

ACTES DE LA JOURNÉE D'ÉTUDE

PRENDRE SOIN DES PERSONNES EXILÉES

ORGANISÉE PAR L'IREPS DRÔME & L'ORSPERE-SAMDARRA



26 NOVEMBRE 2019
PARC DES EXPOSITIONS, VALENCE



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
ARGUMENTAIRE	2
INTRODUCTION	3
<i>Propos introductifs</i> , Zhour Nicollet	3
<i>Propos introductifs</i> , Christelle Guérault	5
<i>Propos introductifs</i> , Halima Zeroug-Vial	6
PREMIÈRE TABLE RONDE : « ACCUEILLIR DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION ET D'EXIL »	7
« L'Autre provoque ma responsabilité comme mouvement éthique dans la conscience », Fidèle Mabanza	7
« Profils et parcours des personnes migrantes », Kevin Raymond	15
« Des vulnérabilités au psychotraumatisme, spécificités cliniques en contexte migratoire », Halima Zeroug-Vial	18
« Accueillir, écouter : soigner. Ce que fait vivre aux intervenants l'accompagnement », Julia Maury de Feraudy	21
DEUXIÈME TABLE RONDE : « COMMENT PRENDRE SOIN DU PUBLIC MIGRANT VULNÉRABLE ? »	26
« Accompagner les personnes exilées pour renforcer leur pouvoir d'agir », Lou Einhorn-Jardin	26
« L'accueil des personnes exilées chez l'habitant », Marjorie Gerbier-Aublanc	33
« Prendre soin à travers l'accompagnement linguistique », Marie Sachot	38
TROISIÈME TABLE RONDE : « LE TRAVAIL EN RÉSEAU COMME SUPPORT DU PRENDRE SOIN »	41
« Les assistantes sociales scolaires et l'accompagnement des jeunes et des familles exilées », Laure Bertrand et Nadège Vehier	41
« L'affiliation : berceau du prendre soin », Thierry Colin, Pierre Sévenier, Marion Gebelin et Stéphane Chataignier	46
« Réseau de périnatalité : le dispositif Valériane », Marie-Pierre Fernandez, Angélique Torres et Élisabeth Étienne	54
« Prendre soin : un travail de lien », Laurence Pessinnet, Julie Clozel et Audrey Boueilh.....	58

La journée d'étude « prendre soin des personnes exilées » est portée par l'Orspere-Samdarra et co-organisée avec l'Ireps Drôme. Le programme a été élaboré par un comité d'organisation constitué de professionnels des départements de la Drôme et de l'Ardèche.

Cette journée vise à questionner les modalités du « prendre soin » des personnes en situation d'exil en France et dont les parcours sont parsemés d'épreuves, impactant leur santé somatique et psychique. Aux violences subies dans les pays d'origine et lors des parcours migratoires s'ajoutent les difficultés liées aux conditions d'accueil : l'attente, les conditions d'hébergement, les reconfigurations familiales, l'impossibilité ou les difficultés à accéder à l'emploi, mais également les problématiques de langue, d'inclusion, de discrimination et d'isolement social. Les intervenant.e.s témoignent des souffrances exprimées par les personnes exilées et s'alarment de la précarité des conditions d'accueil. Pouvoir accéder au soin revêt alors d'une importance primordiale, pour que ces souffrances puissent être entendues. Les intervenant.e.s en santé (notamment des équipes mobiles psychiatrie précarité ou des permanences d'accès aux soins), mais aussi les intervenant.e.s sociaux.ales et les bénévoles d'associations se mobilisent afin d'accueillir et de soulager leur souffrance psychique et plus globalement de les soutenir dans leurs parcours. Chacun.e participe alors au « prendre soin » des personnes exilées. Il importe, dans le cadre de cette journée, de pouvoir échanger autour des différentes manières d'accompagner, d'écouter, d'intervenir, en fonction des rôles et des aspirations de chacun.e. Et au-delà de la prise en compte de la souffrance, l'attention pour l'autre et l'écoute participent d'un accueil digne favorisant une santé mentale positive.

Du côté des personnes exilées, cet accueil et cette écoute peuvent être des véritables ressources au quotidien, leur permettant de « tenir » malgré les conditions précaires dans lesquelles elles vivent.

À quoi fait référence le « prendre soin » et qui prend soin ? Comment accueillir les personnes en situation de migration, dont les souffrances peuvent être multifactorielles ? Quels impacts de l'écoute et de l'accueil sur les professionnels, militants, accueillants ? Comment les personnes en situation d'exil accueillent, elles-mêmes, ce soutien ?

Cette journée d'étude a été élaborée avec un comité de pilotage, représentant les structures suivantes : la Maison des adolescents de Valence ; le Centre hospitalier Drôme-Vivarais (représenté par la Pass Psy de Valence) ; l'Intergroupe Marcel Pagnol de Montélimar ; la Maison des solidarités Nelson Mandela de Valence ; l'Éducation nationale ; le Centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme (représenté par le centre médico-psychologique d'Annonay et l'équipe mobile psychiatrie précarité d'Annonay) ; l'Agence régionale de Santé Drôme ; l'AGDUC ; le Centre de protection maternelle infantile de Valence ; le Conseil départemental de la Drôme.

INTRODUCTION

Propos introductifs, Zhou Nicollet

Zhou Nicollet, directrice de la Délégation départementale de la Drôme, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

L'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes a l'honneur d'ouvrir cette journée d'étude, « prendre soin des personnes exilées », co-organisée par l'Ireps Drôme et l'Orspere-Samdarra.

Le déséquilibre du monde jette un nombre grandissant d'hommes, de femmes et d'enfants sur les routes hasardeuses de l'exil. Les personnes qui ont survécu aux violences dans leur pays d'origine et sur le parcours d'exil ne sont pas au bout de leurs peines : l'extrême précarité sociale et administrative les attend en France, aggravant encore souvent leur état de santé mentale, avec des impacts sur les aidants eux-mêmes. Le cercle vicieux qui s'instaure alors entre souffrance et précarité déborde sur leur capacité de résilience, créant ainsi les conditions d'une véritable urgence de santé publique.

Les violences multiples qu'ont pu subir ces personnes dans leur pays d'origine et/ou sur leur parcours d'exil semblent de plus en plus extrêmes, et les conditions d'accueil en France ne font qu'en aggraver les séquelles.

La prise en charge des personnes exilées est encore majoritairement orientée vers la prise en charge des maladies infectieuses et la prise en charge des urgences médicales ; leur souffrance psychique constitue pourtant un enjeu majeur de santé publique.

Nous comptons 100 000 demandes d'asile en 2017, dont 31,87 % seulement ont été acceptées.

Les démarches administratives à effectuer, la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil ou encore

l'apprentissage d'une nouvelle langue, la précarité sociale et administrative, l'isolement, les incertitudes liées à l'avenir redoublent les troubles, voire en créent de nouveaux.

Parmi les personnes exilées, nombreuses sont diagnostiquées avec un trouble psychique grave.

Les enfants exilés et en particulier les enfants et adolescents non accompagnés constituent des publics fragilisés, surexposés à des risques sanitaires ou d'exploitation et aux troubles post-traumatiques.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes s'engage sur le financement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), qui sont des permanences hospitalières médico-sociales présentes dans les établissements publics de santé. Elles servent de point d'entrée vers le système hospitalier pour les personnes démunies, en les accompagnant dans l'ouverture de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Dans ces financements, l'ARS cherche à être encore plus réactive en prenant mieux en compte le nombre des personnes accueillies par les Pass.

Le budget d'interprétariat alloué par l'ARS permet d'améliorer la prise en charge des personnes exilées. Il est à destination des médecins travaillant dans des hôpitaux, des centres médicopsychologiques (CMP) ou d'autres structures de soins en santé mentale ; des spécialistes, amenés à soigner en cabinet privé ; et de la formation des interprètes (des professionnels du soin à l'interprétariat physique, par téléphone ou par visioconférence).

L'ARS soutient l'association Diaconat protestant pour les bilans de santé des primo-arrivants avec plusieurs permanences médicales par semaine : en 2018, 616 bilans de santé ont été réalisés pour plus de 700 personnes reçues.

L'ARS, en Drôme, finance depuis plusieurs années l'Ireps pour animer des réseaux d'acteurs en santé mentale sur 5 territoires en Drôme - Crest ; Die ; Montélimar ; Nyons et Nord Drôme. L'ARS a décidé d'élargir ce financement Ireps à partir de 2019 pour être une plateforme ressource intersectorielle en santé mentale (Prism) autour de 3 axes qui viennent en appui aux professionnels :

- promouvoir un environnement favorable à la santé mentale en diffusant une culture commune de lutte contre la stigmatisation ;
- optimiser le repérage et le dépistage précoce de la souffrance psychique, par la mise en place des nouveaux formats de formation en prévention du suicide ;
- améliorer la coordination des acteurs en santé mentale par l'appui aux dynamiques de réseau d'acteurs et appui aux politiques publiques locales.

En 2019, l'ARS a engagé les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Un diagnostic a été réalisé et un travail de réflexion a été amorcé autour de certaines actions avec la prise en compte des publics vulnérables et en situation de précarité, donc des demandeurs et déboutés du droit d'asile ayant des difficultés de santé (conditions de vie très précaires, syndromes de stress post-traumatique) et de grandes difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques adaptés.

L'Ireps Drôme et l'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités situé à Lyon, organisent cette journée de

sensibilisation et de rencontre entre acteurs autour de la thématique : « santé mentale et migration » soutenue par l'ARS.

Cette journée réunie sur notre territoire les professionnels travaillant auprès du public migrant, qu'ils s'agissent des professionnels de santé, de l'accueil, de l'accompagnement sociojuridique, des agents présents dans les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile ou les acteurs spécialisés - responsables de secteurs psychiatriques, d'EMPP, de Pass, d'associations. Elle doit permettre de réfléchir aux réponses les plus adaptées pour la santé mentale des exilés et leur mise en œuvre.

Le public migrant est présent sur les territoires de la Drôme et de l'Ardèche et se trouve dans les circuits de la précarité. On compte notamment 673 places d'hébergement en centres d'hébergement pour demandeurs d'asile (Cada) et 210 places en centres d'hébergement et d'orientation (CAO).

L'objectif de cette journée et de poursuivre la dynamique collaborative amorcée autour de l'accompagnement du public migrant précaire sur les territoires de la Drôme et de l'Ardèche.

De nombreux professionnels rencontrés font état de difficultés d'articulation des ressources, d'orientation et d'accès aux soins en santé mentale pour ces publics. On observe également un certain isolement des équipes travaillant dans les structures d'hébergement, qui se retrouvent en première ligne et qui sont témoins d'une souffrance massive.

Cette journée de sensibilisation, de partage, de rencontre des professionnels nous permettra d'analyser leurs besoins et de croiser les regards sur les questions de santé mentale sur le territoire. Elle fait suite à un état des lieux sur la santé mentale et la migration réalisé par l'Orspere-Samdarra, qui a mobilisé beaucoup d'acteurs ayant répondu présents.

Propos introductifs, Christelle Guérault

Christelle Guérault, déléguée territoriale, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes

L'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Auvergne-Rhône-Alpes développe la promotion de la santé pour contribuer à améliorer la santé des populations, en agissant sur les différents déterminants de santé, et pour réduire les inégalités sociales de santé, en portant une attention particulière aux populations les plus vulnérables.

« La promotion de la santé mentale a comme objectif de prévenir des problèmes de santé mentale qui pourraient surgir de facteurs qui lui sont défavorables. Elle cherche donc à créer ou à améliorer les conditions qui contribuent au bien-être des personnes, travailler sur les déterminants de la santé en santé mentale et s'appuie sur 3 axes d'interventions possibles - avec les publics, les professionnels, sur les milieux de vie - dans l'objectif de :

- renforcer les compétences personnelles des personnes, leurs facteurs de protection, leurs pouvoirs d'agir sur la santé ;
- prendre en compte des questions de santé mentale dans les pratiques des professionnels avec leur public ;
- intégrer les questions de santé mentale dans les décisions prises par les structures, dans les institutions, dans les politiques publiques et locales de santé¹. »

Cette journée d'étude, portée par l'Orspere-Samdarra et coorganisée avec l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, délégation de la Drôme, s'inscrit dans une dynamique territoriale d'accompagnement des acteurs du

département de la Drôme à travers l'animation de réseaux de promotion de la santé mentale. Ces temps de réseau proposent une mobilisation, une sensibilisation, une coordination, des espaces de formation des professionnels autour des questions de santé mentale et de promotion de la santé mentale positive à travers 3 axes spécifiques :

- la promotion de la santé mentale ;
- la lutte contre la stigmatisation en santé mentale ;
- la prévention du suicide.

Cette journée d'étude s'est construite à la suite de différentes rencontres avec l'Orspere-Samdarra en 2018 ayant comme objectif d'évaluer la prise en charge en santé mentale des personnes migrantes sur les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Celles-ci ont suscité une forte mobilisation des acteurs et des professionnels du territoire. Des rencontres régulières ont été organisées. Les professionnels de différents réseaux ont souligné leurs difficultés au quotidien autour de cette question.

L'idée de coconstruire avec ces mêmes acteurs et professionnels une journée d'étude reposait sur une envie de donner la parole à plusieurs voix sur cette thématique afin de croiser les regards sur cette question de santé mentale et de migration, partager et valoriser les expériences de chacun, identifier les ressources sur les territoires pour permettre aux acteurs et professionnels de ne plus se sentir isolés face à cette problématique et de penser ensemble les possibles.

¹ Ireps Bretagne (2006). *La promotion de la santé mentale en pratique* (Guide pour l'action). Ireps Bretagne. Repéré à

<http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/sante.mentale-integrale2.pdf>

Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est animé par une équipe pluridisciplinaire travaillant sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Observatoire est constitué de deux pôles : un pôle recherche et un pôle ressource. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme interuniversitaire « Santé, société, migration ». Nous organisons plusieurs journées d'étude par an. Nos actions sont financées par l'ARS et la Préfecture Auvergne-Rhône-Alpes, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Cohésion sociale, et cette année par le Ministère de l'Intérieur et la Fondation de France.

Cette journée vise à questionner les modalités du « prendre soin » des personnes en situation d'exil en France, dont les parcours sont parsemés d'épreuves impactant leur santé somatique et psychique. Aux violences subies dans les pays d'origine et lors des parcours migratoires s'ajoutent les difficultés liées aux conditions d'accueil : l'attente, les conditions d'hébergement, les reconfigurations familiales, l'impossibilité ou les difficultés à accéder à

l'emploi, mais également les problématiques de langue, d'inclusion dans la société, de discrimination et d'isolement social.

À quoi fait référence le « prendre soin » et qui prend soin ? Comment accueillir les personnes en situation de migration, dont les souffrances peuvent être multifactorielles ? Quels impacts de l'écoute et de l'accueil sur les professionnels, militants, accueillants ? Comment les personnes en situation d'exil accueillent, elles-mêmes, ce soutien ?

Cette journée d'étude a été construite dans le cadre d'un groupe de travail qui s'est réuni à plusieurs reprises. Je tiens à mon tour à les remercier.

Les journées d'étude de l'Orspere-Samdarra ont la particularité de donner la parole aux personnes directement concernées, aux professionnels, aux institutions, aux bénévoles impliqués dans l'accueil, le soin et l'accompagnement des personnes en situation de migration et de précarité ; chacun ayant à cœur de faire au mieux. Dans ce cadre, je me permets donc d'insister sur le fait que les échanges se déroulent dans un cadre bienveillant.

∞ PREMIÈRE TABLE RONDE : « ACCUEILLIR DES PERSONNES EN SITUATION DE MIGRATION ET D'EXIL »

Discutante : Gwen Le Goff, directrice adjointe Orspere-Samdarra

« L'Autre provoque ma responsabilité comme mouvement éthique dans la conscience », Fidèle Mabanza

Fidèle Mabanza, poète, formé à la philosophie

« Être Moi, signifie, dès lors, ne pas pouvoir se dérober à la responsabilité, comme si tout l'édifice de la création reposait sur mes épaules... Le Moi devant Autrui, est infiniment responsable². »

La pensée de certains philosophes met en exergue la liberté de circulation des individus et un projet cosmopolitique. Cela questionne aujourd'hui la confiance qu'inspirent le droit international et la politique des frontières. Leur combat est celui de défendre l'humain en tant que sujet libre de mouvement et en capacité de penser par lui-même.

Au XVIII^e siècle, Emmanuel Kant publie un certain nombre d'essais philosophiques pour défendre le droit cosmopolitique et la Société civile des Nations³. Celui-ci défend l'idée que l'Hospitalité signifie le droit qu'à un étranger,

en arrivant sur le sol d'un autre, de ne pas être traité en ennemi par ce dernier. Les idées d'appartenance et d'appropriation du territoire semblent utopiques. Sans faire une promesse pastorale d'une société-monde où tout étranger y trouverait sa place, l'idée d'une hospitalité inconditionnelle⁴ comme point d'achèvement du « prendre soin » est une question majeure.

Réfléchir sur le « prendre soin » ne relève-t-il pas du sens commun, des valeurs intégrées en chacun de nous, dans nos différentes pratiques au quotidien ? Quel visage et quelle signification dans le rapport à Autrui ?

Vus du côté de l'exil et de l'exilé, l'intervention, l'écoute, l'accompagnement, en fonction des rôles et des aspirations de chacun, produisent

² Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre* (p. 70). Paris : Fata Morgana.

³ Idée d'une histoire universelle d'un point de vue cosmopolitique, en 1785, et dans son ouvrage *Projet de paix perpétuelle* (1795).

⁴ Je cite ici Jacques Derrida. Dans sa cinquième séance de séminaire, le 17 janvier 1996 - qui sera reproduite dans le livre d'Anne Dufourmantelle, *De l'hospitalité*, paru en 1997 -, le philosophe évoquait déjà la transgression de la loi de l'hospitalité pour une hospitalité *inconditionnelle* (une hospitalité par exagération...). Le 06 novembre

1996, Jean-Louis Debré, alors Ministre de l'Intérieur sous la présidence de Jacques Chirac, mit en place une loi touchant le certificat d'hébergement. Pour dénoncer cette loi, le philosophe Jacques Derrida publia un article dans la revue *Gisti* (n°34, 1997): « Quand j'ai entendu l'expression "délit d'hospitalité"... » Ce texte transcrit pour plein droit, fut une intervention improvisée par le philosophe lors d'une soirée de solidarité au bénéfice des sans-papiers, le 21 décembre 1996, organisée par le collectif des Hauts-de-Seine.

des effets sur la santé psychosomatique du sujet exilé. Au-delà de toute perception, cela nous amène à la notion de la responsabilité, c'est-à-dire : je prends soin de l'Autre non pas parce que je m'apitoie sur son sort, mais parce que « [...] c'est le pauvre pour lequel je peux tout et à qui je dois tout. Et moi, qui que je sois, mais en tant que "première personne", je suis celui qui se trouve des ressources pour répondre à l'appel⁵. » Je suis mis en situation avant même de passer au crible les éléments de connaissance pouvant me donner accès au moindre détail du visage de l'exilé. « Prendre soin » de l'exilé, dont je ne connais peut-être pas la langue, devient alors une urgence et transforme mon rapport à la temporalité.

Ma responsabilité dans ce rapport à Autrui n'est pas uniquement une réponse urgente face au dénuement. Elle se révèle déjà inscrite dans mon rapport à l'Autre. Ce qui revient à dire, au sens plus large, que le monde est en moi ce que je suis à lui. Cette relation, dit Emmanuel Levinas, laisse à l'Autre la responsabilité de la réciprocité. En ce sens, l'état présent du monde découle du fait de mon être au monde et l'urgence de mon action est une sorte de rattrapage, un rajustement, pour compenser un déséquilibre de l'état du monde.

Le visage de l'exilé, dans ce contexte, est cet appel, cette urgence au déséquilibre du monde. Il faut, certes, voir dans l'action de chacun une forme singulière de « prendre soin » qui répond à l'appel de la souffrance de l'exilé. Aborder la question de « prendre soin » sous cet angle éthique me semble fondamental. Et pour cause, tout notre rapport à Autrui est avant tout un rapport à nous-mêmes, et tout notre rapport à la souffrance de l'Autre est avant tout une relation au corps,

c'est-à-dire, à la souffrance de la chair et de l'esprit.

La première partie de notre étude consistera à cerner trois articulations éthiques dans le rapport à Autrui, et dans la deuxième partie, à présenter deux voies par lesquelles notre rapport à l'exilé est intrinsèquement éthique.

