me limiterai donc à en résumer certains résultats. Ce séminaire a réuni environ 70 psychothérapeutes de groupe en provenance de différents pays européens, et douze psychanalystes qui ont formé l'équipe chargée de conduire le séminaire selon les modalités classiques du travail psychanalytique en situation de petit groupe et de groupe large. Dans les petits groupes, aucun interprète linguistique n'était proposé comme élément du dispositif. Toutes les séances de grand groupe étaient multilinguistiques et elles ne comportaient pas d'interprètes.

Notre hypothèse centrale était que ce dispositif constituerait un instrument approprié pour mettre en évidence et analyser les éléments culturels qui contribuent à la structuration du Soi et de l'identité. Nous supposons en effet que la régression provoquée par le dispositif de groupe transculturel mobiliserait les processus psychiques qui fondent la partie la plus primitive de la personnalité et l'étayage de celles-ci sur les structures culturelles transindividuelles.

Pour ce qui me concerne, ce dispositif me paraissait intéressant sur un point que nous connaissons mal. Il mobilise le sujet non seulement dans son rapport à la différence des cultures, mais aussi à la différence des générations et la différence des sexes. Ces trois différences posent d'une manière centrale la question de l'origine et de l'identité. Avec ce

dispositif, nous pouvions étudier les relations entre ces deux différences avec la différence culturelle, ce que j'ai appelé la troisième différence :

Un enjeu psychique de la rencontre des cultures : le rapport à la langue.

Dans les conditions méthodologiques qui caractérisaient le dispositif de groupe sans traduction linguistique, le rapport à la langue a été central et constant dans l'ensemble du séminaire. Ce rapport s'est qualifié de la manière suivante :

1°) *La situation du séminaire a confronté les participants à l'impossibilité d'une langue commune et d'une culture commune.* Le trait le plus spécifique de cette situation a été la mise en crise d'un espace de jeu avec la langue. La différence des langues était insoutenable ou déconcertante, en l'absence de traduction officielle. La souffrance d'un retour impossible (la nostalgie) vers une unité perdue et une langue unifiée sont apparues à travers les fantaisies de réunification de la langue originelle commune (mythe de Babel), mais aussi à travers les angoisses du chaos. Ces fantaisies et ces angoisses ont pu être analysées dans leur corrélation avec la division entre le sujet parlant, la langue et son énonciation.

2°) *La souffrance culturelle et la souffrance de la langue* se sont exprimées sous la forme d'une plainte concernant ce qui n'a pas été transmis par la langue : la langue maternelle ou la langue paternelle non transmises, la langue apprise et perdue, le nonaccès à la langue de l'autre. Cette langue qui nous échappe et dont nous n'avons pas la disposition immédiate marque une limite à notre possibilité de communiquer. Une plainte multiforme était adressée aux générations précédentes. Elle soutenait chez plusieurs participants le fantasme d'une communication directe par le corps à corps : par la danse et le mouvement.

3°) *La violence de la blessure infligée par la langue de l'Autre.* Elle fut exprimée de manière inattendue par une participante qui refusa violemment d'entendre la langue allemande : c'était pour elle une langue blessante, associée à des traumatismes

graves. Pourquoi l'allemand comme langue, mais aussi l'Allemand comme représentant d'une culture, ont-ils été ainsi « empêchés » de parler leur langue ? Un travail d'élaboration sur les affects et les angoisses liés à ce refus a conduit à évoquer la barbarie nazie, mais aussi des scénarios d'agression et de violence sexuelle sadique et divers mécanismes de défense contre eux : rejet, projection, identification à l'agresseur, sentiments de culpabilité à éprouver de la haine. Il fut aussi question du déni en commun mis en œuvre dans les thèses révisionnistes. Cependant, cette élaboration fut soudainement abandonnée, non seulement pour ne pas entamer la cohésion imaginaire du séminaire, mais aussi, à mon avis, parce qu'une corrélation se faisait jour entre les fantasmes sexuels sadiques associés à la différence culturelle.

Sur la base de cette expérience, j'ai proposé l'hypothèse que le séminaire était mobilisé, à ce moment-là, par un fantasme commun : « *On empêche quelqu'un de parler* ». Ce qui est empêché de parler, c'est ce qui en soi-même et en l'Autre est refusé dans l'accès à la parole. Mais il convient de souligner que cet empêchement a été projeté sur la langue allemande et sur l'Imago de l'Allemand selon les frayages ouverts par les traces qui se sont constituées dans l'Histoire européenne. Certaines de ces traces fonctionnaient pour certains participants comme des points de nouage traumatiques ; elles concernaient la partie de soi à laquelle il importait, pour diverses raisons, de ne pas donner la parole.

4°) *La peur de la perte de sa propre langue et le renoncement supposé nécessaire pour parler la langue de l'Autre.* La peur de perdre sa langue en apprenant ou en parlant une autre langue, la peur de ne plus être reconnu par les siens, de ne plus savoir parler sa propre langue, nous a donné une indication sur ce que vivent ceux qui ont été contraints d'apprendre la langue de l'autre (de l'étranger). Corrélativement, ce à quoi il faut renoncer pour parler la langue de l'autre a été à maintes reprises souligné, et nous pouvons y voir un rappel de cette expérience du renoncement nécessaire pour pouvoir parler. Parler la langue de l'autre c'est d'abord, pour chacun d'entre nous, renoncer à la toute-puissance de sa propre langue investie comme langue universelle.

5°) *Le pouvoir et la jouissance de l'interculturalité.* La souffrance culturelle et de la souffrance de la langue a pour contre-face le pouvoir et le plaisir de parler plusieurs langues c'est-à-dire, pour l'inconscient, parler toutes les langues. La jouissance de l'interculturalité est celle d'être de toutes les cultures, d'être hors de la différence, ce n'est pas seulement le pouvoir social donné par cette capacité. Ce pouvoir et cette jouissance se manifestaient chez des participants qui ont accompli une fonction spontanée de traduction dans le séminaire. Le plaisir de la traduction et de l'interprétation est pour une part associé à l'exercice du pouvoir de s'entremettre, de se mettre *entre*, de médiatiser le passage entre deux langues, de rendre possible le lien, d'être l'agent de change des mots, des idées ou des sentiments.

6°) *Plusieurs « théories » de la langue ont été élaborées au cours du séminaire.* Elles concernent toutes l'origine des langues. Trois principales théories ont été proposées :

a) *Les théories familiales :* les langues s'originent dans le cercle familial où elles peuvent se différencier comme celle de la mère, celle du père, celle des parents ou celle des frères et sœurs. Cette représentation de la langue familiale était associée à des fantasmes de chaos, mais aussi des formations défensives contre une langue incestueuse.

b) *Les théories corporelles :* les langues corporelles (gestes, mimiques, expressions de la sensorialité visuelle et kinesthésique) sont les langues originaires, donc unifiantes. Elles sont présentées comme des alternatives à la langue parlée qui inaugure et perpétue la douloureuse expérience du malentendu, c'est-à-dire de la division et de l'écart entre la chose, le mot et la parole du sujet parlant.

c) *Les théories religieuses :* le mythe de Babel fut évoqué pour fournir la représentation du chaos, mais aussi du caractère grandiose du projet du séminaire, l'origine de la diversité des langues résultant de cette entreprise coupable de vouloir égaler Dieu.

Toutes ces théories de la langue sont des théories sexuelles de la langue. Elles sont des réponses à la curiosité sexuelle concernant les rapports entre les parents et entre les enfants et les parents (cf. S. Ferenczi). Les théories de la langue commune idéale et les théories de la langue secrète se rattachent à ces théories sexuelles. Toutes sont soutenues et infiltrées par des fantasmes incestueux, des fantasmes de séduction et de toute-puissance.

7°) *La culture introduit à deux ordres qui structurent la psyché :* à l'ordre de la langue, c'est-à-dire au trésor des signifiants préconstitués et transmis. ; à l'ordre de la *nomination* et de la désignation de places dans un ensemble sexué, générationnel et culturel. L'ordre culturel est constitué de repères identificatoires, de représentations et de systèmes de symbolisation. La culture est ce qui nous en est transmis, ce qui est acquis et incorporé ou introjecté dans le lien primaire.

Dans ce séminaire, *la différence culturelle* a été le plus souvent traitée à travers les différences sexuelles et générationnelles. Je pense que la raison tient à la difficulté de constituer une représentation des dimensions psychiques de la rencontre interculturelle. Je voudrais proposer quelques points de repères pour construire cette problématique.

II/ Les processus en travail dans la formation de l'identité

Un triple processus concourt à la formation de l'identité sexuelle, générationnelle et culturelle.

L'identification primaire, narcissique, du nouveau-né par les premiers représentants de l'humain, d'abord la mère. Le nouveau venu est à la fois un représentant de l'espèce, elle-même représentée par le groupe large dans lequel le bébé vient « au monde », et le représentant singulier du narcissisme parental. Le nouveau né est identifié comme étant de la même pâte que moi, il a forme humaine. C'est dans la mesure de cette reconnaissance, soutenue par ce que P.-C. Racamier nomme les identifications du Moi, qu'il prend forme humaine. Dès ce moment, les soins primaires, les processus d'accordage mutuels de la mère et de l'enfant, la qualité des investissements pulsionnels confortent et soutiennent l'accès à la langue, au langage, à la parole, aux codes du

lien. Se construit ainsi un « appareil à interpréter-signifier » (Freud) commun à la mère et à l'enfant, puis généralisé au groupe tout entier.

L'anticipation de l'appartenance. Ce second processus accompagne le premier dans la forme et dans le contenu de ce que P. Castoriadis Aulagnier (1975) a décrit comme le contrat narcissique. Il prescrit que chaque sujet vient au monde de la société et de la succession des générations en étant porteur d'une mission : celle d'avoir à assurer la continuité de la génération et de l'ensemble social. Dans cette mesure, le groupe d'*appartenance* anticipe une place pour chacun dans l'ensemble. Corrélativement, pour assurer sa propre continuité, l'ensemble doit investir narcissiquement cet élément nouveau. La place offerte par le groupe au nouveau-né selon les termes du contrat lui est signifiée par l'ensemble des voix qui, avant lui, ont tenu un certain discours conforme au mythe fondateur du groupe. Ce discours inclut les idéaux et les valeurs ; il transmet la culture et les paroles de certitude sur lesquelles s'étaie l'ensemble social. Ce discours, chaque sujet doit le reprendre à son compte. C'est par lui qu'il est relié à l'Ancêtre fondateur.

Sans engager ici le débat sur les composantes de ce contrat, dans lequel le sujet et l'ensemble fonctionnent l'un pour l'autre à la fois comme des représentants du narcissisme, comme une source de celui-ci et comme une base des fonctions d'auto-conservation, on peut souligner que ce contrat est le fondement conjoint de l'identité du groupe et de l'identité du sujet. Il est une des composantes majeures du lien social et de la culture du groupe d'appartenance.

Les défaillances et les ruptures de ce contrat suscitent des expériences douloureuses de trahison, de déshérence et de déshéritage. Ceci n'est pas sans effets dans l'expérience interculturelle. J'en donnerai un bref exemple : une de mes doctorantes, Madame Blanchet-Koehler, a fait une recherche sur les difficultés scolaires rencontrées par des enfants de cadres français émigrés en Allemagne. Elle a constaté que l'un ou l'autre des parents vivait l'émigration

imposée par leur entreprise comme une trahison des valeurs dans lesquelles ils avaient été élevés. Leurs enfants ne voulaient pas apprendre l'allemand, l'apprentissage de la langue manifestait la rupture du contrat narcissique, que l'on pourrait aussi décrire comme un contrat de loyauté. On voit ici la portée intergénérationnelle de ce contrat.

La différenciation et l'altérité. Ce processus se construit à travers les expériences successives du conflit, du refus, de l'écart, de l'obstacle, mais aussi au cours des séparations majeures : l'expérience du sevrage, de l'intrusion (le frère), l'élaboration du conflit œdipien, la sortie partielle du groupe lors de l'entrée à l'école, puis celle, plus radicale, qui se produit lors de l'adolescence et du passage au monde des adultes.

Dans l'expérience de la sortie de la famille et de l'entrée à l'école, l'enfant est confronté pour la première fois à l'épreuve narcissique des « petites différences ». Cette expérience conforte son identité et le confronte, lui et son groupe d'appartenance, avec ce qui, dans le rapport à l'autre, est menaçant, inconnu, mais aussi attractif. En effet, en sortant de la famille, l'enfant est sollicité par d'autres formes et par d'autres contenus de pensées, par d'autres modèles de conduite, par d'autres objets d'identification, par d'autres modalités de satisfaction de sa curiosité. D'autres alliances, d'autres appartenances entrent en conflit ou en continuité avec celles qui l'ont constitué dans sa famille. De cette capacité de jouer avec sa propre culture procède la qualité des confrontations ultérieures avec la différence culturelle.

Dans la rencontre avec l'autre, avec l'étranger dans la différence culturelle, avec les parents dans la différence des générations et avec l'autre sexe dans la différence des sexes, toutes les dimensions de la rencontre originaires sont de nouveau mobilisées. C'est-à-dire : les traces qu'elle a laissées, les modèles de lien qu'elle a constitués, les fondations narcissiques et objectales qu'elle a mises en place, les modalités de traitement du refoulement, l'organisation de la vie pulsionnelle et de ses expressions, les voies de la sublimation.

Brèves remarques sur la question dite « du voile ».

La question dite du voile condense différentes dimensions de la différence culturelle : religieuse et assurément politique dans certains cas, identitaire dans l'appartenance conflictuelle à une ou deux communautés. L'école est le temps et le lieu de ce conflit entre filiation et affiliation. Mais il est patent que les dimensions sexuelles et intergénérationnelles sont en constante corrélation avec toutes ces autres dimensions. Le débat passionnel qui obscurcit cette question est, pour une part, dû à cette intrication entre ces composantes culturelles, sexuelles et intergénérationnelles, dont il faut rappeler qu'elles sont mises en rapports cataclysmiques à l'adolescence, et d'autant plus que les conflits portent sur les trois dimensions de la différence à la fois, qu'elles sont niés ou occultés.

III/ La pensée de la différence et la troisième différence. Perspectives psychanalytiques

Je voudrais maintenant préciser la consistance psychique de la troisième différence et ses rapports avec les deux autres différences majeures. Deux axes de réflexion sont utiles pour penser ces différences. Le premier concerne les valeurs de la différence dans la réalité psychique, le second distingue les formes de l'expérience où se porte la pensée de la différence.

Les valeurs psychiques de la différence.

La première valeur de la différence est celle du déplaisir : la différence surgit dans l'opposition de la réalité interne et de la réalité externe au Moi-plaisir. Elle se constitue en relation avec l'expérience de ce qui est mauvais et hostile : elle prend la signification et la valeur de ce qui est projeté ou rejeté à l'extérieur. La souffrance ainsi épargnée forme la catégorie négative du *non-moi* assimilée ici au *non-bon*, source de *non-plaisir*. Dans l'œuvre de Freud, le concept de la différence se superpose à plusieurs reprises à celui de l'étranger, et

ces deux notions sont associées aux valeurs du déplaisir et de l'hostilité.

La seconde valeur s'associe à la souffrance du sevrage d'avec le "corps" maternel. L'expérience persécutrice et dépressive associée à la séparation réorganise les rapports dedans/dehors. Dans cette épreuve d'éloignement du lieu et du lien des commencements, se nouent les significations ultérieures de l'exil et, dans le prisme du conflit œdipien, de l'exogamie. Les catégories prévalentes associées à cette seconde valeur sont celles du *non-lien* et de la séparation.

La troisième valeur est celle de l'altérité. Elle s'organise en trois moments principaux : dans l'élaboration du mouvement dépressif de la séparation et dans la constitution de l'objet total ; dans la découverte que l'enfant n'est pas *l'autre* du désir de la mère ; dans la confrontation avec la différence entre les sexes et entre les générations, spécialement dans la traversée de l'œdipe. La formation négative de ces découvertes pourrait être *non-le même*.

La quatrième valeur se forme dans l'expérience de la sortie du groupe familial, et dans la nécessité de réaménager, avec l'accès à l'école notamment, les rapports entre la Loi, les normes éprouvées dans la famille et celles qui sont en vigueur hors de celle-ci, dans les groupes de non-familiers. La catégorie émergente est celle du *non-nous*.

Ces quatre valeurs de la différence dans la réalité psychique (non-plaisir et hostilité, non-moi et séparation, non-le même et altérité, non-nous et identité) appellent trois remarques.

Les représentations et les affects associés à ces expériences de la différence sont d'abord marqués d'un signe négatif. Elles témoignent de la menace d'une rupture dans l'état du narcissisme primaire, dans la croyance initiale dans la continuité de l'Un, du plaisir du même et du nous, dans la fiabilité du contrat narcissique. Ces valeurs négatives ont toutefois une fonction structurante dans la formation de l'identité et de l'altérité.

La seconde remarque porte sur la violence qui s'attache aux enjeux du rejet et de l'exclusion. Leur radicalisation s'exprime, qu'il s'agisse de la différence des sexes, des générations ou des cultures, dans la forme générale de l'énoncé qu'en a proposé J. Bergeret (1984) : "Ou moi,

ou l'autre". Le meurtre de l'autre est un enjeu (et une issue radicale, possible, mais bien sûr inefficace) de la différence intraitable parce que demeurée en panne d'élaboration.

La troisième remarque concerne la tentative complémentaire et opposée de traiter les effets négatifs de cette violence. Ce traitement peut s'effectuer de deux manières. Soit en abolissant le négatif par le déni, ce qui revient à escamoter tout accès à la différence, à installer le leurre de la mêmeté et à entretenir la violence destructrice. Soit en transformant par le travail de la pensée les représentations et les affects qui sont attachés à cette violence, pour reconnaître que la différence est la condition de la (re)connaissance corrélatrice de soi et de l'autre.

Les trois formes de la différence.

Nous pouvons maintenant distinguer les dimensions psychiques des oppositions impliquées dans trois formes de la différence.

La première est l'opposition humain/non-humain. Elle se spécifie dans la distinction entre l'animé et l'inanimé, l'humain et l'animal. L'accès à cette opposition organise les identifications fondamentales du sujet à l'humain. La transgression des interdits qui maintiennent ouverte cette opposition et cet écart dans la différence est indexée dans l'ordre du monstrueux et du contre-nature.

La seconde opposition, à l'intérieur de l'humain, qualifie la différence des générations et la différence des sexes. La psychanalyse a donné à ces deux différences la valeur d'un invariant anthropologique dont le rôle structurant est fondamental dans l'organisation de la vie psychique et dans la vie sociale. L'élaboration psychique de la différence entre les sexes organise le rapport du sujet au manque et au désir dans le rapport à l'autre. La différence entre les générations l'introduit aux rapports de précession et de succession dans l'ordre du désir et du temps, le confronte à l'impossible retour à l'origine et à sa propre genèse dans une histoire scandée par le désir sexuel et par la

mort, celle des autres et la sienne propre. La transgression de ces différences produit la catégorie de l'incestueux et de l'auto-engendrement.

La troisième opposition s'organise sur la base des différences dans l'ordre des appartenances sociales et de la culture. Elle introduit le sujet à ses repères identificatoires, aux identités partagées, aux alliances psychiques, narcissiques et défensives nécessaires à la vie en commun, aux renoncements que chaque culture exige pour fonder son ordre symbolique propre. La transgression de cette opposition produit la catégorie de l'ennemi et celle du narcissisme dit des « petites différences », mais dont on mesure sur les bases que j'ai développées, toute l'ampleur d'exclusion et de repliement mortel.

Alors que les deux premières différences ont un fondement biologique irréductible, *interprété* quant à son sens par chaque sujet et par chaque culture d'une manière spécifique, la troisième différence est d'un autre type : elle n'a pas de fondement biologique, sa transgression n'est ni incestueuse ni monstrueuse, mais elle se tend à se représenter comme telle, sur le modèle des deux autres.

La consistance psychique de la troisième différence.

À partir de ces deux axes, comment penser la consistance psychique de la différence culturelle ? La différence culturelle tient sa consistance essentielle de l'intrication du narcissisme individuel et du narcissisme du groupe. Je souligne le caractère vital de ce narcissisme. Le rejet de la différence, en raison de la menace qu'il constitue pour ce narcissisme de vie, le transforme en narcissisme de mort.

La notion de la différence culturelle se constitue dans l'épreuve de ce qui, étranger, est représenté comme hostile ou mauvais pour le « Nous ». Le « Nous » est ce par quoi se désigne l'identité des sujets réunis par une communauté d'identifications, de représentations et de signifiants communs. Le mythe, les rites, les coutumes et les usages constituent un ensemble de références identifiantes pour soutenir l'appartenance à un groupe introjecté comme « nous ».

L'affirmation de l'identité culturelle est la conséquence de la constitution simultanée du "Nous" et de l'Autre, de l'étranger qui incarne la différence culturelle. La rencontre avec cet Autre peut mettre en péril les formations psychiques partagées et les valeurs communes intégrées dans l'unité narcissique du « Nous ». Ceci revient à dire que la différence culturelle ne nous est d'abord connue que dans l'épreuve du rapport au-dehors, sur la frontière qui constitue corrélativement le « Nous » et l'étranger, dans les valeurs négatives, dangereuses, hostiles, haineuses, de l'étrangerité.

Quels rapports entretient cette troisième différence avec les deux autres ? Mon hypothèse est que la troisième différence, dans sa consistance propre, se prête à la métaphorisation des deux autres (humain-non humain, sexe-génération) parce qu'elle est infiltrée par les fantasmes qui introduisent les deux premières dans la réalité psychique. Elle est, pour reprendre l'image freudienne, comme un commutateur qui permet de dériver le contenu des deux premières sur celui de la troisième, et inversement de se représenter la troisième dans les catégories des deux autres.

Les thèses racistes qui traitent de la différence culturelle ne peuvent accepter cette irréductible différence qui les menace. La dénonciation des différences, le surinvestissement narcissique de l'origine, l'impératif de préserver la "pureté du sang" sont autant d'expressions de l'angoisse de transgresser des interdits sexuels ou inter-espèces ; c'est cette angoisse qui sous-tend le rapport à l'étranger comme rapport à l'étrange-inquiétant et familier. Dans cette conjonction, l'autre culturel ne peut être qu'un monstre, un animal, un être infantile, un sauvage qui tout à la fois attire, séduit et dont il faut se préserver. Il faut sauvegarder le groupe, voire l'espèce, contre cette attirance dangereuse pour l'étranger (pour l'étrangère) et la figure de transgression sexuelle qu'il représente.

IV/ L'altérité fragile. L'aire commune de rencontre interculturelle

Qu'est-ce qui rend possible que nous puissions, dans la rencontre avec l'autre, maintenir une zone de communication ? Qu'est-ce qui dans la psyché assure la continuité au-delà des différences ? Comment rencontrer l'autre dans la différence culturelle ? S'il y a de la différence, et du différend, dans quelle aire commune communiquer ?

D.-W Winnicott (1967) a situé l'expérience culturelle dans l'extension de l'aire transitionnelle. Il a proposé le modèle d'une formation et d'une fonction psychiques intermédiaires dans lesquelles les objets ne sont ni identiques ni étrangers au moi, ni dépendants de lui, ni à jamais perdus par lui. Dans cette aire transitionnelle, la réalité psychique peut se partager, à la condition qu'elle ne soit pas réduite par l'un ou par l'autre à la sienne propre. C'est ce que nous avons à comprendre pour que la rencontre soit possible, pour qu'elle préserve la relation d'inconnu et la reconnaissance de l'altérité dans une aire transitionnelle, une fois la violence de la rencontre acceptée. Le dépassement du « complexe de l'étranger » est la condition de la rencontre interculturelle dans laquelle les différences sont reconnues et acceptées comme une dimension de la croissance psychique. Ce dépassement constitue un des enjeux de la survie de l'espèce au cours du nouveau millénaire.

Une clinique des situations extrêmes à l'épreuve de la différence culturelle

Il se développe au sein de notre propre société un phénomène qui pose d'une manière radicale la question de la différence culturelle : je pense ici aux situations de précarité psychique et sociale extrême dans laquelle vivent les sans abri, les errants, certains réfugiés et demandeurs d'asile. Que ces personnes soient originées dans une autre culture que la nôtre ou dans la nôtre, leur situation et les processus multifactoriels qui les y ont conduits fabriquent une culture autre, celle de la précarité, de l'errance et de la marginalité qu'elles engendrent. Ces personnes sont retranchées de leur culture d'origine comme elles le sont de la nôtre. Le processus de dénarcissisation qui se développe dans ces conditions est sans doute un facteur de surexposition de ces personnes aux maladies, à la violence et à la mort.

