Psychopathologie africaine,
2007-2008, XXXIV, 2 : 235-241.

Intervention à deux voix

TRAJECTOIRE DE L'EXIL, QUETE DE L'ASILE

De l'utilité de la mise en place d'un réseau de santé mentale des demandeurs d'asile en Rhône-Alpes

Catherine LUDAIN et Halima ZEROUG-VIAL

Les conflits de par le monde génèrent des flux de plus en plus importants de réfugiés. L'asile est la protection qu'accorde un État à un individu sur son territoire afin de lui permettre d'échapper aux risques (pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité) auxquels il est exposé dans son pays d'origine.

Un organisme international de protection fut mis en place en 1951, le Haut Commissariat pour les Réfugiés (HCR) au sein du système des Nations unies, destiné à assurer une protection aux victimes de persécutions qui demandaient l'asile. C'est dans cette perspective qu'est signée le 28 juillet 1951 la Convention de Genève relative au statut de réfugiés qui définit cinq motifs de craintes de persécutions permettant la reconnaissance du statut de réfugié. Ainsi,

> « le terme de réfugié s'appliquera à toute personne [...] qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ».

Le nombre de réfugiés dans le monde a augmenté pour la première fois depuis 2002 pour atteindre presque *dix millions* en 2006, ceci en grande partie à cause de la crise en Irak qui avait forcé à la fin de l'année 2006 un million et demi d'Irakiens à chercher refuge dans d'autres pays.

En 2006, le groupe le plus important de réfugiés dans le monde était toujours celui des Afghans (2,1 millions), suivi des Irakiens (1,5 millions), des Soudanais (686 000), des Somaliens (460 000) et des réfugiés originaires de la République démocratique du Congo et

du Burundi (400 000 pour chacun de ces deux pays). En 2006 on dénombrait quelque 10 015 demandeurs d'asile en France, dont 428 demandes d'asile dans le Rhône, chiffre en baisse depuis le début des années 2000 (ils étaient plus de 52 000 pour l'ensemble du territoire français en 2003). L'obtention du statut de réfugié concernait en 2004 16,6 % des demandeurs d'asile, rejetant ainsi plus de 80 % des demandes.

Depuis quelques années, l'Unité médicale d'accueil (UMA) du centre hospitalier le Vinatier où j'exerce reçoit de plus en plus de demandeurs d'asile. Il s'agit là d'une population qui m'était très peu connue du fait qu'elle était prise en charge par des centres de soins et des associations humanitaires créés spécialement à cet effet. Ces patients m'ont confrontée à des questionnements diagnostiques, administratifs, pratiques et éthiques, face auxquels je suis quelquefois restée sans réponse.

Les pathologies mentales rencontrées chez ces patients sont, comme dans la population générale, aussi bien aiguës que chroniques, mais les troubles les plus fréquents appartiennent aux symptômes psycho-traumatiques.

L'état de santé des demandeurs d'asile est fragilisé par des facteurs de vulnérabilité dont l'association en fait la spécificité. Même si nous ne pouvons pas tout réduire aux troubles post-traumatiques. Le danger est de « psychiatriser » certains de ces patients en les enfermant dans des catégories nosologiques inadéquates, ce qui a pour effet de les stigmatiser davantage.

Schématiquement on peut dire que les demandeurs d'asile ont vécu plusieurs traumatismes.

Le premier traumatisme subi dans le pays d'origine et motivant l'exil : nombre de demandeurs d'asile ont été victimes de manière isolée, en famille ou en groupe, de tortures, de séjours en prison ou en camps, de persécutions et de traumatismes divers. On estime que la moitié d'entre eux ont subi dans leur pays d'origine des formes de répression souvent violentes.

Le deuxième traumatisme est dû aux conditions dans lesquelles s'est déroulé l'exil ; il ne s'agit pas d'un départ choisi par la personne mais imposé, brusque et sans adieu. L'exil se fait souvent dans la clandestinité, au péril de sa vie, quelquefois contre une rémunération importante.

Le troisième traumatisme se produit dans le pays d'accueil où les demandeurs d'asile sont confrontés à des conditions d'existence associant une situation de précarité, une exclusion juridique, administrative et sociale, des difficultés de communication. L'incertitude

quant à la reconnaissance de leur statut de réfugié se double de la menace d'un renvoi au pays d'origine. La procédure de la demande d'asile constitue en elle-même un terrain fertile pour la production ou la reproduction du traumatisme et pour l'éclosion de la maladie mentale. Le demandeur doit retracer dans l'ordre chronologique et sans contradiction les motifs du départ, les violences et les persécutions subies, et ceci dans une langue étrangère alors que l'élaboration de ces souvenirs est souvent difficile car teintée de confusion. Le temps d'attente dans lequel est plongée cette population constitue une période de vulnérabilité psychique. Le refus du statut, s'il survient, fragilise ces sujets et constitue une période de grand effondrement.