Je voudrais, ici, remercier tous les membres organisateurs de cette journée, qui ont su me donner occasion de « dire » et de « questionner » mon rapport à l'accueillant en tant sujet en relation avec-et-dans-le-monde.

Le rapport à autrui sur le plan éthique dans ses trois articulations

Le fondement éthique suppose que ma responsabilité sur les personnes en situation d'exil est la résultante de mon état d'être dans le monde : un Soi pour l'Autre.

« Je puis me substituer à tous, mais nul ne peut se substituer à moi. Telle est mon identité inaliénable de sujet⁶. »

Ma subjectivité, en tant que source de l'expérience dans l'intersubjectivité - rapport interpersonnel -, est une relation non symétrique de Soi à Autrui. Je n'attends aucun retour ni aucune reconnaissance de la part d'Autrui. J'agis par pur désintéressement, mon action n'obéit plus qu'à l'ordre que m'impose le dénuement (le Visage) de l'Autre. Il m'incombe donc d'aller jusqu'à la substitution pour Autrui. C'est pourquoi ma réponse doit aussi être absolue et sans contrainte.

Je peux, ainsi, avoir une idée préconçue de l'Autre, mais je ne pourrais le décrire (l'exilé ne peut être représenté) sans déformation. Sa souffrance m'est insupportable parce qu'il y a, dans l'expérience de la souffrance, l'absence

⁵ Levinas, E. (2^e éd. 2018). *Éthique et infini* (p. 83). Paris : Librairie Générale Française.

⁶ Levinas, E. (2^e éd. 2018). *Éthique et infini* (p. 97). Paris : Librairie Générale Française.

de tout refuge. Enfin, l'exigence éthique ne peut-être assouvie, car le devoir à l'égard d'Autrui n'est jamais acquitté. D'où mon acte par lequel ma volonté s'incline et je dis : « Me voici ».

À présent, décrivons ces trois articulations du mouvement éthique.

Première articulation : l'exilé ne peut être représenté

Qui est Autrui ? À la fois proche et lointain, comme le définit Charles Baudelaire, Autrui n'est pas une construction mentale⁷. Il n'est pas qu'une identité, c'est-à-dire l'autre Soi qui m'amènerait à la similitude, à la parité, à l'uniformité. Bien que l'identité soit une constitution des composantes sociopsychologiques toujours en rapport avec un corps social défini, elle ne peut donner accès à l'être de l'exilé que par ce qu'il lui est extérieur.

Est-il l'altérité, c'est-à-dire, l'autre que Soi, l'être à la fois différent et le même en relation ?

Sans être mon alter ego, c'est-à-dire un autre moi-même, Autrui est un même que Moi, non pas dans le sens du semblable, mais appartenant à l'ordre de l'être qui se voile en se dévoilant, qui s'offre en se retirant (Martin Heidegger). Dans le roman *Tout homme est une nuit*⁸, l'écrivaine Lydie Salvayre interroge la notion d'altérité. Elle décrit, avec des mots simples et propres, la fracture indépassable des voix qui cohabitent, mais ne peuvent se rencontrer (soit une défection inéluctable de l'altérité). Un petit village du sud de la France est déconcerté par l'arrivée d'un « étranger ». Faute de ne pas être d'ici, de ne pas être tout à

fait comme les autres, l'étranger est mis en quarantaine (l'Autre est donc contesté dans sa qualité de ce qui est propre, distinct).

L'exilé ne peut être représenté, car il se présente (s'impose) en moi. Il y a, dans sa présence, la nuit du chaos de l'humanité, qui me prend et me plonge dans un silence bruisant. Le « prendre soin » renvoie alors à une prise de conscience de Soi comme un Autre, c'est-à-dire de l'écoute qui accueille et donne sens à la vie sans chercher à faire appartenir Autrui dans la totalité du monde du semblable.

« Il échappe à toute représentation; il est la défection même de la phénoménologie⁹. »

Autrui, qui se manifeste, ne peut être réduit à la description des phénomènes. Sa situation représente une pauvreté essentielle.

« Je suis accusé d'avoir tardé¹⁰. »

Ce qui ressort de l'expérience et de ce qu'il y a de plus incompréhensible dans l'expérience elle-même, c'est l'Autre, l'Insaissable. Vouloir représenter Autrui en vue de le comprendre c'est penser l'Autre à partir du Moi. Autrui est sans contexte et ne peut pas être saisi, car mon rapport à lui ne peut le définir dans un ensemble des circonstances.

Contrairement à la connaissance commune, je rencontre Autrui dans ce qui ne peut devenir un contenu, c'est-à-dire, ce qui est sens à lui seul, même si mon rapport à l'Autre suppose toujours et est déjà une forme de représentation. L'idée de l'Autre peut être perceptible aux sens ou à la conscience au sein de ce qui est l'objet d'un savoir, mais aussi au sein de l'ordre psychique et/ou physique.

⁷ Je reviendrai sur cette relation du proche au lointain pour établir le lien du prolongement du rapport entre Autrui-et-Moi-et-les Autres (Emmanuel Levinas).

⁸ Salvayre, L. (2017). *Tout homme est une nuit*. Éditions du Seuil.

⁹ Levinas, E. (2017). *Autrement qu'être* (p. 141). *Ou au-delà de l'essence*. Paris : Librairie Générale Française.

¹⁰ Levinas, E. (2017). *Autrement qu'être*. *Ou au-delà de l'essence* (p. 141). Paris : Librairie Générale Française.

Deuxième articulation : sa souffrance m'est insupportable

L'exilé, à la fois figure révélatrice de la vulnérabilité de l'étranger et de la dénégation de l'Autre, questionne ma tranquillité ; non pas parce que sa souffrance m'est répulsive ou sans visage, mais parce qu'elle vient saisir ma sensibilité à son vif. Quelle est la nature de la relation éthique entre Autrui et Moi ? Une relation éthique se définit par l'ensemble des comportements envers Autrui. Elle résulte des valeurs attachées au bien et à la justice. Elle n'est pas prescriptive.

L'exil est un déracinement, un dilemme entre le choix de l'ailleurs et l'impérative nécessité de gagner le large. En exil, l'objet que l'on pleure est le lieu de son identité et ce lieu ne peut être délocalisé. C'est une fracture vécue comme une perte d'identité, une perte d'appartenance (à une culture, à une langue, à un peuple) et cause première de mon trouble psychique. C'est la désincarnation de mon lieu de vie comme ressource de mon identité.

Certes, comme le texte ne peut trouver son sens que dans l'ensemble des situations à l'origine de son écriture, le contexte historique des personnes en situation d'exil est une meilleure clé d'accès, à défaut d'être une première voie par laquelle je rencontre Autrui. Cependant, ce contexte reste une lumière qui éclaire la nuit de l'histoire, sans être la signification totale de ce qui constitue le non-donné de l'étranger. Cette incompréhensibilité d'Autrui, malgré la lumière de l'histoire, est la zone d'ombre de ce qui me sort de l'horizon de la pleine lumière de la réalité. Ma sensibilité est touchée profondément à partir de ce qui me lie aux êtres du monde. Mon cordon ombilical est sensiblement rattaché au sort de l'humanité, d'où le sens de mon rapport social comme

relation éthique. Ce qui revient à dire que j'accède à la souffrance d'Autrui par le registre sentimental. De ce fait, la relation éthique est en effet établie dans cette urgence sentimentale, qui renvoie à plus tard les faits de connaissance et de reconnaissance (Emmanuel Levinas).

« Le visage du prochain me signifie une responsabilité irrécusable, précédant tout consentement, tout pacte, tout contrat¹¹. »

Le rapport à Autrui n'est pas régulé par les catégories de l'entendement, c'est-à-dire par notre intellect. Contrairement à Emmanuel Kant, pour qui notre volonté est soumise à la loi de la raison (loi morale/par pur devoir), chez Emmanuel Levinas, mon rapport à Autrui est d'abord sentimental et n'est pas régi par la loi de la perception ou de la description des phénomènes.

Étant le même de l'humanité, l'Autre est ce que mon intelligence ne peut saisir.

« Être Moi, signifie, dès lors, ne pas pouvoir se dérober à la responsabilité, comme si tout l'édifice de la création reposait sur mes épaules... Le Moi devant Autrui, est infiniment responsable¹². »

Dans cette perspective, « le prendre soin » consiste à penser un secours sans calcul.

La souffrance de l'exilé m'est insupportable, dans la mesure où son dénuement provoque un choc émotionnel dans le Moi. Sa détresse ne me laisse pas indifférent, d'où le sens du mouvement éthique dans la conscience, qui m'inflige une peine morale et touche ma sensibilité. Sa souffrance me prive de ma liberté et mon secours reste sa seule issue.

¹¹ Levinas, E. (2017). *Autrement qu'être. Ou au-delà de l'essence* (p. 141). Paris : Librairie Générale Française.

¹² Levinas, E. (2017). *Humanisme de l'autre homme* (p. 70). Paris : Librairie Générale Française.

Troisième articulation : ma réponse est « Me voici ! »

Comment « prendre soin » alors que l'Autre vient s'immiscer dans ma conscience sans y être invité ? Jusqu'où s'étend ma responsabilité autour des lieux d'hospitalité où s'érigent les murs d'un monde frontière ?

Dans la tradition philosophique, la relation à Autrui se définit dans une approche amicale, la *philia* (émotion de l'amitié) ; « la connaissance de soi est un plaisir qui n'est pas possible sans la présence de quelqu'un d'autre qui soit notre ami¹³. »

Dans le contexte de l'accueil de l'étranger, l'Autre est celui dont j'entends la voix qui crie dans la solitude, car sa souffrance est sans refuge. Le « prendre soin » est en effet une action, une voie d'accession à la subjectivité. C'est une pure relation d'accueil et d'écoute, qui ne nous permet non pas de satisfaire un besoin, mais d'accepter la place de la subjectivité en tant que telle.

Le « Me voici » dans le « prendre soin » peut sembler naïf. Pourtant, il est la réponse à l'appel d'Autrui en détresse, sans laquelle ma conscience éthique est aliénée. En d'autres termes, le « *Me voici !* » qui fonde l'exigence éthique dans la philosophie d'Emmanuel Levinas dans le rapport à Autrui « est le lieu par où l'Infini entre dans le langage, mais sans se donner à voir¹⁴ ». Ce visage qui attend ma réponse et qui, en même temps, commande ma conduite, s'oppose à mon effort de persévérer et d'augmenter ma puissance d'être (philosophie de Baruch Spinoza). Ce moment de l'action, de l'intervention que m'impose l'écoute, se prolonge dans la prise de conscience de la présence du tiers, venant

aussi s'introduire indûment dans ce qui est du ressort d'Autrui.

Cet autre, Autrui, peut aussi être les exigences professionnelles, l'institution, le monde des autres, qui ne restent pas à l'écart de ce qui va ressortir de mon rapport à Autrui. C'est à ce niveau qu'intervient la problématique des enjeux d'hospitalité et de l'agir éthique, dans une perspective du partage équitable. Ma responsabilité à Autrui est autant confrontée au silence et/ou au cri de ce qui échappe à mon champ visuel, ou présente, mais sans expression. C'est la composante essentielle de la reconstruction du rapport intersubjectif qui est ici au centre des enjeux d'hospitalité et de leur signification. Dans le rapport entre le Moi et Autrui, il y a l'interposition du Tiers. Pour Emmanuel Levinas, dans la réponse « Me voici ! », je dois être tout à Autrui ; mais il y a le tiers. Comment prendre soin ? Comment ne pas trahir ? Comment rendre justice sans prendre parti ? Comment être tout à Autrui sans compromettre ou souiller son rapport au Tiers ? Ce paradoxe éthique dans l'intersubjectivité est ce qui questionne les modes d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation d'exil. Comment sauver les personnes en danger sans mettre les autres en danger ?

Le « prendre soin » est exposition aux blessures

Il faut préciser que le choix des deux voies que je vous expose est relatif. Il existe, bien sûr, d'autres autoroutes pour rencontrer Autrui. En effet, l'accent mis sur le corps trouve son importance dans mon propre vécu. Je vis ce que je ressens et je ressens ce que je vis. Je ressens et vis ma souffrance psychique dans ma chair et dans mon mental. C'est pourquoi la

¹³ Aristote (2017). *La Grande Morale* (Livre II, chapitre XV).

¹⁴ Levinas, E. (2017). *Éthique et infini* (p. 102). Paris : Librairie Générale Française.

recherche de la signification éthique me donne une sorte de visibilité cohérente dans la compréhension de la mutation des valeurs sociétales.

Première voie : par le corps-à-corps, ma conscience m'expose

Le poète romain Juvénal, au 1^{er} siècle avant J. C., critiquant un certain nombre de pratiques spirituelles antiques, disait : *Mens sana in corpore sano* (« un esprit sain dans un corps sain ») et faisait appel à implorer les dieux pour avoir une bonne santé mentale et un bon développement du corps.

Le rapport à Autrui se définit dans une temporalité inscrite dans l'histoire d'un espace donné. Ce rapport, caractérisé par l'évolution de notre sensibilité au temps, est devenu plus exigeant et nous rend de plus en plus vulnérables face au mal-être, à la souffrance et à toute forme de fragilisation d'Autrui.

Le temps permet de construire un souvenir dans un espace, de le restituer, de recevoir des événements dans la mémoire, de se construire une image de Soi comme celle de l'Autre. Ce temps semble nous éloigner de notre conception initiale du rapport au monde. C'est d'ailleurs par le corps que je ressens cette fragilité du temps, parce que le corps, lui, finit par disparaître.

Les femmes et les hommes que je rencontre en situation d'exil sont avant tout ces corps inscrits dans l'histoire du temps ou, à l'inverse, mobiles ou immobiles, debout ou assis, couchés ou morts. Ce corps que je suis m'expose au temps de l'histoire de leur vie et ma responsabilité sur eux - loin d'être un engagement - est mon rapport au monde. Il y a

ici la voie de la dialectique des regards et du sensible.

« Or Autrui est le médiateur indispensable entre moi et moi-même : j'ai honte de moi tel que j'apparais à autrui¹⁵. »

Le regard de l'Autre influe sur l'idée ou l'image que je me fais de moi-même. Le « prendre soin de l'autre » entend, dans cette autre phase, puiser sa signification dans ce retour à soi, dans ce qui creuse le sentiment de la honte.

La présence du corps couché, à partir duquel apparaissent dénuement et déshumanisation du monde, est en dehors de toute prise et sa situation dépasse toute détermination. M'y approcher m'expose et je ne peux me dérober à ma responsabilité sur lui. Ce chaos de sa douleur fait appel à ma sensibilité quand mon impuissance s'entrechoque avec la sienne. Je me vois fragile face au dénuement d'Autrui.

« Être corps c'est d'une part se tenir, être maître de soi, et, d'autre part se tenir sur terre, être dans l'autre et par là, être encombré de son corps¹⁶. »

À la rencontre du visage du migrant, je suis ému, ma conscience m'interpelle et je m'indigne face au corps couché. La fatigue et la faim font de lui une personne en besoin. La rencontre avec ce corps arrache dans ma sensibilité une partie de la chair qui laisse une blessure dans ma conscience. Je suis profondément marqué par cette souffrance et ma relation avec lui devient plus charnelle que politique.

Deuxième voie : la recherche du sens éthique

La signification éthique ne se réduit pas à l'observance des principes et des préceptes. Elle n'énonce pas des enseignements qui

¹⁵ Sartre, J. P. (1976). *L'être et le néant* (p. 260). Paris : Édition Gallimard.

¹⁶ Levinas, E. (2019). *Totalité et infini* (p. 177). *Essai sur l'extériorité*. Paris. Librairie Générale Française.

soient une règle de conduite et de comportement. Au contraire, ma relation d'être tout à Autrui et tout au monde détermine mon sens éthique.

Une réflexion sur le regard croisé entre le sens éthique et l'agir par pur devoir s'avère indispensable. Ce regard permettrait alors de questionner le lieu d'hospitalité dans un contexte conflictuel et de se rendre compte des enjeux qui en découlent. Et pour cause, l'hospitalité, comme loi de la possibilité d'offrir un accueil à un étranger, est de double nature : selon Jacques Derrida, elle est, d'abord, caractérisée par des lois qui régissent les devoirs et les droits ordinairement conditionnés et déjà conditionnels. D'autre part, elle est inconditionnelle et semble hors de portée, inaccessible pour des raisons structurelles¹⁷. La complexité de ces enjeux semble rendre impossible l'hospitalité. Ceci pousse Jacques Derrida à évoquer la notion de transgression de la loi d'hospitalité. Si on élargit la réflexion avec ce philosophe par l'inaccessibilité, on peut entendre la nouvelle définition des frontières.

« Les frontières ne sont plus des lieux de passage, ce sont des lieux d'interdiction, des seuils qu'on regrette d'avoir ouverts, des limites vers lesquelles on se presse de reconduire, des figures menaçantes de l'ostracisme, de l'expulsion, du bannissement, de la persécution¹⁸. »

Cette nouvelle configuration, au cours du XXI^e siècle, montre bien toute la complexité autour du « prendre soin ». J'aurais aimé approfondir la problématique d'hospitalité et du sens éthique.

¹⁷ Dufourmantelle, A. (1997). *Anne Dufourmantelle invite Jacques Derrida, à répondre. De l'hospitalité*. Calmann-Lévy.

Pour que les valeurs éthiques soient effectives, il y a la nécessité de mesurer les moyens de leur transmission pour l'humanité entière. Il me semble en même temps substantiel de juger, de penser et d'ouvrir un dialogue avec les personnes avec lesquelles je ne considère pas partager les mêmes valeurs par-dessus tout.

« Autrui demeure infiniment transcendant, infiniment étranger - mais son visage où se produit son épiphanie et qui en appelle à moi, rompt avec le monde qui peut nous être commun et dont les virtualités s'inscrivent dans notre nature et que nous développons aussi par notre existence¹⁹. »

Dans ce refus d'être enfermée dans les circonstances et l'histoire, la signification éthique dans le rapport intersubjectif ne forme pas l'identité d'Autrui à partir de ce qui le différencie du Moi. Cela revient à dire qu'Autrui ne peut se comprendre totalement dans ce qui est dit de lui. Il est un contenu hors contexte.

Pour conclure...

En guise de synthèse, soulignons quelques éléments.

Les différentes mutations que nous vivons depuis le siècle dernier sont marquées par de grands vents de résistance. Certaines personnes aimeraient arriver à former une nation homogène. La montée de la xénophobie, du rejet des valeurs d'hospitalité, du populisme et de l'absence d'écoute du cri des personnes en détresse sont des réponses explicites du refus de l'altérité.

Le « prendre soin » est un défi, un agir par bravade. Il nous faut inventer, recréer et réaffirmer notre posture d'être avec-et-dans-

¹⁸ Derrida, J. (1997). Quand j'ai entendu l'expression "délit d'hospitalité"... *Plein droit*, (34). Repéré à <https://www.gisti.org/spip.php?article3736>

¹⁹ Levinas, E. (2019). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité* (p. 201). Paris : Librairie Générale Française.

le-monde ; interroger l'histoire pour parvenir à la couture de son essence sans quoi toute forme d'action risque de soigner superficiellement des plaies qui ne cicatriseront pas. Se pose là la question des enjeux de l'hospitalité, constituant une conséquence indirecte du rapport éthique.

Après une telle brèche dans le parcours du « prendre soin », j'insisterais sur le fait que le plus subtil et l'essentiel résident dans le fait de mieux interroger l'histoire, sans passer pour autant outre les pathologies qui rongent nos rapports interhumains, afin de développer notre système de défense immunitaire. Donner du pain à celui qui fait la manche, l'écouter, l'accompagner, lui trouver un lieu de répit ou soigner son mal psychosomatique c'est bien, c'est un acte moral ; mais défendre le droit universel de la liberté, de la paix, de la justice et inscrire son action dans la lutte dont l'objectif final n'est pas d'éradiquer les nouvelles formes de déshumanisation, mais de

reconnaître les vérités de l'histoire, voilà une voie qui nous permet de prendre du recul et de repenser le sens éthique du « prendre soin ».

Il va falloir accepter une grande part de risque sans écarter d'entrée de jeu toute possibilité de l'effacement de soi. En se laissant plonger dans les méandres des amalgames sociopolitiques, nous courrons le risque de nier la réalité épidermique qui est à l'origine de déplacement massif de populations, la transformant en problème d'ordre sécuritaire. Regardons la complexité du désaccord dans le rapport intersubjectif et relisons l'histoire que nous reconstruisons, il s'agit du seul présent qui existe - sans trop nous projeter dans un futur sans ombre. Au départ de ma problématique, cet appel m'a permis de réfléchir intelligemment sur la question du sens éthique dans le prendre soin, sens éthique comme voie de la compréhension de Soi, du rapport à l'Autre et au Tiers.