Le processus de dénarçissement est à comprendre comme un des mécanismes de défense contre la douleur psychique lorsque la crise aiguë, le chaos et la déréliction requièrent du Moi de ne pas percevoir, de ne pas éprouver, de ne pas se remémorer, de ne pas penser. D'autres mécanismes de défense vitaux sont utilisés, parmi lesquels l'apathie, la destruction, l'effacement ou le rejet des signifiants, exportés hors psyché ou, *a minima*, maintenus dans la psyché, mais hors temps, hors récit, au risque de devenir toxiques parce qu'ils n'auront pas été digérés.

On peut vérifier en ces situations cliniques extrêmes que ce qui est le plus fragile dans toute organisation vivante, et pas seulement psychique, ce sont les formations intermédiaires et les processus articulaires. Ces formations et ces processus sont les plus menacés par les défauts et les défaillances des garants méta sociaux et métapsychiques qui ordinairement soutiennent l'activité de symbolisation, le processus de la subjectivation et la construction du sens dans le lien intersubjectif. Il s'agit principalement des alliances structurantes qui incluent les soins nécessaires à la vie, le contrat narcissique et les interdits fondamentaux sur lesquels reposent la sécurité et l'identité. La conséquence majeure du défaut ou de la défaillance de ces garants est l'effondrement et la mise hors circuit de la capacité de penser, par effondrement des représentations verbales sur l'effacement ou le déni des expériences perceptives et sensorielles.

Il arrive que des mesures prises dans ces conditions pour retisser des liens intrapsychiques et intersubjectifs, pour rétablir un dispositif d'étayage de la vie pulsionnelle et des processus de pensée sur un environnement contenant et restructurant rencontrent des obstacles considérables. Ils ont été soulignés par plusieurs observateurs : le refus hostile d'une écoute, le maintien de la rupture du lien, la revendication d'une solitude radicale. Toutes ces mesures apparemment paradoxales ont pour ressort de traiter la douleur extrême par la destruction de la vie psychique et le refus du lien.

Dans la thèse de Doctorat en Psychologie (« Psychodynamique de l'errance ») qu'elle a soutenue en 2002 devant l'Université Lumière Lyon 2, Valérie Colin s'est donné pour objectif de dégager la dynamique psychique sous-jacente à une catégorie sociale désignée comme SDF du fait de sa présence continue à la rue. Sa contribution à la clinique des situations extrêmes est importante : elle montre que des parties de la psyché sont massivement déplacées dans l'espace externe alors que d'autres demeurent dans l'espace interne, mais au prix de certaines mutilations psychiques et de l'exclusion du sujet hors de sa psyché. Le retour vers des zones d'indifférenciation moi non-moi et la mise en échec de l'espace transitionnel développent des pathologies qui évoluent vers une destruction de la vie psychique, sociale et somatique.

Face à cette impasse, il est urgent de porter une attention soutenue à des dispositifs d'accueil de demandeurs d'asile, lorsqu'ils tentent de reconstruire des étayages et des conteneurs de pensée, lorsqu'ils travaillent à rétablir les contrats intersubjectifs de base : par exemple en créant des espaces de rencontre temporairement à l'abri des seuls rapports de force, ou encore en mettant en œuvre des dispositifs de médiation.

De tels dispositifs montrent comment, chez les sujets en errance et en déshérence, le processus de psychisation peut se reconstituer à partir des trois sources (corporelle, groupale et culturelle) de l'étayage. Pour que ce processus se mette en œuvre, il est important d'avoir présent à l'esprit que le traumatisme incorporé, enkysté dans la psyché et dans le corps, doit pouvoir, à un certain moment, se déplier, se décondenser et reconstituer la pensée douloureuse de ce qui fut hors temps, hors représentation, désaffecté, hors mémoire.

La crise aiguë, le chaos, la catastrophe requièrent alors une pluralité des voix qui témoignent, qui écoutent et qui dotent de possibilité de sens chaque histoire singulière. La pluralité des versions, des récits, des narrations sollicite et soutient des identifications plurielles, capables de contenir des fragments d'expérience et de les re-lie. Le processus majeur est de reconstituer les conditions d'un réétayage du Moi, de reconstruire des éléments d'histoire en rétablissant la polysémie des récits croisés.

Références bibliographiques.

Bergeret J., 1984, *La violence fondamentale*, Paris, Dunod.

Castoriadis Aulagnier P., 1975, *La violence de l'interprétation. Le pictogramme et l'énoncé*, Paris, Presses Universitaires de France.

Devereux G., 1967, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion (1980).

Kaës R., 1998, « Une différence de troisième type. Différence culturelle et souffrances de l'identité », in Kaës R., Ruiz-Correa O.-B. et collab., *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod.

Kaës R., 1998, « Il disagio del mondo moderno e taluni disturbi della vita psichica : caos nell'identità, difetti di simbolizzazione, illusione della fine delle illusioni », *Psiche*, 1, 121-130.

Winnicott D.-W., 1967, « La localisation de l'expérience culturelle », in : *Jeu et Réalité*. Paris, Gallimard (1975).

Objectifs et présentation de l'équipe Accueil Demandeurs d'Asile

Julie KIEFFER¹³⁴

L'objectif de l'équipe Accueil Demandeurs d'Asile du Secours Catholique de Lyon consiste à accueillir et accompagner les demandeurs d'asile isolés hors centre afin de mieux prendre en compte leur situation d'extrême précarité, et également leur donner la possibilité de bénéficier d'un accompagnement tout au long de leur procédure.

L'équipe ADA, composée d'une trentaine de bénévoles encadrés par une responsable d'équipe et une psychologue, est organisée autour de 6 pôles.

☞ **Le pôle accueil**, lors de permanences, donne les premières informations concernant la demande d'asile, les droits sociaux, oriente vers les partenaires, établit des dossiers de demande de cartes de transport pour l'agglomération lyonnaise.

☞ **Le pôle accompagnement** reçoit sur rendez-vous pour assurer le suivi administratif, social et juridique. Il s'oriente également vers :

- l'écoute de la personne ;
- l'orientation vers les différents services et associations caritatives ;
- l'information sur la procédure, les délais, les adresses... ;
- l'aide à la constitution du dossier de demande d'asile et au recours en cas de rejet ;
- le suivi des différentes étapes jalonnant la demande d'asile ;
- dans le cadre de cet accompagnement, constitution de dossiers de demande d'aides financières à la Commission des

Droits et des Aides du Secours Catholique.

☞ **Le pôle écoute psychologique** reçoit sur rendez-vous les demandeurs d'asile souhaitant un espace de parole, un soutien et une aide psychologique, présentant une détresse importante. Ce pôle propose une écoute plus approfondie, un soutien ponctuel ou un suivi, et réoriente vers des partenaires ou structures spécialisées si besoin.

☞ **Le pôle hébergement** : reçoit sur rendez-vous les demandeurs d'asile isolés présentant une grande vulnérabilité afin d'établir un diagnostic social et présenter les demandes à la commission locale d'admission, présidée par la DDASS, en vue de trouver des solutions d'hébergement.

☞ **Le pôle actions collectives** : propose différentes activités à un groupe de demandeurs d'asile en vue de leur autonomisation : les rendre acteurs dans leurs parcours de demande d'asile et les aider à se situer dans l'environnement français, être en lien, se sentir plus digne, appartenir à un groupe, échanger... Nous avons mis en place un comité de pilotage pour réfléchir aux orientations et à l'organisation de ce groupe.

☞ **Le pôle administratif** : gestion et mise à jour informatique des dossiers des demandeurs d'asile, gestion administrative de l'équipe, édition des statistiques.

Mon rôle de psychologue :

Mon travail de psychologue s'inscrit à la fois dans un rôle d'accompagnement et de formation de l'équipe de bénévoles accueillant les demandeurs d'asile isolés, et de soutien auprès des demandeurs d'asile dans le cadre du « pôle écoute psychologique ».

☞ *Auprès des bénévoles de l'équipe*

Présente dès le recrutement des nouveaux bénévoles, je participe à leur orientation au sein de l'équipe et à l'organisation de leur parcours d'intégration. Je suis particulièrement attentive aux bénévoles souhaitant intervenir au « pôle écoute psychologique » à leur expérience passée, leur capacité d'écoute, leurs motivations...

¹³⁴ Psychologue, Secours Catholique 12-14 rue de Montbrillant 69003 Lyon. Tél. : 04 72 33 38 38 // Mél. julie-kieffer@secours-catholique.asso.fr

Ces bénévoles ne sont pas psychologues, mais proposent une écoute, un espace de parole aux personnes en difficulté. Ils se présentent comme bénévoles et proposent à la personne si elle le souhaite de rencontrer un psychologue.

Nous proposons à l'ensemble des bénévoles de l'équipe de participer à des modules généraux de formation réalisés en interne et dans les locaux du Secours Catholique. Il s'agit par exemple de la formation : Missions et Orientations du Secours Catholique ; Le demandeur d'asile en France : parcours et procédure...

Nous réservons les modules spécifiques aux bénévoles en fonction de leur action.

L'écoute étant la base de l'accompagnement proposé, les bénévoles en position d'accueil sont formés régulièrement aux techniques d'écoute. De plus, ils suivent d'autres formations en lien avec différentes problématiques rencontrées : accompagnement des personnes traumatisées, approche interculturelle concernant différents pays d'Afrique et/ou d'Europe de l'Est, dimension psychique de l'exil... Il s'agit de formations principalement réalisées par des organismes externes de formation¹³⁵.

Les bénévoles qui le souhaitent, peuvent participer à un groupe de réflexion que j'anime une fois par mois centré sur leur pratique, afin de donner du sens et de réfléchir ensemble à leur action. Nous partons de situations concrètes et les prenons comme base pour notre élaboration.

De plus, les bénévoles, individuellement, ont la possibilité de prendre rendez-vous avec moi afin d'aborder une situation difficile, parler d'un récit douloureux, d'un problème rencontré ou échanger tout

simplement sur leur pratique, leur rôle de bénévole, etc...

➤ Après des demandeurs d'asile isolés

La sollicitation du pôle écoute est généralement imbriquée au parcours de la demande d'asile :

- le demandeur d'asile en difficulté par rapport à son hébergement manifesterait un besoin d'écoute, besoin d'être entendu et de partager son vécu, besoin de soutien, de créer du lien.

- au moment de la constitution du dossier d'asile nécessitant un travail de mémoire sur leur histoire, leur venue en France ...

- ou lors d'un événement particulier : décès d'un proche, rejet de leur demande par l'OFPR....

Financement :

Salarié à temps plein au Secours Catholique depuis mars 2003, je répartissais mon temps entre l'équipe Accueil Demandeurs d'Asile et mes missions liées à la participation à la vie de l'association (groupes de pilotage, formation, événements ponctuels du Secours Catholique...).

Le recrutement récent d'une psychologue a permis de répondre aux besoins psychologiques aussi bien pour l'équipe que pour les demandeurs d'asile. De plus, il permet une approche complémentaire de l'approche juridique déjà existante au sein de l'équipe.

Partenariat :

L'ADA fait partie de la plate-forme d'accueil du Rhône des demandeurs d'asile ainsi que Forum Réfugiés, le SSAE et le Mail.

Je suis en lien régulier avec les psychologues de Forum Réfugiés et de Médecin du Monde, ainsi qu'avec des travailleurs sociaux du SSAE, de la PASS de l'Hôtel Dieu et des différentes structures d'hébergement... Je ne fais pas référence à la psychiatrie de secteur car jusqu'à présent nous n'avons pas établi de partenariat.

¹³⁵ Accompagnement des personnes traumatisées (Lyon aide aux victimes), approche interculturelle concernant différents pays d'Afrique (COSI : parcours migratoire et approche géopolitique) et/ou d'Europe de l'Est (Joseph YACOUB, approche géopolitique), dimension psychique de l'exil (formation Forum Réfugiés)

Recherche action – Formation :

- Membre du groupe pilotage sur une recherche action concernant la problématique des déboutés du droit d'asile ayant pour objectif l'élaboration et le développement d'une méthodologie appropriée pour l'accompagnement de ce public.
- Ma formation personnelle :
 - supervision individuelle une fois tous les quinze jours,
 - formations techniques sur l'asile et l'écoute concernant le droit d'asile (formation en interne et également sur le terrain). J'ai lors de mon cursus universitaire suivi un module de psychologie interculturelle et effectué mon mémoire de fin d'étude sur les risques et les enjeux d'une écoute bénévole.
 - colloques : « clinique de l'hospitalité : comprendre, accueillir et soigner / Association Internationale d'Ethnopsychanalyse »,
 - congrès : « la santé mentale face aux mutations sociales / ORSPERE-ONSMP »,
 - conférences...

Difficultés :

Une des difficultés rencontrée se situe au niveau du public accueilli. Les demandeurs d'asile isolés ont un quotidien précaire, souvent sans hébergement stable (du fait de la carence de places en centres d'hébergement pour demandeurs d'asile et de l'accès prioritaire des familles), ils sont souvent en manque de repères, sont fixés sur les contraintes d'un quotidien difficile (courir aux distributions alimentaires, chercher un hébergement pour la nuit...) et ont en conséquence des difficultés à comprendre l'importance d'un suivi administratif. Le travail de l'équipe est dans un premier temps de les aider à prendre conscience des priorités et des obligations d'anticiper les échéances administratives.

Les rendez-vous n'étant pas toujours honorés, l'accompagnement proposé est de ce fait plus difficile à mettre en place.

Il est très difficile de trouver des bénévoles maîtrisant certaines langues et il est donc impossible de proposer un accompagnement aux demandeurs d'asile parlant une langue non couverte par l'équipe. Nous essayons de travailler au maximum en réseau afin de pallier à cette difficulté. De plus, le travail avec un bénévole-interprète complique davantage mon travail de psychologue : l'introduction d'un tiers dans l'entretien, la non garantie de la permanence du même interprète dans le suivi proposé et le manque d'expérience dans ce travail.

Souhaits :

- Meilleure connaissance de la prise en charge santé des demandeurs d'asile et comment peut-on contribuer à l'amélioration de cette prise en charge : Je souhaite participer à un travail où ces questions seraient abordées et je souhaite également être mieux informée.
- Développer le travail en réseau, être davantage en lien sur cette problématique
- Participer à des formations spécifiques (travail avec interprète, gestion de l'attente, problématique de l'exil...).

Demande d'asile et soutien en réseau

Jalil LEMSEFFER¹³⁶

L'Observatoire des Discriminations et des Territoires Interculturels (O.D.T.I.) rencontre un public particulier n'ayant pas accès, aux droits et aux soins, surtout avec la nouvelle loi Sarkozy. Il s'agit de personnes en demande d'asile. Leur précarité sociale n'est plus à décrier, tant elle est visible et dramatique.

Ils sont un certain nombre à Grenoble et sur le territoire national à vivre de « bric et de broc » pendant des années... Ils attendent pendant, parfois 7 à 8 années, la réponse administrative quant à leur éventuelle régularisation, avec le droit à séjourner en France.

Sans entrer dans les différents recours dont ils peuvent disposer pour contester une décision socio administrative, ils connaissent la misère, la débrouille, le squat, la nuit dans les voitures, le froid l'hiver, la maladie, l'exploitation par des tiers, compatriotes ou non, l'angoisse dans l'attente de la réponse, la peur d'avoir un rejet du séjour, ...

Ces conditions sont atténuées certes par le dispositif hivernal et le travail sur l'année, assurés par les secteurs associatifs et institutionnels. Cette mobilisation autour de leurs situations, se réalise avec le soutien des autorités sanitaires et sociales.

Que vont devenir ces personnes, surtout les hommes isolés, quand soit disant le contexte sociopolitique du pays d'origine aura été normalisé? En conséquence de quoi, la France pourrait les débouter.

Une fois qu'ils ont utilisé tous leurs recours, ils sont invités à "quitter le territoire"? S'ils n'obtempèrent pas, ils se retrouvent dans l'illégalité, alors ils ont encore moins de droits, (CMU...). Ils ont toujours gardé l'espoir que leur séjour allait se régulariser. Mais quand c'est négatif et qu'ils ont quand même vécu des années en France, quels choix leur restent-ils? Ils ont quitté leurs attaches familiales, abandonné leur pays,

¹³⁶ Psychologue O.D.T.I. Grenoble.

mis tant d'espoir dans cet exil « forcé » pour certains... Leur déception est profonde même s'ils n'abandonnent pas la partie en se lançant dans des recours ou en faisant appel à des avocats.

On assiste parfois à une décompensation physique ou psychologique ou les deux. Bref, le corps et le mental ne tiennent plus. Ils ont, à ce moment-là, encore plus besoin de soins, de suivi médical voire d'hospitalisation.

De plus, ils se retrouvent être la proie de quelques individus mal intentionnés qui peuvent les utiliser pour des actes illégaux. Alors, le cercle infernal continue...

Avec le recul que nous pourrions avoir en cette fin d'année 2004, nous nous demanderons :

- que vont devenir les demandeurs d'asile déboutés, ceux qui restent sur le territoire français et dans la clandestinité ;
- à quelles associations vont-ils s'adresser, quels organismes auraient la volonté de s'en occuper, et avec quels moyens ?
- Que va changer la loi Sarkozy pour eux ? Dans quel "no man's land" vont-ils se retrouver ?
- Quelle est la proportion de ceux qui sont restés, malgré le refus des autorités françaises ?
- Vont-ils tous demander un séjour au titre de la santé? Faut-il pour cela qu'ils deviennent encore plus "malades" pour pouvoir y prétendre ? Ce public peut être un exemple de cette situation de non droits, de non accès aux droits..., en position critique.

Les gouvernements passent, les lois aussi, au détriment des corps et des êtres qui se sont laissés "attirer" par le pays des libertés et des droits de l'homme. Il va sans dire qu'il y a des demandes d'asile "économique" déguisées, et que la France ne pourrait "accueillir toute la misère du monde..." les démographes patentés affirment qu'avec la mondialisation, les déplacements de personnes pour raisons économiques, iront en s'amplifiant... *Mais, nous sommes déjà assez loin de notre propos initial...*

Considérons maintenant l'offre de soutien psychologique proposée par l'ODTI. Grâce au

maillage associatif, les personnes sont orientées au Pôle Santé Migrants de l'ODTI. Il est alors pris RDV avec le psychologue qui parle et comprend l'arabe dialectal maghrébin. En effet, la plupart des étrangers en demande d'asile sont d'origine algérienne. Parler la langue du pays des patients en attente de régularisation est un plus important, apprécié par les DA maghrébins.

En effet, nous savons que la langue n'est pas uniquement un instrument de communication, mais surtout un moyen pour exprimer ses affects, ses émotions, ses états d'âme. Avoir un professionnel de l'écoute, originaire du Maghreb, est un appui certain pour l'élaboration de son monde intérieur, de ses difficultés actuelles en terre étrangère, pour les demandeurs d'asile. Ils sont en attente d'être acceptés en France, ils sont donc en transit, ils ne sont pas encore tout à fait en France tout en y prétendant. C'est dire comment et combien leur corps, leur psyché ne sont encore enracinés en terre d'accueil. Ils se retrouvent dans le paradoxe suivant : ils veulent, disent-ils, "mettre une croix" sur leur pays d'origine, ils cherchent à l'oublier mais cette volonté d'oublier ne marche pas. Personne ne peut effacer 20 ou 30 années de sa vie d'un coup de baguette magique. Pour mille et une raisons, ils désirent rejeter leur pays, mais leur coeur, pour le moins, ne suit pas... Alors, nous assistons à des dépressions réactionnelles, d'autres plus pathologiques, avec un profil abandonnique. Dans ce cas, nous faisons appel à des psychiatres pour un éventuel traitement médicamenteux pour faire tenir le coup, en attendant de jours meilleurs...

Voyons maintenant comment se déroulent les entretiens où nous nous évoquons au moins 3 espaces temps :

- le passé de la personne en demande d'asile ce qui s'est passé récemment et qui motive son arrivée en France ;
- le présent, ce qu'il vit à Grenoble, en Isère. Comment il passe ses journées, de quoi il survit, ses ressentis... ;

- le futur, ce qu'il attend, ses projections dans l'avenir, ses espoirs...

L'accompagnement psychologique s'occupe aussi du réel et pas uniquement du monde imaginaire et fantasmatique du patient. Autrement dit, je ne me contente pas d'écouter la personne qui consulte. Je m'occupe aussi, je m'inquiète parfois de comment et où va t-elle dormir, le soir. En effet, je suis en lien pour certains bénéficiaires, à leur demande, avec certains services, ou associations ou centres de santé pour servir de médiateur. Il est important de me « laisser utiliser », comme interprète afin d'explicitier le cas échéant, leur vécu et problématique. Soutenir, les demandeurs d'asile a été pour moi, une nouvelle et différente école de soutien psychologique, un apprentissage pour aménager le cadre d'intervention du psychologue. Je ne peux décemment rester derrière mon bureau et recevoir les plaintes, les souffrances passées et actuelles des consultant(s)(es). La "neutralité bienveillante" du psy est remise en question dans cette configuration. Après avoir investigué sur leurs démarches sociales, administratives voire de remise à niveau scolaire, je peux de manière opportune prendre contact avec le parrain, le référent, le médecin, le SSAE, ... Il s'agit pour *moi et les autres relais...* de mettre en place un étayage plus consistant qui éviterait à certains D.A. de sombrer plus vite dans un laisser-aller qui irait jusqu'au suicide. Hélas, nous avons connu une ou deux D.A. qui n'ont pu résisté à un quantum de stress aussi important et qui ne sont plus là aujourd'hui.

Avec la logistique débrouillarde des collectifs de réfugiés, nous essayons d'envoyer le D.A. ayant subi des traumatismes physiques et psychiques dans des services spécialisés, à Grenoble ou à Lyon pour une expertise médico-légale. Ce certificat médical est ajouté au dossier de la demande d'asile afin de confirmer ou d'infirmier le récit de l'intéressé.

D'ailleurs, je délivre une attestation indiquant le nombre de séances avec moi, leur rythme...

Je peux signaler que les vacations de psychologue que j'assure auprès des D.A. sont prises en charge par le dispositif DRASS-PRAPS dans le cadre du « soutien psychologique en direction des personnes

immigrées et en précarité sociale ». Autrement dit, quand on s'interroge sur l'accès aux soins, il s'avère que le « soutien psychologique » rentre avec toutes les autres aides offertes par les mondes associatifs, militants, institutionnels et appartenant aussi à la société civile.

Madame Linah R., 47 ans

Catherine LUDAIN¹³⁷

Madame Linah R. se présente au service d'accueil des urgences d'un hôpital psychiatrique lyonnais en compagnie de sa fille début août 2003.

1. Circonstances d'admission

Cette patiente est adressée pour hospitalisation par un médecin qu'elle a consulté la veille au Centre Croix-Rouge Française. Ce médecin réalise des consultations à titre bénévole dans ce centre qui reçoit de nombreux réfugiés et a vu à plusieurs reprises cette patiente. Le motif de l'hospitalisation est un état psychologique fragile, l'aggravation d'un syndrome dépressif et une prise de traitement anarchique.

2. Éléments biographiques

Madame Linah R. est venue de Georgie il y a 2 ans en compagnie de sa fille actuellement âgée de 14 ans. En Georgie, cette femme appartenait à une minorité ethnique, les **abkhaz**, qui, depuis plus de dix ans, est persécutée par géorgiens et russes pour des raisons très complexes que nous n'évoquerons pas ici. Depuis quelques années, les conflits dans cette zone de la Georgie se sont majorés avec des assassinats perpétrés sur des civils de plusieurs villages. Des frappes aériennes de ceux-ci sont également régulières. Madame Linah R. habitait la capitale Tbilissi où elle exerçait la profession de chanteuse lyrique et de pianiste. Il semble qu'elle soit assez célèbre dans son pays d'origine. Elle s'est mariée avec un géorgien, ce qui est mal considéré dans son pays et la famille de celui-ci, notamment la future belle-mère, s'est beaucoup opposée à cette union. Après son mariage, elle a arrêté le chant et a travaillé en tant que professeur de musique dans une école et dans une usine de

fabrication de jouets. Sa fille est née en 1989. Madame Linah R. a perdu son mari il y a plus de **deux ans**, celui-ci aurait été assassiné avec son frère à elle, sous ses propres yeux par des terroristes géorgiens.