Les demandeurs d'asile sont souvent accompagnés ou adressés à l'accueil des urgences psychiatriques par les travailleurs sociaux, des personnels d'associations ou des interprètes qui ont identifié chez eux une souffrance psychique. Il arrive également que certains d'entre eux arrivent seuls. Il s'agit souvent d'un premier contact avec le milieu psychiatrique qui peut être un lieu porteur d'une image négative pour diverses raisons; les institutions psychiatriques pouvant avoir été utilisées comme instruments de répression dans le pays d'origine ou avoir encore un aspect « asilaire » stigmatisant ces patients. Il est alors important de pouvoir construire avec de tels patients une première alliance thérapeutique afin de réduire les préjugés en instaurant une relation de confiance qui favorisera une adhésion ultérieure aux soins.

Pour cela, certains outils semblent indispensables, comme par exemple une connaissance minimale du contexte socio-politique et culturel dont est issu le patient. En cas d'obstacle linguistique, la venue d'un interprète s'avère indispensable. La connaissance des pathologies et des spécificités culturelles de ces patients est également nécessaire. Cependant il reste difficile d'élaborer un suivi de type psychothérapeutique avec ces sujets qui vivent dans une grande insécurité tant sur le plan matériel qu'administratif.

Il s'agit également d'organiser un relais cohérent avec les équipes vers lesquelles ces patients sont orientés; ainsi la prise en charge ultérieure s'engagera harmonieusement aussi bien pour ces patients que pour les soignants, ce qui suppose qu'une connaissance préalable de la situation de ces patients et de la relation thérapeutique déjà instaurée afin d'éviter un nouveau traumatisme.

Néanmoins, on constate un accès difficile aux soins psychiques pour ces patients du fait de la sectorisation des soins, des contraintes

budgétaires des structures de suivi ambulatoire qui ne peuvent pas faire intervenir d'interprète, mais aussi de la difficulté d'élaborer un suivi de type psychothérapeutique avec des sujets vivant sans statut administratif et dans une grande insécurité sur le plan matériel. L'orientation de ces patients à partir de l'Unité médicale d'Accueil du Vinatier s'est souvent avérée difficile car nous nous sommes souvent retrouvés dans une situation d'impasse et confrontés à un sentiment d'inégalité face aux soins.

Ainsi, l'accueil des demandeurs d'asile ne peut se faire sans la participation des institutions, sans moyens économiques et sans volonté politique.

Dr Catherine LUDAIN
Assistante Spécialiste en Psychiatrie
Courriel : catherine.ludain@ch-le-vinatier.fr

L'expérience clinique de Catherine Ludain est assez emblématique des difficultés rencontrées par tous les praticiens confrontés, souvent de façon hasardeuse, à cette clinique singulière.

La rencontre avec le demandeur d'asile suscite chez le professionnel – travailleur social et psychiatre, psychologue –, le sentiment que son cadre de travail habituel n'est pas complètement adéquat ; chacun bricole et tente de trouver des solutions.

Face à cette situation de cadres aménagés, au coup par coup, face aux difficultés régulièrement énoncées par les professionnels : sentiment d'isolement, d'impuissance, de découragement, d'inefficacité. Face à la complexité de la situation inhérente au statut de demandeur d'asile, intrication d'éléments géopolitiques, juridiques et humanitaires qui viennent brouiller les tableaux cliniques : la DRASS[1] Rhône-Alpes a commandité une recherche -action à l'ONSP-ORSPERE (Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité-Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) en 2002.

Un état des lieux a été demandé, ainsi qu'une approche des problématiques de santé mentale des demandeurs d'asile et cela par le biais d'une expertise collective composée de professionnels de terrain.

La première phase de la recherche a permis de poser les premières pierres fondatrices du réseau.

[1] Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales.

Il a d'abord paru nécessaire de préciser le champ que recouvrait la santé mentale (champ beaucoup plus large que la psychiatrie, il ne s'agit pas uniquement de traiter les pathologies avérées mais de définir les conditions minimums d'accompagnement psychologique nécessaire face à un public confronté à des traumatismes multiples et cumulatifs : pratique de soutien à la santé mentale). L'échange avec les professionnels a rapidement mis en avant la manière dont ils pouvaient se trouver porteurs de la souffrance du public accueilli.

Il s'agit d'abord de prendre soin du demandeur d'asile au travers de la procédure : aide au récit, condition d'accueil, d'hébergement... Celui qui prend soin du demandeur d'asile (travailleur social, interlocuteur bénévole...) a alors besoin qu'on le soutienne dans sa pratique. La région est riche en initiatives diverses.

En conclusion, la recherche-action a montré qu'il était nécessaire de formaliser le recueil de ces initiatives dans l'objectif de mieux les coordonner.

La deuxième partie de la recherche-action 2006/2007 s'est efforcée d'approfondir avec les professionnels de santé mentale les dimensions de psychopathologie clinique des demandeurs d'asile, à travers différentes thématiques : l'exil et la migration, le traumatisme psychique, l'inter culturalité.

