

Demandeurs d'asile : 15 ans d'observation au jour le jour d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

Olivier Jan,
psychologue à l'UMAPP
Rouen

Depuis 1999, l'Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité (UMAPP) rencontre des demandeurs d'asile dans les structures et espaces sociaux fréquentés par les personnes SDF.

Nous ne nous attendions pas à ce public en ces lieux. Nous avons travaillé à l'UMAPP en aménageant notre accueil pour ces patients si fragilisés dans leur identité. Témoignons de l'immensité de leurs pertes et de leurs souffrances, de la rareté de la sortie authentique de l'horreur répétitive.

Aux traces consécutives à la situation vécue dans le pays d'origine, s'ajoute une souffrance supplémentaire : celle du stress administratif s'intensifiant depuis le début des années 2000. Le demandeur d'asile doit se conformer quoi qu'il en soit à la suite des convocations prévues. Dans ce parcours d'attente incertaine, d'angoisse, rien n'est encourageant, sachant que 70 % des demandes d'asile n'aboutissent pas (OFPPRA¹ et CNDA² confondus).

Selon nos observations, les

conditions matérielles d'accueil se dégradent et se déshumanisent :

- Il y a 15 ans, peu de places existaient en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile³) régionalement. Des structures se sont créées mais restent aujourd'hui insuffisantes.

- Il y a 15 ans, les demandeurs d'asile, même de façon insatisfaisante, accédaient à un lit en Centre d'hébergement d'urgence quasi d'emblée. Ce n'était pas « leur » place mais c'en était une. Le système réserve maintenant des mois d'attente dans une précarité plus importante : celle de la rue. Le 115, ne peut permettre qu'une nuit sur quatre en structure. Nombre de demandeurs, les hommes ou femmes isolés surtout, ne sont jamais logés en CADA.

La vie à la rue est à l'origine d'un sentiment d'insécurité, de méfiance, d'une souffrance psychique d'origine sociale. Les démarches sont rendues plus ardues. L'accompagnement pour les mener est sûrement plus lacunaire que dans les CADA ; les dossiers auront moins de chance de passer favorablement l'OFPPRA puis à la CNDA...

Les CADA eux-mêmes sont peu dotés et attaqués dans leurs missions, manquant de moyens pour la santé mentale des demandeurs d'asile comme le montre l'étude réalisée par le Réseau Samdarra⁴. Si les demandeurs d'asile sont déboutés de leur demande, ils devront quitter leur place un mois après. Mais, s'ils la quittent, ils ne pourront être hébergés en Centre d'Urgence, encore moins en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, dispositifs sursaturés. Aucun autre choix que de rester (mais alors sans accompagnement social) pour éviter la rue, ce qui aboutit au renforcement du blocage du système.

Sans se laisser écraser par les combinaisons de désespoir de l'histoire passée, de l'actualité précaire et d'un futur incertain, le rôle des « psys » est difficile. Il consiste à travailler avec les aidants (eux aussi mal en point et en recherche de sens), à jouer un rôle d'étaillage ostensible⁵ pour nos patients, à témoigner de ce que nous voyons. Cet article en est une expression, les échanges en équipe un ressort. ■

¹ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

² Cour Nationale du Droit d'Asile

³ Centre d'Accueil pour des Demandeurs d'Asile

⁴ Geny-Benkorichi, M., Vignal, M. (2012). Etat des Lieux National de la prise en compte et de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés dans le Dispositif National d'Accueil. Réseau Samdarra, CH le Vinatier. Disponible sur le site www.samdarra.fr

⁵ Jan O., 2013, « Certificats en cours de prise en charge psychothérapeutique des demandeurs d'asile en France : éléments sur les rôles et effets de ces écrits de psychologue », Psychologues & Psychologies, N°225, V-VI3



Dans la langue de l'autre (suite)

Bien que le métier d'interprète-médiateur en milieu médico-social existe en France depuis quelques dizaines d'années, des freins dans la pratique professionnelle restent encore profondément ancrés. Souvent, il est invoqué des raisons de budget, de solution immédiate, d'urgence, etc. Toutes ces raisons sont partiellement et évidemment présentes, mais dans ma pratique d'interprète hospitalier, je me rends souvent compte que même en l'absence de ces obstacles, les mécanis-

mes de résistance pour avoir recours à l'interprète restent importants. Lorsqu'une équipe soignante rencontre un problème de barrière linguistique, les premières réactions sont, encore trop souvent : « pouvez-vous venir avec quelqu'un ? », « avez-vous de la famille ? » Ou encore « il n'y a pas quelqu'un par-là qui parle le... ? » Notre voix est alors portée par ce quelqu'un à qui nous la donnons ou ne lui donnons pas le choix de ne pas la prendre... Nous la perdons alors et en même temps que

nous maintenons dans la précarité l'autre, nous nous y faisons rentrer nous-mêmes.

Ai-je peur de l'autre-interprète qui va se hisser dans ma relation avec mon patient ? Ai-je confiance dans les compétences de l'autre-interprète ? Ai-je connaissance du rôle de l'autre-interprète ? Ai-je l'expérience de comment travailler avec et quelles relations sont-elles possibles ? Suis-je prêt à entendre une parole d'ailleurs ? Suis-je prêt à adapter ma pratique ? ■