C'est pour cette raison qu'elle décide de quitter la Georgie fin 2001 avec sa fille pour venir demander l'asile en France où elles ne connaissent personne. Cette destination semble être choisie car le grand-père de Madame s'y était rendu. A son arrivée, elle demande le statut de réfugiée politique auprès de l'OFPPA et est logée dans un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) avec sa fille, qui après passage dans une classe intermédiaire, entre en classe de cinquième. La demande d'asile est refusée en octobre 2002 et elle fait appel à la commission de recours. Pendant ce temps, sa fille mène une scolarité, semble-t-il, brillante. La commission de recours donne également une réponse négative le 5 août 2003.

Madame Linah R. étant déboutée d'asile, le Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile n'est plus en mesure de l'héberger. L'association Forum Réfugiés, qui a soutenu cette femme, lui fournit à « titre humanitaire » de quoi dormir quinze jours à l'hôtel après quoi elle ne percevra plus aucune aide. C'est dans ce contexte qu'elle arrive quelques jours plus tard au service d'accueil des urgences psychiatriques.

3. Description clinique

C'est une femme qui paraît plus jeune que son âge mais qui semble « marquée » par l'existence, aux traits tirés mais qui garde, en raison de ses traits fins, un visage lumineux, une certaine noblesse. Nous sommes marqués par sa peau livide qui lui donne un air maladif. Elle n'a aucun bagage et est accompagnée de sa fille qui elle, au contraire paraît plus âgée qu'elle ne l'est. Madame Linah R. ne parle presque pas le français et c'est sa fille qui assure la traduction. Cette situation nous embarrasse énormément car comment faire traduire à cette adolescente la souffrance de sa mère qui est consécutive à la mort de son père dans des circonstances dramatiques. Sa venue tardive (fin d'après midi) aux urgences fait que nous ne pouvons faire appel aux services d'un interprète, qui, par ailleurs, est pour la langue géorgienne, unique sur Lyon. C'est donc sa

¹³⁷ Médecin, Unité Médicale d'Accueil, CH le Vinatier.

fille qui nous décrit la détresse dans laquelle se trouve sa mère. Derrière les « elle va pas bien », « elle est malade » et « elle est stressée », nous découvrons une majoration d'une symptomatologie dépressive depuis la réponse négative de la commission de recours. Cette femme met en avant de nombreuses plaintes somatiques; à savoir, des céphalées, des vertiges, des gastralgies et des sensations alternant le froid et le chaud au niveau des deux jambes. Un amaigrissement important est également à noter; à savoir la perte de 8 kilos depuis octobre 2002. Il semble que la situation se soit aggravée depuis la réponse négative de l'OFFRA et soit devenue ingérable par la fille depuis quelques jours. Le médecin vu hier met d'ailleurs l'accent sur la situation de cette dernière qui « ne peut plus porter sa mère sur ses bras ».

Madame Linah R. brandit à l'entretien une photocopie émanant du "Dictionnaire Permanent des Droits des Etrangers" où sont surlignés des passages concernant le droit des réfugiés en France. Elle s'exprime en géorgien s'adressant à sa fille en pleurant et c'est celle-ci qui traduit, d'un air gêné, les propos rapportés ci-dessus. Le médecin qui a fait le courrier demandant une hospitalisation mentionne la possibilité de placer l'adolescente à l'IDEF durant l'hospitalisation de sa mère mais ce médecin n'est plus joignable au téléphone. Il en est de même du personnel du foyer où résidait Madame Linah R. Bref, la situation semble inextricable le soir même et semble durer depuis assez de temps pour être temporisée au lendemain. Les deux femmes ayant où dormir ce soir, nous décidons de les faire revenir aux urgences le lendemain afin d'avoir plus de renseignements et surtout une possibilité de placement de la jeune fille. Elles sont bien au rendez vous le lendemain. Le médecin peut être joint et semble davantage inquiet pour la fille. Après avoir vu Madame Linah R. plusieurs fois en consultation et lui avoir prescrit un traitement antidépresseur en octobre 2002, il s'inquiète de la prise anarchique de celui-ci et signale que cette patiente a, à plusieurs reprises, réalisé des surdosages interprétés par le médecin comme des équivalents suicidaires. L'hospitalisation avait été proposée, sans succès, à plusieurs reprises.

Nous arrivons également à joindre l'Assistante Sociale du Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile où séjournaient la mère et la fille. Celle-ci, très au courant de leur situation, les a suivies depuis leur arrivée en France. Elle nous apprend que Madame Linah R. a bénéficié d'un suivi par un psychologue tout au long de son séjour au CADA (celui ci est malheureusement absent) et nous rapporte de nouveaux éléments.

Lors de son séjour dans le CADA, Madame Linah R. s'est montrée, malgré des périodes où elle avait une présentation quasi mélancoliforme (isolement, repli dans sa chambre, anorexie, pleurs, culpabilité vis à vis de sa fille et verbalisation de projets suicidaires qu'elle envisageait comme unique issue), s'agitant, cassant des objets dans sa chambre. Des propos délirants sont également rapportés à savoir la certitude d'être épiée par ses voisins de chambre, d'être au centre de nombreux complots à son égard. Ainsi, l'équipe de Forum Réfugié a commencé à douter de la véracité de ses dires, surtout après le refus du statut de réfugié. Cette même équipe était alertée quant à la situation de la fille et en avait informé la DDASS.

Nous décidons d'hospitaliser la mère dans une clinique intra-hospitalière et prévenons le secteur de la situation, ainsi l'Assistante Sociale, venue spécialement aux urgences, informe le magistrat de garde afin qu'un placement de la fille de la patiente soit organisé le jour même. Nous attendons le feu vert du magistrat.

L'après-midi se terminant, nous sommes toujours sans nouvelles de ce dernier et apprenons que rien n'a été organisé. Une fois de plus, l'hospitalisation doit être différée au lendemain; la fille, mineure, ne pouvant être laissée seule. L'Assistante Sociale nous exprime alors sa colère et son impuissance et nous dit que les mineurs dans ce cas sont d'abord considérés comme des sans papiers par les autorités avant d'être considérés comme des mineurs. Elle s'occupe de la situation de nombreux d'entre eux, « mineurs isolés » arrivés seuls en France -et les rues lyonnaises en regorgent paraît-il-, ceux-ci dormant dehors sans aucun placement. Il est vrai que vu sous cet angle la situation de la fille paraît enviable. Le placement a lieu le lendemain et l'Assistante Sociale revient aux urgences

chercher la jeune fille alors que sa mère est emmenée enfin dans le service qui l'attend.

4. Commentaires et discussion

Les faits exposés par ces demandeuses d'asile sont mentionnés depuis quelques années par Amnesty International (2000). En Géorgie, les régions d'Abkhazie et d'Ossétie du Sud échappaient au contrôle des autorités géorgiennes. L'Abkhazie (région se trouvant au Nord-Est de la Géorgie) est au centre de tensions dues surtout à la présence et aux activités de groupes paramilitaires. Des civils et des militaires abkhazes auraient été pris en otage par des groupes irréguliers géorgiens.

Le cas de Madame Linah R. et de sa fille résume bien les difficultés de la prise en charge des patients demandeurs d'asile aux urgences. A savoir, une absence d'interprète, l'impossibilité de se mettre en relation avec les référents ayant connaissance du dossier, des éléments biographiques incomplets et une demande de prise en charge urgente. De plus, le problème de l'ethnie abkhaz en Géorgie nous était complètement inconnu et ceci a dû beaucoup décevoir les deux femmes.

Il a donc été nécessaire de différer l'hospitalisation et faire appel à divers intervenants pour mieux comprendre et gérer cette situation. Nous avons pu, grâce à la présence et la disponibilité des travailleurs sociaux, répondre à la demande et organiser une prise en charge adaptée.

L'Ange à l'épée flamboyante Approche de la névrose traumatique

Gaël MASSET¹³⁸

« La divinité de l'être est inséparable du dévoilement de la mort natale. L'épreuve origininaire du délaissement, du néant et de l'abandon, s'entend dans l'entrelacement des parages agonistiques et de la promesse enténébrée de foi en un parler mystérieux, une vocalité sans support, où les répétitions et les écarts sont en chaque phrase un pas gagné sur l'oubli et sur la mort ».

Patrick Laupin

Préambule : la névrose traumatique par Bertrand Piret en 3 postulats et quelques prolongations

« Pour dire les choses autrement : l'instantané, c'est ce qui commerce avec le réel et peut par là prendre la forme de l'obscène ».

Arnaud Tellier

Aux brumes du monde, les humains parlent. Textes de palabres et de dieux cernent la traversée de l'épreuve en mythes et légendes. Des initiations y portent et sacrifices en déportent. Le dieu courroucé s'y retrouve comme il peut de sa fureur terrifiante et des sanguinaires séductions des fils de l'argile. L'écriture tente une autre inscription. Garder trace des mots qui ont endigué le trauma. A la (con)venance de l'inconscient se forment phantasmes originaires comme gardiens mythiques de l'histoire interne. Ces bouilloires libidinales enserrent l'impossible de griffes acérées. La jouissance y puise ses armes destructrices, la peur (castration), l'attirance (séduction) et l'excitation (scène primitive) qui tomberont le sujet au bord de l'impossible.

¹³⁸ Psychologue, Lyon, Forum Réfugiés.

Petit objet plaqué sous l'injonction d'un cruel méconnu. La mort ne pulse plus. Le démon frappe trois fois, et prétend tenir le dernier mot de cet impossible. Pourtant l'épée flamboyante de l'Ange tourne à l'entrée de l'Eden, et le parler mystérieux attend sa révélation¹³⁹.

La réflexion de Bertrand Piret sur la névrose traumatique, tel qu'il nous en a fait part dans le cadre de l'atelier Santé mentale et demandeurs d'asile, consiste à la fois en une relecture historique de la notion psychopathologique de névrose traumatique dans le champ psychanalytique, et en un exposé clinique des manifestations symptomatiques qui la caractérise. L'usage du terme symptomatique est déjà problématique dans les circonstances qui sont les nôtres. Dans les conditions classiques de la névrose, et ce sont celles qui ont servies de support à la construction de cette notion, le symptôme vient en substitut, déguisé, à la satisfaction d'une pulsion empêchée par un conflit dont l'origine est traumatique, traumatisme infantile supporté ou non par des événements réels. Le court-circuit de la névrose traumatique incite à poser autrement la logique qui s'y déploie, notamment vis-à-vis des défenses du moi et à cause de l'échec du refoulement. Tant les manifestations nocturnes que diurnes caractéristiques de la névrose traumatique attirent l'attention sur une sorte de « diaptomisation » du sujet, l'impossible nouage d'un signe mensonger et d'une parole de vérité. La vérité sans signe est alors celle de l'évènement, et ce mensonge creux déprend le trauma de l'histoire du sujet et des signifiants qui la soutiennent. Le compromis est raté, et au lieu du déguisement du symptôme, s'avance le dénuement d'un « diaptôme », la répétition de la déchirure de l'évènement et du sujet, instantanée et persécutrice.

Freud

« Le moi est bien le véritable lieu de l'angoisse. »

Sigmund Freud

¹³⁹ Genèse 3,24.

Bertrand Piret structure son histoire de la notion de névrose traumatique en deux temps : les élaborations psychanalytiques contemporaines de la première guerre mondiale et de l'entre-deux guerres, et les élaborations psychiatriques après la guerre du Vietnam.

Le choc de la première guerre mondiale explique l'intérêt suscité par les névroses de guerre dans la communauté psychanalytique. C'est la guerre, par son déploiement de cruauté et ce qu'elle révèle de la fragilité de la civilisation et du travail de sublimation des pulsions, qui met en évidence des phénomènes psychiques jusqu'ici laissés de côté. Pour Freud (1915), les questions soulevées par la guerre sont de deux ordres : la désillusion quant au processus de civilisation et de renoncement pulsionnel, et la mise en évidence de notre rapport inconscient à la mort (déniée pour nous-même et désirée pour les autres). Autant dire que la guerre souligne notre propre division intérieure et la précarité qui en découle, la proximité de la vie pulsionnelle en nous et notre illusion d'immortalité. Nous voici à nouveau « l'homme des temps originaires » (Freud, 1915), égoïste et meurtrier. Cette question de l'originaire ne cesse de revenir quant il est question du traumatique. Et si la guerre donne l'occasion de penser la névrose traumatique, ce n'est pas la première fois que la mort, le trauma et la cruauté voisinent l'originaire dans la pensée freudienne. Le traumatisme infantile, réel ou imaginaire, lié à l'irruption de la sexualité, posait déjà les mêmes questions. Situé en un temps originaire, il n'est saisi qu'après-coup, à travers les manifestations symptomatiques et symboliques du sujet. Echafaudage subjectif que Freud (1913) étend à la civilisation qui repose elle-même sur un traumatisme originaire, lié cette fois au meurtre du père et à son refoulement. L'incestueux et le meurtrier nous habitent originairement. La guerre dessille les yeux et cette lucidité Freud l'utilisera pour questionner des points de résistance au principe de plaisir qui devrait régir l'appareil psychique, selon ses conceptions premières. A la névrose de guerre sont ainsi rapprochés les névroses d'accident, les névroses de destin, et le phénomène du jeu

(Freud, 1920). Leur point commun : la compulsion de répétition. Compulsion qui pousse l'enfant à mettre en scène dans ces jeux des matériaux même déplaisants, compulsion qui pousse ceux qui ont traversé un accident à rêver de celui-ci à l'identique y compris pour la charge de déplaisir qui lui est lié (échec à la fonction du rêve), compulsion qui pousse certains dans les bras du même destin sans cesse fatal et toujours retrouvé. Le traumatique se définissant comme effraction d'une somme d'excitation trop grande, le principe de plaisir est débordé (effraction du pare excitation), et la pulsion de mort prend le relais en vue de l'apaisement de la surtension libidinale. La dichotomie pulsion de vie / pulsion de mort naît donc sur le champ des réflexions concernant la névrose traumatique. Mais la pulsion de mort pose encore bien des problèmes à Freud, elle n'est pas repérable et n'a pas de représentation, elle semble avoir une assise dans le moi, et s'y rattache des phénomènes tels que la pulsion sadique destructrice qui ont un lien avec les pulsions sexuelles. Le changement de topique de Freud (1923), tente une première résolution de ces questions. L'impératif catégorique qui régit le surmoi dans sa lutte contre les choix d'objet du ça, possède un caractère compulsif. La composante destructrice de la libido est le résultat de l'alliage des pulsions de vie et de mort, leur désintringement peut conduire le sadisme à s'isoler dans le surmoi pour combattre le moi, comme dans la mélancolie. Dans ce nouveau jeu entre moi et surmoi, une angoisse prend place, qui n'est ni angoisse d'objet ni angoisse libidinale, c'est l'angoisse de mort. Angoisse d'abandon comme élaboration d'une angoisse de castration, elle reconduit d'après Freud les situations critiques de la naissance et de la séparation avec la mère. Ce dernier renvoi à des motifs originaires, à des effondrements qui ont déjà eu lieu (Winnicott), ramène à nouveau la névrose traumatique en deçà du trauma qui la déclenche, vers un originaire traumatique constitutif de la subjectivité.

Le Vietnam

« *Le problème théorique important est qu'il faut à tout moment et en tout lieu expliciter, démystifier, pourchasser l'insulte à l'homme qui est en soi.* »

Frantz Fanon

Les pressions exercées par les vétérans de la guerre du Vietnam pour faire reconnaître les troubles psychologiques dont ils souffraient par la psychiatrie américaine sont à l'origine des nouvelles recherches sur la névrose traumatique. Remarquons que c'est à nouveau une guerre qui met en scène l'abîme intérieur de l'humanité, et qui réveille les démons de troubles irréductibles aux schémas psychopathologiques classiques. Mais la spécificité de la guerre en question, dont le caractère absurde est renforcé par sa perte et par son rejet par une part importante de l'opinion publique, explique peut-être en partie les chemins pris par cette nouvelle élaboration de la névrose traumatique. Les soldats en proie à des troubles psychologiques déclenchés pendant ou après la guerre revendiquent la reconnaissance de leur état, et de leur situation de victime. L'enjeu politique de cette reconnaissance n'est peut-être pas indépendant du sentiment d'avoir été trahi, et parfois de la culpabilité d'avoir enfreint des interdits fondateurs *pour rien*. Scène sociale qui nous renverrait à l'accusation du surmoi et à la culture de la pulsion de mort. Quoiqu'il en soit le DSM institue le PTSD¹⁴⁰. L'ère des sigles est en route et le stress post-traumatique prend en charge la vieillesse névrose traumatique. Bertrand Piret souligne deux conséquences de ce nouvel état de fait : les personnes atteintes de l'affection psychiatrique sont reconnues comme victimes de la situation de guerre, l'affection psychiatrique est causée par la situation de guerre et est indépendante de l'histoire du sujet. Notons que ces deux

¹⁴⁰ DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, édité par l'Association Américaine de Psychiatrie.

PTSD : Trouble de Stress Post-Traumatique, introduit sous cette forme en 1980 dans la 3^{ème} version du DSM.

conséquences ont tout d'un ouroboros¹⁴¹. Le stress post-traumatique met en scène socialement la fixation à l'évènement traumatique. Victimes, les sujets sont figés dans un statut avantageux mais répétitif de la position qui l'a inauguré. Parallèlement, la qualification d'une cause externe repérable au stress post-traumatique renforce la position d'exclusion de l'évènement traumatique en dehors de la temporalité du sujet. Sans parole à ajouter, sans histoire à raconter, il n'y a plus qu'à attendre le dédommagement et la consolation. Le serpent se mord la queue. La désubjectivation interne peut continuer à l'externe¹⁴². Qui arrêtera la fuite du réel hors sujet ?

Le réel inoublié

« *Qu'y a-t-il dans la parole de tellement redoutable pour que, si souvent, l'homme choisisse de l'accepter pour la faire bavarder plutôt que la faire parler ? Une certaine épreuve à laquelle il peut vouloir se soustraire.* »

Alain Didier-Weill

Les avatars de la construction historique de la notion de névrose traumatique et son recouvrement actuel par celle de stress post-traumatique, permettent toutefois de dégager trois grandes caractéristiques de la névrose traumatique. Ainsi, Bertrand Piret relève-t-il dans la sémiologie, le temps de latence, le syndrome de répétition et les troubles du caractère.

Le temps de latence définit l'écart de temps nécessaire entre l'évènement traumatique et les manifestations de la névrose traumatique. Très

¹⁴¹ Motif traditionnel représentant un serpent se mordant la queue et formant ainsi un cercle.

¹⁴² Les notions « interne » et « externe » ne rendent pas compte de manière satisfaisante des processus en jeu. Il vaudrait peut-être mieux parler de strates, comme en géologie. Une première effraction aurait d'abord lieu à un certain niveau du champ symbolique, formant une première strate de désubjectivation, et une deuxième effraction viendrait se surajouter à la première à un autre niveau, formant une deuxième strate. Comme un palimpseste ?

variable, il correspond souvent au temps de la fuite et parfois au temps de la survie. L'état de fuite, comme l'état de survie semblent protéger de l'angoisse.

La répétition est précisément le signe de la fin du temps de latence. La scène traumatique revient, de nuit comme de jour, comme rêve traumatique, comme angoisse associée aux images de la scène, ou comme illusion renouvelant tout ou partie de la scène. Toute élaboration de la scène est absente, les affects et les images transcrivent la scène sans la médiatiser.

Les troubles du caractère complètent ce tableau clinique par le développement de difficultés relationnelles, de violences et d'irritabilité. La guerre intérieure déborde-t-elle ?

A cette description sémiologique de la névrose traumatique, il faudrait ajouter les multiples manifestations somatiques (céphalées, troubles musculaires ou physiologiques sans étiologie médicale).

Nous pourrions aussi la comparer aux mécanismes impliqués dans le développement de la névrose que Freud présente selon la succession suivante :

- traumatisme précoce – défense – temps de latence – éruption de la névrose

Voici maintenant l'ordre que nous pouvons établir pour la névrose traumatique :

- traumatisme actuel – temps de latence – éruption de la névrose traumatique

Les deux successions comparées, il est évident que par rapport au traumatisme infantile, qui n'est pas forcément réel, le traumatisme actuel n'est pas suivi d'une phase de défense. Or dans la névrose celle-ci est principalement constituée par le refoulement. Dans la névrose traumatique c'est le temps de latence qui fait office de défense au prix d'une mobilisation psychique importante. Les deux temps de latence n'ont donc pas même valeur. D'amnésie pour l'un et de mutisme pour l'autre. Dans la névrose, ce qui ne devait pas être vu s'oublie, jusqu'à son retour. Dans la névrose traumatique, ce qui ne

devait pas être vu se tait, jusqu'à sa répétition.

Hors l'épreuve : la mort et la répétition

« *Je suis hanté par l'image du bourreau chinois de ma photographie, travaillant à couper la jambe de la victime au genou...* ».

Georges Bataille

Devant la tombe de Julius II se scelle la vérité de l'oubli de Freud, dont Moïse tient les clefs. Dans l'ombre des tables de la Loi dont les serrures resteront fermées, le fils du père a ouvert les songes comme s'il avait lui aussi été précipité au fond du puits par ses frères. L'hébreu devenu égyptien a rejoint l'égyptien devenu hébreu. La mort n'est pas encore à l'ordre du jour¹⁴³.

Et pourtant la guerre, mais plus encore les régressions psychiques qu'elle provoque massivement, régressions narcissiques et morales conduisant de nombreux sujets à transgresser des interdits habituellement inébranlables, nous rend la mort intime dans la cruauté et le meurtre comme retrouvés en soi. De ce prétexte, ce qui résiste à la domination du principe de plaisir revient vers Freud. Quelque chose se présente, irréductible à l'apaisement pulsionnel. L'orbe du puits n'était pas tout à fait oublié. La compulsion de répétition y conduit tout droit. Dans le jeu, elle pousse l'absence à s'écrire quelque part. Dans la névrose elle pousse à nouveau le symptôme à frayer sa voie. Mais dans les névroses de guerre en particulier et dans la névrose traumatique en général, elle répète à l'identique la proximité de la mort. Mais qu'est-ce donc qui retient la mort si proche ?

Ce que ne peut apaiser le principe de plaisir, c'est peut-être la transgression de la loi symbolique. Dans la névrose, la scène traumatique (réelle ou fantasmée) peut être refoulée parce que son avènement déborde le sujet de sensations incomprises à l'aune de l'éthique actuelle de son désir¹⁴⁴. Il faudra alors

¹⁴³ Cf. Balmory M. *L'Homme aux statues*, Grasset, Paris, 1979. Et cf. Freud S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Gallimard, Paris, 1986.

¹⁴⁴ Ethique du désir est ici à entendre au sens de Dolto. Le désir du sujet est référé à une image inconsciente du corps dynamique qui lui ouvre des modalités particulières de sens en fonction de ses

un après-coup pour redonner le caractère transgressif du contenu oublié, ce dont témoigneront le symptôme et la compulsion de répétition qui le supporte. La plongée dans l'inconscient de cette part refoulée oblige alors à un décodage des chiffres revenus. Les rêves ouvrent « la voie royale » à cette traduction. Dans la névrose traumatique, il en va tout autrement. La confrontation du sujet avec ce qui échappe au symbolique des mots et de la parole, la révélation insupportable de la part inassumable du réel, mobilise le transgressif dès l'effraction. Rejeté par ses pairs, rejeté par sa propre part instituée, celui qui est l'objet de traitements inhumains et dégradants est conduit hors l'épreuve de la loi, dans la transgression qui fait « loi » du pervers. Celui-ci ne se prive d'ailleurs pas de lui faire ressentir, lui commandant diverses insanités qui le rendent complice objectif de l'effondrement du symbolique. Rescapé, ces parts maudites ne pourront être oubliées, mais ne pourront non plus être dites, et stagneront comme un savoir que les autres ne peuvent pas comprendre, un savoir tu¹⁴⁵, un savoir qui tue lentement. Savoir interdit dont témoigne le mutisme et dont le poison se distille en souffrances du corps ou mélancolie du cœur. Certains bouclent ce silence sur l'innommable d'un suicide qui chercherait à endiguer l'impossibilité de le taire sans en pâtir.