« Profils et parcours des personnes migrantes », Kevin Raymond

Kevin Raymond, directeur du Pôle asile Diaconat Protestant Drôme-Ardèche

Exilés, migrants, réfugiés, demandeurs d'asile... Il s'agit d'une question de vocabulaire. Je souhaite vous parler d'une partie des exilés : les demandeurs d'asile.

Le nombre de demandeurs d'asile continue à augmenter au niveau national, mais à un rythme moins soutenu. En 2018, l'Ofpra a enregistré 23 % de demandes en plus par rapport à 2017 pour atteindre un peu plus de 123 000 demandes.

En 2018, l'Île-de-France a enregistré la plus grande part des demandes (environ 36 % du total). La région Auvergne-Rhône-Alpes arrive en deuxième position et a enregistré 11 % du total des demandes, soit 9 665 demandes. Entre 2017 et 2018, la région a reçu 11 % de demandes supplémentaires.

Nombre de places par dispositif :

Cada	AT SA	Huda	Prahda	CAO	CAES
5718	873	3437	670	1209	204

Nous comptons près de 70 000 demandeurs d'asile non hébergés, soit 52 % des demandeurs d'asile au niveau national. Malgré une augmentation constante du parc immobilier au cours des dernières années, le nombre de places reste insuffisant. En conséquence, ces personnes disposent d'un accompagnement moins approfondi. Toutefois, tous les demandeurs d'asile non hébergés ne dorment pas à la rue, ils trouvent souvent des solutions au sein de leur communauté ou auprès de membres de leurs familles.

Au niveau national, les Afghans restent les premiers demandeurs en 2018, suivis par les Guinéens, les Albanais et les Géorgiens. Les demandeurs d'asile albanais occupent la

première place dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. En ce qui concerne les départements de la Drôme et de l'Ardèche, le nombre de demandes est particulièrement stable entre ces deux années, +2,3 % en Drôme avec 452 enregistrements en 2018 et même une légère baisse de -1,3 % en Ardèche la même année (156 enregistrements).

Après leur enregistrement, les demandeurs d'asile sont théoriquement tous orientés vers un hébergement. En 2018, la région Auvergne-Rhône-Alpes dispose de 12 111 places d'hébergement. Il s'agit en majorité de places en centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada), même si la tendance est plutôt à la création de places en hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (Huda).

première place dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

En 2018, le taux de protection total (Ofpra et CNDA) a atteint 36 %. Cela signifie que 46 700 personnes ont été protégées - très majoritairement des Afghans, des Syriens et des Soudanais.

Concrètement, en ce qui concerne le parcours d'un demandeur d'asile, la procédure reste administrative et complexe.

La personne va se présenter sur une plateforme d'accueil, gérée par une association, qui enregistrera sa demande et la transmettra au guichet unique. La personne y sera convoquée, elle y rencontrera les services préfectoraux et de l'Ofii.

Idéalement, elle sera orientée vers un hébergement. Actuellement, ce mécanisme ne propose pas de réponses immédiates et la personne reste plusieurs jours, voire plusieurs semaines, sans hébergement.

Parallèlement, elle dispose de 21 jours pour transmettre sa demande d'asile à l'Ofpra. Quelques mois plus tard, elle y sera convoquée. Puis, si elle obtient une réponse négative, elle sera convoquée à une audience à la CNDA.

En parallèle, elle peut déposer une demande de régularisation, comme le titre de séjour malade étranger par exemple.

La caractéristique principale de cette procédure reste, en dehors des péripéties administratives, l'attente et l'angoisse qui peut en découler.

Les motifs qui président au dépôt d'une demande d'asile sont variés. Trois profils différents de demandeurs d'asile peuvent l'illustrer : les migrants d'Afrique subsaharienne, de Syrie et d'Albanie.

Les demandeurs d'asile originaires d'Afrique subsaharienne

On parle ici des ressortissants d'Afrique de l'Ouest de pays francophones (Guinée, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso, Niger) ou anglophones (Nigéria, Soudan) et de la Corne de l'Afrique (Érythrée, Éthiopie, Somalie).

Il s'agit pour la plupart de jeunes hommes, bien que les femmes soient majoritaires parmi les demandeurs issus du Nigéria.

Leur parcours « classique » consiste en la traversée du Sahara pour rejoindre la Libye. Dans ce pays en plein chaos, ils restent souvent plusieurs années afin de réunir la somme leur permettant de financer le passage vers l'Europe. En Libye, ils sont souvent emprisonnés arbitrairement et font l'objet des pires traitements. Lorsque l'on entend le récit de ces personnes, le passage par la Libye reste

presque systématiquement l'épisode le plus traumatisant.

Un point à garder à l'esprit est que lorsque la France étudie une demande d'asile, elle ne regarde que les événements survenus dans le pays de nationalité du demandeur et ne s'intéresse aucunement à ce qui a pu lui arriver en Libye. Il peut dès lors arriver qu'une personne ait effectivement subi de graves sévices en Libye, mais que sa demande soit rejetée au motif qu'elle ne fait état d'aucune crainte dans son pays d'origine.

La suite du trajet n'est pas moins traumatisante, avec la traversée en bateau, la rétention en Italie – les personnes vivent souvent une seconde période de grande précarité dans ce pays avant de rejoindre la France – et les camps de fortune à Paris ou à Calais.

Au bout du voyage, ils retrouveront les Afghans et les Pakistanais, ayant subi les mêmes difficultés en traversant l'Iran, la Turquie et les Balkans.

Une grande partie des demandeurs d'asile aura accès à une protection et donc au droit de rester en France. Les autres entreront dans une nouvelle épreuve, soit celle de la vie en situation irrégulière.

Les demandeurs d'asile originaires de Syrie

Les Syriens restent une catégorie à part dans la mesure où la France offre 100 % de protection aux ressortissants de ce pays. Si certains sont encore forcés de venir par leurs propres moyens, notamment par la route des Balkans, la France participe au programme dit de « réinstallation ». Celui-ci permet à des familles particulièrement vulnérables d'être identifiées et acheminées en France par les autorités qui leur garantissent une protection et un accompagnement social et administratif.

La difficulté reste ici de prendre en considération la brutalité du déracinement

pour des personnes qui passent très vite des camps de déplacés en Turquie ou au Liban à un appartement dans une ville française. La région Auvergne-Rhône-Alpes a ainsi accueilli plus de 1 000 personnes « réinstallées » depuis 2017.

Les demandeurs d'asile originaires d'Albanie

La situation des demandeurs d'origine albanaise illustre la problématique des personnes originaires des pays d'origine sûrs. L'Ofpra met à jour une liste regroupant les pays considérés comme respectant les droits de l'homme et comme des États de droit. On y retrouve, entre autres, l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie. Cela a pour conséquence le placement de ces demandes en procédure « accélérées », c'est-à-dire que le délai de réponse est raccourci.

Cette situation réduit les délais de présence dans l'hébergement et la durée de l'accompagnement. Cela pose la question de la scolarité des enfants sur des présences aussi

courtes, mais aussi celle de la prise en charge médicale – au vu des délais pour consulter un spécialiste.

Finalement, le taux de protection des Albanais, autour de 17 %, démontre que le placement en procédure accélérée n'implique pas un rejet automatique de la demande. Toutefois, elle participe à créer un environnement anxieux pour le demandeur d'asile. S'y ajoute l'application du règlement dit de Dublin, qui vise à empêcher les personnes d'effectuer plusieurs demandes d'asile dans plusieurs pays européens.

Nous voyons donc que les profils des demandeurs d'asile présents en France sont loin d'être homogènes et qu'ils correspondent, au contraire, à une grande diversité de parcours. S'y ajoutent de grandes différences d'ordre culturel qui font que leur prise en charge médicale, au sens large, reste un défi du quotidien pour tous les intervenants du secteur de l'asile.

« Des vulnérabilités au psychotraumatisme, spécificités cliniques en contexte migratoire », Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra

En nous basant sur les données de l'année 2019, nous pouvons retenir les informations suivantes concernant la migration à l'échelle internationale :

- 272 millions de migrants internationaux étaient comptés. Ce chiffre comprend les migrations politiques et économiques. Les migrations climatiques viendront bientôt s'y additionner ;
- 70,8 millions de personnes bénéficiaient de la protection du Haut-Commissariat pour les réfugiés. Ce dernier chiffre concerne donc la migration contrainte. Toutefois, cette notion peut être difficile à définir, car la misère tout comme la guerre peuvent pousser les personnes à migrer ;
- le premier pays d'accueil à recevoir des personnes réfugiées était la Turquie, en raison de sa proximité avec la Syrie. Le deuxième pays était le Pakistan, en raison de sa proximité avec l'Afghanistan. Le troisième pays était l'Ouganda, en raison de sa proximité avec la République Démocratique du Congo.

Préambule

Concernant les aspects psychopathologiques du traumatisme chez les personnes en situation de migration, je souhaiterais préciser qu'il est important de retenir que la migration n'entraîne pas forcément des troubles. Le fait de migrer n'est pas pathologique. La migration est un phénomène par ailleurs fondamentalement ancré dans l'histoire de l'humanité. L'humain se déplace, cela fait partie de nous et de notre histoire.

Les notions de santé mentale et de migration sont très larges. Nous nous trouvons dans une sorte de continuum entre le normal et le pathologique, entre les questions de santé mentale - notamment la « bonne » santé mentale - et les troubles psychiatriques. Il est important, pour les professionnels de santé notamment, de ne pas « psychiatriser le social » comme j'ai déjà pu l'entendre. Néanmoins, la psychiatrie a aussi notre rôle à jouer dans cet éventail très large qui se situe entre la psychopathologie et la « bonne » santé mentale.

En tant qu'intervenants auprès des personnes migrantes ou exilées, nous sommes tous promoteurs et acteurs de la santé mentale. En effet, la manière dont nous allons accueillir les publics, leur parler, les reconnaître - en tant qu'individus, mais aussi leurs paroles - va avoir des effets sur leur santé mentale. Les reconnaître en tant qu'êtres à part entière et donc les respecter participe à garantir une bonne santé mentale des personnes que l'on accompagne. Nous faisons ici référence au domaine de la santé mentale positive. La détresse ou la souffrance psychologique et les troubles psychiatriques avérés, reconnus dans les classifications nationales ou internationales, font quant à elles référence à d'autres domaines. Le champ de la santé mentale est donc extrêmement large et des confusions peuvent émerger de ces différentes dimensions.

Dans les champs de la psychologie et de la psychiatrie, les auteurs, qui traitent des questions de santé mentale et de migration, affirment qu'il y a toujours un intérêt à travailler les différents moments et aspects de la migration. En effet, pour les soignants, il est important de connaître le vécu et l'expérience

migratoire des patients qu'ils rencontrent. Les raisons qui les ont poussés à partir, mais aussi le fait qu'ils aient traversé la Libye ou non, par exemple, sont des éléments très importants. Ces expériences seront prises en compte, car elles ont des répercussions sur la santé mentale des patients. En tant que soignant, il est donc important de questionner le patient afin de savoir combien de temps son voyage a duré et dans quelles conditions et puis son vécu post-migratoire.

Les facteurs de risque

Certains auteurs anglo-saxons, australiens et hollandais qualifient ces facteurs de risques comme étant des « stresseurs post-migratoires ». Il s'agit des facteurs qui peuvent avoir des effets sur la santé mentale des individus et que nous essayons de déterminer en tant que soignants. Nous remarquons que les personnes sont caractérisées par des vulnérabilités multiples qui s'additionnent et se cumulent.

Une revue de la littérature a été réalisée par Laurence Kirmayer, psychiatre canadien, qui travaille plus particulièrement dans la psychiatrie transculturelle. Il a réuni de nombreux travaux internationaux - des études qualitatives plus précisément - qui concernent les facteurs de risques, liés à la migration, qui ont des effets sur la santé mentale des personnes. Les facteurs principaux mis en avant sont :

- le statut économique ;
- le niveau socio-éducatif ;
- le réseau social – le fait que la personne ait un support social faible dans son pays d'origine peut avoir des effets sur sa santé mentale dans le pays d'accueil ;
- les traumatismes ;
- l'engagement politique – dans le sens où, lorsque l'on est engagé politiquement, on peut être plus à

même de subir des persécutions ou des incarcérations.

Le fait qu'une personne développe des troubles de santé mentale va également dépendre de sa trajectoire migratoire. Ainsi, la longueur du voyage multiplie les chances de développement de troubles de santé mentale. Les conditions de voyage vont également avoir un impact sur les personnes – par exemple, il est très différent de voyager en avion ou dans un camion. Enfin, l'exposition à la violence est également un facteur important.

En tant que psychiatre, je remarque que le niveau de violence a augmenté au cours des trajets migratoires des personnes que je rencontre. Cela n'était pas perceptible en 2007, lorsque nous accueillions des personnes originaires du Kosovo et de Bosnie. Les difficultés liées aux conditions de vie et l'incertitude des personnes à accéder à des pays d'accueil ont été mises en lumière par l'arrivée des populations syriennes, dont certaines sont arrivées par les pays de l'est de l'Europe.

Les facteurs de risques post-migratoires, ayant des effets sur la santé mentale des personnes, sont :

- l'incertitude quant à l'évolution de leur statut ;
- les difficultés administratives ;
- la perte du statut social et du support communautaire et familial.

L'état de stress post-traumatique

Au niveau épidémiologique, la détresse et la souffrance psychique peuvent malheureusement entraîner des troubles psychiatriques avérés, notamment des états de stress post-traumatique. Par ailleurs, il est estimé qu'entre 30 et 65 % de la population réfugiée souffre d'un état de stress post-traumatique. Ces chiffres montrent qu'il existe un surrisque chez cette population de souffrir de l'état de stress post-traumatique - en tout cas dans les mois qui suivent l'événement

traumatique, car celui-ci ne dure pas forcément pour toujours, il peut évoluer puis régresser.

L'état de stress post-traumatique fait référence à un traumatisme particulier. Si l'on est confronté à la mort, ou « au réel de la mort » comme disent les lacaniens - donc à notre finitude, au niveau existentiel - cela nous fait un choc. Les traumatismes migratoires ne sont pas tout-à-fait les mêmes que ceux qui sont provoqués par les catastrophes naturelles, auxquelles les personnes n'y peuvent rien. Les traumatismes migratoires sont interhumains et entraînent des particularités.

L'état de stress post-traumatique a des effets aux niveaux cognitif et émotionnel. Les personnes peuvent ressentir des sentiments de désespoir ou de perte de confiance en l'être humain. Cela est problématique, car nous sommes des êtres sociaux et nous avons besoin de l'autre. Nous avons besoin de vivre dans un climat de sécurité, de croire en l'autre et en l'avenir. Lorsque l'on a été très attaqué dans nos croyances fondamentales en l'être humain, tout cela se délite. On perd donc la croyance dans le futur et dans l'autre.

Je remarque également que les personnes peuvent souffrir de troubles de la concentration, de la mémoire ou de l'attention, ainsi que d'une sorte de dérèglement ou d'une dysrégulation émotionnel. Par exemple, les personnes peuvent se mettre en colère, ou s'irriter sans raison apparente, notamment auprès de celles qui leur viennent en aide. Ces réactions sont les effets d'un état de stress post-traumatique. Les personnes peuvent aussi être envahies par les sentiments de peur, de

culpabilité et de honte. De plus en plus de travaux dévoilent que les migrations actuelles – souvent difficiles et caractérisées par des violences importantes - peuvent également entraîner des états psychotiques aigus.

Quelle prise en charge ?

Dans un monde idéal, la prise en charge la plus adaptée à ce public serait intégrative. Elle prendrait ainsi compte des dimensions sociales, géopolitiques, juridiques, culturelles et linguistiques. Elle proposerait également des psychothérapies pour les personnes qui souffrent d'un état de stress post-traumatique ou de dépression.

Malencontreusement, aujourd'hui, ces dimensions ne sont pas prises en compte. Les dispositifs publics destinés aux personnes précaires prennent en charge les publics migrants et exilés, au niveau sanitaire et psychiatrique (les Pass, les EMPP et les urgences). En travaillant aux urgences, on rencontre beaucoup de migrants en situation de grande précarité. Le secteur psychiatrique est débordé – le secteur libéral l'est également -, c'est donc le secteur humanitaire qui prend le relai sur le sol français (les associations telles que Médecins du Monde, Médecins sans frontières, la Croix-Rouge française...).

Un centre de psychotraumatisme régional a ouvert en octobre 2019, à Lyon. Il ne sera bien évidemment pas en mesure de prendre en charge l'ensemble des personnes traumatisées de la région. Les professionnels qui y travaillent devront donc faire un travail de réseau, de sensibilisation et de formation, afin que la question du psychotraumatisme soit mieux prise en compte.

« Accueillir, écouter : soigner. Ce que fait vivre aux intervenants l'accompagnement », Julia Maury de Feraudy

Julia Maury de Feraudy, psychologue, Orspere-Samdarra

Afin de vous parler de ce que l'accompagnement fait vivre aux intervenants - qu'ils soient soignants en santé mentale, bénévoles ou travailleurs sociaux -, je m'appuierai sur les rencontres avec les acteurs du territoire, dans le cadre de mes missions sur les actions de soutien aux pratiques que nous proposons, ainsi que sur les recherches et les réflexions menées à l'Orspere-Samdarra.

Effets de la précarisation de l'accueil pour les intervenants

Nous sommes face à une saturation des dispositifs d'accueil et d'hébergement. Dans ce contexte, nous rencontrons à l'Orspere-Samdarra des équipes souvent affectées, des acteurs parfois sidérés, confrontés à un système qui semble questionner sans cesse le sens de leur travail d'accompagnement.

Les travailleurs sociaux expriment leurs difficultés à tenir ensemble les tâches liées à la procédure - multiples, changeantes et qu'ils jugent maltraitantes pour les personnes -, d'une part, et ce que ces tâches font vivre aux personnes, soit la souffrance du public, d'autre part. Les pratiques sont soumises à toutes sortes de logiques contradictoires.

Les situations complexes paraissent constituer le quotidien des équipes rencontrées. Nous remarquons notamment cela à travers les nombreuses sollicitations que nous recevons dans le cadre de la permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra. L'orientation vers le soin en dehors des urgences (somatiques, psy) s'avère bien souvent être un parcours du combattant pour les accompagnants.

Les intervenants sociaux et les bénévoles qui accompagnent ces populations doivent faire face à une crise de la psychiatrie publique, qui

n'est pas spécifique à l'accueil du public migrant, mais les concerne. En effet, le service public, et notamment l'institution hospitalière, est aujourd'hui particulièrement fragilisé. La saturation des dispositifs et le manque de moyens humains impactent l'accès des populations les plus vulnérables aux soins.

Les professionnels de l'hébergement se retrouvent particulièrement démunis. D'autant plus que les critères de vulnérabilité pour l'accès à l'hébergement redéfinissent les profils des personnes accueillies en centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) : il s'agit des plus vulnérables.

Les parcours migratoires sont aussi plus longs, complexes, dangereux. Les acteurs se retrouvent donc confrontés à des populations extrêmement fragilisées.

En partageant le quotidien des personnes, les intervenants sociaux deviennent leurs interlocuteurs privilégiés et parfois les seuls interlocuteurs, à qui il est possible de se confier et à qui sont adressées de multiples demandes - auxquelles il n'est pas toujours possible de répondre. Ils deviennent aussi les premiers témoins de la dégradation psychique des personnes, ce qui génère une inquiétude et une souffrance pesante, notamment lorsqu'un étayage psy n'est pas possible et qu'ils se retrouvent à la limite de leurs compétences.

Les intervenants sociaux et les bénévoles se sentent souvent sans recours, bien isolés, n'étant pas ou peu outillés pour appréhender la souffrance psychique, l'accueillir et l'écouter. En effet, recevoir en dépôt des histoires souvent difficiles à entendre peut produire une certaine violence. En ce sens, le DSM V reconnaît le fait d'être confronté de manière répétée dans sa pratique

professionnelle à des récits sordides comme un facteur de risque pour développer un stress post-traumatique.

La pratique de l'écoute ne va pas de soi, elle pose un certain nombre de questions aux intervenants sociaux. Jusqu'où aller dans la confiance ? Faut-il creuser certaines choses, ou non ? Est-ce que le fait de parler fait du bien aux personnes, alors que les procédures administratives réactualisent sans cesse un trauma et forcent la parole ? Les accompagnants sont confrontés à un écart entre la temporalité administrative et psychique.