Une réflexion spécifique s'est alors engagée sur le cadre thérapeutique envisageable. La rencontre avec l'étranger et ce qu'il suppose d'étrangeté renvoie d'abord à la possibilité, l'habitude si banale, de partager un langage commun. Comment aménager le cadre thérapeutique face à un patient s'exprimant dans une langue étrangère ? Comment intégrer une fonction d'interprétariat dans le cadre si feutré de la consultation habituellement duelle ? Quelle place pour l'interprète ? Passeur de mots, passeurs d'histoires, donc médiateur culturel. Quel statut pour cette inhabituelle groupalité dans la consultation ?

Il est probable qu'il soit nécessaire de faire tiers face au traumatisme verbalisé. La violence réelle et non fantasmée inhérente au récit du demandeur d'asile ne peut éventuellement se symboliser qu'à la condition que nous soyons prêts à l'accueillir et éventuellement à la transformer, et le cadre groupal nous paraît le plus opportun (risque évident de sidération et/ou de fascination, attitude contre transférentielle banale dont le règlement est ici complexifié par l'indentification massive aux situations de barbarie vécue, d'attaques du principe d'appartenance).

Le tout naissant réseau Samdara (Santé mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône Alpes) se donne pour objectif à court terme de préciser le recueil des différentes initiatives développées en Rhône Alpes en matière de Santé mentale, à moyen terme il sera question de construire un lieu Ressource pour les professionnels. À plus long terme, nous réfléchissons à la mise en place d'une consultation de 2e ligne.

La précarité à différents niveaux de cette population impose une mise en commun des savoirs et des « savoir-faire », ce serait d'abord cela « faire réseau ».

Nous ne savons pas cheminer autrement en tant que professionnel qu'en utilisant la chambre d'écho de la théorie ; créer des passerelles formalisées entre les champs des savoirs, des pratiques et de la recherche est l'une des missions essentielles de notre unité fonctionnelle.

L'étrangeté de l'étranger, en l'occurrence du patient demandeur d'asile, les conditions mêmes de la procédure, nous sollicitent au-delà de notre mission professionnelle ; elles nous convoquent en tant que citoyen. Notre cadre de travail ne peut se passer d'une réflexion éthique approfondie ancrée dans les problématiques surgissant sur le terrain même. Un groupe de travail centré sur l'élaboration d'une charte est en cours.

Comment continuer à exercer sa fonction professionnelle sur un terrain plus qu'ailleurs, envahi par des dimensions sociologiques et géopolitiques ?

L'ambition thérapeutique serait éventuellement d'offrir une occasion d'ancrage non seulement statutaire mais aussi bien sûr, pour ce qui nous préoccupe, identitaire.

Comment redonner sens à la trajectoire subjective du demandeur d'asile avant l'exil, pendant l'exil et dans le cadre de l'asile ?

Dr Halima Zeroug-Vial,
Psychiatre, Pôle Est, Professeur Daléry,
CH Le Vinatier (Lyon – Bron)
Courriel : halima.zeroug-vial@ch-le-vinatier.fr

RÉSUMÉ :

Une fréquence de plus en plus grande de demandeurs d'asile adressés par les travailleurs sociaux aux consultations des urgences psychiatriques a été constatée lorsque les structures sociales sont débordées devant les troubles aigus ou lorsque qu'une prise en charge ambulatoire s'avère impossible. Devant le constat des difficultés de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile, une recherche-action a été commanditée par la DRASS Rhône-Alpes à l'ORSPERE ONSP (2002 à 2007). Une des recommandations a été d'œuvrer pour la mise en place d'un réseau régional de Santé mentale et demandeurs d'asile en Rhône-Alpes, lieu ressource pour les professionnels, figure tierse, outil de réflexion pour approfondir cette clinique singulière aux confins du juridique, du politique et du médical.

Mots clés : • Demandeurs d'asiles • Santé mentale • Urgences psychiatriques • Prise en charge

ABSTRACT :

THE PATH OF EXIL, ASYLUM SEAKING.
THE USEFULNESS OF SETTING UP A NETWORK OF MENTAL HEALTH FOR ASYLUM IN RHONE ALPES' REGION

Emergency psychiatric wards have been confronted with an increasing number of asylum seekers often referred by social workers in acute conditions. In front of the report of difficulties for the assumption of responsibility of asylum seekers' mental health, a research-action was financed by the Rhône-Alpes' DRASS with ORSPERE ONSP (2002 to 2007). One of the recommendations was to work for the implementation of a regional network of Mental health for asylum seekers and refugees in the Rhône-Alpes' Region, "resource place" for the health workers (psychiatrist, psychologist, social worker...), engaged in a clinical activity particularly concerned with juridical, political and medical dimensions.

Key words : • Asylum seekers • Mental health • Emergency psychiatric • Patient care