L'arrivée en exil conduit souvent à forcer ce savoir interdit. Or cela constitue souvent le retour de la répétition et des reviviscences. « D'en parler, ça me fait mal à la tête » diront-ils. Que dire de tout ce que le corps porte de cette histoire indicible déversée aux oreilles de sourds et de malentendants qui ne la croit pas. « Les manifestations et déclarations jugées juridiquement infondées et suscitant des ordonnances de non-lieu ou de forclusion se frayent néanmoins des voies (énigmatiques) à travers les multiples douleurs

propres modalités d'investissement psychique, ce que nous pouvons appeler son « éthique actuelle » (par ex. « l'éthique orale » du désir...). Cf. Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, Paris, 1984.

¹⁴⁵ « Savoir » au sens où nous parlons d'un savoir inconscient.

somatiques... » (Isabelle Erangah-Ipendo). Certains préfèrent d'ailleurs sagement donner une autre histoire, et terrer la leur dans le silence de leurs nuits sans sommeil. A parole impossible, mensonge et mutisme sont les créneaux et le mur d'enceinte.

Au pays de la névrose traumatique, les rois sont nus et leur royaume reste sans voies. Pas de rêve à décrypter, pas de voie royale vers le désir et l'hallucination de son accomplissement. Simplement la répétition de ce qui s'est passé, de la frayeur qui a surpris, de la surtension intérieure et de la proximité de la mort. La jouissance donne ses ordres, sans plaisir qui en son principe s'est retiré de ce chaos. Eveillé, le sujet sursaute encore et reçoit le commandement sidérant de vivre hors la mort, hors sommeil. « *Quelque chose s'évoque là de la vraie et pure douleur d'exister, homologue à la mort impossible qui condamne certains mélancoliques à une atroce vie à perpétuité, ne leur laissant d'autres recours, pour échapper à ce réel, que le suicide* » (Colette Soler). Les pulsions de mort qui visent au repos du sujet (Dolto) sont en échec, laissant le sujet dans une détresse symbolique soumis aux répétitions de sa déchéance. Les pulsions de vie laissées à elle-même détruisent le sujet d'une vie en perte de sens. En danger permanent, le sujet lutte pour ne pas s'évanouir hors la vie hors la mort. Choisir la mort peut paradoxalement alors relever encore de cette lutte contre l'évanouissement terrifiant d'une mort sans désir et contre l'ordonnance effrayante d'une vie sans repos. « *Le repos est l'ennemi du traumatisé parce qu'il le met sans défense face à son ennemi virtuel* » a écrit quelqu'un¹⁴⁶, la vie peut donc s'entendre comme la fuite renouvelée, maniaque et protectrice. Le rêve traumatique en serait alors le gardien, « voie royale » d'accès à l'innommable.

Une femme albanaise fait un rêve traumatique qui la réveille. Elle est chez elle, quand elle entend des coups de feu. Elle court jusqu'au bar voisin. Son mari et son fils gisent sur une table, criblés de balles. Elle pleure, et c'est le signal de son réveil.

¹⁴⁶ Je n'ai pas retrouvé l'auteur de cette citation...

Plus tard, cette femme albanaise fait un rêve. Elle est devant chez elle. Dans sa maison sont les cercueils de son fils et de son mari, mais elle ne peut entrer, la maison est close. Elle casse une vitre et rejoint les cercueils, mais elle apprend que son deuxième fils est réfugié en Grèce et elle le voit tomber dans un trou noir immense (dans la réalité ce fils là a disparu le jour de l'annonce de la mort de son père).

Rêve traumatique et rêve traditionnel, de la mort le dernier suture-t-il ce que le premier met à vif ?

La psychanalyse y retrouvera-t-elle ses petits ? Le brouillage de l'abandon de la « neurotica¹⁴⁷ » s'épaissit quand la névrose traumatique questionne à nouveau frais la vie psychique et ses enjeux non plus symptomatiques mais « diaptomatiques ». Balmary nous dit que « diaptoma » renvoie en grec à la faute, à la transgression de la loi. Comment cette négation du symbolique se cache-t-elle en refoulement ? Pourquoi reste-t-elle parfois inoubliable ? La répétition renvoie Freud à la question du sadisme, de l'agressivité. Finalement la mort lui paraît en être le moteur. Mais la répétition convie pourtant à retraiter l'innommable, elle dépasse donc la perspective seule du repos de l'état de surtension libidinale, elle propose une occasion de sens. Les gisants peuvent faire cercueils. La mort masque-t-elle quelque chose ?

L'épreuve : la vie la mort en trop

« Je voulais désunir la vie / Je voulais partager la mort avec la mort / Rendre mon cœur au vide et le vide à la vie / Tout effacer qu'il n'y ait rien ni vitre ni buée / Ni rien devant ni rien derrière rien entier / J'avais éliminé le glaçon des mains jointes / J'avais éliminé l'hivernale ossature / Du voeu de vivre qui s'annule. »

Paul Eluard

¹⁴⁷ Cf. l'abandon par Freud de la théorie de la séduction qui expliquait l'hystérie par une séduction réelle et passée. C'est dans sa célèbre lettre du 21 septembre 1897 à son ami Wilhelm Fliess qu'il indique qu'il ne croit plus à sa neurotica.

Œdipe aveugle erre au bras d'Antigone. La catastrophe se clôt sur le destin d'une autre qui est à venir. Que veut-il dissimuler dans la lumière du jour en crevant l'écran de ses yeux ? Pourquoi voudrait-il échapper à des fautes que désormais il connaît ? Dans la nuit de son chemin catastrophique, l'exil à Colone paraît bien tardif. Pourtant sa mort bénit la terre qui l'a recueillie. L'exil pourrait bien bénir la vie, la mort maudites aux strophes précédentes du destin.

Quelque chose a eu lieu. Ce que Jocelyne Huguët-Manoukian appelle « l'obscur catastrophe ». De cet événement découle une expérience de non identité. Le miroir imaginaire des projets et des représentations du sujet éclate en mille morceaux acérés, qu'il ne serait pas prudent de ramasser trop vite. Cette traversée du miroir mène au bord d'un gouffre chaotique. L'effondrement symbolique rend particulièrement angoissant ce gouffre dont rien ne semble pouvoir arrêter le mouvement aspirant. Saisi par la peur d'évanouir la dernière forme vide de soi, le sujet repousse dans la répétition le verdict de son vertige au bord de l'abîme - dans l'espérance d'un chemin symbolique impraticable ?

Cette déconstruction de soi, violente dans l'effraction traumatique, ressemble aussi bien à celle que la cure psychanalytique opère sur le sujet (le transfert garantissant toutefois la portée du symbolique). Comme si le traumatisme amenait en un carrefour structurel de l'expérience humaine dans son rapport à la parole. L'histoire des rapports de Freud au traumatisme peut être comprise comme la quête de ce carrefour. Après avoir proposé le traumatisme réel de perceptions non symbolisables, refoulées dans les oubliettes et réactualisées en symptôme après-coup, Freud propose le traumatisme inobjectivable de la rencontre avec le sexuel dont témoignent les productions phantasmatiques. Mais quand celles-ci sont absorbées par le traumatisme réel, comment ne pas confondre les deux traumatismes, celui conjoncturel qui a détruit l'imaginaire du sujet, et celui structurel qui rend possible la parole ? Mais n'est-ce pas en fait le même traumatisme dont l'insupportable ressaisit le sujet quand ses défenses s'écroulent ?

Karl Abraham découvre dans ses recherches sur les névroses de guerre la place

prépondérante que garde la sexualité dans la formation névrotique des reviviscences, des maux physiques et dans l'abattement du sujet. Il observe des régressions narcissiques aux stades précœdipiens. La part non symbolisable de l'évènement traumatique viendrait ainsi se déposer dans ce que le langage ne peut pas prendre en charge du sexuel. Cet effondrement partiel du tissu symbolique oblige le sujet à se porter en des lieux plus archaïques du rapport de son narcissisme à la loi symbolique. Cette régression libidinale est plus ou moins importante, selon le degré d'effondrement interne du symbolique et le degré de déstructuration de l'image du corps qui en découle. Le malaise du corps nous en transmet parfois quelque chose : ainsi, certains perdent leur virilité, d'autres leurs menstrues, d'autres la continence sphinctérienne, d'autres encore se sentent étouffés... Quand l'effondrement symbolique est massif la disparition du sujet est en jeu. Epuisés, ces sujets mettent toutes leurs forces vitales dans la lutte contre cette menace de disparition, ou pour le dire comme Ernest Jones, d'aphanisis¹⁴⁸. Cette menace particulière, qui porte sur la libido dans son ensemble, est d'ailleurs rattachée par cet auteur à une expérience traumatique primitive en deçà du temps de l'idéation. Trois réactions lui semblent répondre à cette épreuve originaires qu'une situation traumatique actuelle réactualise parfois : la peur, la haine et la culpabilité. De la peur l'affolement témoigne pour ceux qui ont traversé le traumatisme et se demandent s'ils ne vont pas devenir fous. De la haine peut être portée envers tous les éléments qui ont précipité le traumatisme et tous ceux qui le rappellent. Quant à la culpabilité c'est surtout sous la forme archaïque de la honte qu'elle émerge.

Une femme se décrit comme effondrée intérieurement. Elle raconte l'écroulement symbolique de ce qui la tenait debout dans la culture et de ce qui circulait en elle comme vie symbolique. Elle parle de la

¹⁴⁸ Aphanisis = « épuisement total de la libido », la notion et la définition étant de Ernest Jones. Cf. Jones E. (1948), *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Payot et Rivages, Paris, 1997.

survie et de cet égoïsme vital qui la possède à ce moment-là.

Puis elle ne peut plus parler. Nous paraissions trop éloigné de l'incroyable du traumatisme. Elle angoisse de devoir revivre les scènes de son passé. Elle ne peut pas dire la honte. Elle en veut à son mari. Leur relation se dégrade. Et puis, un jour elle s'écroule sur ses pieds. Evanouie. A son retour, elle reprend autrement son lien à son mari. Elle tombe enceinte et met au monde un enfant. Elle n'a plus reparlé du passé.

Le mutisme intérieur a donné au corps la parole, l'enfant suspend le danger de l'aphanisis, pour combien de temps ?

De théories originaires en théories originaires, chaque auteur qui s'est intéressé à la névrose traumatique semble avoir recherché le moment initial traumatique expliquant tous les autres moments traumatiques. Freud défait partiellement cet enchaînement causaliste, le traumatisme du sexuel ayant eu lieu, mais n'étant pas forcément localisables au lieu d'un traumatisme précoce réel. La vie la mort en trop et en chaos menacent de disparition le sujet. La peur, la haine et la honte lui fournissent ses armes de combats. Terrassé par le surmoi, le sujet préférera pourtant cette défaite à son évanouissement total. A moins qu'il choisisse la mort. A moins que la lumière et le son de la parole retentissent autrement à ses oreilles. Le surmoi garde le sujet dans sa prison, de la chose immonde. Qu'a-t-il fait des clefs ?

L'éprouvé : encore la vie

« Et ce travail de fantaisie, qui permet au poète de devenir le porte-parole, dans la fiction, de l'insistance d'un chiffre dépourvu de sens, relance le travail du signifiant face au silence de ce qui ne peut être symbolisé »

Paola Mieli

Aussi loin que remonte la recherche causale du traumatisme originaires, la course infinie à sa poursuite continue son œuvre métaphorique. Déjà plusieurs contes traditionnels nous renseignent que ce que nous recherchons à

l'autre bout de la terre se trouve en réalité tout proche de nous. Freud débordant le cadre individuel a même relié la culpabilité des fils devant le père assassiné de la horde primitive à une quelconque transmission transgénérationnelle de ce traumatisme. Cette sortie mythique du temps de la cause a au moins l'avantage de défaire l'inflation originaire dans le temps du sujet. Alors à quand la faute ?

Si le traumatisme est ce qui coupe la parole, peut-être est-ce aux temps logiques de son avènement que nous pouvons penser son originalité. « Ainsi langage et trauma se trouvent co-impliqués, et le trauma jouerait comme point de fuite de l'origine afin que le langage puisse advenir » (Mohammed Ham). Le traumatisme serait-il le pendant du langage ? Ses effets seraient alors à considérer comme le retour de la condition première de l'homme, condition oubliée dans le processus même de la névrose ordinaire. La menace ressentie aux abords de cette condition première et de la proximité de la mort qui s'y joue conduit pourtant à la sidération du langage plus qu'à son émergence.

La névrose traumatique introduit le sujet au lieu de sa parole possible dans une confusion violente et destructrice, *comme à l'envers*. Ses portes d'entrée sont en effet le mutisme de la sidération et l'aveuglement qui « lui fait prendre le réel du désir pour l'imaginaire de ses sensations » (Daligand). Le cri que personne n'a entendu, les sensations qui débordent et noient, et la vision de ce qui devait rester invisible conduisent le sujet dans la violence du refus de cet endroit où l'a porté le traumatisme. Un gardien est alors posté devant ce lieu dangereux, ange à l'épée flamboyante interdisant l'Eden, et surmoi archaïque intimant au sujet de ne pas se relever.

Reste à nous demander ce qui autorise la sortie du traumatisme au profit de la parole. Une des spécificités du traumatisme est sa place en dehors du cours habituel de la temporalité du sujet. Les liens signifiants et les évocations ne décollent pas de la scène de la répétition. Un signe de sortie de la soumission traumatique est précisément la réintégration du contenu de l'évènement traumatique dans les chaînes associatives

du sujet et dans la chaîne des traumatismes qui ponctuent son histoire. Ou, pour le dire à la manière de Freud, le retour de l'angoisse d'anéantissement vers sa matrice oedipienne d'angoisse de castration. Mais pour en arriver là la sidération doit faire place à l'assomption d'un sens nouveau et indéterminé qui dépasse les cloisons de la représentation imaginaire, que le traumatisme avait fait voler en éclat. L'art pourrait être l'acte de cette surprise.

Bataille avoue écrire par crainte de devenir fou. Cet affolement du chaos la névrose traumatique en témoigne. Perte de l'esprit elle se révèle pourtant et en fin de compte occasion de trouver un autre esprit, vide, vivifiant, poétique. Faisons-nous suffisamment droit à ceux que nous rencontrons de cette occasion inédite dans laquelle ils se trouvent ?

Bibliographie

Livres

Balmory M. (1979), *L'homme aux statues*, Grasset, Paris.

Didier-Weill A. (1995), *Les trois temps de la Loi*, Le Seuil, Paris.

Dolto F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Le Seuil, Paris.

Eluard P. (1951), *Poèmes*, Gallimard, Paris.

Fanon F. (1961), *Les damnés de la terre*, La Découverte, Paris, 2002.

Fernandez-Zoïla A. (1999), *Récits de vie et crises d'existence*, L'Harmattan, Paris.

Freud S. (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*, in *Essais de psychanalyse*, Payot et Rivages, Paris, 2001.

Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Payot et Rivages, Paris, 2001.

Freud S. (1923), *Le moi et le ça*, in *Essais de psychanalyse*, Payot et Rivages, Paris, 2001.

Freud S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Gallimard, Paris.

Ham M. (2003), *L'immigré et l'autochtone face à leur exil*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

Jones E. (1948), *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Payot, Paris, 1997.

Laupin P. (2004), *Stéphane Mallarmé*, Seghers, Paris.

Mieli P. (2001), *Les temps du traumatisme*, in *Actualité de l'hystérie*, Erès, Paris.

Tellier A. (1998), *Expériences traumatiques et écriture*, Anthropos, Paris.

Vasse D. (1983), *Le poids du réel, la souffrance*, Le Seuil, Paris.

Revue / Articles

Abraham K., *Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre*, in www.votrepsy.com/Textes/Abraham

Cahiers jungiens de psychanalyse, *L'exil*, Numéro 95, Été 1999.

Charmoille J., *La pulsion invoquante, du malentendu au cri*, in www.insistance.asso.fr

Daligand L., *Les racines de la violence*, provenance inconnue...

Erangah-Ipendo I., *Du sursaut traumatique aux rendez-vous manqués*, in *Maux d'exil* (revue du COMEDE).

Fainsilber L., *La mauvoisine et ses troubadours*, provenance inconnue...

Huguet-Manoukian J., *L'exil, la faute et le salut*, conférence donnée pour *Appartenances Lyon* (2004).

Soler C., *L'ombilic et la chose*, texte rédigé pour le centenaire de « L'interprétation des rêves » organisé par Espace analytique.

Salomon-Clisson, *Die Verneinung : la vérité de la parole, du sujet à l'être*, in www.Ecolpsy-co.com

La figure de la victime : de la reconnaissance à la victimisation

Gaël MASSET¹⁴⁹

Sandrine DENIS-KALLA¹⁵⁰

Demandeurs d'asile et réfugiés... Très vite, nous venons à l'esprit des images de guerre en Afghanistan, d'exode de kosovars, de massacres au Rwanda, de torture en Angola... La figure de la victime s'impose, « saute aux yeux » pourrait-on dire, suivie de sentiments d'horreur et de fascination entremêlés. Nous pouvons être happés par ces visions, captés par la violence subie, par le réel de la mort et par la souffrance qui se lit sur les visages et sur les corps. Captifs des images, qui nous hantent, la figure de la victime deviendrait alors l'emblème de l'inacceptable, de l'impensable mais surtout un linceul, qui enveloppe et enferme le sujet, dans une identité inamovible. Plutôt que de s'attacher à la figure de la victime, il nous semble important de distinguer la situation de victime de la position de victime et de travailler sur cet écart.

Les requérants de l'asile, les réfugiés ont été confrontés à un fonctionnement étatique, qui ne garantissait plus la sécurité de ses citoyens, voire même qui organisait la violence. Les interdits fondateurs de la vie en société, ont été transgressés. Le pacte civilisateur a été rompu. La Loi symbolique, part universelle de notre commune humanité, n'est plus organisatrice de relations, où l'autre est respecté dans sa différence. On est dans l'identique ; le différent est rejeté, éjecté. Les demandeurs d'asile, les réfugiés ont été victimes de cette situation sociale clivée où l'identité se réduit à des appartenances religieuses, politiques, ethniques surinvesties dans leur différence. Ils ont été atteints dans leur être

¹⁴⁹ Psychologue, Lyon, Forum Réfugiés.

¹⁵⁰ Psychologue clinicienne, Lyon, Médecins du Monde, membre du CA de l'association Appartenances.

par la faute d'un Etat, qui ne tenait plus sa place de tiers (1).

La position de victime, elle, rend compte de l'attitude consciente/inconsciente de la personne, face à ce qu'elle a vécu de violent. Dans ces situations de violence d'Etat, ce qui prédomine dans les modalités de relation, c'est l'emprise. Un climat de répression, de terreur est instauré. Les minorités opprimées sont surveillées, vivent dans la peur d'être arrêtées. Les personnes militantes s'engagent dans la lutte au risque d'être emprisonnées et torturées. La torture est un exemple extrême : la personne est dans les griffes d'autres, qui la « traite comme un chien ». La personne n'est pas pensée comme un sujet mais comme un objet, soumis au sadisme des bourreaux. L'effroi est alors produit tout autant par cette relation d'emprise, qui place la personne dans une passivité subie, que par le danger réel de mort. Face à ces situations de violence, le risque est grand que la personne s'enferme dans une position de victime, qui ne ferait que poursuivre le travail de désobjectivation des agresseurs. Suite à la violence subie, nous constatons que les événements traumatiques s'instaurent en place centrale dans la vie de la personne. Le trauma est alors encrypté dans la psyché, hors du temps. L'attention de la personne est concentrée sur ces événements, qui font un retour en boucle - nous pensons ici aux reviviscences de scènes traumatiques, aux cauchemars. Les souvenirs du passé sont mis de côté et les événements présents ne s'inscrivent pas dans la mémoire. La personne n'investit plus son histoire ; elle s'en exclut (2).

Ce sentiment d'exclusion est d'autant plus fort qu'il s'accompagne parfois de sensations d'étrangeté, en particulier pour les personnes ayant subies des tortures. La personne ne se sent plus elle-même. Elle fait état de comportements d'agressivité incontrôlée, dans lesquels elle ne se reconnaît pas et qui génèrent un sentiment de culpabilité plus ou moins intense. Françoise Sironi parle à ce propos d'identification inconsciente de l'agresseur (3). L'effraction physique et psychique commise sur la personne, la relation d'emprise vécue, créent un sentiment d'indifférenciation. La personne torturée peut se penser être le tortionnaire, habiter la peau du tortionnaire ou être habité par le tortionnaire. La confusion agresseur/agressé s'installe alors. Cette

confusion est amplifiée lorsque, dans la torture, la personne a été placée dans des situations ambiguës. Ainsi, lorsque la personne a été confrontée à un dilemme, un choix impossible (choix entre le viol de la mère ou mourir). De même, la participation de la personne à sa propre torture, a un effet dévastateur. La personne peut penser avoir contribué à son traitement, donc d'avoir mérité ce traitement.

Notre posture de soignant est alors à la croisée des chemins. Nous avons à reconnaître la situation de victime d'un Etat, qui n'a pas garanti la Loi symbolique (« ce qui s'est passé, n'est pas normal, n'est pas banal »), à sortir de la confusion agresseur/agressé avant de travailler sur la position du sujet et lui permettre de dépasser la position de victime. Les demandeurs d'asile et les réfugiés ont été chassés d'une place subjective qu'ils ont à retrouver, à reconstruire autrement. Nous avons à les soutenir dans cet « effort de sortie de l'exclusion personnelle », expression empruntée à Liliane Daligand (2). Au cours des entretiens avec les demandeurs d'asile, se déploient des niveaux de réalité différents : réalité externe (réalité du traumatisme, de l'exil, de la précarité vécue durant la demande d'asile) ; réalité interne (comment chacun dans sa singularité vit ces situations ?). Dans l'actuel du soutien psychologique, ces niveaux de réalité différents s'entrecroisent et nous avons à les différencier. De même, nous avons à différencier la position de victime de celle de bourreau. C'est un travail préliminaire avant de traiter de la conflictualité propre à la personne.

Un exemple clinique permettra d'éclairer la posture clinique, que nous soutenons.

Monsieur S., d'origine Kosovare, a déposé une demande d'asile en France. Il est hébergé avec sa femme et ses deux enfants dans un Centre d'Hébergement pour Demandeurs d'Asile. Il est orienté vers la consultation psychologique par un intervenant social du centre d'hébergement mais les premiers temps, il lui est difficile de venir aux entretiens. Il est absent mais reprend rendez-vous.

Voilà ce qu'il raconte de son histoire traumatique. Monsieur S. s'est engagé dans l'UCK, pour suivre les convictions de son père. Il a été arrêté et sous la torture, a dénoncé des combattants de l'UCK, dont un ami du père. Ils ont été capturés et exécutés ; lui a été libéré en échange de la promesse de continuer à fournir des informations à la police serbe. Monsieur S. et sa famille ont alors fui le Kosovo et trouvé refuge en France. Il a lu sur un site internet un article qui mentionne sa trahison. Un avis de recherche a été lancé contre lui.

L'un d'entre nous rencontrera Monsieur S. en entretien hebdomadaire durant 6 mois. Nos entretiens sont interrompus car Monsieur S. et sa famille sont menacés ici, en France. Dans la rue, une voiture a cherché à le renverser, lui et son fils. Il a reçu plusieurs appels téléphoniques anonymes de menaces. Il sera transféré avec sa famille dans un autre centre en France.

Monsieur S. souffre de moments d'angoisse et de culpabilité massive. Il se perçoit comme un mauvais père. Il ne peut être un bon père. « Il a été meurtrier ». Il s'absente de cette place de père et se demande quelles valeurs il peut transmettre à ses enfants.

Un premier travail a été de replacer cette trahison dans son contexte, de tenir compte de la réalité externe. C'est un contexte de persécution ethnique. Il a choisi de combattre, de mettre sa vie au service d'une cause, qui était le droit de vivre pour son peuple sur leur terre. C'est aussi un contexte de torture. Il a été confronté à la réalité potentielle de sa propre mort. Il a été placé face à un choix impossible, un dilemme : mourir ou trahir pour survivre. Cette trahison a eu pour conséquence la mort de compagnons d'armes. Monsieur S. a été victime d'une situation, où un gouvernement organise l'extermination d'un peuple. A travers la situation de torture, il a été victime de crimes de guerres. Il est important que lui soit rappelé le contexte car il n'est pas responsable de tout. La Loi des hommes a été piétinée. Notre posture reprend donc l'énonciation de la Loi symbolique, dont nous sommes convaincus qu'elle garantit notre humaine et commune condition. Nous faisons le pari qu'il porte en lui un savoir inconscient sur la Loi symbolique : ce savoir lui a été transmis, par ses parents, par sa communauté,

cette Loi fondatrice d'une position de sujet face aux autres ; peut alors être entendu le fait que « Ce n'est pas toi qui est fou, c'est la situation qui est folle ».