La précarisation des dispositifs et le désengagement des pouvoirs publics placent les intervenants dans des cadres professionnels de plus en plus fragiles et incertains. Face à un cadre moins soutenant, et à une réalité de plus en plus complexe, les intervenants se retrouvent plus exposés. Ils témoignent du fait qu'ils sont engagés en tant que personnes, et sont amenés à réagir et à prendre des décisions souvent dans l'urgence. Ils partagent également un vécu de lourde responsabilité face à des procédures qui font vivre un enjeu de vie ou de mort.

Ces facteurs cumulés peuvent générer beaucoup de souffrance, d'épuisement et une forte insécurisation. Cela peut être repéré au sein des équipes, mais également du côté des bénévoles.

On remarque notamment un turn-over important dans les équipes de travailleurs sociaux et des arrêts maladie de plus en plus fréquents dans certains dispositifs. De plus en plus d'équipes exercent leur droit de retrait.

L'embarras des soignants en santé mentale

Dans ces contextes, où la précarité semble se retrouver à tous les niveaux, on comprend l'importance que revêt une réponse du côté

des professionnels de santé mentale. Les demandes sont multiples et semblent plus souvent portées par les intervenants que par les personnes elles-mêmes.

Les soignants en santé mentale que nous rencontrons dans le cadre de nos missions peuvent se trouver parfois embarrassés avec des demandes difficiles à caractériser et s'interrogent sur la réponse à apporter. De quelle demande s'agit-il - étayage, soutien pour les intervenants autour d'une situation complexe, évaluation, soin, expertise ? De nombreux psys témoignent d'un vécu d'instrumentalisation, car les enjeux administratifs, juridiques et politiques infiltrent la sphère du soin, ce qui peut aussi poser des questions éthiques.

Ils se retrouvent aussi parfois en difficulté face à des souffrances spécifiques qui ne correspondent pas aux catégories psychiatriques « classiques ». Un psychiatre des urgences psy nous disait : « *nous sommes habitués à voir de la psychiatrie lourde, même très lourde, mais cette barbarie du monde sauvage, nous ne la connaissons pas aux urgences habituellement* ».

La pratique de l'écoute clinique pose un certain nombre de questions aux psys. Quel est le sens du soin psy dans ces contextes de violences sociales, quand les besoins primaires ne sont pas assurés ? Pour certains psys, la tyrannie de l'urgence et l'interventionnisme social ne seraient pas compatibles avec un soin psychique. Les questionnements portent également sur l'instabilité de l'hébergement qui entraîne des ruptures de liens et de soins également. Là encore, jusqu'où peut-on aller ? Est-il nécessaire de faire parler à nouveau, d'ajouter un acteur de plus ? N'est-il pas risqué d'ouvrir des portes qu'on ne pourra pas refermer ?

Ces accompagnements soulèvent beaucoup de questions et génèrent aussi beaucoup de

craintes, d'incertitudes, du côté des psychiatres et psychologues. Celles-ci expliquent parfois leur réticence à prendre en charge ou à démarrer un suivi thérapeutique, qu'ils ne jugent pas forcément adapté.

Pour certains soignants en santé mentale, il ne faudrait pas psychiatriser des souffrances dont l'origine est sociale. « *Ils auraient des papiers, un toit, ils n'auraient pas besoin d'antidépresseurs* », nous confiait un psychiatre.

Ces pratiques viennent parfois réactualiser, chez les soignants en santé mentale, un sentiment de persécution envers le travail social, avec l'impression de faire un travail qui n'est pas le leur. On peut également voir des soignants très culpabilisés, qui ont le sentiment de travailler sans repères cliniques stables, un peu à l'aveugle, dans une débrouillardise qui leur donne l'impression qu'ils travaillent mal.

Une psychiatre nous disait que ces prises en charge nécessitent d'accepter d'être « dérangé » dans sa pratique habituelle. Introduire un tiers extérieur dans la rencontre (interprète, travailleur social, bénévole) ne va pas forcément de soi pour des psys habitués au colloque singulier.

Les soignants en santé mentale se retrouvent également bien démunis face à des personnes qui cumulent les vulnérabilités et qui convoquent les intervenants à toutes les places tant les besoins sont nombreux.

Restaurer le collectif, restaurer le lien, soutenir le réseau

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. Dans cette clinique, l'attaque porte sur l'articulation entre le collectif et l'individuel. Ce qui a été attaqué touche à l'enveloppe, ce qui protège l'homme et le met en lien.

Pour un certain nombre de psys, la question du soin en santé mentale dans ces contextes de violence sociale, de précarité, dans cette clinique du trauma, s'inscrirait alors moins dans une perspective biomédicale, technique, que dans une approche résolument relationnelle, éthique et humaniste. Nous serions du côté du « prendre soin », du côté d'une forme de soutien à la santé mentale.

Les propos de ce psychiatre illustrent bien cette idée : « *Moi j'ai découvert que ce monsieur-là, il venait un peu plus tôt pour dormir. C'est pas compliqué à imaginer quand je connais sa situation, ah ben oui, c'est du soin. Ah oui, c'est sûr que c'est du soin. Ça n'a pas besoin d'être sophistiqué. Le soin ce n'est pas toujours la grande chirurgie cardiaque.* »

Ainsi, pour beaucoup de soignants en santé mentale, ce qui soigne et peut soutenir psychiquement les personnes dans ces situations extrêmes c'est le lien, appréhendé en-dehors de toute forme de supposée spécificité « psy ». Ce sont tout d'abord les proches, les pairs, les travailleurs sociaux, les bénévoles qui font lien. Les psys s'accordent sur le fait qu'il convient d'abord de soutenir le réseau biopsychosocial dans ces prises en charge. Ils défendent également une approche induisant l'idée suivante : le soin serait porté par tous les acteurs concernés par l'accompagnement et engagés dans une relation d'aide (le bénévole, le médecin généraliste, le psy, le travailleur social, l'enseignant, l'interprète, etc.). Ainsi, ces accompagnements convoquent le professionnel bien au-delà de sa professionnalité, du côté de l'humain.

Dans ces contextes extrêmes où le lien est particulièrement attaqué et menacé – les accompagnants éprouvent au quotidien le fait que le trauma isole -, toutes sortes d'émotions et de sentiments infiltrent les pratiques.

En miroir des problématiques que les personnes accompagnées rencontrent, on peut voir, par exemple, apparaître un sentiment de dépréciation, de dévalorisation, une perte de confiance en soi et en l'autre, un sentiment de désaffiliation, de perte de sens, d'isolement.

On peut repérer un engagement parfois excessif – certains acteurs s'investissent corps et âme autour d'une situation, dans une forme de toute puissance aidante, en s'oubliant totalement - ou un retrait émotionnel, une rupture d'empathie.

L'écoute de la souffrance de l'autre impacte aussi la personne qui reçoit, accueille cette souffrance et impose une exigence de travail psychique.

Carl Gustav Jung, psychiatre, est le premier à avoir attiré l'attention sur le coût psychologique de certaines prises en charge pour les professionnels de santé.

Aujourd'hui, différentes expressions sont utilisées pour rendre compte de l'effet de l'accompagnement pouvant aller jusqu'à l'épuisement du professionnel de la relation d'aide : on parle d'usure, de fatigue de compassion²⁰.

La compassion est une réaction affective spontanée, naturelle, qui émerge quand on est au contact de la souffrance. Compatir c'est souffrir avec, endurer avec, être affligé avec.

L'empathie est à entendre comme la capacité à se mettre à la place de l'autre tout en gardant une certaine distance avec ses propres émotions : l'autre n'est pas moi. Cette distance requiert un travail psychique, qui peut être mis

en échec dans cette clinique où l'activité de pensée est particulièrement attaquée.

Aucun acteur de la relation d'aide n'est a priori à l'abri de ce débordement. Les psys eux-mêmes, malgré leur expérience, leur outil théorique, ou le fait qu'ils sont supervisés, peuvent se sentir happés, envahis à la fin de certaines séances et face à certains patients.

Laurie Anne Pearlman et Karen W. Saatkvine²¹ reprennent quant à elles le concept de traumatisme vicariant (qui apparaît dans le DSM V) pour parler « des changements profonds, cumulatifs, subis par le thérapeute ou le travailleur qui établissent des rapports d'empathie avec les survivants de traumatismes et sont exposés à leurs expériences ». La traumatization vicariante est une construction lente et invisible qui se répercute sur la vie professionnelle et personnelle de l'intervenant engagé dans une relation authentique et empathique avec son patient.

Ce qu'il faut retenir, c'est que le traumatisme a un pouvoir de contamination. La personne traumatisée est elle-même traumatisante pour ceux qui s'en occupent. Il faut alors avoir en tête que la douleur et la tristesse sont contagieuses, insidieusement.

Les institutions qui travaillent avec des personnes traumatisées, ou bien celles recevant des patients avec des pathologies « lourdes », se trouvent face à la nécessité de veiller à l'état psychologique des équipes. De manière indirecte, celles-ci se trouvent confrontées au trauma par l'écoute de récits de vie dramatiques. Elles mettent en place des séances de supervision, des espaces de partage de pratiques, avec l'idée que ce travail

²⁰ Gounongbé, A. (2014). *Fatigue de la compassion*. Presses Universitaires de France.

²¹ Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious*

traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W. W. Norton et Company.

d'identification et de transformation des effets de l'accompagnement en soi doit passer par la médiation d'au moins un autre.

Dans les espaces de seconde ligne que nous proposons à l'Orspere-Samdarra pour soutenir les pratiques, ce qui se partage - là encore en miroir des problématiques des personnes -, c'est en premier lieu un vécu d'impuissance. Ces espaces deviennent alors des lieux de restauration narcissique, de reconnaissance mutuelle, de lien pour les acteurs ; et ce qui semble être recherché, c'est du commun. Juste voir qu'on n'est pas tout seul à vivre cela fait du bien.

Un psychiatre nous disait à la fin d'un séminaire clinique proposé par l'Orspere-Samdarra : *« J'aime venir ici, ça me rassure, ça me restaure. Je me dis que non je ne suis pas fou et que non, je ne suis pas seul. »*

On voit que ces accompagnements, parce qu'ils nous confrontent à notre propre vulnérabilité, à nos limites, poussent au lien, peut-être dans un mouvement de survie. Ils nous rappellent qu'on a besoin de l'aide d'au moins un autre, qu'il soit interprète, infirmier, intervenant social, psychologue, psychiatre, médecin généraliste, bénévole. Ils imposent un travail collectif, pluridisciplinaire, groupal.

Mon propos tenait à rendre compte de l'importance du travail en réseau et de ne pas porter seul ces situations. Il tenait également à soutenir le dialogue, essentiel entre les nombreux acteurs - du sanitaire, du social, du caritatif, de l'éducatif - engagés autour de ces publics.

C'est le réseau, le collectif, qui vont permettre de soutenir ce travail de lien et l'activité de penser, souvent menacés dans cette clinique. Le trauma est à traiter collectivement.

Pour conclure...

On a vu que les notions de vulnérabilité sociale et psychique sont centrales dans cette clinique. Un psychologue de Médecins du Monde rappelait, dans le cadre d'une coordination, que cette vulnérabilité pouvait être autant inquiétante que stimulante : *« Inquiétante, parce que l'intervenant est confronté à un réel qui s'impose. Nous pouvons en être soit fascinés, soit sidérés. Stimulante, parce que cela nous oblige à retrouver en nous notre propre étrangeté, plus ou moins familière. »*

Une certaine humilité prévaut donc à ces interventions.

∞ DEUXIÈME TABLE RONDE : « COMMENT PRENDRE SOIN DU PUBLIC MIGRANT VULNÉRABLE ? »

Discutants : Christelle Guérault, déléguée territoriale, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes et Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra

« Accompagner les personnes exilées pour renforcer leur pouvoir d'agir », Lou Einhorn-Jardin

Lou Einhorn-Jardin, psychologue, Orspere-Samdarra

Définition des notions d'empowerment et de pouvoir d'agir

L'empowerment réfère à « la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie²² ».

Le développement du pouvoir d'agir fait référence, selon Yann Le Bossé, à « la possibilité concrète pour des personnes ou des collectivités d'exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient²³ ».

L'exercice de ce pouvoir dépend à la fois des opportunités offertes par l'environnement (le cadre légal, politique, les retours de l'environnement) et les capacités des personnes à exercer ce pouvoir (compétences, désirs, perceptions des opportunités d'action).

Migration et précarité : mise à mal du pouvoir d'agir

Les situations de migration et de précarité peuvent mettre à mal le pouvoir d'agir des

personnes, qui se traduit par une perte d'autonomie et de pouvoir d'agir sur leur propre vie ainsi que sur leur environnement. Cela est perceptible dans différentes sphères, telles que :

- *la survie quotidienne* : par exemple, lorsque les personnes perdent la possibilité de cuisiner quand elles veulent et ce qu'elles veulent, de manger ce qu'elles souhaitent, de se laver quand elles le souhaitent, de choisir leurs vêtements, de décider avec qui et où elles vont habiter, etc. ;
- *le domaine administratif* : par exemple, lorsque les personnes doivent faire face à l'incompréhension des procédures, à des documents non traduits, qu'elles n'ont pas toujours accès à un interprète, lorsqu'elles sont confrontées à une temporalité administrative qui n'est pas adaptée à leur propre temporalité, etc. ;

²² Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment / Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-145.

²³ Le Bossé, Y. (2018). Approches par les capacités et le développement du pouvoir d'agir : quelles perspectives ? Repéré à <https://www.kelvoa.com/yann-le-bosse/>

- *le domaine du soin* : les personnes peuvent être en difficulté pour se positionner en tant qu'actrices de leur parcours de soin, notamment car elles ont peu d'information sur le système de soin et de son fonctionnement. C'est le cas, par exemple, lorsque la traduction ne leur est pas proposée, ou lorsqu'elles doivent nécessairement passer par une tierce personne pour avoir accès aux soins.

Cette perte de pouvoir d'agir peut alors entraîner une dépendance des personnes migrantes envers les intervenants sociaux ou les acteurs humanitaires. Ils peuvent effectivement être perçus comme les acteurs ayant les clés de compréhension du système complexe dans lequel les personnes se trouvent.

Cette diminution du pouvoir d'agir peut avoir des conséquences négatives et importantes sur la santé mentale des personnes. Ainsi, celles-ci peuvent se sentir déshumanisées, infantilisées ou avoir l'impression que leurs compétences sont dénigrées ou effacées. Cela peut participer à dégrader une estime de soi déjà mise à mal par le contexte de précarité dans lequel les personnes se trouvent.

Mise en place d'un projet « santé mentale » sur les camps du Nord-Pas-de-Calais : quels objectifs ?

À Calais, nous avons essayé de travailler sur les éléments cités ci-dessus dans le cadre d'un projet « santé mentale » entre 2015 et 2017 avec l'association Médecins du Monde. J'étais, à cette époque, référente santé mentale sur le programme Migrants Nord littoral.

Les objectifs du programme santé mentale étaient, entre autres :

- *d'informer les personnes exilées*, notamment sur leurs droits, dans le but de renforcer leur pouvoir d'agir. Il s'agissait ici de faire en sorte que les

personnes puissent être autonomes et qu'elles accèdent d'elles-mêmes aux soins de santé mentale, et puissent ainsi être au cœur de leur prise en charge ;

- *de sensibiliser les personnes exilées sur les questions de santé mentale et repérer les personnes en souffrance psychique* : Il importait de questionner les représentations que les personnes exilées avaient sur la santé mentale et de les confronter aux nôtres par des échanges et des discussions. Aborder ces sujets avec elles nous permettait de lutter contre les préjugés et la stigmatisation, mais aussi de rappeler que la souffrance peut être normale. Il était important d'énoncer cela, car, au vu des situations vécues par les personnes, elles étaient confrontées à des souffrances réactionnelles, soit des souffrances bien souvent normales face à une situation anormale ;
- *d'offrir des espaces et des outils* pour que les personnes puissent tenter de préserver ou de développer une santé mentale suffisamment bonne – celle-ci n'étant pas ici considérée uniquement par l'absence de troubles ;
- *d'orienter et/ou d'accompagner* vers une prise en charge adaptée - lorsqu'elle existe - ainsi que de permettre une possibilité de suivi : Il s'agissait d'orienter les personnes nécessitant un suivi psychologique ou psychiatrique vers les dispositifs de droit commun - par exemple, vers les équipes mobiles psychiatrie précarité, les consultations d'addictologie ou de psychiatrie. Nous nous chargions également d'accompagner physiquement les personnes lorsque cela était nécessaire afin de : rassurer le patient et le professionnel ; faire du lien ; traduire le langage médical ;

décrire les conditions de vie dans lesquelles se trouve la personne ; et s'assurer d'une prise en charge adéquate et de qualité.

Une fois l'orientation réalisée, nous poursuivions bien souvent le suivi. Celui-ci nous permettait d'accompagner la personne dans la prise de son traitement, de lui rappeler ses rendez-vous, mais aussi d'être présent pour elle dans l'attente de son prochain rendez-vous.

Il s'agissait d'une démarche globale, centrée sur la personne, ses ressources et ses besoins. Notre travail s'appuyait également sur la création - très importante - de liens avec les intervenants juridiques, sociaux, médicaux, les relais communautaires et les dispositifs de droit commun.

Quelles modalités d'intervention ?

En plus des activités d'accompagnement individuel des personnes en souffrance psychique, deux dispositifs ont vu le jour.

Un espace collectif : la « tente psychosociale »

Nous avons mis en place une « tente psychosociale » avec l'idée de construire un lieu libre, qui puisse être contenant, et procurer un espace sécurisé.

La majorité des espaces qui existaient sur le bidonville étaient des espaces de « services », dans lesquelles les personnes devaient être en demande – un conseil juridique, une douche, de la nourriture, etc.

Nous avons envie de créer cet espace neutre, proposant des activités psychosociales, pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes en

nous basant sur leurs compétences, mais aussi le lien social, et permettre aux personnes de redévelopper une routine (cela peut avoir un impact positif sur leur santé mentale).

La tente psychosociale était toujours animée par un binôme médiateur-traducteur et un psychologue. L'entrée de ce lieu n'était pas le soin, mais l'accueil. Les personnes pouvaient venir boire un café, discuter avec l'équipe ou une autre personne exilée, rester cinq minutes ou toute l'après-midi. Un espace permettait aux personnes d'utiliser différentes ressources librement (jeux, livres dans différentes langues, matériel de création, peinture, etc.) en fonction de ce qu'elles avaient envie de faire ou pas. Dans un autre espace, des activités psychosociales étaient proposées par des psychologues, des médiateurs, ou des personnes exilées, celles-ci étaient mises en place en fonction des souhaits exprimés par les personnes exilées.

Offrir la possibilité aux personnes de lire un livre dans leur langue d'origine, d'écouter la musique qu'elles aiment, d'échanger sur les bons souvenirs de leur pays, de parler d'autre chose que du bidonville semblaient avoir un impact positif sur la santé mentale des personnes.

Il s'agissait, grâce à la tente psychosociale, d'offrir un espace aux personnes exilées au sein duquel elles puissent préserver ou développer une santé mentale suffisamment bonne. Nous souhaitons qu'elles puissent remettre en œuvre leurs mécanismes de soutien propres, au niveau individuel ou communautaire.



La tente psychosociale de Calais



Activités maraîchage - tente psychosociale de Calais



Activités - tente psychosociale de Calais



Activités maraîchage - tente psychosociale de Calais



Activités - tente psychosociale de Calais

Les maraudes

En plus de la tente psychosociale, nous réalisons également des « maraudes » (qui peuvent être assimilées à des visites à domicile dans un contexte plus classique). Un binôme de médiateur et de psychologue se déplaçait sur le bidonville pour aller à la rencontre des personnes exilées. Les objectifs des maraudes étaient :

- *d'aller vers les personnes qui ne venaient pas vers les dispositifs, soit les plus isolées ou les plus en souffrance, qui n'étaient plus en mesure de « demander de l'aide ». Cela nous permettait également de repérer les personnes en souffrance psychique ;*
- *de sensibiliser des communautés à la santé mentale ainsi que de faire de la psychoéducation. Concrètement, nous questionnions les personnes sur leur représentation sur la santé mentale ; sur ce que voulait dire pour elles le fait de ne pas aller bien et comment nous pouvions les accompagner dans ce contexte ; comment la souffrance psychique était accompagnée dans leurs pays et comment nous pouvions l'accompagner ensemble ici, dans ce contexte nocif ;*
- *d'accompagner au mieux les personnes ayant des problématiques de santé mentale (observance des traitements, évolution, milieu de vie) que nous suivions déjà en individuel.*

La co-construction du projet « santé mentale » à Calais

Tout au long du projet « santé mentale », nous avons essayé de *co-construire* avec les personnes exilées. Pour ce faire, dès le début du projet et dans sa définition même, nous avons sollicité les personnes et les communautés avec qui nous organisions des rencontres régulières. Ce souhait de co-

construction était valable autant sur les distributions alimentaires que sur le plaidoyer politique, à un niveau collectif autant qu'à un niveau individuel, et s'inscrivait au cœur de la prise en charge psychologique.

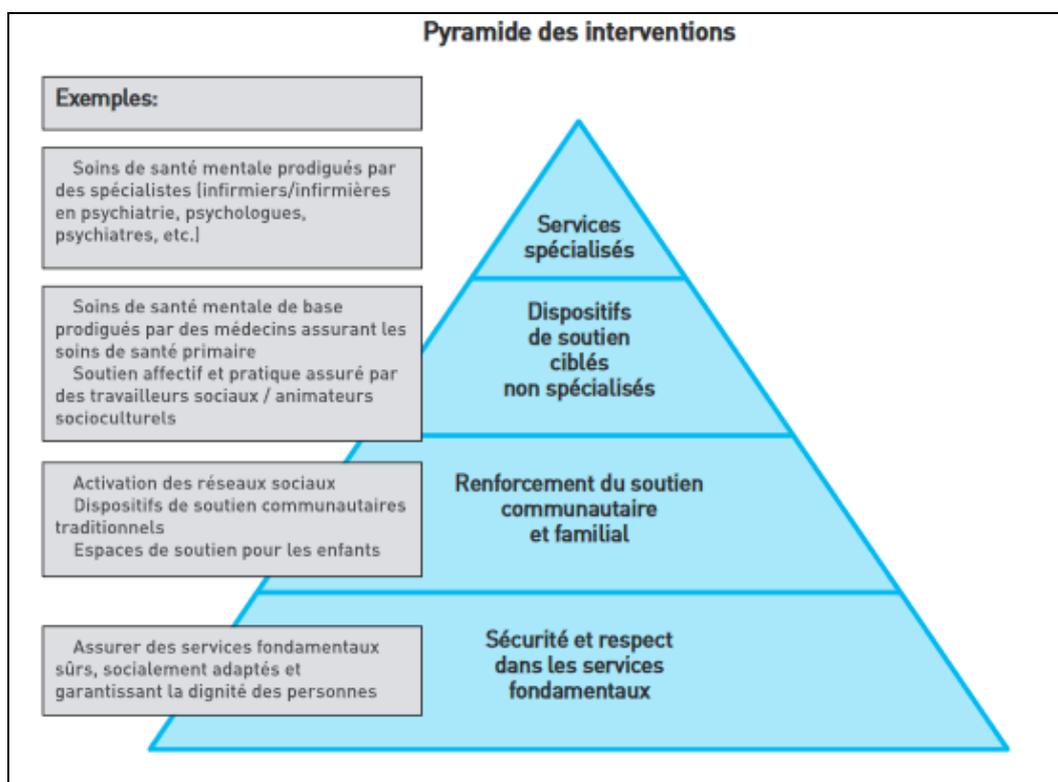
Nous avons donc beaucoup travaillé avec les communautés, non seulement dans le domaine de la santé mentale, mais dans tous les autres (distributions alimentaires ou de vêtements, par exemple), en partant du principe qu'ils impactent la santé mentale.

Pour la prise en charge en santé mentale, nous essayions d'informer, de discuter, d'échanger avec les personnes, dans l'idée de faciliter leur accès aux soins et qu'elles puissent être actrices de leur parcours de soin. Ces échanges pouvaient avoir lieu aussi bien avec des « leaders » communautaires - dans l'idée de les accompagner dans le repérage et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique - qu'auprès de personnes que nous accompagnions individuellement. Il s'agissait donc de les questionner sur la santé mentale, le trouble, la souffrance psychique et sur les modalités de soins qu'elles étaient habituées à mettre en place. Ensuite, nous les informions sur le parcours « classique » de santé mentale en France. À partir de ces échanges, nous co-construisions avec les personnes des modalités d'accompagnement qui leur correspondent, favorisons l'expression des besoins et mettions à leur disposition les outils nécessaires pour prendre soin.

Pyramide d'intervention pour le soutien de la santé mentale et soutien psychosocial dans les interventions d'urgence

Ce que nous avons mis en place au sein du projet « santé mentale » s'appuyait sur le modèle d'intervention suivant : « la pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les interventions d'urgence ». Proposé par l'Inter

Agency Standing Committee²⁴, il est utilisé dans le domaine humanitaire.



Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence²⁵

Les services de base et de sécurité

À ce niveau d'intervention, il s'agit de promouvoir des services de base (alimentation, logement, eau, soins de santé) sûrs, socialement appropriés et respectueux de la dignité, en faisant en sorte qu'ils soient mis en place de manière participative avec les personnes concernées, en renforçant les dispositifs de soutien social et en mobilisant les réseaux communautaires déjà existants. Par exemple, il peut s'agir de sensibiliser les acteurs humanitaires afin que la distribution alimentaire soit faite de manière à respecter la dignité des personnes et, également, de

s'assurer que les personnes vulnérables puissent accéder aux services de base. Il s'agit aussi de transmettre de l'information aux personnes sur les différents services existants et sur les acteurs qui les mettent en place, afin qu'elles puissent y accéder de manière autonome.

Les dispositifs de soutien communautaires et familiaux

Avant de se retrouver dans des situations de précarité et/ou de migration, les personnes

²⁴ Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Repéré à : https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhps_french.pdf

²⁵ Extraite de « Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir ». Repéré à : https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf

bénéficiaient de réseaux de soutien. Il peut être nécessaire de les aider à les remobiliser. Ce niveau fait, par exemple, référence à l'activation des réseaux sociaux, des soutiens communautaires traditionnels et des lieux d'entraide par groupe d'âge. Pour cela, et à titre d'exemples, il peut être intéressant de permettre à des femmes de se retrouver dans un lieu non mixte ; d'accompagner les personnes en cas de décès - pour qu'elles puissent mettre en place leurs rites funéraires - ; ou de favoriser les liens parents-enfants. Il s'agit donc de permettre à la communauté de retrouver des mécanismes de soutien qui existaient avant la crise ou d'en développer de nouveaux.

Les dispositifs de soutien ciblés non spécialisés

Il peut s'agir d'un premier soutien en santé mentale fait par des travailleurs formés avec des groupes plus spécifiques, tels que les mineurs non accompagnés ou les femmes victimes de violences. Les interventions, centrées sur l'individu, la famille ou le groupe, peuvent être mises en place par des personnes qualifiées, mais non spécifiquement formées en santé mentale (par exemple, des travailleurs sociaux ou des médecins).

Les dispositifs spécialisés

Ici nous évoquons les interventions nécessaires pour une faible partie de la population, pour laquelle les interventions des niveaux inférieurs n'auront pas suffi à apaiser les souffrances. Il s'agit d'orienter ces personnes

vers des professionnels de santé mentale afin de que des soins psychologiques ou psychiatriques leur soient fournis.

Une approche fondée sur la communauté et la reconstruction des capacités de résilience

Dans cette approche, l'intervention en santé mentale est donc multiacteurs et ne concerne pas uniquement les psychologues et les psychiatres.

Le recours à des services spécialisés, tels que des consultations avec des psychologues ou des psychiatres, n'est nécessaire que pour une faible partie de la population pour laquelle les autres interventions n'auront pas été suffisantes.

C'est donc une approche globale, intégrant des actions complémentaires, à divers niveaux, pouvant faire ressource et renforcer la santé mentale.

Cette approche est un moyen efficace de soutenir un grand nombre de personnes. La communauté joue un rôle déterminant dans le rétablissement de ses individus, car elle sait reconnaître ses propres besoins. Elle s'appuie sur les capacités de résilience, pouvant être définie comme la capacité d'une personne à faire face aux défis et aux difficultés qu'elle rencontre, ainsi qu'à restaurer et à préserver un nouvel équilibre lorsque l'ancien est remis en question ou détruit par des expériences ou des événements passés.

« L'accueil des personnes exilées chez l'habitant », Marjorie Gerbier-Aublanc

Marjorie Gerbier-Aublanc, sociologue, programme Accedab, Centre hospitalier universitaire Pontchaillou, ESO Rennes

Je vais présenter une partie des résultats d'une recherche que j'ai menée entre 2017 et 2018 autour de l'accueil de personnes exilées chez l'habitant à Paris et en Île-de-France. Cette recherche a été soutenue par la Mairie de Paris et réalisée à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) dans le cadre du programme Babels, dirigé par Michel Agier. Mon propos est donc issu d'une enquête de terrain au cours de laquelle j'ai rencontré des individus accueillant à leur domicile des exilés, des exilés accueillis chez l'habitant, des responsables d'associations ainsi que de collectifs citoyens, organisant et accompagnant ces accueils. Mes analyses sont également le fruit d'un riche travail de collaboration avec Évangeline Masson Diez, qui réalise une thèse de doctorat de sociologie sur l'accueil de mineurs non accompagnés chez l'habitant.

L'accueil de personnes exilées chez l'habitant n'est pas une forme d'hospitalité nouvelle. Pour autant, la crise des politiques migratoires et la saturation du dispositif national d'accueil (DNA) ont suscité le renouvellement et la multiplication de ce type de pratiques sur l'ensemble du territoire français. Des programmes associatifs et des mouvements indépendants ont, en ce sens, émergé afin d'organiser, de structurer et d'accompagner l'accueil des personnes exilées chez l'habitant. Ces programmes reposent sur des équipes salariées ou bénévoles qui coordonnent le recrutement des hôtes (accueillant/accueilli), les mettent en lien et accompagnent la relation au long de l'accueil. Dans ce cadre, des règlements sont définis afin de protéger les hôtes et d'assurer des cohabitations paisibles. Notons que ces programmes reproduisent les

conditions administratives de l'accueil : l'un des critères pour les intégrer est d'être en cours de demande d'asile ou d'avoir obtenu le statut de réfugié. Dans le cas des mineurs, la situation est inversée : c'est parce qu'ils ne sont pas reconnus mineurs par l'aide sociale à l'enfance (ASE) qu'ils ont accès à l'accueil chez l'habitant, bien qu'il leur soit tacitement demandé d'avoir engagé une procédure d'appel ou de recours sur la décision de rejet de la minorité. Au-delà de ces critères administratifs, différents éléments interviennent dans l'intégration, ou non, des migrants à ces programmes d'accueil chez l'habitant, soit la perception de la vulnérabilité des personnes, une évaluation subjective de leur état de santé mentale, de leur autonomie, de leur projet ou encore de leur envie de vivre chez des particuliers. Les expériences que je vous présente aujourd'hui se sont principalement, bien que pas uniquement, développées dans le cadre de ces programmes.

Cette forme d'hospitalité est souvent présentée comme un acte facile et peu contraignant. Or, si accueillir une personne exilée chez soi n'est pas « compliqué », ce n'est pas non plus une expérience anodine. Ces formes d'accueil suscitent pour les accueillants, comme pour les accueillis des inquiétudes, des interrogations et supposent des adaptations complexes, tout en produisant de belles rencontres et en prodiguant aux accueillis un ensemble de ressources.

L'hospitalité comme épreuve

L'hospitalité est d'abord une relation fragile, pouvant devenir éprouvante. Pour les accueillis, cette expérience peut être inconfortable. Si cet accueil permet d'échapper à la rue, il est quasiment impossible de se sentir

« chez soi » chez l'habitant. En effet, l'appropriation du domicile de l'autre est limitée de manière pratique et symbolique, dans l'espace et dans le temps. D'abord par la relation d'hospitalité, qui repose structurellement sur des rapports asymétriques entre les hôtes. Ensuite, par les règles de cohabitation définies dans le cadre des programmes : un accueil limité dans le temps (de quelques jours/mois) et des déménagements réguliers ; les clés du logement pas toujours mises à disposition et une liberté de mouvement conditionnée par l'agenda de l'accueillant ; l'impossibilité de sortir ses affaires quand on est accueilli dans le salon ou encore de recevoir ses amis.

À cette impossible installation s'ajoute la difficulté ressentie de devoir satisfaire les attentes des accueillants, en racontant son parcours, en participant à des moments de convivialité ou encore en suivant leurs conseils. La relation d'hospitalité suppose toujours une forme de réciprocité, passant dans ce cadre par le récit. De nombreux accueillants cherchent en effet à en savoir plus sur l'histoire de la personne qu'ils accueillent. Au-delà d'une curiosité mal placée, ils manifestent ainsi de l'intérêt, de l'empathie, pour la personne accueillie tout en se rassurant sur la légitimité de leur acte : les personnes exilées accueillies sont bien dans le besoin. Or, pour les personnes exilées, le récit est sensible. Les questions peuvent être vécues comme intrusives, réactivant des souvenirs douloureux et font écho aux pratiques administratives qui les érigent en indésirables (les rendez-vous en Préfecture, à l'Ofpra, par exemple). Le récit peut en outre présenter un risque pour les accueillis, en révélant des éléments qui doivent rester secrets afin de protéger non seulement leur intégrité et leur condition de survie précaires, mais également les accueillants de réalités trop violentes ; certains accueils ayant pris fin à l'initiative d'accueillants bouleversés par de telles révélations.

Une autre difficulté pour les personnes exilées tient à l'indicibilité de ces cohabitations. En effet, certains ont le sentiment de ne pas pouvoir raconter librement ce qu'ils vivent chez l'habitant. D'abord auprès des responsables de programmes, parce que lorsque cela se passe mal, ils craignent de retourner à la rue. Ensuite, car ces modes d'accueil peuvent entrer en décalage avec les conditions de survie de leurs proches restés au pays ou défier les valeurs socioculturelles qui leur ont été transmises, par exemple, lorsqu'ils sont hébergés par une femme seule. Pour les mineurs étrangers en situation de recours, c'est face à l'institution qu'ils doivent taire ces formes d'accueil, au risque de ne plus être considérés comme isolés.

L'accueil chez l'habitant, aussi bienveillante soit l'initiative, ne permet pas toujours aux accueillis de se constituer une identité valorisante, les rappelant sans cesse à la précarité de leur situation. Pour autant, si elles apparaissent comme des étapes éprouvantes, ces cohabitations constituent également des expériences tremplins dans le parcours des personnes exilées. Tandis que les accueillis osent peu faire état de ces situations d'inconfort ; les accueillants abordent plus librement ces aspects et la fatigue nerveuse générée par une telle expérience.

Ne pas connaître son hôte en amont et découvrir, via l'accueil, le vécu des personnes exilées rend cette expérience tout aussi intense que déstabilisante pour les accueillants. Accueillir l'autre chez soi, c'est accepter d'être « dérangé » dans son intimité. C'est lui faire une place dans son environnement quotidien : lui dédier un espace, partager des lieux de vie commune (exigus à Paris), accepter sa présence au quotidien pour un temps pas toujours défini... Ce dérangement demande donc des ajustements qui agacent parfois les accueillants.

L'accueil demande en outre un investissement matériel et émotionnel important de la part des accueillants, dont le juste dosage n'est pas toujours facile à trouver. Accueillir un migrant chez soi peut en effet s'avérer chronophage, notamment lorsque les accueillants se sont mis en quête de « sauver » la personne ou de l'accompagner sur tous les fronts - administratif, santé, social, éducatif. Confrontés dans leur intimité au cumul des besoins non satisfaits des accueillis, les accueillants ont parfois tendance à vouloir trop en faire. Lorsque c'est le cas, ils se confrontent à des réalités qu'ils maîtrisent mal, ils se noient sous la multiplicité et la complexité des tâches. Les responsables de programmes sont en ce sens souvent sollicités par des accueillants à bout de souffle.

Par ailleurs, les réalités de l'accueil peuvent s'avérer fort différentes des attentes des accueillants ; le fantasme du « migrant idéal » entrant en décalage avec la personne qu'ils rencontrent en réalité. C'est notamment le cas lorsque l'accueilli est dans l'incapacité de se raconter et refuse les moments de partage qui lui sont proposés, ou encore lorsqu'il ne donne plus de nouvelles à l'issue de l'accueil.

Au-delà de la relation entre les hôtes, l'entourage (famille, voisinage, amis) peut manifester de la peur et semer le doute. Qui est cette personne ? Représente-t-elle un danger ? N'est-ce pas un terroriste ? Ces pressions sociales peuvent générer des questionnements autour de l'accueil ou des déceptions, voire de la colère à l'égard de son entourage. L'accueil des personnes exilées peut, en ce sens, concourir à éloigner les accueillants de certains de leurs proches.

Ouvrir sa porte aux personnes exilées implique enfin de se confronter à des réalités (géo)politiques violentes. D'abord, car accueillir quelqu'un chez soi, c'est accueillir son histoire, ce qu'il a vécu et, potentiellement, s'exposer à son état psychique et se sentir

impuissant face à sa souffrance, sa tristesse. Les histoires des accueillis sont souvent traumatiques et les accueillants ne sont pas toujours en capacité de les recevoir, tandis que le récit reste implicitement attendu comme souligné précédemment. Recevoir ces histoires demande donc un travail émotionnel particulier, pouvant provoquer de violents bouleversements pour les accueillants. Cet accueil mène ensuite nombre d'accueillants à découvrir les réalités (géo)politiques de l'immigration et à prendre conscience du traitement juridique, des violences policières et des maltraitances administratives dont leurs protégés peuvent faire l'objet en France. L'accueil peut alors être l'occasion d'une prise de conscience politique, redéfinissant les frontières d'un rapport ordinaire à l'État et à la citoyenneté. Certains s'engagent, par exemple, au sein de collectifs militants ou de partis politiques. D'autres décident de ne plus voter à l'issue de ces accueils. Lorsqu'il n'y a pas d'issue positive pour les personnes exilées, ces situations pèsent sur le moral des accueillants. Une dame âgée d'une soixantaine d'années nous confiait qu'elle a commencé à se faire aider par un psychologue suite à l'accueil d'un mineur devenu majeur, dont les possibilités de régularisation étaient épuisées, parce qu'elle s'en rendait malade. De manière générale, découvrir et se confronter à de telles réalités génère une fatigue psychique importante pour les accueillants.

La présence de tiers acteurs dans la relation d'hospitalité (les programmes, les réseaux) permet de limiter ces situations éprouvantes, via l'information et l'accompagnement des hôtes, la proposition de médiations en cas de tensions ou le relai assuré en cas de difficultés.

L'hospitalité comme rencontre heureuse

En prévenant les épreuves de l'hospitalité, ces tiers acteurs aident les hôtes à vivre l'accueil comme une rencontre heureuse.

Au-delà des difficultés mentionnées, les accueillants sont heureux de partager leurs expériences et en dressent pour la plupart un bilan positif. « *La solidarité nous fait du bien* », affirment-ils alors, relatant la joie qu'ils ont de rencontrer les accueillis, les émotions ressenties au fil de l'accueil, le partage et les situations cocasses. En bousculant les frontières du cours ordinaire de leur vie, l'hospitalité est vécue comme un acte enrichissant. Il s'agit d'abord d'une démarche gratifiante, nourrissant un sentiment d'utilité sociale et de fierté vis-à-vis de son entourage. Au-delà d'aider une personne dans le besoin qui manifeste généralement sa gratitude, agir en réponse à des phénomènes géopolitiques alimente l'estime de soi de nombreux accueillants, qui ont le sentiment de donner l'exemple et de participer, depuis leur intimité, à la marche de l'histoire.

Ces rencontres permettent ensuite aux accueillants de déconstruire leurs représentations. Une majorité d'accueillis sont de jeunes hommes seuls et musulmans. L'accueil permet ainsi de repenser l'image des personnes exilées, présentées dans les médias comme des masses menaçantes ou des prédateurs sexuels, d'apaiser le rapport à l'islam dans un contexte anxiogène d'amalgame entre migration et terrorisme, ainsi que de déconstruire des représentations de genre héritées de l'ère coloniale autour de la figure de l'homme musulman opprimant les femmes. Ainsi, l'accueil de personnes exilées chez l'habitant suscite des rencontres autrement, improbables, qui marquent durablement les hôtes. Des liens forts et des relations pérennes s'instaurent entre certains hôtes, et ce, au-delà de l'accueil. « *Ça nous apprend l'humilité* », ajoute un accueillant.

Enfin, ce type d'hospitalité fait émerger de nouveaux réseaux de solidarité dans la ville, de nouvelles formes de relations entre les accueillants au sein des programmes, des

solidarités inattendues entre voisins au sein des quartiers.