Parallèlement à ce premier travail, Monsieur S. est plus présent auprès de ses enfants.

Entre-temps, Monsieur S. reçoit une réponse négative de l'Ofpra. Sa demande d'asile est rejetée. Il est en colère contre l'Etat français, qui ne reconnaît pas sa situation de victime. Sa demande de protection n'a pas été entendue et son désarroi s'exprime surtout autour de ses enfants, qui grandissent en France. Lors de cet entretien, Monsieur S. est révolté et par extension tous les français deviennent mauvais ; l'alliance thérapeutique est fragilisée. Monsieur S. verbalise des envies suicidaires. Le recours est engagé auprès de la Commission des Recours. Par la suite, Monsieur S. passe par une phase où le sentiment de culpabilité s'intensifie. Il se sent responsable de la mort de ses compagnons d'armes et en particulier de la mort de l'ami de son père. Monsieur S a été placé dans une situation ambiguë : il a été torturé et pour survivre, il a dénoncé des compagnons d'armes ; d'où le fantasme d'être un meurtrier. Il dira : « Je ne suis pas Dieu ; je ne suis pas au-dessus de la loi des hommes ». Cette culpabilité se travaille lors de plusieurs entretiens. Monsieur S. étant menacé, les entretiens prennent fin. Monsieur S. souhaite poursuivre une thérapie et me demande au moment de son départ un courrier qu'il souhaite transmettre au prochain psychologue.

La réponse de l'Ofpra, les menaces sont des événements extérieurs à nouveau traumatiques. Dans le suivi des demandeurs d'asile, nous sommes toujours confrontés à ces éléments de réalité, qui envahissent et sidèrent l'espace de pensée. Parfois, la réalité est trop présente et répète une autre scène traumatique. La réponse négative de l'Ofpra vient rappeler à Monsieur S., que sa vie est entre les mains d'un Etat. L'Etat français devient l'agresseur. Par contamination et projection, tous les français sont mauvais, moi y compris ; tout comme les serbes étaient des agresseurs

potentiels. La confusion s'installe et pour s'en sortir, Monsieur S. met en place des mécanismes de défense archaïques de clivage. Il y a d'un côté les bons, de l'autre les mauvais.

S'il apparaît évident que le conflit psychique de Monsieur S. s'organise autour de la collusion réalité de la mort de l'ami du père / fantasme de meurtre du père, pour autant, ce temps de procédure de demande d'asile renforce la fragilité de Monsieur S. Il est alors primordial de respecter ce temps nécessaire de clarification de la réalité externe. Jean-Claude Métraux invoque « aux temps de la survie, le droit au silence » (4). Pour traiter et affronter ce conflit interne, il est important que la personne soit dans une suffisante sécurité matérielle et psychique. Et surtout, avant de toucher au fonctionnement intime de la personne, il est important que celle-ci ait pu s'appuyer sur une parole, un acte qui rétablisse la Loi symbolique, à l'intérieur de soi. Cette parole, cet acte permet de trancher, de sortir de la confusion agresseur/agressé. Il y a réparation, alors. Certains demandeurs d'asile vivent de cette façon la réponse positive de l'Ofpra ou de la Commission des Recours.

Si nous touchons à cette part de conflictualité interne avant, nous devenons des bourreaux. Dans ce moment particulier de déception et d'effondrement, lié à la réponse Ofpra, j'ai surtout soutenu Monsieur S. afin qu'il investisse la démarche de recours. Une position neutre aurait été perçue comme agressive. Il est alors important de se positionner comme un allié, dans la réalité. (5)

La figure de la victime est une image faite d'horreur et de fascination. En tant que soignant, nous avons à nous détacher de cette image sidérante, tout en ayant en tête la situation de victime vécue par les demandeurs d'asile. Au fil des entretiens, à plusieurs reprises, cette situation de victime surgit et nous avons à la reconnaître comme telle et à énoncer la Loi symbolique, qui garantit l'ouverture aux autres.

La position de victime est une position subjective, adoptée par la personne, qui concentre son identité sur cette seule appartenance traumatique. Cette position entretient le vécu traumatique et conduit au

processus de victimisation. L'histoire du sujet est aspirée par l'événement traumatique, qui fonctionne comme un arrêt sur images.

Reconnaître la situation de victime permet de sortir de la confusion agresseur/agressé, de différencier les niveaux de réalité sans enfermer la personne dans une position de victime. L'énonciation de la Loi symbolique peut ouvrir au traitement de la conflictualité propre à chacun.

La protection accordée aux réfugiés par l'Etat français, est une mise en acte de cette Loi symbolique, qui, pour certains, signe le retour parmi les humains, une nouvelle appartenance possible à une communauté humaine. La répression étatique est une attaque des liens de filiation, qui prend toute sa mesure dans la réalité de l'exil, dans le déracinement imposé. Avec l'obtention du statut de réfugiés, non seulement la situation de victime est reconnue par un état-tiers, qui se positionne en protecteur, mais aussi l'errance du réfugié prend fin. Au-delà de la reconnaissance de la situation de victime, c'est avant tout le droit à exister qu'il lui est à nouveau reconnu, le droit de se projeter dans l'avenir et donc de tenter de faire lien avec son passé.

(5) Lire à ce sujet, Françoise Sironi, 1993, « Une pratique sous influence, la psychothérapie avec les victimes de torture », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n°22/23, pp. 19-30.

NOTES

(1) Cette définition de la victime comme « celle qui est atteinte dans son être par la faute d'un autre » est empruntée à Liliane Daligand, 2003, « La victime, la sanction et la peine », *Rhizome*, n°12, p. 5.

(2) Liliane Daligand, 2003, « Victimes de l'exclusion », *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Tome VII, n°62.

(3) Françoise Sironi, 1992, « Les victimes de tortures et de répression : nature, singularité et fonction du traumatisme », *Psychologie Médicale*, 24, 5, pp. 459-464.

(4) titre d'un article paru en 1997 dans la *Revue Médicale de la Suisse romande*, 117, pp. 419-423.

De la langue maternelle à la langue étrangère. Voix(es) multiples

Louisa MOUSSAOUI¹⁵¹

« Le récit n'a de repères que sur le miroitement d'une musique vibratoire toujours rassurante et maternelle... ».

A. Khatibi¹⁵²

Cet article s'inspire des comptes-rendus du groupe de travail animé par Sandrine Denis et Louisa Moussaoui en 2003 et 2004 dans le cadre de l'association Appartenances Lyon.

I - Langue maternelle et rencontre avec la langue étrangère.

« Notre langue maternelle plonge en nous une racine qui ne peut jamais être arrachée ; et cette racine est la mémoire qui nous ancre à la Mère selon le mécanisme d'un plaisir de répétition », J. Green cité par Ch. Flavigny¹⁵³.

Ce dernier nous explique que la langue maternelle est le support d'une dyade mère-enfant. La relation dyadique symbolisée par l'écho fonde l'accès liminaire au sens comme lien entre intention et compréhension. Le sens conserve l'empreinte de cet « écho » qui perdure dans l'assonance. La répétition du même engendre l'autre et il y a émergence de l'autre par le même à l'image d'une naissance. Que l'être ne rencontre aucun écho maternel, il se retrouve renvoyé à un vide (autisme infantile).

Ainsi, notre compréhension de la langue maternelle suggère des réflexions tant dans

¹⁵¹ Interprète, Formatrice, I.S.M.C.O.R.U.M. (Inter Service Migrant, Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses Mutations)

¹⁵² Khatibi A., 1974, *La blessure du nom propre*, Denoël.

¹⁵³ Flavigny Ch., 1988, « La langue maternelle, dyade, échoïsation et idiolecte », in *Revue Psychanalyse à l'Université*.

les champs de la cure que dans les champs appliqués au social, au monde de l'éducation et de la culture...

Nous avons parcouru certains écrits et certaines interviews d'écrivains étrangers de langue française ; ils nous parlent de leur rencontre avec la langue étrangère ; ils nous disent et nous décrivent comment ils ont vécu ce rapport d'étrangeté qui les liait à la langue française.

Sentiments ambivalents en règle général : relents d'amour et de viol, contrainte et fascination, déchirement et remembrement, bouffée d'oxygène ou état mortifère, malédiction ou même défi.

Le fait de vivre avec ou entre deux langues paraît une souffrance pour les uns, une chance pour les autres.

La langue étrangère peut devenir complice pour certains et peut pour d'autres procurer une enivrante liberté pour la création littéraire et le dépassement.

En tous cas, la langue maternelle est toujours associée à la question de **l'exil**. Nombreux sont ceux qui ont eu à quitter la rive de naissance pour tenter l'expérience bouleversante de l'autre rive.

Mais F. Cheng¹⁵⁴, écrivain chinois, a su trouver les mots justes et forts pour exprimer la douleur des exilés. Dans son récit « le dialogue », il évoque son arrivée en France et sa sensation d'être « aussi nu qu'un nouveau-né » n'ayant qu'une connaissance rudimentaire de la langue de son pays d'adoption.

Son témoignage nous aide à comprendre ceux qui n'ont pas les mots justement « ces exilés souriants, gentils, qui cherchent à se fondre dans la masse ».

Il nous apprend que derrière cette façade énigmatique il y a un vécu d'étouffement, d'enfermement, de souffrance car les émotions ne peuvent être exprimées avec suffisamment de nuances.

Lui, jeune chinois de 19 ans, débarquant à Paris après la deuxième guerre mondiale, ignore tout de la langue française. Epreuve matérielle et morale : « l'exilé, écrit-il, éprouve la douleur de tous ceux qui sont privés de

¹⁵⁴ Cheng F., 2002, *Le dialogue*, Ed. Desclée de Bouwer.

langage et se rend compte combien le langage confère la légitimité d'être ».

La langue maternelle est associée aussi à la question du **deuil** et de **la perte**.

Kateb Yacine¹⁵⁵, lui, fait son entrée dans « la gueule du loup » de la langue française comme liée à la fois à la perte de la mère et à la séduction de l'institutrice.

C'est pourtant cette « gueule du loup » qui fit de lui un écrivain par les ruptures qu'elle introduisit dans son être le plus intime.

Acquérir une autre langue peut mettre le sujet dans un **état de flottement entre deux langues**, deux cultures, deux pays, comme le souligne très bien Zerdalia Dahoun¹⁵⁶ dans le prologue de son livre « les couleurs du silence » :

« A cause de l'école, j'ai basculé dans un autre monde ce qui m'a séparée des miens. J'ai longtemps ressenti un écart entre les deux langues. On n'est pas la même et on ne dit pas les choses de la même façon dans deux langues différentes. Dans ce souvenir précis où je suis avec l'aïeule, je ressens la langue arabe qui me berce comme un murmure tendre ».

Elle ajoute plus loin : « l'attachement que je porte à ma langue maternelle n'est-il pas lié aux personnes chères qui la pratiquaient. Plus que les mots eux-mêmes, n'était-ce pas la musique des sons que l'aïeule prononçait de sa voix chaude qui donne à cette langue une saveur à nulle autre pareille que je ressens comme intime ».

Pour beaucoup d'autres, chaque langue, dans ses particularités phonétiques, syntaxiques, exerce une influence sur l'expression de soi, de ses émotions, de ses sentiments et de sa pensée. Il reste toujours de l'intraduisible.

Gao Xingjian¹⁵⁷, écrivain chinois, déclare : « Je n'imiterais pas en français la manière

de parler chinois. Ce serait faux... Il y a une sensibilité, une mentalité, une façon de faire qui s'impose à travers une langue ».

Nous jouons la même musique mais avec des instruments différents déclare l'africain Alioum Fantoure¹⁵⁸.

« En soussou, malinke, peul, il serait impossible de raconter une histoire à la manière européenne directe. Quand un narrateur traditionnel s'exprime, il parle en paraboles, il avance en oblique, jamais tout droit. Parler directement ce serait inadmissible, ce serait blessier la réalité ».

Abandonner sa langue maternelle peut être vécu comme une **mutilation** ou **démembrement**.

Nancy Huston¹⁵⁹, canadienne, interprète la paralysie de ses jambes, à un moment de sa vie, comme la métaphore du gel de ses racines. Elle avait abandonné sa langue maternelle, l'anglais, qu'elle ne voulait plus entendre parce que le français avait tout l'attrait de la nouveauté :

« J'ai compris que c'était de la mutilation de m'en priver complètement, de refuser d'y toucher. Je me suis remise à lire de la poésie anglaise, des romans en anglais et enfin j'ai commencé à écrire en anglais.

Au bout de 10 ans en France, je me suis rendue compte que j'étais en exil. J'ai commencé à me demander qu'est-ce que je faisais là, loin de mon enfance, de ma famille, de mes racines, à écrire dans une langue étrangère, dans un idiome artificiel, à porter toujours un masque, à mentir, à faire semblant d'être une intellectuelle parisienne... C'était sans doute indissociable de ce que je vivais alors comme difficultés ».

A. Khatibi¹⁶⁰, écrivain marocain, éprouve le même déchirement ou plutôt une sorte de **fragmentation** au sein de tout son être quand il écrit en français :

« Quand j'écris en français, ma langue maternelle se met en retrait ; elle s'écrase...

¹⁵⁵ Kateb Y., 1956, *Nedjma*, Paris, Ed. Le Seuil.

¹⁵⁶ Dahoun Z. 1995, *Les couleurs du silence. Le mutisme des enfants de migrants*, Ed. Calman Lévy.

¹⁵⁷ Xingjian G., 1995, *La montagne de l'âme*, Ed. de l'Aube.

¹⁵⁸ Fantoure A., 1972, *Le Gouverneur du territoire*, Présence africaine.

¹⁵⁹ Huston N., 1986, *Lettres parisiennes : autopsie de l'exil*, Bernard Barrault.

¹⁶⁰ Khatibi A., 1971, *La mémoire torturée*, Denoël.

Mais elle revient (comme on dit) la mère, la terre, la loi voilée. Et je travaille aussi à la faire revenir quand elle me manque. Mais elle revient, ai-je dit, seule, fragmentaire, mutilée, lambeaux, traces, pas dans le désert ».

Acquérir une autre langue fait encourir le risque de perdre la sienne.

V. Alexakis¹⁶¹, grec, éprouve à un moment donné de son parcours, le besoin d'écrire dans sa langue maternelle, titre de son roman (1995) :

« Car ce n'est pas supportable, dit-il, d'écrire dans une langue que votre mère ne comprend pas, qui n'a pas les mêmes souvenirs que vous ». De plus, après avoir eu peur de trahir sa langue maternelle dans « Paris Athènes » (Fayard 1989) écrit en français, il a peur d'oublier et tout simplement de perdre sa langue maternelle. Il a besoin d'être à l'intérieur de la langue, dans l'ambiance de la langue.

A. Djébar¹⁶², romancière algérienne, oscille entre libération et nostalgie du harem.

Seule la langue maternelle peut se faire porteuse d'émotion, de tendresse avec une certaine mélodie de la langue comme ce vocable : « hannouni » (pour évoquer son petit frère) qui la bouleverse.

« Ecrire m'a ramenée aux cris de femmes sourdement révoltées de mon enfance, à ma seule origine. Ecrire ne tue pas la voix mais la réveille surtout pour ressusciter tant de sœurs disparues ».

Z. Dahoun évoque les mêmes voix : *« j'ai parfois l'impression, dit-elle, d'avoir incorporé toutes les femmes que j'ai connues et j'ai la tête pleine de leurs voix oubliées ».*

Ne faudrait-il pas parfois introduire le tiers pour se décoller de la langue maternelle ? Et donc créer une étape intermédiaire dans

la création des conditions de la communication.

II - Etape intermédiaire, celle de la traduction.

L'interprète : « ambassadeur de la reconnaissance de l'altérité ? »¹⁶³ (12)

Que ce soit à l'intérieur d'une langue ou d'une langue à l'autre, la communication implique toujours une traduction.

Les contextes d'interprétariat sont multiples et divers et convoquent l'interprète à une place différente ; la demande de traduction n'est pas la même.

Les situations liées à l'interprétariat auprès des populations immigrées ou réfugiées impliquent des relations intersubjectives très complexes.

Pour l'interprète, la communication interculturelle se fonde d'abord sur les relations qui s'établissent entre des groupes appartenant à des cultures différentes.

L'interprète essaiera d'éclairer et de comprendre le processus à l'œuvre dans la rencontre interculturelle. Car la langue n'est pas un simple instrument de communication, elle est aussi l'expression d'une identité culturelle ce qui le pousse à explorer d'une part les relations entre langage et culture et d'autre part la dialectique de l'identité et de l'altérité dans la construction de la personnalité.

Il constate, lors d'échanges, que la communication interculturelle est traversée par les représentations sociales que les cultures se font les unes des autres, images traditionnelles plus ou moins refoulées.

La demande de travail avec un interprète va dépendre des valeurs qui traversent le professionnel ou l'institution, valeurs par rapport à la question de l'intégration et de la démarche interculturelle.

Sous prétexte de garantir les valeurs républicaines, certains travailleurs sociaux ou certaines institutions ne font pas appel aux interprètes pensant que cela pourrait freiner l'intégration et l'autonomie de la personne

¹⁶¹ Alexakis V., 1955, *La langue maternelle*, Fayard.

¹⁶² Djébar A., 1985, *L'amour, la fantasia*, chez Lattes.

¹⁶³ DUVAL E., 1993, « L'espace intermédiaire », in la Médiation Revue non-violence Actualité.

(migrante, exilée, réfugiée...). Dans les services publics il existe une disparité dans la vision de l'Autre. Le discours sur l'intégration, la notion d'universalité font écran à la présence de l'interprète alors que s'exprimer dans sa langue maternelle est un droit pour la personne. La langue maternelle pourra faire émerger des sentiments et des réalités culturelles enfouis, permettra de verbaliser la douleur, d'exprimer les implicites et les connotations, les images et métaphores que l'interprète, servant de truchement, de liant, restituera en apportant si le besoin se fait sentir une explicitation, un éclairage, ou un décodage culturel.

Dans certains cas, lorsqu'on donne la parole à l'autre, l'Étranger, il existe une peur de perte de contrôle, cette impression que « cela nous échappe ». Ainsi on s'habitue à la banalisation de la non-parole, au maillon manquant, l'interprète traducteur.

Au contraire, la place donnée à l'interprète comme tiers médiateur dans certains cas, ne vient-elle pas garantir un espace démocratique d'échange : comprendre, prendre la parole, être entendu ?

Il est intéressant de voir comment va jouer cette mise en tension chez les professionnels et les pouvoirs publics entre le partage des valeurs communes qui fondent la société et, la vie en commun dans le respect des différences sans enfermer l'Autre dans ses différences en considérant qu'elles sont figées une fois pour toutes.

Une question identitaire se pose à cette profession d'interprète en milieu social. Il est d'abord et avant tout interprète traducteur mais pas seulement.

Il peut jouer le rôle de médiateur culturel dans certains cas, d'intervenant social dans d'autres cas, de co-thérapeute à certains moments, dans certaines situations. Fonctions qu'il remplit de manière plus ou moins occasionnelle dans le cadre de son activité.

Rôles multiples à l'image peut-être du métissage culturel qu'il représente.

Ne peut-on pas faire l'hypothèse que la non-reconnaissance du travail de l'interprète est à lier à la non-reconnaissance du besoin des personnes à s'exprimer dans leur langue maternelle, à la question du rapport de la société d'accueil à l'altérité, à l'étranger, à la rencontre interculturelle.

L'interprète justement ne permet-il pas de créer ce lien, ce lieu de passage, de rencontre de la société d'accueil et de l'Autre, l'étranger, condition idéale à « l'intégration » définie comme processus réciproque.

III – La langue étrangère comme outil de création littéraire.

Face à l'angoisse, au déracinement, à l'impression d'étrangeté, certains ont choisi d'écrire dans la langue française, « cette belle et maléfique étrangère ». Tentative réussie d'élaborer les traumatismes.

De quelle manière ces écrivains vivent-ils cette relation bilingue ? Comment d'étrangère, la langue devient complice pour les uns, objet de culpabilité pour d'autres.

Si l'utilisation de la langue étrangère crée une sensation de liberté pour certains, elle est au contraire torture pour d'autres. Les uns s'investissent passionnément dans cette langue, les autres éprouvent une douloureuse jouissance, enfin certains s'installent dans un entre-deux langues.

Nancy Huston constate que le nouveau roman a été créé par des étrangers : *Beckett, Ionesco, N. Sarraute* entre autres. Cela viendrait, dit-elle « de l'incompatibilité entre la langue et l'univers qu'on porte en soi. Quand on lit Beckett attentivement, on voit que ce sont des textes de langage. Il joue avec les formules toutes bêtes, les expressions, les clichés d'une manière qui serait impensable pour un français ».

Pour *Nancy Huston*, la langue étrangère, le français a été perçue comme une « **bouée de sauvetage** », **une renaissance**.

Dans sa langue maternelle, elle n'aurait pas trouvé cette liberté, cet amour de soi. Il fallait qu'elle ait l'illusion de s'être engendrée elle-même. Elle déclare dans une interview « c'était comme si la langue étrangère avait remplacé la

mère (ma mère est partie de la maison alors que j'étais très jeune). J'ai connu une sorte d'euphorie dans cette culture étrangère. J'étais beaucoup plus heureuse que je ne l'avais été dans ma vie. Je m'aimais plus sous mon identité étrangère ».

Que se passe-t-il lorsque la langue d'écriture est la langue de l'adversaire d'hier ?

La langue française est l'origine du décentrement et de l'éloignement, porteuse de la distance coloniale.

La langue du colon met *Assia Djebar* dans une position non d'exilée mais « d'expulsée » dit-elle. Regret et culpabilité d'écrire en français. L'instrument est lourdement chargé d'histoire. « Pour ma part tandis que j'inscris la plus banale des phrases, aussitôt la guerre ancienne entre deux peuples entrecroise ces signes au creux de mon écriture ».

La langue française est la langue de la connaissance mais non du sentiment, du secret. L'instrument de libération devient instrument de censure l'écriture est « **dévoilement** devant des voyageurs qui ricanent ».

Donc la langue française, instrument de libération, va revendiquer le droit de ressusciter un passé mort et de le faire sien.

« *Me mettre à nu dans cette langue me fait entretenir un danger permanent de **déflagration**. Par le biais de la langue de l'adversaire d'hier qui se fait marâtre dans l'expression de soi* ».

A. *Djebar* part à la reconquête victorieuse de « cette dépouille prise par celui avec lequel ne s'échangeait aucune parole d'amour ».

L'écriture fait ressac et l'activité du dire, se dire n'est plus culpabilisante. Il faut la concevoir comme un exercice devant permettre la reconquête d'un territoire perdu.

« *Ecrire, pour elle, c'est chercher à redonner corps à la main de femme ramassée puis jetée par Fromentin à Laghouat, main coupée d'Algérienne anonyme ... Je me saisis de cette main vivante, main de la mutilation et du souvenir et je tente de lui faire porter le qalam* » (plume).

Mutilation et souvenir ou amputation et mémoire ? Phénomène d'un parcours dédoublé comparé au ressac. « Après plus d'un siècle d'occupation française qui finit, il y a peu, par écharnement, un territoire de langues subsiste entre deux peuples, entre deux mémoires, la langue française, corps et voix, s'installe en moi, comme un **orgueilleux président** (je ne « préside » : expression d'Assia Djebar elle-même vient de presidio espagnol lui-même venant du latin praesidium : protection, défense. Poste fortifié. Place forte. On pourrait garder l'expression d'Assia Djebar et ajouter « c'est-à-dire comme une place forte servant de poste de défense) tandis que la langue maternelle toute en oralité, en hardes dépenaillées résiste et attaque entre deux essoufflements. Le rythme du « rebato » en moi s'éperonnant, je suis à la fois l'assiégé étranger et l'autochtone partant à la mort par bravade, illusoire effervescence du dire et de l'écrit ».

Dans une interview (Nov. 1985) A. *Djebar* déclare :

« *Pourquoi écrire ? J'écris contre la mort, j'écris contre l'oubli ... J'écris à force de me taire...* ».