L'accueil chez l'habitant constitue par ailleurs pour les personnes exilées une immersion profitable au sein de la société française. Cet accueil interroge d'abord leurs représentations sur les Français, notamment la figure du « français hostile », prédominant dans leur imaginaire. « *Je ne pensais pas que derrière ces façades-là, derrière le masque qu'on voit dans la rue, il pouvait y avoir autant d'humanité* », nous confie Étienne, un demandeur d'asile de 35 ans. Les relations créées chez l'habitant permettent d'étendre le réseau social des personnes exilées, de briser l'isolement social et affectif de certains. Certaines relations perdurent et se renforcent au-delà de l'accueil. Haroun, réfugié, et Osman, demandeur d'asile, tous deux hébergés en structure institutionnelle se retrouvent ainsi tous les week-ends chez Annie et Hassan, un couple de cinquantenaires dont les enfants ont quitté le domicile. Cet accueil régulier leur permet de passer, je les cite, « *du contact avec l'administration uniquement au contact avec la vie* ». Le tissage de tels liens représente non seulement un soutien affectif inestimable pour les accueillis, mais également une aide précieuse face aux complexités administratives. Nous avons, en effet, mentionné que les rôles assumés par les accueillants dépassent souvent le simple fait d'ouvrir son domicile.

La création de liens forts avec les accueillants ouvre aux accueillis l'accès à de nouveaux réseaux sociaux, amicaux ou encore professionnels. Ceux-ci s'avèrent particulièrement utiles et parfois essentiels dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle, puisqu'ils représentent des terrains de stages, d'emplois ou encore de logements à l'issue de parcours administratifs longs et éprouvants. L'accueil chez l'habitant peut en ce sens constituer un véritable

tremplin pour les accueillis ; la création de liens sociaux durables facilite leur installation en France, au niveau matériel comme émotionnel. L'hospitalité constitue en ce sens un moyen « d'intégration par l'immersion ».

Conclusions

Ces réflexions soulignent les complexités de l'accueil de personnes exilées chez l'habitant, pour des accueillants, n'ayant pas toujours conscience de ce dans quoi ils s'engagent en ouvrant leur porte, comme pour des accueillis, ayant finalement peu d'autres options.

« Prendre soin à travers l'accompagnement linguistique », Marie Sachot

Marie Sachot, directrice de l'Intergroupe Marcel-Pagnol, Montélimar

L'association l'Intergroupe Marcel-Pagnol a été créée pour répondre à un besoin d'accueil et d'accompagnement individuel sur mesure dans le domaine linguistique. Elle s'adresse à un public adulte peu ou pas scolarisé.

Depuis quelques années, l'Intergroupe Marcel-Pagnol accueille des réfugiés demeurant sur le bassin montilien. L'association s'est donc adaptée afin de proposer des parcours français langue étrangère (FLE).

Grâce à une vraie réelle collaboration avec les organismes chargés de l'hébergement sur la ville de Montélimar, ce public est orienté vers notre association et informé des valeurs qu'elle porte.

Pour illustrer cette collaboration, nous pouvons évoquer l'action menée l'an dernier en direction d'un public de dix jeunes réfugiés qui ne bénéficiaient pas d'aide financière et ne pouvaient prétendre à entrer en formation « Garantie jeune » portée par la mission locale de Montélimar pour des raisons de niveau de langue.

Le besoin de formation pour ce groupe de jeunes a été diagnostiqué par le foyer Adoma et l'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (Huda). L'Intergroupe Marcel-Pagnol a été sollicité par ces deux structures et s'est chargé de la partie formation, grâce au soutien financier de la Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS). Cette formation a été réalisée dans nos locaux par nos formateurs, en intensif, pendant deux mois. Chaque jeune a été reçu individuellement pour passer des tests de compréhension orale et écrite. Le contenu pédagogique a été élaboré par les membres de notre équipe les plus qualifiés auprès d'un public alpha, sous la direction de la coordinatrice pédagogique.

Notre équipe se compose de salariés et de bénévoles pratiquants la pédagogie de la médiation. C'est une pédagogie pour adultes centrée sur l'apprenant qui tient compte des besoins de formation et des manières d'apprendre à l'âge adulte.

Chaque personne, tout au long de sa vie personnelle et professionnelle, a acquis et développé des savoirs et des compétences en fonction de ses motivations, de son environnement, de son expérience, dont nous devons tenir compte dans les propositions de formation.

Ce lien crée la confiance et aide ainsi les personnes prises en charge à mobiliser ou remobiliser des ressources propres pour les amener vers une insertion sociale, culturelle et professionnelle. Commencer des cours à l'association signifie devenir adhérent.

Être adhérent est un acte citoyen. Cela signifie d'être en accord avec les valeurs de la société dans laquelle on vit au même titre que celles de l'intergroupe Marcel-Pagnol.

En rejoignant l'équipe qui a organisé cette journée, nous souhaitons créer des liens avec des professionnels en capacité de donner des outils afin d'aider certaines personnes accueillies au sein de l'association.

Nous avons constaté que les parcours migratoires douloureux de certains peuvent générer des blocages d'apprentissage. Aussi, nous intervenons aujourd'hui dans le cadre du prendre soin des exilés, car il nous a paru évident que notre action faisait soutien pour ces publics.

Accueillir

Pour nous, *accueillir* signifie :

- aller à la rencontre de l'autre, en prenant le temps d'écouter son parcours, son histoire de vie avec respect, bienveillance et neutralité ;
- créer un lien de convivialité ;
- à l'issue d'un positionnement individuel, faire une évaluation initiale pour comprendre le besoin de chacun, connaître son niveau de langue et lui proposer la formation la mieux adaptée ;
- définir les demandes et les besoins des personnes accueillies, au-delà de la simple demande d'apprentissage du français - tels que le fait de pouvoir accompagner leurs enfants dans leur scolarité, améliorer leur compréhension et leur autonomie vis-à-vis des institutions comme la CAF ou Pôle emploi ;
- proposer des horaires et un rythme d'apprentissage en fonction des contraintes personnelles et familiales du public.

C'est la raison pour laquelle nous nous rapprochons des associations telles que le Centre d'information sur le droit des femmes et des familles (CIDFF) pour traiter des sujets comme la garde des enfants à travers le dispositif Partage.

Accompagner

Pour nous, *accompagner* signifie :

- prendre en compte la personne dans sa globalité en respectant ses objectifs et ses freins ;
- s'adapter à son niveau de langue et ses besoins en termes d'apprentissage. Le projet individuel des personnes est important dans l'élaboration des

contenus et des supports pédagogiques ;

- pratiquer une pédagogie interactive, actionnelle et contextualisée.

Pour illustrer ce propos, nous pouvons évoquer l'histoire de l'un de nos apprenants, analphabète, qui était berger dans son pays. Son vécu était tellement difficile qu'il avait peine à exprimer son souhait de s'orienter vers l'agriculture. Nous avons pu lui apprendre les savoirs bases de la langue française en nous appuyant sur des méthodes mêlant la phonétique et le geste graphique. Nous l'avons accompagné durant son apprentissage avec des documents authentiques issus du monde agricole.

Prendre soin

Pour nous, *prendre soin* signifie d'être attentif à chaque personne et de la conduire vers l'autonomie à travers :

- des ateliers de savoirs de base avec des mises en pratique en extérieur (sortie à la médiathèque, rencontres, découvertes de la ville sous forme de rallye) ;
- des ateliers de prévention de santé pour dédramatiser et simplifier la compréhension du système médical français. Nous pouvons citer l'exemple de l'atelier buccodentaire, animé par la CPAM ;
- le développement des cours de français professionnels en réponse à une demande devenue récurrente ;
- des évaluations régulières de chaque apprenant par notre équipe pour réajuster au mieux la formation.

Pour conclure...

Le public réfugié que nous recevons à l'association bénéficie du même accueil que tous les autres. Dès leur prescription, nous les recevons individuellement et nous les

soumettons aux mêmes tests que les autres apprenants, sans distinctions. La présence de ce public permet une ouverture à des pays méconnus et les échanges qui découlent sont très souvent riches et intéressants, pour les apprenants comme pour les bénévoles. À de nombreuses reprises, nous avons dû expliquer le cadre réglementaire pour que nos bénévoles comprennent les rouages de la demande d'asile et les différents acteurs en jeu sur le terrain.

Le vécu du public réfugié est souvent compliqué et douloureux et les empêche parfois d'entrer dans l'apprentissage. Nos bénévoles ont été formés pour s'adapter à de telles situations et trouver la juste posture afin de rester dans l'empathie sans tomber dans l'affect. Leurs parcours de formation sont

également très décousus. Ils arrivent soit juste après avoir signé leurs papiers officiels et repartent rapidement dès la convocation de l'organisme de formation, soit entre deux sessions de formation. Ce public n'a pas toujours les outils pour comprendre le territoire dans lequel il arrive et où il doit se reconstruire. Nous l'aidons à mieux appréhender ce nouvel environnement.

L'accompagnement des réfugiés demande, à nos bénévoles investis, beaucoup de fluidité et de lâché prise. Notre coordinatrice pédagogique se doit également d'être très réactive, de prévoir des tests courts et efficaces ainsi que de mettre des objectifs très restreints. Notre équipe administrative est constamment en lien avec ses partenaires pour faciliter au mieux ces transitions.

∞ TROISIÈME TABLE RONDE : « LE TRAVAIL EN RÉSEAU COMME SUPPORT DU PRENDRE SOIN »

Discutantes : Anne-Marie Maure-Chaze, coordinatrice de la Maison des adolescents et Natacha Carbonel, chargée de mission Orspere-Samdarra

« Les assistantes sociales scolaires et l'accompagnement des jeunes et des familles exilées », Laure Bertrand et Nadège Vehier

Laure Bertrand, assistante sociale, Éducation nationale

Les assistantes sociales scolaires et l'accompagnement des jeunes et des familles exilées

En tant qu'assistantes sociales de l'Éducation nationale, nos missions sont définies par la circulaire datée du 22 mars 2017²⁶, afin de contribuer à la réussite scolaire des élèves en vue de leur future insertion socioprofessionnelle. Notre propos se focalisera sur cette partie de notre champ d'intervention. Nous allons tenter d'expliquer comment le travail social scolaire, en lien étroit avec les partenaires, peut contribuer au prendre soin de l'élève en situation d'exil. Nous présenterons également deux situations.

Le travail social scolaire s'articule autour de compétences spécifiques, qui sont notamment celles de :

- l'accueil ;
- l'écoute ;
- l'accompagnement ;
- la médiation et l'orientation ;

- l'information et l'aide, afin notamment de permettre l'accès aux droits.

Afin de réaliser nos missions, notre travail se base sur des connaissances sur la législation, la spécificité de chaque établissement scolaire et du réseau local.

J'interviens comme assistante sociale scolaire à Valence, au sein d'un collège et d'un lycée professionnel.

Lorsque je rencontre des élèves et des familles exilées dans ce cadre, ma posture professionnelle s'appuie sur un accueil spécifique. Bien évidemment, mon travail est également en lien avec tous les partenaires qui accompagnent ces jeunes et qui œuvrent dans l'objectif de faciliter leur scolarité.

Quand un jeune exilé arrive dans un établissement scolaire, il est nécessaire de le rencontrer, afin de faire connaissance et de connaître les grandes lignes de son parcours scolaire - si scolarité il y a eu. Il nous semble également important de connaître les grandes lignes de son histoire d'exil et sa situation

²⁶ Cette circulaire de l'Éducation nationale précise que : « l'assistant de service social est amené à coordonner les

actions de différents intervenants autour de la situation d'un élève. »

actuelle. Cela nous permet d'évaluer les besoins du jeune et de lui proposer un accompagnement adapté en lien avec tous les partenaires, qui sont divers :

- au sein de l'institution : chefs d'établissements, psychologues, conseillers d'orientation, conseillers principaux d'éducation (CPE), assistants d'éducation, infirmières et médecins, enseignants, documentalistes et personnels d'intendance ;
- à l'extérieur de l'institution et en lien avec les diverses institutions professionnelles, telles que : le Département ; l'aide sociale à l'enfance (ASE) ; le service des mineurs non accompagnés ; les centres médico-sociaux ; les services sociaux de l'hôpital ; la maison des adolescents ; le 115 ; le service « insertion réfugiés » ; le centre hébergements pour les demandeurs d'asile (Cada) ; les centres sociaux ; les Maisons des jeunes et de la culture (MJC) ; les Maisons pour tous (MPT) ; les associations Diaconat Protestant, l'Entraide Pierre Valdo, les Restos du Cœur, la Cimade, le Secours populaire, le Secours catholique, l'association de soutien aux travailleurs immigrés de Valence (Astiv), ainsi que toutes les associations nouvellement créées ; le Réseau 26 et d'autres réseaux ; les bénévoles indépendants...

La spécificité de ces personnes vulnérables - qui ont été contraintes de quitter leurs pays, leurs métiers ou leurs études, leurs familles et leurs amis - nécessite un accompagnement social adapté.

Selon Sydney Gaultier, docteur en psychologie clinique, le soutien social est un concept recouvrant plusieurs soutiens que nous essayons de mettre en place :

- le soutien matériel ;
- le soutien émotionnel, dans le partage et la régulation des émotions ;
- le soutien d'estime dans l'encouragement et la valorisation ;
- le soutien informatif dans la guidance et la médiation de l'information.

La coordination autour du jeune est également essentielle.

Ce soutien social a un effet modérateur sur le stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression. Sans les soigner, le soutien social peut en réduire les conséquences.

Le travail social scolaire sur le terrain

Le lycée professionnel Montesquieu de Valence scolarise 230 jeunes, de la troisième préprofessionnelle au CAP et au bac professionnel. Depuis la rentrée 2019, quelques jeunes sont inscrits en apprentissage.

Deux classes de mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS) accueillent au cours de l'année scolaire 2019-2020 respectivement 15 et 18 jeunes. La plupart d'entre eux sont issus de l'exil et sont pris en charge par le service d'accompagnement des mineurs non accompagnés (Smana), ainsi que par des familles de bénévoles. Au total, 56 jeunes sont des mineurs ou des majeurs non accompagnés. En comptant également les jeunes exilés qui sont accompagnés de leur famille, nous sommes en contact avec 23 nationalités.

Cette diversité et ce brassage culturel sont très riches, mais la diversité et la complexité de chaque situation demandent un accompagnement à inventer et à coordonner.

L'accompagnement d'Omar, son parcours

Omar, soudanais, est arrivé en France à l'âge de 17ans. Scolarisé cette année en deuxième

année de CAP électricité, il témoigne de son parcours.

Il a dû fuir son village au Soudan, avec sa famille de cultivateurs, suite à des attaques de groupes armés, qui ont tué et terrorisé la population.

Accueilli pendant 5 ans dans un camp de réfugiés aux abords d'une ville soudanaise, il a appris l'arabe et l'anglais grâce aux ONG présentes pendant cinq années d'école.

Son frère aîné a quitté le camp en 2010, vers l'Europe, mais n'a plus donné de nouvelles depuis. Son père vit en Afrique et ne peut plus retourner au Soudan, il parvient à le contacter parfois. Sa mère et sa sœur vivent à la capitale du Soudan, Khartoum, dans des conditions très difficiles ; Omar peut parfois les contacter.

Après un long périple de plusieurs années pendant lequel Omar a réussi à quitter le camp de réfugiés avec des amis, il a vécu deux ans et demi en Lybie, dans des conditions terribles et il a pu s'enfuir. Il s'est embarqué dans un bateau de fortune pour la traversée de la Méditerranée jusqu'en Italie. En arrivant en France, il a traversé plusieurs villes. Il arrive enfin au commissariat de Valence, afin de raconter son exil. Il est finalement pris en charge par le Département. Accueilli par le Smana de la Drôme, il dépose une demande d'asile auprès de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra).

Omar a été scolarisé en MLDS lors de sa première année de scolarité suite à un positionnement du Centre d'information et d'orientation (CIO), ayant évalué ses compétences. Il a découvert la langue française et le système scolaire français auprès des enseignants. L'année scolaire suivante, Omar est arrivé dans notre établissement en première année de CAP électricité.

L'accompagnement du service social scolaire et des partenaires

Au moment où il sortait du dispositif à sa majorité, Omar a été orienté vers l'assistante sociale de l'établissement scolaire par une enseignante. Il a été accueilli par une bénévole pendant quelques mois. Cette personne, en lien avec le service social du lycée professionnel Montesquieu, les associations et les institutions, l'a soutenu et accompagné.

Au cours de cet accompagnement, en tant qu'assistante sociale, j'ai réalisé de nombreux entretiens auprès d'Omar. Une véritable relation de confiance s'est établie, celle-ci nous a permis d'aborder de nombreux sujets qui le préoccupaient. Afin qu'il puisse poursuivre sa scolarité, j'ai déposé une demande d'aide pour la cantine et pour la prise en charge de ses trajets de bus. Omar a bénéficié de la gratuité de la restauration scolaire, grâce à la prise en charge par le fonds social lycéen. J'ai rencontré plusieurs fois Omar sur le plan administratif (par exemple, en l'aidant à rédiger des courriers lui permettant d'obtenir les bourses nationales, ces dernières lui ayant permis de manger cette année à la cantine).

Lors des entretiens, j'ai soutenu Omar dans la nécessaire poursuite des démarches, valorisé ses progrès, son courage et pris le temps de décrypter ses questions. Beaucoup d'explications simples sont nécessaires pour favoriser la compréhension.

Omar a obtenu un contrat jeune majeur après avoir été reconnu comme réfugié par l'Ofpra. Il bénéficie d'un accompagnement socio-éducatif.

Il a suivi, depuis l'an dernier, des cours supplémentaires en langue française. Ses progrès sont manifestes, même s'il doit encore travailler énormément son expression écrite et orale.

L'an dernier, Omar était un jeune très angoissé et soucieux de sa situation sur le sol français.

Le traumatisme, lié à son parcours et à son isolement familial, perdure. Cependant, nous évaluons que l'obtention du statut de réfugié et la stabilisation de sa situation lui permettent d'investir complètement sa formation d'électricien. Il est en demande d'échanges avec les enseignants, le service social scolaire et les jeunes du lycée.

La rencontre avec Omar est une rencontre particulière. Elle illustre le travail de liens tissés, « le travail de fourmis », pour l'accueil de l'autre en toute humilité et avec bienveillance. Cette démarche simple d'humanité, faite de petites attentions et d'intentions de soutien mises bout à bout par de simples professionnels et bénévoles qui œuvrent tous dans le même sens, permet à ces exilés de se sentir un peu chez eux. Elle nous

Nadège Vehier, assistante sociale, Éducation nationale

Je suis assistante sociale scolaire et j'interviens dans un lycée professionnel à Romans-sur-Isère (deux jours par semaine) où sont scolarisés 35 jeunes nouvellement arrivés sur le territoire français. Ces jeunes ont entre 16 et 20 et sont d'origines différentes : Guinée, Mali, Cameroun, mais aussi Albanie, Arménie. Tant qu'ils sont mineurs, leur quotidien est pris en charge par les départements de la Drôme ou de l'Ardèche. Au moment de leur majorité, ils se présentent auprès de l'assistante sociale du lycée professionnel pour trouver une solution d'hébergement, et poursuivre leur scolarité.

Le travail en réseau comme support du prendre soin

J'évoquerai la situation d'un jeune albanais arrivé en France via l'Italie avec sa maman et sa

petite sœur. Il a été scolarisé au lycée professionnel de Romans-sur-Isère en septembre 2017, en CAP peinture, application, revêtement.

permet aussi de retrouver le sens profond de notre engagement professionnel.

Le concept du « prendre soin » et de son éthique pose la question du lien social différemment. Selon Fabienne Brugère²⁷, cette philosophie, qui met au cœur de nos relations la vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance, constitue aujourd'hui un véritable projet de société, et met en garde contre les dérives conjointement marchandes et bureaucratiques de nos sociétés néolibérales²⁸.

Le sens du travail social est légitimé. Sa complexité, parfois méconnue et invisible, nécessite cependant un éclairage, dans un souci de respect profond de l'être humain, quels que soient sa nationalité et son parcours.

Pour travailler en atelier, l'infirmière a effectué un bilan médical. En lien avec l'assistante sociale de l'établissement, ce jeune a également été accompagné à la CPAM pour les droits à la couverture maladie universelle (CMU). Cela lui a permis d'accéder aux soins.

Durant sa scolarité, et surtout à sa majorité, les enseignants ont signalé ses difficultés d'hébergement et ont perçu la précarité de sa situation. Après avoir réalisé un entretien avec l'élève, l'accès à l'internat a été sollicité par l'assistante sociale scolaire auprès du chef

²⁷ Brugère, F. (2017). *L'éthique du care*. PUF.