Alors par l'écriture peut s'établir le dialogue avec les autres, morts ou vivants et permettre l'irruption du « cri libérateur ». « Ecrire m'a ramenée aux cris des femmes sourdement révoltées de mon enfance, à ma seule origine ».

Ce rapport à la langue française, cette culpabilité, cette question a longtemps hanté *Zerdalia Dahoun*.

« *A quelle filiation me rattacher ? Vent violent intérieur longtemps contenu. Comment et en quelle langue dire ce que je voudrais dire. Pourrais-je quitter la langue maternelle pour la langue apprise à l'école ?* ».

Elle semble avoir trouvé un troisième lieu participant de l'une et de l'autre mais n'étant ni tout à fait l'une ni tout à fait l'autre : **un entre-**

deux, « l'entre-deux en broderie n'est-il pas une très belle dentelle ? Un espace en mouvement où les différences se rencontrent et s'entrecroisent sans se blesser ; un espace de coexistence, à l'image de l'arbre chimère, du « citron-oranger » de mon enfance ; la sève du tronc qui nourrit est commune mais chaque branche porte son propre fruit ».

Par contre *J. Semprun*¹⁶⁴, écrivain espagnol de langue française, est plutôt déboussolé : il déclare à propos de son roman « L'Algarabie » (Fayard 1981) :

« *Ce livre que je traîne depuis dix ans sous diverses formes, brouillons et étapes dans ma tête et sur ma table, écrit alternativement en espagnol et en français a pendant des mois **cherché sa langue**. Son titre témoigne de cette **hésitation de la langue**. Il s'agit d'une francisation d'Algarabia, le charabia : la langue arabe qui finit par devenir le galimatias, la langue incompréhensible, le vacarme – Babel-. Mais au fond, cela dépasse la simple problématique de l'écriture : tout ne serait-il pas un peu de l'algarabie, ou comme dirait l'autre, du bruit et de la fureur* ».

A. Khatibi, lui, est décomposé, lacéré par la langue française. « Mon corps était des mots ».

Il écrit tout un livre selon cette image de **l'écartement** « voir mon corps physiquement coupé au milieu » il est sacrifié à cette langue étrangère qui sépare son être.

Il crée les termes de **bi-langue et d'amour bilingue**.

« *Imaginer ce désir insensé d'une écriture bilingue, autant dire une écriture folle. Deux langues en position hétérogène travaillant l'une sur l'autre, se chevauchant, se refoulant, se croisant, selon un soubassement différent de structure, de métaphysique, de civilisation* ».

Son écriture donne une impression d'éclats et évoque des phénomènes de dédoublement. C'est également une écriture de la séduction.

Mais si le français et l'arabe sont chacun le miroir de l'autre, ils s'envoûtent réciproquement ; le jeu est mortel.

A travers son écriture, on sent une tentative de construction, de re-création, de fascination dans la douleur. « Etre un passant errant, quand j'écris en français, ma langue maternelle se met en retrait, elle s'écrase et entre au harem. Qui parle ? Qui écrit ? ».

La figure de l'androgynie revient souvent dans son œuvre. Conflit interne, division. Il voudrait être androgynie, il parle de l'Autre qui est en lui, de l'Etranger. Cet accrochage à la langue française, lui permet d'aborder l'Autre qui est en lui, qui le fascine, cet étranger, et lui permet de réaliser, ce rêve d'androgynie.

« Lorsque l'androgynie advient, le Féminin n'est plus le contraire du Masculin ni son complément, tous deux sont ruissellement d'une même origine perpétuelle, qui, elle, est une perte infinie ».

Nous voyons que la rencontre des écrivains maghrébins avec la langue française est empreinte de culpabilité. Les deux langues sont traversées par l'histoire de la colonisation entre les deux peuples, par des rapports de type dominant / dominé. Ils sont aux prises avec des conflits de loyauté qui rendent plus complexes pour eux le tissage des deux langues.

Ce qui n'est pas le cas de *F. Cheng*, écrivain chinois pour qui l'histoire n'a pas jeté d'ombre sur l'une des langues qu'il utilise, langues placées sur un même plan d'égalité.

Si *F. Cheng* a vécu d'abord des contradictions et des déchirements au sujet des deux langues, chinois et français, il a par la suite opté pour une des deux langues, le français comme langue outil de création, ce qui lui a permis de s'apaiser.

Sa langue maternelle, le chinois est venue alors alimenter sa création. Il parle de « terreau nourricier ».

¹⁶⁴ Semprun J., 1981, *L'algarabie*, Fayard.

Ce qu'il cherche est le dialogue entre les deux langues, dialogue qui ouvre parfois à une symbiose. Ce cheminement est long de vingt ans. « S'investir tout entier dans cette langue, y inscrire les chiffres de son destin au point d'en faire un instrument de survie ou de création, cela relève d'un défi insensé ».

« Cet arrachement et cet écart ne m'ayant pas fait me perdre en chemin, m'auront permis de me ré-enraciner non seulement dans ma terre d'accueil, ce qui est déjà beaucoup pour un exilé mais proprement dans l'être puisque par cette nouvelle langue, j'ai accompli l'acte, je le répète, de nommer à neuf les choses y compris mon propre vécu ».

Ce double enracinement, cette double identité seront l'aboutissement de la métamorphose qu'a produit sa passion pour le français : « Habité à présent par l'autre langue sans que cesse en lui le **dialogue interne**, l'homme aux eaux souterraines mêlées vit l'état privilégié d'être constamment soi et autre que soi, ou alors en avant de soi ».

Vassilis Alexakis, a besoin d'apprendre une **troisième langue** pour déchiffrer quelque chose de soi, après le grec sa langue maternelle puis le français sa première langue d'adoption.

« Une langue étrangère peut devenir autre chose qu'une langue étrangère ; le français m'amuse moins, dit-il, depuis qu'il est devenu un outil de travail ».

Dans son roman « les mots étrangers » il cherche à acquérir une autre langue, rare, le « sango » dialecte de Centrafrique.

« Serais-je entrain de me servir du sango pour faire la paix avec moi-même ? » déclare -t-il.

En fait l'auteur apprend une autre langue pour compenser ou remplir le vide qu'avait laissé la perte de son père. Il serait donc plus facile d'exprimer certaines choses dans

une langue étrangère comme le souligne J. Altounian¹⁶⁵ :

« La langue de l'Autre permet de refouler ce patrimoine traumatique et de se reconstituer sujet de son histoire ».

Pour V. Alexakis, investir quelque chose de tout neuf comme l'apprentissage d'une langue inconnue provoque en lui une sorte d'excitation, une **nouvelle naissance en écho au deuil**, une cure de jouvence. Il s'est ouvert un nouveau monde, une nouvelle soif.

On voit que le choix de la langue étrangère pour l'écriture est une façon de mettre à l'œuvre les liens qui se tissent avec une nouvelle langue. Comment d'étrangère elle devient complice, instrument de reconquête, passion ancrée corporellement et permet le dialogue interne ou l'exaltation de l'imaginaire ou même l'état d'entre-deux.

Alioum Fantouré parle des écrivains francophones qui ont une façon de penser qui vient d'ailleurs.

*« Il se crée un amalgame de sensibilités différentes qui donne une richesse... Il faut avoir le courage, ajoute-t-il, de cracher ce qu'on a en soi sans s'occuper du reste. J'écris parce que je pense que peut-être dans plusieurs années, à force de **fertiliser une terre aride, peu à peu l'humus se fera**, c'est cela le rôle des écrivains francophones ».*

D'autres, comme A. Djébar, écrivent « dans l'espoir (dérisoire) de laisser une trace, une ombre, une griffure sur un sable mouvant, dans la poussière qui vole, dans le sable qui remonte ».

Vécus déboussolants, parcours chaotiques, chemins de croix ou traversées du désert, plusieurs voies pour parvenir difficilement mais finalement au dépassement de soi, au dialogue.

¹⁶⁵ Altounian J., mai 2004, « Un patrimoine traumatique redevient refoulable que dé-porté dans la langue de l'autre », in *Le journal des psychologues*, n°217.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXAKIS V., 1989, *Paris Athènes*, Ed. Fayard.
- ALEXAKIS V., 1995, *La langue maternelle*, Fayard.
- ALEXAKIS V., 2002, *Les mots étrangers*, Ed. Stock.
- CHENG F., 1998, *Le dit de Tianyi*, Albin Michel.
- CHENG F., 2002, *L'éternité n'est pas de trop*, Albin Michel.
- CHENG F., 2002, *Le dialogue*, Descloé de Bouwer.
- DAHOUN Z., 1995, *Les couleurs du silence le mutisme des enfants de migrants*, Calman Lévy.
- DJEBAR A., 1980, *Femmes d'Alger dans leur appartement*, Paris de femmes.
- DJEBAR A., 1985, *L'amour, la fantasia*, Lattes.
- FANTOURE A., 1972, *Le cercle des tropiques*, Présence africaine.
- FANTOURE A., 1995, *Le Gouverneur du territoire*, Présence africaine.
- HUSTON N., 1986, *Lettres parisiennes : autopsie de l'exil*, Bernard Barrault.
- HUSTON N., 1993, *Cantiques des plaines*, Actes Sud / Céméac.
- HUSTON N., 1996, *Instruments des ténèbres*, Actes Sud/Céméac.
- KATEB Y., 1956, *Nedjma*, Paris, Ed. Le Seuil.
- KATEB Y., 1966, *Le polygone étoilé*, Paris, Ed. Le Seuil.
- KHATIBI A., 1971, *La mémoire tatouée*, Paris Denoël 1971
- KHATIBI A., 1974, *La blessure du nom propre*, Denoël.
- KHATIBI A., 1979, *Le livre du sang*, Gallimard.
- KHATIBI A., 1983, *L'amour bilingue*, Montpellier Fata Morgana.
- KROH A., 2000, *L'aventure du bilinguisme*, L'Harmattan.
- SEMPRUN J., *Le grand voyage*, Folio, n°276.
- SEMPRUN J., 1981, *L'algarabie*, Fayard.
- XINGJIAN G., 1995, *La montagne de l'âme*, Ed. L'Aube.

Une tentative de prévention de la souffrance mentale

Rached SFAR¹⁶⁶

Abdellatif CHAOUITE¹⁶⁷

Quelques lignes présentant la mission demandeurs d'asile de l'ADATE :

Présentation succincte de l'ADATE

Représentée autour de 3 mots importants : **migration, équité, interculturalité,**

l'association, depuis sa création (en 1974) œuvre pour l'intégration des populations étrangères immigrées, issue de l'immigration, à travers l'accès aux droits, la formation/insertion, la médiation, l'interprétariat, la formation des acteurs...

L'ADATE a des missions locales, départementales, nationales et européennes et fonctionne à la fois avec une logique de développement territorial (2 secteurs territoriaux : Nord Isère et Centre/Sud Isère) et une logique thématique : Vieillesse, école, famille, la participation des habitants, l'asile... (plusieurs centres thématiques)

En avril 2002, une nouvelle mission a été donnée à l'association ADATE par la Préfecture de l'Isère pour reloger des demandeurs d'asile dans des logements obtenus des bailleurs sociaux et repartis dans tout le département de l'Isère.

L'ADATE a construit sa mission de la manière suivante :

- Reloger les demandeurs d'asile territorial (DAT) isolés, hébergés dans des dispositifs temporaires à Grenoble ou sans hébergement.
- Mettre en place un réseau de solidarité locale pour répondre aux besoins alimentaires et à la nécessité de Lien social.

¹⁶⁶ Responsable du dispositif Hébergement des demandeurs d'asile, Responsable du service ADATE centre sud Isère- ADATE.

¹⁶⁷ ADATE - Docteur en psychologie. Rédacteur en chef de la revue *Ecartés d'identité*.

- Assurer leur accompagnement et leur suivi.

Cette mission s'inscrit dans le cadre d'un conventionnement :

- avec la préfecture, suivi par les services de la DDASS,
- avec le conseil général (pour l'aide au transport),
- avec la CAF (pour l'ALT).

Cette mission est rattachée directement au directeur, animée par Rached SFAR en lien avec les responsables des centres d'activités de l'ADATE et assistée par :

- AKRICHE Hassine (pour le Centre Isère)
- MYAL Mohamed (pour le Nord Isère)
- YERLIKAYA Yasar (pour le Nord Isère)
- OULESOUZIAN Lydia (pour le Nord Isère « femmes »)
- IRUELA Mercedes (pour la comptabilité)

Public concerné

Dans un premier temps, seuls les demandeurs d'asile territorial isolés, hommes, étaient concernés par cette mission. En fonction des nouvelles orientations du gouvernement, et des nouveaux besoins, deux modifications sont intervenues dans la convention :

- Le relogement et l'accompagnement des demandeurs d'asile politique, isolés ;
- le relogement et l'accompagnement des demandeurs d'asile, femmes.

La construction du partenariat

Une fois que le logement réservé par la préfecture est confirmé, et avant de reloger le DA, la première chose que nous avons commencé à faire, c'est de préparer d'abord et avant tout un réseau partenarial et relationnel dans lequel le DA peut s'inscrire rapidement dès son arrivée sur la commune. Ce réseau lui permet de :

- ne pas se retrouver seul ;

- trouver des personnes avec lesquelles il peut échanger ;
- trouver une activité occupationnelle qui atténuera les méfaits de l'attente ;
- avoir des aides (alimentaires, vestimentaires...);
- proposer son aide et partager son savoir faire.

Le Réseau partenarial et relationnel

Le partenariat avec les bailleurs

Suite aux discussions des closes des contrats de locations menées par le service juridique de l'ADATE, des conventions globales ont été signées avec les 6 bailleurs concernés par les logements réservés par la Préfecture. Pour chaque logement un contrat locatif a été signé avec chaque secteur. La remise en état de tous ces logements a été effectuée par ces bailleurs suites aux visites. Les démarches auprès des bailleurs ont été effectuées en même temps que les contacts avec le service logement des communes concernées et l'assureur de l'ADATE.

Le partenariat avec les communes, les CCAS et les associations locales Avant toute opération de relogement, des contacts sont pris avec le maire (ou son adjoint) et le directeur de CCAS de chaque commune afin de :

- les informer de l'arrivée du ou des DAT sur leur commune ;
- définir les formes d'aides que peuvent apporter la commune ou le CCAS tel que :
 - avancer les frais de transport des DAT et de prendre en charge les frais du pain (7 communes sur 12 ont accepté de signer une convention dans ce sens),
 - aider à l'ameublement des logements (5 communes),
 - aider à mettre les DAT en contact avec tes responsables d'activités dans les centres sociaux ou dans des associations (4 communes).

Le contact avec le tissu associatif local est la deuxième étape de notre démarche avant de déclencher les opérations de relogement.

Toutes les associations qui étaient susceptibles d'apporter une contribution à l'arrivée et d'installation des DAT sur la commune, ont été contactées. Dans les 12 communes concernées, environ 38 partenaires ont été mobilisés et apportent quotidiennement leurs aides pour répondre aux besoins des DAT. Ces partenaires se répartissent comme suite :

Commune	Partenaires
Vinay	CCAS
St Marcellin	Secours catholique, secours populaire, restaurants du cœur CCAS, Croix rouge
Pont en Royans	CCAS, Bibliothèque, médiathèque, secours catholique
St Hilaire du Rosier	CCAS, Bibliothèque, secours catholique
Echirolles	Association du quartier, PU
Morestel	CCAS, Jard'inser, Club Foot, Centre social, Secours catholique. Restaurants du cœur
La Côte St André	CCAS, Restaurants du cœur, Club foot
St André le Gaz	Restaurants du cœur, CCAS
Vienne	CCAS, Maison du quartier, restaurants du cœur, secours catholique
Roussillon	Secours Populaire, Centre social, CCAS, midi partage
Péage de Roussillon	Secours Populaire
Villefontaine	CCAS, Association sportive de Viilefontaine, croix rouge, restaurants du cœur, Jardinons ensemble, PU de Viilefontaine, centre social

Des réunions de mise au point sont organisées régulièrement avec l'ensemble des partenaires par commune. Par ailleurs, et à la demande de nos partenaires, l'ADATE a mis en place des séances d'information et de formation sur le droit d'asile en France. Ces séances étaient adressées aux élus, aux travailleurs sociaux et aux associations locales. Notons que ce partenariat a permis à plusieurs DAT, au delà de trouver des réponses à leurs besoins alimentaires et de déplacement : de pratiquer une activité sportive (assurance et formation prises en charge par les associations sportives) et selon leurs qualifications d'entraîner bénévolement des groupes.

L'accompagnement des DAT

Depuis le début de la mission, plus de 100 demandeurs d'asile ont été proposés à l'ADATE, pour être relogés. Ils ont tous été contactés afin de :

- Expliquer notre mission ;
- Proposer le logement, la commune, les partenaires locaux et les services possibles ;
- Constituer des groupes de colocataires ;
- Fixer la date du logement ;
- Signer l'attestation d'engagement précisant les règles à respecter.

11 demandeurs d'asile avaient refusé la proposition de logement. La raison évoquée régulièrement est l'éloignement de Grenoble. D'autres avaient déjà reçu un refus d'asile. Nous ne pouvions donc pas les reloger.

Parmi les demandeurs d'asile relogés, 8 sont des femmes, 16 sont des demandeurs d'asile politique.

Le rôle de l'accompagnateur :

Inscrire les DA dans un réseau relationnel

A chaque fois que des demandeurs d'asile sont installés sur une commune, ils sont présentés aux travailleurs sociaux du CCAS ainsi qu'aux associations locales. Cette rencontre s'est toujours déroulée dans une ambiance très conviviale. C'est ce qui a permis aux DA de :

- Pratiquer des activités et des compétitions sportives (4 DA)

- S'impliquer dans une action bénévole avec des associations caritatives locales (7 DA)
- Pratiquer des activités de jardinage (9 DA)
- Apprendre le Français (3)
- Se perfectionner en informatique (2)

Organiser des visites à domicile

Les demandeurs d'asile relogés sont visités une fois par semaine. Cette visite qui fait l'objet d'un compte rendu, permet de :

- Vérifier l'état et l'utilisation du logement
- Résoudre les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile : problèmes alimentaires, de solitude, de santé, de constitution de dossier, de traduction...
- S'assurer du bon fonctionnement des liens entre les demandeurs d'asile et les partenaires locaux

Ces visites font l'objet d'un compte rendu envoyé au responsable de la mission tous les deux mois. Ce compte rendu précise à la fois :

- L'Etat du logement et sa gestion ;
- l'évolution de la situation administrative ou médicale du DA ;
- son implication dans la commune
- les relations entre les co-occupants du logement ;
- les relations avec le voisinage ;
- l'utilisation des titres de transport et des chèques de services.

Accompagner les DA dans leurs démarches administratives ou leurs contacts avec le corps médical (médecin, psychologue...)

Organiser des rencontres avec les DA

Une rencontre de mise au point est organisée avec les demandeurs d'asile une fois par trimestre.

A cela s'ajoute les séances d'échanges et d'informations collectives (rencontre avec un juriste de l'ADATE, rencontre avec un psychologue de l'ODTI, rencontre avec des

intervenants de l'ADATE, dans le cadre de leur permanence accès aux droits sur les communes...).

Enfin, soulignons que tous les demandeurs d'asile relogés par l'ADATE bénéficient des permanences d'accès aux droits de l'association ainsi que de son service de traduction et interprétariat.

Assurer l'aide alimentaire :

En partenariat avec tes associations caritatives et les banques alimentaires, le demandeur d'asile est inscrit dans des dispositifs d'aide et bénéficient des colis alimentaires fournis. Certains DA relogés dans des communes où il n'y a pas de tissu associatif assurant cette solidarité, sont accompagnés jusqu'à la commune où cette solidarité est organisée.

Pour compléter cette aide alimentaire, l'ADATE a mis en place des chèques de services fournis aux DA, en fonction de leur ressource (Allocation d'insertion) et du nombre de colis obtenus. Le coût de ces chèques est pris en charge par la DDASS.

Assurer le déplacement vers Grenoble

Les DA sont parfois amenés à se déplacer à Grenoble pour des raisons administratives, médicales....

Pour aider ceux et celles qui ne bénéficient d'aucune aide financière, l'ADATE leur fournis deux titres de transport par mois dont un en cas d'urgence (cf. convention avec la SNCF).

Les frais du transport sont pris en charge par le Conseil Général de l'Isère dans le cadre d'une convention avec l'ADATE.

Cette convention permettait de faire bénéficier aux demandeurs d'asile d'un titre de transport par semaine. Quelque temps après, nous avons décidé de ramener cette possibilité à deux titres de transport par mois, dans le souci de permettre aux DA de s'impliquer dans la commune où ils ont été relogés, de nouer des liens avec les associations et les habitants et d'éviter d'être constamment dans le va et vient vers Grenoble.

Aider les DA dans leurs démarches administratives et médicales

Les DA bénéficient aussi du conseil juridique et des services de l'écrivain public dans le cadre de la permanence « d'accès aux droits » de l'ADATE sur les différentes communes concernées par le

relogement. Ils bénéficient aussi gratuitement du service « interprétariat - traduction » pour la traduction de leurs documents.

Par ailleurs, Les DA présentant des problèmes de santé (7 DA), ont été accompagnés soit pour consulter un médecin soit pour comprendre et suivre le traitement prescrit. Ils ont reçu aussi une aide à la constitution de leur dossier médical afin de déposer une demande de régularisation au titre de la santé.

Organiser des rencontres : bilan avec tous tes partenaires locaux :

Ces rencontres sont souvent programmées bien à l'avance, à raison d'une rencontre par trimestre. Elles réunissent les élus de la ville, le CCAS, les associations locales et l'ADATE. Dans certaines communes (Morestel), les DA sont conviés à ces réunions. Le dernier bilan, avant les congés d'été, a été réalisé en juin 03, avec la quasi-totalité des communes (sauf Vienne). Ce bilan a permis de faire le point sur les dernières opérations de relogement, de confirmer la continuité du partenariat avec l'ADATE et d'examiner l'attribution des aides et l'organisation des activités (de jardinage, sportives...) pendant d'août et de juillet 03.

L'asile en souffrance : une tentative de prévention¹⁶⁸

Ce que nous entendons par ce titre c'est, d'une part, les trois sens que peut rendre le terme « souffrance », à savoir la condition des demandeurs d'asile comme condition d'attente d'une réponse à leur demande, de souffrances ou d'angoisses, au pluriel, qui lestent cette attente, et d'acceptation ou de contenance par le lieu d'asile du demandeur et de sa demande. D'autre part, il s'agit ici d'avancer brièvement quelques réflexions élaborées à partir d'une expérience associative de prévention et d'accompagnement de ces demandeurs d'asile menée depuis maintenant trois ans sur le département de l'Isère par l'association ADATE¹⁶⁹.

Je ne m'attarderai pas ici sur l'aspect descriptif de l'action associative de l'ADATE en tant que telle, ni sur le dispositif en direction de ces demandeurs d'asile mis en place. Il suffira de dire qu'il comprend deux volets : l'hébergement d'une part des demandeurs d'asile isolés, hébergés dans des dispositifs temporaires à Grenoble ou sans logement (en cela, il est différent et complémentaire de l'hébergement spécifique du style CADA, AUDA...) et l'accompagnement social de ces demandeurs d'autre part. Cette double mission a été confiée par la Préfecture de l'Isère à l'ADATE en 2002 et suivie par les services de la DDASS.

Ce que je souhaiterai rapporter ici plus précisément, encore que brièvement, ce sont trois points de réflexion issus d'un travail d'élaboration avec l'équipe qui réalise cette mission.

1 – Le premier point concerne la question du logement en tant que tel. Tout le monde connaît, ne serait-ce que par les échos de la presse, le problème de l'insuffisance du logement spécifique pour les demandeurs d'asile, que ce soit dans la région ou ailleurs (le Forum des réfugiés à Lyon déclarait par exemple, il y a quelques mois, loger

2369 demandeurs d'asile mais ne disposait que de 740 places en centres d'accueil spécialisés) et les problèmes, souvent dramatiques sur les plans aussi bien humain, social que politique, que cela pose. Je ne m'y attarderai pas. Ce que je souhaiterai évoquer c'est qu'au-delà de ces catégories de problèmes, cruciaux en eux-mêmes bien sûr, la réflexion sur cette question de l'hébergement des demandeurs d'asile et sur ses implications, nous a porté en quelque sorte jusqu'aux limites d'une machination inquiétante, apte à transformer l'asile en un système de mise au ban, mais, et par là même, a précisé le sens de notre approche de la question du logement. Cette question nous a semblé en effet porter en elle, comme dans une sorte d'hologramme en quelque sorte, ce qui est au cœur même de l'expérience de l'exil, à savoir le rapport au lieu, au sens étymologique même du mot exil : la sortie du lieu (tel qu'un Fathi Benslama par exemple l'avait mis en avant dans son approche de la clinique de l'exil). Le demandeur d'asile, en attente d'une réponse à sa demande de refuge, d'abri, est quelqu'un qui est en suspension en quelque sorte, le temps de sa demande, dans un *dehors*, quelqu'un qui se tient encore de l'autre côté du seuil du lieu d'accueil, après avoir été contraint de quitter son lieu propre (le lieu premier qui lui a été donné, le lieu approprié, ordonné par les éléments symboliques et imaginaires qui l'ont organisé). L'expérience de l'exil est cette traversée plus ou moins contrainte, du lieu propre vers un hors-lieu, de la « demeure » au sens de ce qui donne une certaine stabilité au lieu et au rapport au lieu vers un *dehors*, mot qui fait partie entre autres du lexique des violences, des arrachements et des expulsions. C'est une propulsion violente dans un espace hétérotopique, dans un dédale où le coût, les obstacles et les risques encourus pendant la traversée n'ont rien à envier malheureusement parfois aux tracasseries, à la suspicion et, en fin de compte, au rejet qui font aujourd'hui souvent office d'« accueil » sur le lieu d'asile. Les récits des demandeurs d'asile, ceux qui en tout cas vont au-delà de cet impossible auto-témoignage, commandé par ceux-là mêmes qui se font juges de leur véracité probablement indécidable, ne sont que des variantes de cette double violence d'expulsion du lieu et de l'affrontement au hors-lieu.

C'est au bout de cet espacement violent que le demandeur d'asile pose sa demande et entame une autre phase : l'attente. L'attente ou la

¹⁶⁸ Cette seconde partie a été présentée sous forme de communication par Abdellatif Chaouite au Congrès International organisé par l'Orspere-Onsmp « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004.

¹⁶⁹ Association qui travaille sur les migrations, l'équité et l'interculturalité depuis une trentaine d'années, dans le département de l'Isère.

« demeure » c'est-à-dire la fonction de la demeure justement, de l'hébergement. Or, pour celui qui n'a pas de logement, de demeure pour faire demeure, de lieu d'attente, comment attendre et que signifie attendre ? Un demandeur d'asile sans demeure, sans logement, sans lieu qui porte l'attente et la demande est-ce possible ? Est-ce encore quelqu'un qui attend ? Sangate était-ce un lieu d'attente par exemple ? Était-ce un lieu qui pouvait contenir un espoir ? Était-il si étrange que les étrangers qui y échouaient n'avaient aucune envie de s'y attarder, d'y demeurer, d'y attendre ?... « L'extension [de ce mot, la demeure] à l'habitation, au logement, à la résidence, à la maison, tient d'abord au temps accordé pour l'occupation d'un lieu et conduit jusqu'à la « dernière demeure » où réside le mort »¹⁷⁰. Temps accordé et occupation d'un lieu : la demeure, le logement, c'est la durée et le lieu. Quant à l'horizon de la « dernière demeure », disons qu'ici il s'agit d'abord de celui de la demeure stable qui dépend de la reconnaissance du statut de réfugié, de la réponse positive à la demande. Bien souvent, malheureusement, c'est le refus de la reconnaissance qui tombe comme un couperet et prend le sens d'une fin brutale, d'une condamnation ou d'une « mort » : le rejet du lieu et parfois le renvoi vers une mort quasi certaine, en tout cas c'est souvent une plongée dans un profond désespoir. Il faut rappeler ici en effet qu'en 2003, il y avait plus de 52.000 demandes d'asile en France et que le taux moyen d'octroi du statut de réfugié était autour de 10 %, taux qui a encore baissé au 1er trimestre 2004 autour de 8 %. C'est le renvoi dans le hors-lieu : « Près de 250 000 étrangers, à qui les autorités françaises ont refusé l'asile depuis 1998, vivent toujours en France et sont ainsi devenus des « sans-papiers », selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration... parmi ces déboutés du droit d'asile figurent 18 000 familles. »¹⁷¹.

S'occuper du logement des demandeurs d'asile, c'est se trouver au cœur de cette complexité ou les paramètres fondamentaux du temps et du lieu qui cadrent l'attente, toute attente, se fragilisent à tel point que la frontière entre le possible et l'impossible, entre l'envisageable et l'inenvisageable devient trouble. L'attente des demandeurs d'asile est tissée par des temps

antagonistes entre, d'une part, des trajectoires individuelles ou familiales inscrites dans un horizon où la durée et le lieu sont projetés comme les paramètres d'un devenir voire d'une renaissance et de l'autre, la raison politico-institutionnelle dominée d'abord aujourd'hui par l'empêchement et l'aliénation de ces devenirs.

En tout cas, ces confins sur lesquels ouvre la question de l'hébergement des demandeurs d'asile sont présents dans notre approche pragmatique : faire de l'hébergement autre chose qu'un simple lieu de stockage des déboutés de l'asile, mais le lieu au moins d'une sérénité de l'attente, c'est-à-dire le lieu d'une contenance de la violence de la chute dans le dehors. Comment ? En travaillant sur plusieurs fonctions du logement :

La fonction d'accueil et de contenance du logement : c'est-à-dire un logement qui permet de déposer non seulement ses baluchons mais aussi, même si c'est provisoirement, ses angoisses, ses attentes et ses espoirs. Un lieu de répit, une station dans le parcours. La condition première pour ce faire est que ce soit un logement non seulement fonctionnel mais qui signifie en lui-même accueil, hospitalité. Nous veillons dans ce sens à ce que les personnes s'y sentent reconnues dans leurs singularités et dans la légitimité de leurs attentes et non comme de simples passants anonymes et interchangeable (ce à quoi on assiste parfois dans le cadre de la Commission Locale d'Admission : des propositions de déplacements des personnes déjà installées en fonction des profils des nouveaux arrivants). Nous refusons de déplacer les personnes déjà installées pour des commodités de stockage. Donc le lieu lui-même dans son aménagement comme dans sa gestion joue cette fonction de contenance.

La fonction de lien avec le voisinage et l'environnement : il s'agit de logement diffus réservés par la Préfecture auprès de différents bailleurs. Avant chaque opération de relogement, des contacts sont pris avec les autorités locales et le CCAS, avec le réseau associatif local et avec le voisinage. A chacun de ces niveaux, des formes d'aide sont définies pour l'accueil et l'installation des demandeurs d'asile sur la commune. Cela va des frais de transport et de l'aide à l'ameublement des logements aux participations des demandeurs aux activités sociales et associatives locales.

¹⁷⁰ Jacques Derrida. Demeure. Galilée, 1998.

¹⁷¹ Le Monde du 17 septembre 2004

L'objectif est d'inscrire les demandeurs d'asile dans un environnement et un réseau qui ne les insularisent pas. Ainsi, parmi ces logements, ceux proposés dans des petites communes trop éloignées, sans équipement social ni parfois commercial, ont été rendus aux bailleurs.

La fonction de l'attente : il nous a semblé très important d'être au clair dès le départ avec les personnes hébergées sur cette fonction. Le logement est un lieu d'attente de la réponse à leur demande déposée, quelle que soit la nature de cette réponse. C'est le pacte d'hospitalité d'une certaine façon. C'est un hébergement d'accueil de l'attente de la réponse et non un substitut qui prend en charge la destinée de la personne ou le dossier en tant que tel. Il est clair depuis le départ que nous ne ferons qu'un bout de chemin ensemble, que nous ne partagerons (c'est le sens du mot accompagner) que le temps de ce sas qui est la durée de l'attente de la réponse, mais qui inclut un travail d'élaboration, pendant le séjour, sur les horizons éventuels et les possibles à entrevoir par la suite. C'est un logement qui porte et qui contient l'attente de la réponse et non l'attente sans perspective de réponse qui peut se profiler par la suite. Ce pacte nous semble prévenir la relation d'accueil et la fonction d'attente de toute illusion ou mensonge de notre part qui pourraient la ruiner.

2 – Le deuxième point que je souhaiterais évoquer, toujours aussi rapidement, après celui du lieu, c'est celui du *lien*. Leon et Rebeca Grinberg définissent la migration comme « une des contingences de la vie exposant l'individu qui l'expérimente, à passer par des états de désorganisation qui exigent une réorganisation ultérieure qui ne réussit pas toujours »¹⁷². Autrement dit, c'est un état de mise en crise des liens psychosociaux, des étayages sociaux aux fonctions psychiques et des organisateurs psychosociaux que ce soit dans le registre du symbolique, du pragmatique ou de l'imaginaire, qui assurent un équilibre à la personne dans son environnement. Grossièrement, je résumerai le constat en disant que la crise en question est une sorte de rupture introduite dans le sentiment de continuité de l'existence assuré par les différents

héritages familio-socio-culturels. Notre approche à ce niveau consiste non pas à colmater les brèches de cette crise mais à travailler sur les possibilités de la *réorganisation* en faisant de l'espace de l'accompagnement un « espace potentiel », dans l'acception winnicotienne du terme, en vue de cette réorganisation qui, effectivement, ne réussit pas toujours. Un espace entre-deux, entre le passé et le devenir, entre l'exil et l'asile, entre le dehors et le dedans... Pour aller à l'essentiel là encore, disons que trois éléments nous ont semblé importants dans cette perspective (ce qui ne veut pas dire que ce sont les seuls éléments évidemment) : confiance, reconnaissance et capacité d'initiative.

Recréer un sentiment de confiance dans le nouvel environnement : confiance en les personnes et dans des lieux... Cela passe par la mobilisation de réseaux à différents niveaux. Au niveau d'une solidarité politique et éthique : cela se fait aussi bien par l'interpellation des élus pour soutenir un dossier, par la mobilisation des réseaux associatifs locaux pour donner de leur temps, que par la mobilisation de personnes bénévoles dans l'entourage pour apporter un soutien matériel (colis alimentaires, mobilier...) mais aussi au niveau de l'aménagement d'un climat affectif (invitations à partager un repas avec des particuliers, proposition de sorties en famille...). La construction de ces réseaux vise à expérimenter des liens de confiance possibles avec de nouveaux objets dans ce qui est vécu encore comme un dehors, un univers qui ne reconnaît pas encore la légitimité de la présence : c'est ce que dit la terminologie de « demandeur d'asile » introduite dans les années 80, au moment même paradoxalement où cette figure est devenue la figure emblématique de l'étranger (l'asile n'était plus légitimé *a priori* mais différé par une attente qui doit statuer sur la légitimité ou non de la présence du demandeur). Une précision est importante ici : nous ne nous engageons pas nous-mêmes dans ce procès de la légitimation. Nous ne cherchons pas notamment à connaître leurs parcours et leurs raisons d'exil. Les personnes à qui par exemple est arrivé de raconter leurs récits d'exil à tel ou tel accompagnateur ou accompagnatrice, elles l'ont fait d'elles-mêmes, comme une marque de confiance justement, un désir de partager une histoire, un récit de vie avec un hôte. Cette préservation de l'histoire de vie de chacun nous semble en tout cas faire partie de

¹⁷² Leon et Rebeca Grinberg. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. C.L.E. 1986.

l'aménagement d'un environnement d'attente qui ne soit pas inquisiteur.

La reconnaissance, comme chacun sait, est considérée, depuis Hegel, comme l'un des mobiles ou l'un des moteurs du lien social. Dans le cas de figure qui nous intéresse ici, l'approche par la reconnaissance, de la présence et de la légitimité de la démarche des demandeurs d'asile, nous semble surtout constituer une des stratégies psycho-sociales d'accompagnement qui limite les dégâts de la construction de la figure du demandeur d'asile comme *menace*, pour reprendre l'analyse de Nahoum-Grappe dans son Anthropologie de la menace. La politique établie au niveau européen depuis les années 80 contribue à instituer cette figure de l'Autre comme menace par une définition et un processus sélectifs de l'exercice de la solidarité, qui stigmatise ceux qui en sont à exclure : le demandeur d'asile notamment comme « autre » indésirable, illégitime, menaçant et donc souvent éconduit. C'est le sens du projet défendu actuellement par certains pays de l'Europe de créer des camps de réfugiés hors de l'Union pour trier entre les « vrais » et les « faux » réfugiés. Et le stigmatisme privilégié qui fonctionne ici pour construire cette figure de la menace est celui de la pauvreté et de l'indignité de la pauvreté, étendu imaginativement à toute une aire géo-anthropologique : le « Sud » (les personnes qui sont accueillies dans ce dispositif viennent effectivement essentiellement du sud : Algérie, République Démocratique du Congo...). Bref, contre cette stigmatisation qui a des effets psychologiques de fragilisation, notre approche consiste à reconnaître le demandeur d'asile dans la légitimité de sa démarche en appui sur cette considération que M. Foucault avait formulée : « les raisons qui font que des hommes et des femmes aiment mieux quitter leur pays que d'y vivre, nous n'y pouvons pas grand-chose »¹⁷³. Autrement dit, nous n'en sommes pas juges. La mission que nous nous donnons à ce niveau est de reconnaître les personnes dans le bien fondé de leur démarche subjective et de les faire reconnaître dans cette démarche par le biais de réseaux dans lesquels ils peuvent s'insérer.

Enfin, **la capacité d'initiative** : c'est-à-dire faire en sorte que malgré la condition d'exposition à la désorganisation, un sujet donné puisse remobiliser des processus psychiques créatifs lui permettant de rester un tant soit peu acteur de son destin. Animer un atelier informatique, proposer une soirée repas à thème ou entraîner un groupe d'initiative karaoké (toutes choses qui se sont passées concrètement)..., peu importe le contenu, l'essentiel pour nous est que chaque sujet puisse disposer de la potentialité d'activer ses capacités d'initiative dans un environnement qui, du coup, se connote comme un environnement possible et d'auto-réalisation possible et non comme un environnement impossible et de l'impossible. L'idée est de favoriser une inscription subjective autrement que par le biais d'une présence passive et totalement dépendante, d'étayer les singularités au lieu d'accompagner tout simplement des statuts indifférenciés de « demandeurs d'asile ».

Voilà très hâtivement quelques unes des hypothèses qui fondent la démarche dans le sens d'une tentative de prévention aux différentes souffrances qu'engage l'expérience de l'exil. Il va de soi bien sûr que ce sont des démarches présentes dans le relationnel et pas forcément visibles dans la production attendue institutionnellement qui évalue d'abord le fait d'héberger en tant que tel et l'accompagnement au niveau des démarches administratives, sociales ou de la survie tout simplement au quotidien. Je n'aborde pas ici ces aspects qui sont connus ou peuvent être facilement imaginés.

3 – J'en arrive à mon dernier point qui concerne **les limites, les paradoxes et les difficultés rencontrés**. L'incertitude qui pèse sur la demande et le temps d'attente sont deux paramètres qui « jouent sur les nerfs » (j'emploie exprès cette expression) de tout le monde dans ce genre de dispositif : sur les concernés eux-mêmes comme sur les accompagnateurs. L'incertitude, c'est-à-dire le fait de savoir à l'avance que l'on ne dispose que de très peu de chances, combinée à un temps d'attente qui a été jusque là relativement long (un voire parfois deux ans) finissent parfois et malgré l'approche préventive par engendrer des réactions à coloration dépressive chez certains hébergés (désinvestissement du réseau, repli, parfois attaque du dispositif lui-même à travers

¹⁷³ Cité par Mathieu Potte-Bonneville. Les nouvelles frontières de l'intolérable. in Le Monde Dossier 19 et 20 septembre 2004.

des nuisances diverses : bruits dont se plaint le voisinage, ...), comme si ce temps long agissait comme un temps d'incubation où tous les fantômes et toutes les angoisses restés en attente également durant la phase euphorique de l'admission dans le logement se réveillaient au fur et à mesure, rendant opaque du coup les registres mêmes de signification dans la relation d'aide et de prévention. C'est l'une des problématiques sur laquelle nous essayons d'avancer actuellement avec la DDASS par le biais des évaluations et avec des partenaires locaux en explorant la possibilité de la mise en place d'un groupe de réflexion et d'information interprofessionnel sur la problématique de la santé mentale des demandeurs d'asile. Et, ceci engendrant cela, parfois un sentiment d'usure aussi chez les accompagnateurs eux-mêmes ou les bénévoles mobilisés ici ou là, qui voient leurs efforts s'effriter parfois au fur et à mesure et surtout être mis en question par les décisions négatives quand elles arrivent. C'est un véritable effondrement souvent pour les uns comme pour les autres, comme si tout le travail de reconnaissance et de mise en confiance se fracasse d'un seul coup contre le réel anonyme d'une décision qui signifie d'abord la fausseté de la demande et l'illégitimité de la présence. Et c'est du coup, un deuxième exil, un deuxième arrachement violent, qu'il s'agit d'accompagner dans le cadre d'un recours et on peut imaginer facilement qu'au-delà de ce temps

de sursis, c'est la rechute dans le hors-lieu du sans-quelque chose (sans-papiers, sans reconnaissance...). Bref, le paradoxe de ce type d'action est qu'il soumet tout le monde à des forces antagonistes : d'un côté, il s'agit d'accueillir, de prévenir et d'insérer dans des réseaux mais de l'autre, il est soumis lui-même à des déterminations antagonistes avec ces objectifs. C'est tout le paradoxe, pour évoquer encore une fois l'esprit de Derrida, de *La loi de l'hospitalité* qui nous commande un accueil prévenant et juste mais qui déborde *les lois* ou le droit d'asile qui conditionnent et déterminent la réalité restrictive de cet accueil.

En guise de conclusion. Dans ce dispositif, nous essayons d'articuler la mission « politique » qui nous a été confiée (héberger les demandeurs d'asile mal ou non logés ailleurs) avec la mission « éthique » et déontologique de notre travail social (prévenir méthodologiquement les risques de l'exposition à une expérience fragilisante à bien des égards). Ce n'est pas une mission impossible mais c'est une mission traversée de part et d'autre par le poids des incertitudes.

9. Bibliographie

- Altounian J., 2004, « un patrimoine traumatique ne devient refoulable que dé-porté dans la langue de l'autre », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 28-33.
- Autès M., 1999, *Les paradoxes du travail social*, Dunod, p. 252.
- Baqué S., 1997, « Un atelier de médiation thérapeutique au Rwanda », *Le journal des psychologues*, n°149, pp. 43-45.
- Baqué S., 2000, *Dessins et destins d'enfants*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives.
- Baraudy J., 1989, « L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés politiques », *Thérapie familiale*, vol 10, n°1, pp. 15-31.
- Baubet T., Abbal T., Claudet J., Le Duc C., Heindenreich F., Levy K., Mehallel S., Rezzoug D., Sturm G., Moro M.R., 2004, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », *Le journal international de victimologie*, n°2, 8 p.
- Beck U., 2003, « La société du risque, sur la voie d'une autre modernité », Champs, Flammarion.
- Benslama F., 1997, "La demeure empruntée", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 39-47.
- Benslama F., 2004, « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », *L'évolution psychiatrique*, 69, pp. 23-30.
- Bertrand D., Lescarret O., 2003, « Transmission transgénérationnelle des traumatismes et scolarisation des enfants de réfugiés du Sud-Est asiatique », *Perspectives Psy*, Vol. 42, n°2, pp. 134-141.
- Bizouerne C., 1997, « Une psychologue chez les réfugiés sahraouis », *Le Journal des psychologues*, n°149, pp. 27-29.
- Bourguignon O., 2000, « Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant », *Devenir*, 12, 2 P 77-92
- Bourguignon O., 2000, « Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant », *Devenir*, 12, 2, pp. 77-92.
- Bouteyre E., 2004, « De la réussite scolaire à la résilience scolaire : la santé mentale mise à l'épreuve », *Le journal des psychologues*, n°216, pp. 22-25.
- Bruyère B., 1997-98, *Le suspense dans l'attente : la demande d'asile*, Mémoire de DEA, Université Lyon 2 et Lyon 1.
- Bruyère B., 2004, « le demandeur d'asile : objet du tortionnaire, sujet du travail psychothérapeutique », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 41-43.
- Castel R., 2003, *L'insécurité sociale*, Le Seuil
- Chaouite A., 2001-2002, « Les metteurs en scène de l'interculturel », *Ecarts d'identité*, n°98, pp. 42-45.
- Chatel V., Soulet M.H., 2002, *Faire face et s'en sortir*, Editions universitaires de Fribourg, Suisse.
- Chessari-Porée M., 2004, « Entre demande d'asile et fabrication du traumatisme, le récit », [www. Psy-desir.com](http://www.Psy-desir.com).
- Colin V., 2004, « Humeurs après un entretien avec Monsieur K., demandeur d'asile », *Rhizome*, n°14, p. 10.
- Colin V., Furtos J., 2005 (à paraître), « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine » in C. Louzoun, M. Joubert (sous la direction de), *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, Erès.
- Crocq L., 2003, «Clinique de la névrose traumatique », *Le journal des psychologues*, n°211, pp. 53-58.
- Daviet O., 2004, *Enfants de demandeurs d'asile et Transition*, Mémoire de DESS, Université Lumière Lyon 2.
- De Jonckheere C., D. Bercher, 2003, *La question de l'altérité dans l'accueil psychosocial des migrants*, Genève, IES Editions, 126 p.
- Denis S., 2001, « Détresse sociale, souffrance psychique : un enjeu pour le sujet », quatrième colloque international du Réseau interuniversitaire européen de recherches cliniques et d'épistémologie en sciences humaines, intervention.

- Denis S., 2004, « Réfugié, psychologue, interprète. Spécificité d'un dialogue à trois », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 34-35.
- Denis S., Kaës F., 2003, « Consultations psychologiques spécialisées pour demandeurs d'asile », roneotypé
- Denis S., Mouissa L., 2003, « compte-rendu du groupe de travail sur les pratiques professionnelles à l'aide d'interprète », Association Appartenances, tiré à part.
- Devereux G., 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Didier E., 1992, « Torture et mythe de la preuve », *Plein Droit*, n°18-19.
- Douville O., 1997, "Adolescences exilées et monde contemporain", *Psychologie clinique*, n°3, pp.59-71.
- Douville O., 2004, « Anthropologie du contemporain et clinique du sujet », *L'évolution psychiatrique*, 69, pp. 31-47.
- Durizy C., 2004, « Deuils et migration », *Le journal des psychologues*, n°216, pp. 12-14.
- Ehrenberg A., Lovell A. (sous la direction de), 2001, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Ed. Odile Jacob.
- Eiguer A., 1998, « Le faux-self du migrant » in *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, sous la direction de R. Kaës et D. Anzieu, Paris, Dunod, pp. 89-106.
- Emelen Van J., 1998, *L'analyse des risques : la base de la prévention*, ED. Kluwer, Bruxelles, Belgique.
- ESPRIT*, décembre 2003, « L'Europe face aux migrations ».
- Fages J.B. , 1972, *Comprendre Lévi-Strauss*, Toulouse, Privat.
- Ferenczi S., « Deux types de névrose de guerre (hystérie) » in *Œuvres complètes* Tome II, pp. 238-252.
- Ferradji M., 1995, « Espaces d'exil, espaces de rêve », *Champ psychosomatique*, n°2/ 3, pp. 129-133.
- Fonagy P., 2004, *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, ERES.
- Franguiadakis S., Belkis D. (en collaboration avec E. Jaillardon), 2004, *En quête d'asile. Aide associative et accès au(x) droit(s)*, Paris, LGDJ, collection « droit et société », 287 p.
- Franguiadakis S., Jaillardon E., Belkis D., Bernigaud S. (sous la co-direction de), 2002, *Rapport final, L'aide aux demandeurs d'asile : la part du mouvement associatif dans l'accès à l'asile*, CRESAL, Saint Etienne, p. 8.
- Furtos J., 2000, « épistémologie de la clinique psycho sociale(la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, N°1.
- Furtos J., 2002, « Le syndrome d'auto-exclusion », *Rhizome*, n°9, p. 15.
- Furtos J., Pommier J.B., Colin V., 2002, *Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificité des compétences*, Ville de Bourgoin-Jallieu, ORSPERE.
- Garcia M., 1997, « Dans le Rwanda d'après génocide », *Le journal des psychologues*, n°149, pp. 36-38.
- Giddens A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Editions l'Harmattan.
- Giraud F., Moro M.R., 1998, « L'ethnopsychanalyse, éléments d'un débat. De la société aux soins », *Carnet Psy*, n° 33, 2 p.
- Godard M.O., 2003, *Rêves et traumatismes ou la longue nuit des rescapés*, Paris, Erès.
- Godard M.O., 2004, « Autres temps, autres lieux, autres rêves », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 36-40.
- Goffman E., 1968, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 447 p.
- Goffman E., 1968, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 447 p. Callon M., Lascoumes P., Barhe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Le Seuil.
- Gomez-Mango E., 1995, « Psychothérapie de l'exclu » in *Déqualification sociale et psychopathologie, Actes du colloque du Vinatier*, Lyon, ORSPERE, pp. 153-160.
- Grinberg L., Grinberg R., 1986, *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Lyon, C.L.E.
- Guirois C., 1997, « Arnaldo, enfant ex-soldat au Mozambique », *Le journal des psychologues*, n°149, pp. 49-50.
- Houwer J., Laval C., octobre 1998, « Psychiatrie et réseaux de soins », in revue *Psychiatrie* n°213.