²⁸ En application de la Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par la France en 1989, et loi sur la protection de l'enfance de mars 2007 et 2016.

d'établissement. Il a également bénéficié du financement assuré par le fonds social lycéen.

Parallèlement, des contacts avec l'association Entraide au logement ont permis de trouver une solution pour la mise à disposition d'un appartement pour la famille. Le soutien juridique a été réalisé par l'Association soutien tous les immigrés (Asti) dans l'objectif d'effectuer des démarches afin d'obtenir un titre de séjour auprès de la préfecture.

Le travail en réseau et les énergies déployées autour de cette situation ont permis la poursuite de la scolarité de l'élève, très appliqué et investi. Il a finalement obtenu son CAP. Il a alors quitté le lycée, mais j'ai eu l'occasion de le revoir comme bénévole lors d'une journée qui s'est déroulée à Valence, qui s'intitulait « Regard sur les migrations ». Il est désormais membre d'une association qui œuvre à la création de liens entre les personnes exilées et la société d'accueil (en proposant, par exemple, des espaces de rencontre ou des sorties le dimanche). Lors des échanges ce jour-là, il a témoigné de son expérience et de son intégration sociale, notamment grâce aux liens établis par le travail en réseau. Il reste d'ailleurs un interlocuteur lorsque des jeunes albanais arrivent au lycée professionnel.

Pour conclure...

Une multiplicité de professionnels agit auprès des familles afin de favoriser leur autonomie et leur accès aux droits. Toutefois, nous remarquons parfois une certaine absence de coordination entre ces différents acteurs. Ce constat est perceptible dans la prise en charge du public spécifique des personnes en situation d'exil. Le travail de l'assistante sociale scolaire est donc, de fait, de coordonner les différents

intervenants autour de la situation d'un jeune afin de lui permettre d'accéder à un quotidien « minimum » (soit l'accès à la santé, aux repas, à l'hébergement). Afin d'accompagner ces jeunes, qui sont très vulnérables et insécurisés, il est nécessaire de leur apporter encouragement et soutien.

Il me semble important de résister à la pression administrative et de s'autoriser à faire d'autres choses que d'interroger les jeunes nouvellement arrivés sur le territoire français sur leur âge et sur leur situation d'isolement. Il s'agit davantage d'instaurer un espace de sécurité et de confiance entre les jeunes et l'assistante sociale scolaire qu'un espace de vérité. Actuellement, il est important de souligner la capacité des assistants scolaires, des professionnels divers, des associations autour de personnes migrantes à « sortir des sentiers battus » afin d'intervenir autrement, pour s'inscrire pleinement dans un accompagnement individuel des personnes. Il nous appartient donc de concevoir des interventions « à distance » respectueuses du secret auxquelles les personnes migrantes sont tenues.

Il apparaît aussi essentiel de mettre en place des temps de réflexion sur nos pratiques professionnelles pour mieux réaliser ce travail en réseau autour des situations complexes.

Cette journée d'étude y participe, elle nous permet d'améliorer notre travail auprès de ces enfants « tout juste majeurs » pour certains, mais qui ne sont pas adultes pour autant, sans nourrir des doutes au sujet de leur souffrances psychiques, liées à leur parcours migratoire, et à la précarité de leur situation.

« L'affiliation : berceau du prendre soin », Thierry Colin, Pierre Sévenier, Marion Gebelin et Stéphane Châtaignier

Thierry Colin, psychiatre CMP Annonay, Pierre Sévenier, infirmier, EMPP/CMP Annonay, Centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme, Marion Gebelin, éducatrice spécialisée et Stéphane Chataignier, chef de service, Cada Anef Annonay

Historique : accueil-rencontre

Marion Gebelin

Ismaël est arrivé en France le 20 juin 2016. Dans un premier temps, il a été pris en charge en région parisienne où il a bénéficié de soins psychiatriques (il a notamment été hospitalisé à plusieurs reprises). Ensuite, il a été transféré dans un centre d'accueil et d'orientation (CAO) au sud de l'Ardèche. Suite à la fermeture de l'établissement, il est arrivé au centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) d'Annonay le 29 novembre 2018.

À son arrivée au Cada d'Annonay, il était accompagné par un veilleur du CAO et un autre résident du CAO, lui aussi afghan, avec qui il est en lien. Dès son arrivée, on a observé un jeune homme d'apparence fragile, très craintif et présentant des tremblements. Il évoque rapidement la difficulté d'avoir quitté son lieu d'hébergement et sa précédente référente, qu'il nomme à plusieurs reprises, « avec N. c'était bien », nous dit-il.

Quelques éléments nous ont été transmis à son arrivée, dont un certificat médical, mentionnant une tentative de défenestration, des éléments sur son suivi au centre médico-psychologique (CMP) de Largentière et son suivi administratif. Nous l'accompagnons ensuite dans son studio, au quatrième étage, suscitant chez nous quelques inquiétudes.

La première démarche effectuée par notre équipe a été la prise de contact avec l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Il n'y pas eu de rupture de soins.

Pierre Sévenier

J'ai rencontré rapidement et régulièrement Ismaël à la demande de l'équipe du Cada. J'ai également été « alerté » par ma collègue de l'EMPP qui l'avait rencontré au CAO. Grâce à l'organisation de notre poste (un mi-temps au CMP et un mi-temps à l'EMPP), j'ai pu accéder aux différents éléments de sa prise en charge en psychiatrie et l'accompagner vers Thierry Colin, psychiatre. Devant cette situation clinique inquiétante, car Ismaël verbalisait des idées noires – en disant, par exemple : « *Je n'en peux plus et parfois je pense à de mauvaises idées pour que tout s'arrête...* » -, je le rencontre une fois par semaine en attendant une consultation avec le psychiatre pour une prise en charge médicale. Ces rendez-vous hebdomadaires se poursuivront autour de la préparation de son traitement.

Marion Gebelin

Le premier entretien avec Ismaël a eu lieu au moment de la signature de son contrat de séjour, réalisé avec un interprète en langue pachtou par téléphone. Très vite, Ismaël est déstabilisé, ne tient pas en place, a du mal à comprendre ce qui lui est dit malgré la traduction, et verbalise essentiellement ses soucis de santé. « *Les papiers, pour moi, ce n'est pas important, le plus important pour moi c'est ma santé, j'ai besoin de soins* », énonce-t-il.

Suite à cet aveu, notre réaction a été de recentrer l'entretien sur la nécessité de s'investir dans la procédure, avec l'idée que cela facilitera sa prise en charge médicale future. Mais Ismaël ne saisit pas cet argument,

il conserve donc la même attitude et le même discours. « *Si je ne peux pas me soigner, je vais me trancher la gorge* », ajoute-t-il. Nous constatons qu'il n'est pas disponible pour cet accompagnement.

Thierry Colin

Pierre Sévenier m'interpelle et évoque le cas d'Ismaël. La situation est « urgente » du fait de pouvoir assurer la continuité du traitement qu'il avait débuté et qui était conséquent. Le dossier médical d'Ismaël nous lie à son vécu. Les courriers relatent un morceau de son histoire. Le risque suicidaire et la barrière de la langue semblent peser. Ismaël prend corps et existence dans le récit de Pierre - hébergé au Cada, lui aussi Afghan et parlant le pachtou - mais aussi grâce aux équipes et notamment grâce au travail réalisé par l'EMPP. Il est important de construire des rencontres avec les personnes qui se trouvent dans la même situation qu'Ismaël.

Pierre Sévenier

Un mois avant sa convocation devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), j'ai pu noter un changement chez Ismaël. En effet, pour la première fois, il me dit qu'il va mieux et qu'il peut enfin dormir quelques heures d'affilée. Au-delà du traitement, je m'interroge sur ce qui a pu lui permettre d'être plus apaisé et de pouvoir investir la procédure de demande d'asile.

J'é mets donc l'hypothèse que la prise en charge au Cada a pu concourir à cette évolution. Je souhaiterais pouvoir faire le parallèle entre mon travail d'infirmier en service de psychiatrie et mes observations sur le travail réalisé quotidiennement par l'équipe

du Cada. La prise en charge d'Ismaël peut être en l'occurrence le fil d'Ariane de ma réflexion.

Le cœur de notre métier d'infirmier en psychiatrie n'est pas du soin technique codifié, mais bien du soin informel qui fait toute la singularité de notre pratique. Pour illustrer cette pratique, je vais notamment m'appuyer sur la recherche de Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchurkiel, deux infirmiers chercheurs²⁹. Pour ces auteurs, ce domaine informel du soin est une des spécificités primordiales du soin en psychiatrie. Cet informel (donc non prescrit et « inventé » par le soignant) peut être traduit par ces « petits riens » du quotidien, qui sont autant de médiateurs au sein de la relation de soin. L'informel est présenté comme « le lit du soin », « le dessous du soin », « la trame du soin ». Ils ont fait le choix de créer un néo-concept : le *soclecare* (soit la base du prendre soin) qu'ils définissent ainsi : « Le *soclecare* en psychiatrie peut se définir par un ensemble d'attentions, de microactes, de micro-interventions que le soignant active pour favoriser les dispositions du patient à l'égard des soins. »

Marion Gebelin

Devant la difficulté de communication avec Ismaël, l'interprète nous propose de transmettre nos messages (horaires de rendez-vous par exemple) à Ismaël lorsque nécessaire, ce qui est exceptionnel. Malgré la présence d'un travailleur social maîtrisant la langue turque - qui a été sollicité, car Ismaël parlait également cette langue -, l'équipe s'est retrouvée très rapidement en difficulté.

Thierry Colin

Si Ismaël échange en turc, voilà pour moi une question de plus - que je n'ai, par ailleurs,

²⁹ Lanquetin, J.-P. et Tchurkiel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* (Recherche en soins infirmiers réalisée dans le cadre du

Conseil scientifique de la recherche du Centre hospitalier le Vinatier).

toujours pas résolu. Comment a-t-il acquis cette langue ? La parlait-il déjà en Afghanistan ?

Pour moi, la rencontre avec Ismaël est l'opportunité d'une autre rencontre avec Chabir, interprète par téléphone, que Pierre nous a introduit. Un dispositif d'entretien se répète ainsi, comme une évidence : je reçois Ismaël avec la présence de la voix de Chabir et la présence physique de Pierre. Ce dispositif va se pérenniser, se répéter au fil des rencontres. Pour moi et Ismaël, ce dispositif représente aussi le gage d'une continuité, d'un lien, d'un fil entre le temps du soin médical (CMP) et le quotidien (au Cada). Des échanges et des liens se créent entre l'entourage d'Ismaël.

J'apprends au fil des échanges à connaître la bienveillance et la disponibilité de Chabir - dont je ne connais que la voix. En tentant de saisir les attentes d'Ismaël, il est un intermédiaire précieux. Ismaël tient à être reconnu souffrant et même s'il l'est d'évidence, il le demande : il est malade et cela doit être reconnu.

Ismaël, c'est un homme au faciès émacié, torturé par la souffrance, au regard inquiet, profond et perdu, au corps sec, animé d'un tremblement quasi permanent. Ce qui me saisit est cet effroi qu'il porte, cette peur effrayante qui paraît l'habiter, une terreur indicible. Il s'agit du visage défiguré de ces hommes brisés, qui sont accompagnés par leurs fantômes. Ismaël vient voir un médecin dans l'attente d'un traitement pour ses cauchemars, sa douleur et ses tremblements. Comment ne pas y répondre, tout en sachant par avance que je ne les soulagerai qu'imparfaitement ?

Il porte les stigmates de la peur, un ébranlement du monde qui l'a dépossédé d'une part de lui-même, le privant d'un sentiment de sécurité de la continuité de l'expérience du monde. Ismaël acceptera de se livrer lorsqu'il saisit que je cherche à comprendre ce que je peux tenter de soulager

dans son vécu quotidien. Combien sont alors précieux ceux qui l'accompagnent et qui font exister des éléments vécus par Ismaël, comme le font Pierre et Chabir, me permettant d'entr'apercevoir ses fantômes ?

La fuite, l'errance, l'abandon d'une famille, l'arrachement au monde et à une communauté sont des thèmes qui ne peuvent pas être interrogés avec Ismaël. Des enjeux nous échappent, comme celui de la difficulté à saisir ce que fait vivre cet arrachement alors qu'il est devant nos yeux et qu'il représente lui-même, en tant qu'individu, cet arrachement. Dans ce sens, il représente aussi un moment de sidération, de psychotrauma, où le « je » n'existe plus. L'individu est comme foudroyé et devient une ombre de mort au sein de la communauté des vivants à laquelle il n'appartient plus.

Comment alors pouvons-nous exister pour Ismaël ? Comment tisser un fil qui puisse permettre une rencontre ?

Stéphane Châtaignier

Comment faisons-nous face à une telle situation, individuellement, collectivement, et en équipe élargie ? Qu'est-ce qui fait que nous représentions des institutions en cohésion et que cela tienne ?

Les travailleurs sociaux s'engagent intensément dans le processus d'accompagnement. Cela n'est pas suffisamment dit. Ils y mobilisent leur intelligence, leurs savoir-faire, leur corps, leur sensibilité et leur affectivité.

Nous connaissons l'impact psychopathologique des situations opérationnelles de travail sur les individus et celui de l'organisation de travail sur la production des affects. Un travail en réseau, qui inscrit des tiers dans la relation tout en étant ouvert, oxygénant et coopératif, nous permet de prendre soin des équipes, tout en

garantissant la sécurité des personnes qui sont accompagnées.

L'organisation et le management caractérisent l'institution dans sa capacité à créer les conditions nécessaires pour qu'une équipe puisse construire son enveloppe psychique. À la différence de la coordination, qui répond à la prescription, la coopération se rapproche de l'effectivité du travail et du réel de ce dernier. Il existe un grand écart entre le travail prescrit et le travail réel.

La coopération implique une activité d'élaboration collective, permettant de créer des règles communes qui stabilisent les accords entre les professionnels sur la manière de travailler. Cela implique que chacun s'autorise à témoigner de son activité effective et la rende compréhensible pour les autres, en justifiant les écarts qu'il s'accorde par rapport aux procédures. La coopération se transfère sur les résidents dans leur ressenti du climat de confiance dans lequel ils sont accueillis. La confrontation sur le travail réel oblige à des échanges, à des discussions et du débat. Cette collaboration suppose un espace qui soutienne les échanges informels, l'entraide et la confiance. Le collectif est alors une source d'étayage aux personnes accompagnées.

En évoquant la situation d'Ismaël, qui nous réunit, les règles que le collectif a établies autour des valeurs déontiques et le lien entre les professionnels ont réuni les conditions requises pour contenir la pathologie et pour offrir de bonnes conditions d'accueil.

En étant confronté à un public issu de la migration - à sa vulnérabilité, à ses traumatismes -, des risques existent pour le collectif de travail, puisque des stratégies coûteuses sur le plan psychique, mais aussi

professionnel peuvent se mettre en place de manière inconsciente. Des stratégies collectives de défense s'installent alors.

Il est primordial de conjurer la peur, qui risque de bloquer les professionnels et de les empêcher à affronter le réel du travail. La fonction du collectif et du tiers dans le travail collaboratif permettent d'élaborer. Cela offre également de la confrontation réflexive et ces discussions soutiennent la fonction d'accueil du collectif. Comme le signale Christophe Dejours³⁰, ce travail ne peut s'effectuer qu'au sein d'un collectif qui partage des valeurs, des goûts, une identité et éthique professionnelle commune. Le collectif doit surtout partager une confiance, qui sort de la prescription pour s'inscrire dans le réel et se transmet inconsciemment ou consciemment sur les personnes accompagnées.

L'organisation du travail est un problème politique à part entière pour Christophe Dejours. Les rapports entre travail, santé et subjectivité dépendent de la possibilité pour les soignants - au sens large - d'utiliser leur intelligence et leur savoir-faire dans le travail de coopération. « Travailler ce n'est pas seulement produire, c'est aussi vivre ensemble », souligne l'auteur. Cette coopération permet aux personnes accueillies de s'inscrire dans une communauté et des espaces, au sein desquels les êtres humains peuvent faire société, malgré les différences et les difficultés.

Thierry Colin

Alors qu'elle est projetée dans un hors monde et l'errance, il est important que la personne puisse se sentir invitée à reprendre pied dans ce monde qui se dérobe à elle et l'inquiète. Être avec elle pour lui permettre d'être avec nous,

³⁰ Arnaud, G., Fugier, P. et Vidaillet, B. (2018). *Psychanalyse des organisations*. Érès.

autant qu'elle le peut encore, et croire inlassablement qu'elle le peut encore, qu'elle n'a pas fait ce long périple pour rien - juste pour la fuite -, et que l'errance pourrait avoir un terme et devenir quête.

Marion Gebelin

Ismaël obtient un statut de protection subsidiaire. À l'issue de cette obtention, nous travaillons avec lui sa sortie du Cada.

Urgence-immédiateté-culpabilité

La vignette suivante présente la volonté de départ à Paris d'Ismaël, l'impossibilité des équipes à l'accompagner dans ce projet (le règlement stipulant que l'accompagnement à sa sortie de l'hébergement se fait sur le bassin d'Annonay) et l'évocation d'une éventuelle rupture dans sa prise en charge.

Marion Gebelin

Ismaël souhaite s'installer en région parisienne. Il nous en fait part très rapidement au cours d'un entretien. Il veut retrouver sa communauté qui est plus importante là-bas, il nous dit que les pachtous vont l'aider. À la suite de cette annonce, nous tentons de lui expliquer les règles de fonctionnement de la structure, car nous ne pouvons pas accompagner les personnes hors de notre ville. Nous ne pouvons pas lui proposer de l'aider à trouver un logement. De plus, Paris est saturé et l'attente est interminable pour obtenir un logement social. L'entretien est difficile, Ismaël reste sur ses positions et balaye nos propositions d'établissement. Il nous dit même « *vouloir vivre dans un parc à Paris* », alors que nous lui faisons part de nos inquiétudes sur une éventuelle rupture (de soin, de droit) après son départ. Il répète vouloir vivre dans un parc. Cet entretien génère chez nous de l'angoisse, celle d'imaginer Ismaël en rupture de soin, sans argent et sans logement. Cet entretien pointe aussi son ambivalence, puisqu'en effet,

lorsqu'on le questionne sur ce qu'il envisage après le Cada, celui-ci répond « *un lieu d'hébergement avec une prise en charge totale* ». Dans un même temps dit, si on ne lui trouve pas ce lieu « idéal » il indique préférer « vivre dans un parc » avec le soutien de la communauté pachtou.

Notre réaction a été d'enfermer Ismaël dans sa pathologie. À ce moment-là, nous n'envisagions pas de mobilisation de sa part quant à la construction de son projet de départ sur Paris. Pour nous, il s'agissait d'un projet irréaliste et provoquait une grande culpabilité chez nous, à savoir une rupture de plus dans son parcours et une grande insécurité, voire une mise en danger.

Cet entretien s'est terminé de façon brutale, sans perspective, ni pour Ismaël, qui restait campé sur ses positions, ni pour l'équipe, qui ressentait un sentiment d'impuissance.

Thierry Colin

Ismaël nous dérange, il ne nous laisse pas tranquilles, d'autant moins qu'il est inaccessible, reclus dans sa chambre, ne partageant pas grand-chose, il écrit et dessine - énigme de plus. Il vient nous chercher sans que nous ne saisissions s'il entend nos questions et nos doutes, mélange de déférence et d'exigences, et se sent rapidement persécuté lorsqu'il pense ne pas être entendu.

Il est bien difficile de faire du commun, de sortir de l'urgence, des certificats médicaux, de l'obtention d'un statut qui lui permet de rester sur le territoire. Ismaël est toujours dans la demande d'être reconnu dans son exigence, que lui devons-nous donc ? Sommes-nous des pions, interchangeables ? Non.

Qu'il est difficile de tisser un fil, ce fil si difficile à trouver est affectif au travers de ce qu'il nous fait éprouver. J'en prends conscience, nous en prenons conscience Pierre et moi, Chabir nous permet d'y accéder et nous pouvons le

partager. Ismaël se livre sur son vécu, il veut intensément nous faire comprendre ce qu'il ressent. Il lâche : « *une vie de chien...* ». Il livre quelque chose de lui dans l'instant, l'ici et le maintenant. La douleur et la souffrance prennent corps et il m'offre ce corps à soigner, il offre cette souffrance à entendre. Il est important d'accueillir cela.

Tisser un fil

Marion Gebelin

Cette rencontre a nécessité une adaptation de notre pratique. Ainsi, nous avons modifié la durée des entretiens, car Ismaël ne peut rester « disponible » que 30 minutes.