- Jalil B., 1997, "Désirs d'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 31-38.
- Joubert M., 1993, in « *Perturbation, santé mentale et confrontation aux difficultés de la vie quotidienne* », convention MIRE n°1/93.
- Kaës R., 1998, « Une différence de troisième type » in *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, sous la direction de R. Kaës et D. Anzieu, Paris, Dunod, pp. 1-19.
- Kaës R., 2004, « la consistance psychique de la différence culturelle », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 22- 27.
- Kirmayer J. L., 2002, « Le dilemme du réfugié », *Evolution psychiatrique*, 67, pp. 743-763.
- Kouassi K., 1994, « Les enfants de Bloôlo », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 42 (1-2), pp. 12-15.
- Lachal C., 1997, « Les cadets de l'Intifada : du traumatisme à la catastrophe », *Le journal des psychologues*, n°149, pp. 46-47.
- Laplantine F., 1973, *L'ethnopsychiatrie*, Presses universitaires.
- Laplantine F., 1982, « Ethnopsychiatrie et ethnoscience », *Confrontations psychiatriques*, n°21, pp. 11-27.
- Laplantine F., 1988, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF (Que sais-je ?).
- Laval C., 2002, *La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*, CRESAL, ORSPERE-ONSMP.
- Laval C., 2003, *Penser la vie psychique dans le cadre de l'action éducative, Pour une clinique partagée*, ORSPERE-ONSMP, Edition Vaucresson, CNFE-PJJ.
- Laval C., Ravon B., 2005, « De la relation d'aide à l'aide à la relation » in J. Ion (sous la direction de), *Le travail en questions*, la Découverte.
- Les Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2340 du 2 janvier 2004.
- Levi P., 1987, *Si c'est un homme*, Julliard.
- Lighezzolo J., De Tychev C., 2004, *La résilience : se reconstruire après le traumatisme*, PRESS.
- Lighezzolo J., De Tychev C., 2004, *La résilience : se reconstruire après le traumatisme*, IN PRESS.
- Maqueda F., 1997, « Vulnérabilité et sollicitude », *le Journal des psychologues*, n°149, pp. 21-23.
- Maqueda F., 2004, « Aux frontières de la différence culturelle », *Le journal des psychologues*, n°217, p. 21.
- Mayan V., Giraud du Poyet V., Baldo E., 2003, « Précarité –Exclusion et traumatisme de l'exil », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, Tome VII, n°62, pp. 23-25.
- Mazet Ph., 1994, « Avant propos : quelle ethnopsychiatrie du bébé ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 42, n°1-2, pp. 1-2.
- Métraux J.C., 2004, « Imaginer une agorapoïèse », *Le journal des psychologues*, n°217, pp. 44-49.
- Métraux J.C., 2004, *Deuils collectifs et création sociale*, Paris, La Dispute.
- Mongin O., 2004, «La quadrature du cercle républicain et la vocation migratoire. L'asile, le contrôle des migrations et la volonté d'intégration », *ESPRIT*, pp. 61-77.
- Moro M.R., 1994, « Penser de nouvelles manières de faire avec les parents migrants et leurs enfants », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 42, n°1-2, pp. 3-11.
- Moro M.R., 1996, « Psychothérapies, cultures et migrations » in D. Widlöcher, A. Braconnier, *Psychanalyse et psychothérapies*, pp. 159-171.
- Moro M.R., 1997, « De l'inconsolable aux soins », *Le Journal des psychologues*, n°149, pp. 24-26.
- Moro M.R., 1998, « Aspects psychiatriques transculturels chez l'enfant », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-200-G-40, 14 p.
- Moro M.R., 1998, « L'ethnopsychanalyse, une clinique de l'altérité. Altérité et spécificité », *Carnet Psy*, n° 33, 4 p.
- Moro M.R., 1998, *Psycho-thérapie transculturelle des enfants de Migrants*, Paris, Dunod.
- Moro M.R., Giraud F., « L'exil et la souffrance psychique », ronéotypé, pp. 155-168.

- Moro M.R., *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, Coll. Fil Rouge, PUF, 1994
- Moro M.R., Revah-Levy A., 1998, « Soi-même dans l'exil. Les figures de l'altérité dans un dispositif de psychothérapie » in *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, sous la direction de R. Kaës et D. Anzieu, Paris, Dunod, pp. 107-129.
- Munyandamutsa N., 1999, « Rwanda : ces enfants de nulle part à la recherche de sens et de repères » in *Le groupe soignant*, sous la direction de M. Sassolas, Ramonville Saint-Agne, Erès, pp. 219-228.
- Murbach D., 1997, « Supervision clinique au Rwanda », *Le journal des psychologues*, n°149, pp. 39-42.
- Nathan T., 1988, « La migration des âmes », *Nouvelle revue d'Ethnopsychiatrie*, n°11, pp. 25-42.
- Nathan T., 1998, « Ethnopsychiatrie : actualité, spécificité, définitions », *Carnet Psy*, n° 33, 4 p.
- ORSPERE, 1999, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, FNARS.
- Pasquet F., Duret E., 1997, « Des adolescents à Sarajevo : quelques bribes d'histoires et des liens... », *Le journal des psychologues*, n°149 ; pp. 32-34.
- Piel E., Roelandt J.L., juillet 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001, Rapport de Mission.
- Pinel J.-P., 2001, « Différences culturelles ou psychopathologie en institutions sociales et médico-sociales ? », *Psychologie clinique*, n°12, pp. 137-153.
- Piret B., 2002, « L'expérience strasbourgeoise de la clinique transculturelle », *Réunion conjointe Société de psychiatrie de l'est et parole sans frontières*, Strasbourg.
- Piret B., 2002, « Précarité oedipienne, psychanalyse et psychiatrie publique », *Rhizome*, n°8, pp. 10-11.
- Piret B., 2004, « La psychothérapie avec interprète est-elle possible ? », [www. Psy-désir.com](http://www.Psy-désir.com).
- Potte-Bonneville M., 19 septembre 2004, « les nouvelles frontières de l'intolérable », *Le Monde*.
- Quéré L., 1992, *L'espace public : de la théorie politique à la métathéorie sociologique quaderni N°18*.
- Rapport d'activité 2003* de Forum-Réfugiés
- Rapport IGA, IGAS*, janvier 2004, « Analyse et propositions relatives à la prise en charge des familles déboutées du droit d'asile ».
- Real I., 1994, « De la théorie à la clinique : l'enfant ancêtre », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 42 (1-2), pp. 16-20.
- Real I., 1995, « Soigner les enfants de migrants », *Champ psychosomatique*, n°2/3, pp. 57-66.
- Rousseau C., 2000, « Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, vol. 33, pp. 1-12.
- Roussillon R., 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- Rutter M., 1985, "Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders", *British journal of psychiatry*, 147, pp. 598-611.
- Rutter M., 1985, "Résilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders", *British journal of psychiatry* 147, P 598-611
- Sinatra F., 1998, « La figure de l'étranger et l'expérience dans la cure » in *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, sous la direction de R. Kaës et D. Anzieu, Paris, Dunod, pp. 131-152.
- Sironi F., 1999, « Systèmes d'influence et traumatismes », conférence Les états du traumatisme, Nevers.
- Sow I., 1982, « Psychothérapie et culture – Problèmes théoriques », *Confrontations psychiatriques*, n°21, pp. 303-319.
- Stitou R., 1997, "Universalité et singularité de l'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 13-30.
- Tarazi Sahab Layla, 1997, « La nostalgie du retour », *Champ psychosomatique*, n°11-12, pp. 167-170.
- Troadec B., Guerraoui Z., 2000, *Psychologie interculturelle*, Paris, A. Colin.
- Truffaut L., 2004, « Le travail de la migration », *Le journal des psychologues*, n°219, pp. 63-66.
- Vals P., 1997, « Réfugiés, déplacés, l'autre urgence ! », *Le Journal des psychologues*, n°149, pp. 30-31.

Vegh C., 1979, *Je ne lui ai pas dit au revoir*, Editions Gallimard.

Voirol Ch., 2003, « Analyses des risques psychiques au travail Urgence », *Travail et santé mentale*, vol. 19, n°1.

Waintrater R., 2003, *Sortir du génocide*, Paris, Editions Payot et Rivages.

Winnicott D.W., 1960, « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self » » in *Processus de maturation chez l'enfant*, 1965, 1970, Editions Payot, pp. 116-131.

Yahyaoui A. (sous la direction de), *Destins de femmes, réalités de l'exil. Interactions mère-enfants*, Grenoble, Pensée Sauvage Ed., 1994.

10. Annexes

Annexe n°1 : Note méthodologique de la recherche-action (2002-2005)

Cette note méthodologique a pour fonction de synthétiser la méthode globale et les méthodes de chaque phase de cette recherche-action et leurs conséquences techniques.

Ne sera pas reprise ici la particularité d'une recherche-action¹⁷⁴ qui indique la « philosophie » générale : celle de la participation la plus étendue possible de tous les protagonistes concernés par l'investigation (intervenants, chercheurs, commanditaires, « usagers »).

1. Méthodologie de la première phase (mars 2003 - décembre 2004)

→ Pas d'investigation exhaustive de tous les dispositifs existants

→ (83 personnes interviewées dans les 8 départements) in situ pour comprendre les différentes modalités et les dispositifs et pour recueillir les besoins (par effet de recoupement), en d'autres termes pour dresser **un premier état des lieux** des fonctionnements, des ressources et des besoins en terme d'accès au soin pour les demandeurs d'asile.

1.1. Les entretiens

83 personnes ont été interviewées dont des représentants d'associations sur chacun des départements de la région, des instances départementales et des institutions de soins généraux et spécialisés. Les personnes interviewées (professionnels pour la plupart et quelques bénévoles) sont issus du champ social ou du soin : travailleurs sociaux, directeurs, interprètes, secrétaires, infirmiers psychiatriques, psychologues, conseillers techniques, psychiatres, médecins généralistes.

1.2. La relation au cœur de l'analyse

Nous avons répertorié, autour du service d'hébergement qu'il soit précaire ou plus stable 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 soins (généraux somatiques et psychiques). C'est là qu'arrivent des informations de santé mentale à partir du témoignage et de la parole de ceux qui rencontrent les personnes. La souffrance, les troubles somatiques ou psychiques viennent se dire dans la relation.

La visibilité des relations est la condition de leur saisie, de l'enregistrement des « troubles » et donc du suivi des personnes. Comment alors rendre visible les relations engagées ? Le service organisateur duquel procèdent la plupart des autres services est l'hébergement. En pratique le demandeur d'asile est concrètement saisi comme un « hébergé en puissance »

C'est pourquoi la situation d'hébergement est envisagée dans cette recherche-action comme lunette de visibilité d'une part, des relations demandeur d'asile - intervenant et d'autre part, des éléments problématiques des circuits de soin en terme de santé mentale.

¹⁷⁴ Thématique développée dans la partie « 1.1. La recherche-action, ses principes et ses implications méthodologiques », dans ce rapport.

1.3. Le temps de la restitution aux interviewés

La restitution de l'analyse des chercheurs et de leur compréhension des nombreux entretiens est un temps fort de la co-construction des savoirs qui ne peut se produire qu'à l'occasion d'allers-retours successifs et interactifs. Pour cette raison, nous avons privilégié une demi-journée de restitution orale des travaux, invitant les commanditaires de la recherche, les membres du comité de pilotage et toutes les personnes interviewées.

2. Méthodologie de la deuxième phase (février 2004 – mars 2005)

La deuxième phase de la recherche-action s'appuie sur la mise en place d'un atelier de travail avec des professionnels intervenants auprès de demandeurs d'asile dans la région Rhône-Alpes. Cet atelier fonctionne comme un lieu de recueil de données issues de la pratique des professionnels membres du groupe et en même temps comme un espace collectif d'analyse de celles-ci..

2.1. Atelier de travail : « demandeurs d'asile et dispositif de Santé mentale »

2.1.1. Composition du groupe

- Les **23 participants** à l'atelier sont pour la majorité des personnes ayant participé à la première phase de la recherche-action, c'est-à-dire des intervenants de la région Rhône-Alpes interviewés.
- Les professions : elles sont suffisamment variées pour représenter les métiers et fonctions qui interviennent dans ce champ large de la santé mentale concernant les demandeurs d'asile : travailleurs sociaux de centres d'hébergement spécialisé (assistantes sociales, coordinateurs santé, animateur), psychologues de centres d'hébergement spécialisé, psychologue de Centre Médico-Psychologique, psychologue de Centre de thérapie brève, psychologue d'association caritative, médecins psychiatres de psychiatrie publique, assistante de service social, infirmière psychiatrique, infirmière, interprète, médecin généraliste et bénévole. 21 % sont des hommes et 78% sont des femmes.
- Les appartenances institutionnelles : champ social, médico-social et sanitaire.
- Représentation des départements : Rhône, Ain, Isère, Ardèche, Haute-savoie, Drôme. Des participants de la Savoie et de la Loire ont été sollicités mais n'ont pas donné suite.

2.1.2. Cadre de fonctionnement et « règles du jeu » de l'atelier¹⁷⁵

- Un groupe fermé : la régularité dans la présence de chacun a été demandée car le groupe se construit sur des constantes de lieu, de dates et d'horaires avec un calendrier

¹⁷⁵ Pour approfondir cette question, on peut se référer au texte d'Estelle Izérable, « Recherche-action : méthodologie et apport de connaissances », dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint.

distribué à tous. Le groupe s'est réservé la possibilité de solliciter ponctuellement des invités faisant soit partie du réseau régional, soit extérieurs au réseau avec une expérience intéressante pour l'atelier.

- Des outils internes au groupe : « l'observatrice » et le « carnet de bord ».

Le rôle de l'observatrice était tenu par une étudiante en Master de psychologie, intéressée par la dynamique des groupes et en même temps par la problématique des demandeurs d'asile. Son regard, suffisamment extérieur, a permis une vision critique du déroulement de chaque séance et a offert un complément de régulation dans ses contacts avec les chercheurs.

Le « carnet de bord » est en quelque sorte la mémoire du groupe. Sur un cahier, spécifique à cet usage, chacun son tour s'est chargé de synthétiser une séance de l'atelier selon sa propre perception et compréhension, synthèse lue par son auteur à chaque début de séance. Les erreurs ou les incompréhensions ont été corrigées ou relevées à ce moment-là.

- Le programme des séances a été établi en partie en préalable au démarrage de l'atelier. Certaines séances ont été construites avec les participants selon la logique des trois étapes thématiques (cf. tableau n°2 ci-dessous).
- Le programme des séances de travail de l'atelier s'est déroulé sur 12 séances de deux heures et demi au cours de l'année 2004.
- Niveau de participation : Tableau n°1. Le taux de participation varie entre 52 et 82 % selon les séances.

Tableau n°1 : Taux de participation à l'atelier

Dates des réunions	Nombre de participants	pourcentage
9 mars 2004	17	73,9
30 mars 2004	16	69,5
13 avril 2004	14	60,83
4 mai 2004	19	82,6
18 mai 2004	18	78,2
8 juin 2004	15	65,2
14 septembre 2004	13	56,5
28 septembre 2004	12	52,1
19 octobre 2004	13	56,5
2 novembre 2004	13	56,5
23 novembre 2004	13	56,5
30 novembre 2004	14	60,83
Total : 12 séances	15,83	64,09

2.1.3. Programme thématique

Tableau n°2 : Programme thématique de l'atelier 20 04

1	Présentation (méthode et programme de travail) « Tour de table » des participants		9 mars
Première étape thématique : études de situations cliniques			
2	Une étude de situation présentée par un travailleur social de centre d'hébergement	Une étude de situation présentée par une psychologue de centre d'hébergement	30 mars
3	Thématique centrée sur les enfants et la parentalité	Invitation d'une psychologue scolaire Lisbeth Brolles	13 avril
4	Intervention de Bertrand Piret, psychiatre, psychanalyste, Strasbourg Responsable de la Consultation Transculturelle de la fédération de Psychiatrie des Hôpitaux universitaires – Réseau RESPIRE		4 mai
5	Une situation issue d'une équipe intersectorielle de psychiatrie		18 mai
6	Autour de l'aide aux récits	Reprise collective et appel à l'écrit	8 juin
Deuxième étape thématique : dispositifs et santé mentale des personnes			
7	Reprise synthétique par les chercheurs	Expérience du Diaconat avec les écoles	14 sept
8	Dispositif innovant d'hébergement éclaté	Dispositif du parrainage	28 sept
9	Intervention d'un dispositif extérieur au réseau : Projet DALIA (Toulouse) présenté par Mme Hauret et Mme Cabane		19 octobre
10	Dispositif PASS		2 novembre
Troisième étape thématique : modèle d'organisation			
11	Discussion et sélection des scénarios possibles		23 novembre
12	Conclusion et validation des orientations		30 novembre

2.1.4. Rappel des objectifs de l'atelier organisé en des trois étapes thématiques

- Le travail du groupe s'est centré sur les questions suivantes : **Quelles sont les figures psychopathologiques qui émergent au regard des situations concrètes analysées ?**
- **En fonction de la clinique, où positionner les réponses « psy » ?**
- De nombreux thèmes n'ont pu être abordés dans cet atelier. De même que nous avons rencontré plus de 80 personnes dans la première phase, seulement quelques-unes ont pu être invitées à travailler dans cet atelier. D'un point de vue thématique, n'ont pas été abordé la psychopathologie du migrant, ni la totalité de la littérature concernant le traumatisme psychique. De même, ni le déroulement de la procédure d'asile, ni les lois attenantes n'ont été réexpliqués. Par contre, ces thématiques sont restées présentes en toile de fond et précisées si nécessaire.
- **Les études de situations cliniques (première étape thématique)**

Dans cette première étape thématique, l'objectif était d'analyser des situations cliniques.

- Le choix des études de situation s'est fait en fonction des différents positionnements institutionnels des participants à l'atelier (situations issues d'un centre d'hébergement, d'une consultation psychiatrique, de l'éducation nationale...).
- **Six situations** ont été présentées concernant des adultes ou des enfants.
- **Quelle grille de lecture** : Les études de situations ont permis de mettre à l'épreuve et de préciser les liens entre la procédure de demande d'asile et l'accès à la vie psychique (repérage des moments potentiels et des moments critiques pour la santé mentale des demandeurs d'asile). Comment la vie psychique se décline-t-elle, s'exprime-t-elle dans les dispositifs de prise en charge sociale (hébergement ici essentiellement) ? Plusieurs dimensions récurrentes sont systématiquement interrogées à l'occasion de chaque présentation de situation

Grille de lecture des situations cliniques

- La place de la **culture**, quelle prise en compte de la culture d'origine du demandeur d'asile, et comment cette dimension est-elle intégrée ? Quels acteurs sont les plus propices pour accueillir cette dimension de la personne ?
- Quels espaces pour le **travail psychique** sur le traumatisme (deuil, élaboration, dépassement) ?
- Quel **circuit de soin** repère-t-on, quels acteurs y jouent un rôle ?
- Repère-t-on des indices d'**intégration**, dans cette phase de demande, au pays d'accueil et quelles en sont les voies ?
- A quel moment les **compétences des « psy »** (et lesquels) sont-elles interpellées ?
- Comment envisager les **manques** de ressources à partir des situations racontées, imaginer d'autres scénarios possibles ?

- **L'analyse des dispositifs existants (deuxième étape thématique de l'atelier)**

Dans cette deuxième étape, les pratiques sociales sont déployées et analysées en tant qu'elles produisent des effets de santé mentale pour les demandeurs d'asile et pour les intervenants. Ces pratiques sociales sont interrogées sur leur prise en compte de la santé mentale des demandeurs d'asile. Plusieurs dispositifs ont été décrits (hébergement éclaté de l'ADATE, le parrainage du collectif algérien de Grenoble, et le dispositif PASS de l'Hôtel Dieu à Lyon) selon leurs valeurs et leurs différents modes de fonctionnement. En ce qui concerne les intervenants, comment ces dispositifs aménagent-ils des espaces intersubjectifs qui tiennent compte des situations de conflits, de tension et de légitimité qui les traversent.

En parallèle de l'analyse certains dispositifs innovants de la région Rhône-Alpes, nous avons invité une expérience d'une autre région à titre comparatif. La présentation de ces expériences a eu pour fonction de compléter le « tour de France » (entamé par les chercheurs) des montages de consultations spécialisées pour les demandeurs d'asile. En même temps, ce décentrement sur une autre région a permis de mieux identifier les spécificités rhônalpines, leurs atouts et leurs limites.

- **Le déploiement et le choix des modèles d'organisation à promouvoir (troisième étape thématique de l'atelier)**

Cette dernière étape du travail de l'atelier a consisté à présenter et discuter des différentes options de modèles d'organisation pour l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés pour les demandeurs d'asile en Rhône-Alpes. Les participants, suite à une discussion, étaient invités à préciser la pertinence des options mises au travail et de les prioriser si possible.

2.2. Méthodologie complémentaire : analyse des dispositifs existants hors région Rhône-Alpes

Dans un objectif comparatif, les chercheurs ont rencontré dans d'autres régions françaises, des lieux de consultations spécialisées recevant des demandeurs d'asile.

- L'Association Parcours, à Paris (www.parcours.asso.fr, cf. plaquette en annexe)
- L'Association Minkowski et le Centre F. Minkowska en Région parisienne (cf. plaquette en annexe).
- L'Association Géza Roheim à Bordeaux (cf. plaquette en annexe et texte de Patrick Fermi, « Orientation pour une formation à la fonction de médiateur interculturel » dans le recueil des contributions des participants à la recherche-action, ci-joint).
- Association MANA à Bordeaux (cf. présentation en annexe)
- Le projet DALIA à Toulouse (cf. descriptif en annexe)
- L'association Paroles sans frontière à Strasbourg (www.psy-desir.com/p-s-f/)

Si chaque région a son histoire propre quant au montage de ces dispositifs, ces expériences originales, non reproductibles telles qu'elles en Rhône-Alpes, ont cependant en commun :

- D'avoir un lien avec les universités soit de Psychologie, soit de psychiatrie dans une articulation plus ou moins formalisée entre la clinique et la recherche ;
- D'associer pratique et formation continue ;
- D'avoir une perspective du soin qui tienne compte des aspects culturels des patients.

3. Construction du rapport final

Le rapport final tente d'articuler les résultats des deux phases de la recherche-action, inaugurée en 2003. Il s'appuie sur le matériel des entretiens et sur celui de l'élaboration collective de l'atelier.

4. Instance de reprise

Cette recherche-action s'est équipée de plusieurs instances de reprises de la réflexion au fil du processus de recherche.

D'une part, des temps de travail « en interne » au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'ORSPERE ont été mis en place régulièrement tout au long de la recherche.

D'autre part, un comité de pilotage a été initié dès le démarrage de la recherche. Il s'est réuni cinq fois, deux fois au cours de la première phase et trois fois au cours de la deuxième phase jusqu'à la validation du rapport final dans une formule élargie à quelques membres. Composé des commanditaires et des représentants des institutions les plus impliquées dans l'accueil des demandeurs d'asile en Rhône-Alpes, le comité de pilotage a eu pour fonction de suivre et d'orienter le travail de recherche par la connaissance spécifique du terrain et des enjeux de l'action sociale.