Cette ambivalence nous questionne et nous a permis de travailler en équipe et en réseau de manière plus importante. Habituellement, nous fonctionnons avec un référent et son binôme. En leur absence, les autres collègues diffèrent les réponses. Dans le cas d'Ismaël, toute l'équipe a tendance à répondre dans l'immédiateté. Nous sommes particulièrement vigilants et nous nous efforçons de le solliciter régulièrement, car si nous ne le faisons pas il sait se rendre « invisible ». Nous avons toujours à l'esprit qu'un passage à l'acte n'est pas à exclure.

De ce fait, nous adaptons notre pratique et notre accompagnement afin de lui proposer un cadre le plus bienveillant et sécurisant possible.

Pierre Sévenier

Toujours dans l'idée d'étayer le lien entre ma fonction d'infirmier et le travail des collègues du Cada, je vais continuer de m'appuyer sur le contenu du *soclecare*. Cette étude reprend différentes notions de fonction pour décrire ce « prendre soin » :

- la fonction d'observation clinique : repérage des signes cliniques chez Ismaël comme le retrait, la tristesse,

ses tremblements dans certaines situations, son rapport aux autres ;

- la fonction de permanence : le Cada permet cette permanence, par l'organisation d'une continuité même en l'absence du référent. Le lieu même du bureau « ouvert » est dépositaire de cette continuité grâce à cette présence régulière et continue. C'est une fonction extrêmement importante dans sa dimension d'accueil inconditionnel ;
- la fonction de répétiteur : rappeler, réexpliquer (les rendez-vous, les procédures, la vie institutionnelle) permet à Ismaël de mieux se repérer dans le temps et ainsi de diminuer son angoisse ;
- la fonction d'étayage : les différents accompagnements lui permettent d'accéder au droit commun, symbole d'une égalité de traitement et d'une existence propre. Cet accompagnement au plus près permet là aussi une diminution de l'angoisse, favorisant ainsi une participation de sa part.
- la fonction d'attention : ne pas l'oublier alors qu'il reste la plupart du temps seul dans son appartement. Il est important de « l'avoir à l'esprit » ;
- la fonction d'écoute : écouter, c'est reconnaître l'autre, c'est lui donner une existence.

Comme auprès des patients, j'ai dû rechercher ce qui faisait « commun » avec les personnes exilées. Par le mot commun, je veux décrire ce qui nous unit, nous rassemble, pour tenter d'établir des ponts et d'aller au-delà de nos différences.

C'est cette démarche constante de recherche « du noyau commun qui nous unit » que je souhaiterais mettre en avant. C'est ici que le mot affiliation trouve son sens à travers son

origine latine, qui veut dire : adoption. L'affiliation se définit comme l'action d'associer ou d'être associé à un groupe.

Marion Gebelin

Considérant que pour Ismaël la porte d'entrée du soin était prioritaire, sa référente a interpellé le CMP pour organiser un entretien afin d'évoquer sa fin de prise en charge en Cada. Cet entretien a été organisé en binôme avec Pierre Sévenier au CMP, l'intervenante sociale référente d'Ismaël au Cada et l'interprète « de confiance » par téléphone, afin d'évoquer son projet de partir en région parisienne.

Sur les conseils des psychologues qui répondent à la permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra, nous partons du projet d'Ismaël, essayons d'envisager avec lui son départ et les pistes possibles pour éviter les ruptures dans le soin. Nous lui expliquons qu'après avoir pris contact avec le Centre Primo Levi, un rendez-vous avec eux pourra être organisé, s'il est d'accord. Nous lui précisons que ce centre dispose d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant notamment des intervenants sociaux qui pourront également l'accompagner sur la recherche d'une solution d'hébergement. Cependant, nous lui expliquons que dans un premier temps, l'unique solution sera le 115, car de nombreux patients suivis par le centre sont malheureusement dans ce cas. Nous lui proposons de s'y rendre afin de voir sur place quelles pistes potentielles il pourra trouver avec l'aide de la communauté pachtou. En effet, il est déjà parti une dizaine de jours à Paris lors de sa convocation à la CNDA et il a vécu dans un squat. À nouveau, sa réaction est déstabilisante, car malgré les avancées, il reste fixé sur la question du non-hébergement. Il considère que nous ne faisons pas le nécessaire pour l'accompagner dans son projet. Pendant tout l'entretien, il est en boucle et répète que

nous devons lui trouver un toit. À nouveau se pose la question de son ambivalence : il attend beaucoup de nous, mais il est très peu en lien. Au départ, il souhaitait aller sur Paris, coûte que coûte. À présent, un impératif d'hébergement existe. « *Si vous-même vous ne pouvez pas me trouver un hébergement, comment voulez-vous que j'y arrive seul ?* », exprime-t-il. Quand l'entretien se termine, nous avons le sentiment d'être dans une impasse.

Pierre Sévenier

Ces différentes initiatives illustrent bien le travail en équipe. Mais de quelle équipe parlons-nous ? Celle du Cada ? De l'EMPP ? Du CMP ? Du CAO ? De Chabir et Pierre ? Des psychologues de l'Orspere-Samdarra ? Ou alors, étions-nous simplement devenus une seule et même équipe « au chevet » d'Ismaël ?

Nous pouvons nous appuyer à nouveau sur deux nouvelles fonctions soignantes :

- la première s'intitule « lier, relier, échanger » : Lier, relier à partir d'un membre vers un autre, d'un petit groupe vers d'autres. L'équipe est une co-construction, faite d'éléments personnels et professionnels. Cette co-construction est un mouvement dynamique permanent. L'ensemble des professionnels présents représente le véritable terreau pour le « soigner » ;
- la seconde, intitulée « se rendre disponible », est libellée ainsi : le soignant se rend accessible au patient et est perméable à lui. Il s'agira de faire exister l'autre dans la coprésence, de le prendre en considération. Il indique qu'un échange et qu'une rencontre sont possibles. Il s'agit de la réception que l'on fait à l'autre, soit le fait de faire des signes de réceptivité et d'hospitalité aux symptômes, à

l'étrangeté et à l'émotion. Pour ce faire, il est nécessaire de montrer un état authentique, congruent et d'être touché par autrui.

Marion Gebelin

Dans le cadre de son suivi pour obtenir le revenu de solidarité active (RSA), nous avons un rendez-vous avec sa référente et l'interprète de confiance. Très vite, l'entretien s'est axé sur la réalisation concrète de son projet. En réaction, cela a induit chez Ismaël une prise de décision. Des questions claires lui ont été posées : « *Concrètement allez-vous vous rendre sur Paris pour trouver par vous-même des solutions ?* », « *D'ici, nous n'avons pas les moyens de vous trouver un hébergement.* » L'interprète les a également reformulées, imagées et expliquées.

Est-ce l'introduction d'un tiers dans sa prise en charge sociale, ou la redondance des discours qui ont provoqué chez lui un déclic, une prise de décision ? À la fin de l'entretien, Ismaël indique vouloir se rendre sur Paris rapidement. Il se projette dans ce départ en nous questionnant sur son traitement et sur sa place dans la structure, comme s'il avait pris possession de son projet. Il formule des demandes (telles qu'un courrier explicatif de sa situation à destination des travailleurs sociaux qu'il envisage de rencontrer sur Paris et une ordonnance pour plusieurs semaines pour son traitement). Il devient acteur dans ses démarches. La date du départ est fixée et ses billets sont achetés.

Thierry Colin

Ismaël a quitté Annonay. Nous a-t-il déjà oubliés ? Il est parti avec quelques médicaments et une ordonnance. Je sais juste que je ne suis pas une figure anonyme dans son histoire, que le médecin s'est incarné et que la perte de ma pilosité faciale lui a fait éprouver une nouvelle expérience d'étrangeté - il lui a fallu un temps, malgré la présence de Pierre, la voix de Chabir et la mienne, inchangée, pour qu'il puisse aller au-delà des apparences et du choc de sa vision. Nous avons partagé, avec l'équipe du Cada, le sentiment d'un travail inachevé, pour des raisons probablement différentes des leurs, mais autour d'un souci et d'une sollicitude commune. Comment dire à Ismaël que le soin n'était qu'ébauché ? Que j'attendais qu'il veuille bien m'autoriser à rencontrer ses fantômes ? Que je ne pourrais jamais assez le remercier de ce qu'il m'a apporté, soit des rencontres et des liens tissés au travers d'un bout de cheminement avec lui ? Nous avons de ses nouvelles et il sait qu'il a des gens qui peuvent être là pour lui.

C'est sans doute cela l'affiliation, cette attente et cette possibilité d'accueil qui lui laissent la possibilité d'un retour et d'un départ qui n'est pas nécessairement sans lendemain. C'est cela le soin, soit le fait de pouvoir imaginer rencontrer Ismaël, figure connue, et lui dire bonjour sans qu'il n'y ait eu d'au revoir. Et que cet au revoir ne soit pas synonyme d'un arrachage ou d'un déracinement.

« Réseau de périnatalité : le dispositif Valériane », Marie-Pierre Fernandez, Angélique Torres et Éliisa Étienne

Marie-Pierre Fernandez, médecin responsable du projet et du parcours de soins, Angélique Torres, sage-femme coordinatrice en postnatal et Éliisa Étienne, sage-femme coordinatrice

Le dispositif Valériane³¹ est un travail de collaboration pluridisciplinaire dans le bassin Valentinois, qui prend en charge de façon précoce et globale des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de précarité, et ce de façon personnalisée.

Les inégalités sociales sont un facteur déterminant de la santé périnatale. En effet, pour les personnes en situation de précarité, l'accès aux soins est plus difficile. Nous remarquons une augmentation du taux de prématurés, des retards de croissance et des malformations. Les taux de mortalité maternelle et de morbidité maternelle sont également plus importants. Des risques existent pour la santé mentale des mères, mais aussi des nouveau-nés. Lorsque les enfants deviennent adultes, on remarque qu'ils peuvent être plus touchés par l'obésité, l'hypertension et le surpoids. Enfin, un risque de transmission génétique pour les générations à venir existe, ce que nous appelons l'épigénèse.

Lorsque la femme enceinte en situation de précarité est prise en charge de manière précoce, nous pouvons espérer que ces troubles soient réversibles. Ainsi, la grossesse et la naissance deviennent un moment privilégié pour soutenir et faire progresser les enfants et les parents. L'influence des soins périnataux a également des impacts sur le développement – la répétition des troubles de l'attachement peut être évitée, par exemple. Les facteurs éthiques et humains ont également une importance : il ne faut pas

stigmatiser les personnes que nous rencontrons, mais, au contraire, faire preuve de bienveillance, de respect, d'écoute et d'estime de soi, pour ne pas aggraver leur exclusion.

En Drôme-Ardèche, le taux de précarité est élevé, tout comme le taux de prématurés et de petits poids à la naissance. Pour lutter contre cela, des actions ont été mises en place, telles qu'une aide au repérage de la vulnérabilité pour les professionnels, ainsi qu'une mise en place très progressive d'un parcours de soin plus adapté, centré sur la prise en charge médicale. Mais, le taux de prématurité et de retard de croissance est difficile à faire diminuer et la prise en charge des pathologies psychosociales est complexe.

Un dispositif destiné aux publics vulnérables

Les situations de vulnérabilité sont multiples : nous distinguons principalement la pauvreté et l'isolement et la vulnérabilité. Les mamans ou les futures mamans en situation de pauvreté ou d'isolement peuvent être caractérisées par certains critères, tels que : le fait de ne pas toujours maîtriser la langue française ; d'être présentes sur le territoire français depuis moins d'un an ; de disposer d'un hébergement instable ; de ne pas avoir de couverture sociale ; d'être dans une situation de pauvreté (allocations ou RSA) ; d'avoir un faible niveau scolaire ; d'être en situation irrégulière en France ; ou d'être mineures.

³¹ Valériane signifie : « vulnérabilité, Valence, accueil, lien, écoute, réseau, identité, accompagner, naissance, enfance ».

Les situations de vulnérabilités touchent différents publics. Nous pouvons rencontrer des patientes :

- présentant des addictions ;
- dont la grossesse n'est pas suivie ou qui a été déclarée tardivement ;
- subissant des maltraitances actuellement ou qui en ont subi durant leur enfance (placements, AMO) ;
- souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques ;
- présentant une pathologie médicale ou des antécédents médicaux ;
- ayant plus de trois passages aux urgences au cours de leur grossesse.

Les différents axes du dispositif

Valériane est un projet qui se divise en quatre axes :

- le parcours de soin pré et post natal ;
- la promotion de la santé et le soutien à la parentalité (ateliers, allaitement, portage et prise en charge) ;
- les formations (parcours de soin PMI et dépistage des troubles psychologiques chez la mère et l'enfant) ;
- un projet de recherche.

Le parcours de soin

En repérant les personnes ayant des vulnérabilités multiples de manière précoce, nous pouvons les inclure dans un parcours de soin. Ce faisant, les personnes ont un suivi au niveau médical, social et psychologique. Différentes actions peuvent être mises en œuvre, telles que :

- la proposition de rendez-vous regroupés, si nécessaire ;
- la désignation d'un professionnel référent ;
- la mise en place d'une coordination des parcours complexes ;

- la participation à des ateliers « promotion de la santé » dès la grossesse et avant la naissance ;
- la poursuite du suivi médical et psychologique de l'enfant jusqu'à ses douze mois.

La cellule de coordination est constituée d'une équipe pluridisciplinaire, qui dispense un parcours de soin personnalisé.

Le suivi médical est fait de consultations et d'échographies réalisées par les professionnels de la ville - professionnels ressources et de confiance pour la patiente.

Le suivi psychique est effectué par des psychologues de périnatalité de la maternité, de libéraux ou des membres de l'équipe mobile de psychopérinatalité.

Le suivi social consiste en une ouverture de droits, au logement, à l'alimentation, au matériel de puériculture. Cela participe également à la création de liens sociaux.

La cellule communication est composé d'un trio de trois sages-femmes (PMI, maternité en anténatal et maternité en postnatal).

Les rendez-vous sont regroupés d'entretiens et de visites à la maternité.

Le travail de liaison est permanent.

Concernant *le suivi*, il est difficile, mais important, que la patiente honore ses rendez-vous. Pour cela, nous fournissons des tickets de bus, des accompagnants, mais aussi des interprètes. Nous réalisons aussi de nombreux appels pour garantir ce suivi, à la patiente elle-même, mais aussi aux professionnels du réseau, notamment en cas de situations médicales complexes.

Nous proposons également des *formations et communications*. Pour cela, nous avons mis en place, fin 2017 à Valence, *des ateliers*, par exemple : d'activité physique adaptée, de cuisine diététique, sur le portage du bébé, sur

la parentalité en général, de yoga pré et postnatal et d'organisation. Toutefois, ces ateliers sont peu fréquentés.

Les résultats

Le travail de Valériane est mis en place depuis octobre 2016. Nous avons accueilli 550 patientes incluses dans le parcours de soins, dont 441 qui y ont accouché et qui sont depuis suivies en post-partum. Nous organisons plus de 80 réunions, à ce jour, de la cellule de coordination. Elles regroupent en moyenne 5 à 18 participants (centres hospitaliers, PMI, équipes mobiles de pédopsychiatrie, périnatalité, sages-femmes libérales).

De nombreux couples mères-enfants rencontrés dès la grossesse sont accompagnés par l'équipe mobile de périnatalité du Docteur Despinoy, à domicile et en centre.

Le repérage et la prise en charge sont satisfaisants. Les milieux associatifs, médicaux et psychologiques nous adressent les patientes pour des évaluations. Nos liens avec ces professionnels sont renforcés par notre travail en équipe depuis trois ans. Les sages-femmes de la ville, des PMI ou du centre hospitalier de Valence effectuent un repérage systématique. Fin 2017, peu de patientes n'étaient pas repérées.

À la PMI, comme au centre hospitalier, les délais donnés pour les rendez-vous de consultations et d'échographie sont corrects.

Les résultats sur la population, en termes d'inclusion, sont de 550 inclusions depuis fin 2016, avec 441 accouchements au 31 août 2019.

En 2017, il y a eu 116 accouchements de patientes Valériane, c'est-à-dire 4,6 % des 2 540 naissances.

En 2018, il y a eu 193 accouchements de patientes Valériane, c'est-à-dire 7,8 % des 2 460 naissances.

Sur les 154 patientes Valériane, 8,4 % des

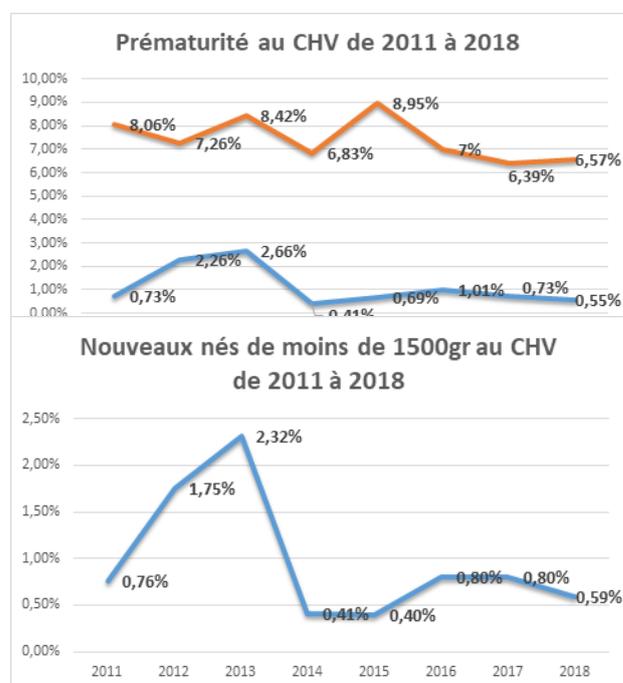
naissances prématurées étaient inférieures à 37 SA.

Sur les 268 Valériane nous comptons 8,5 % de prématurés.

Selon les résultats du Centre hospitalier de Valence, en 2018, 78 % des patientes Valériane faisaient partie de la communauté de Valence. Les 22 % restants faisaient partie de la communauté rurale.

Les principaux facteurs de comorbidité de la prématurité sont l'obésité (à 16 %), l'asthme (à 5,7 %), l'hypertension artérielle (à 6,2 %) et le diabète gestationnel (à 16 %, 10,8 % EPN).

Voici les résultats des naissances :



Nous pouvons remarquer que le taux de prématurés de moins de 37 SA a tendance à baisser depuis 2017.

Le « risque médical B », cumulé à la précarité, est associé à un surrisque de prématurité, mais il n'est pas associé aux petits poids de naissance. Nous dénommons ces patientes les « valérianes rouges ». Dans cette population Valériane, le risque médical est un facteur déterminant sur la morbidité maternelle (40 % d'accouchements par césarienne et 10 % de morbidité maternelle). Dans le dispositif

Valériane, 17,5 % de patientes sont atteintes de diabète gestationnel.

Les antécédents de violences dans l'enfance ou de violences conjugales ont un impact sur le déroulement de l'accouchement. Les addictions ont également un impact.

Dans la population issue de l'immigration, sur 441 patientes suivies par Valériane en situation irrégulière et étant en France depuis moins d'un an, 58 ont accouché entre janvier 2017 et septembre 2019 :

- 2 nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2 500 grammes, cela correspond à 3,4 % des naissances ;
- 2 nouveau-nés étaient prématurés, à moins de 37 SA (3,4 % des naissances) ;
- nous comptons un décès in utero ;
- 18 bébés sont nés par césarienne, soit 31 % des naissances ;
- 23 femmes sur les 58 suivies ont été perdues de vue en postnatal.

Concernant le devenir des enfants, sur les 58, nous avons noté :

- 4 troubles du développement ;
- 3 troubles de l'attachement ;
- 7 pathologies initiales (2 problèmes à la hanche, 3 au niveau du souffle cardiaque, 1 chirurgie pour cryptochirdie) ;
- 4 pathologies surajoutées (1 problème de croissance, 1 trouble de la vue, 1 obésité et 1 hypertension intracrânienne) ;
- 3 hospitalisations en pédiatrie.

Concernant l'hébergement des patientes :

- 1 était hébergée par le 115 ;
- 4 en Cada ;
- 3 en foyer ;
- 1 en CAO ;
- 1 en Anef.

Pistes de réflexion

Des améliorations peuvent être mises en œuvre. Nous avons réalisé un état des lieux de ce qui fonctionne bien aujourd'hui. Nous pouvons dire que les actions de repérage sont un point fort, tout comme « l'indicateur composite de vulnérabilité » - pour dépister les plus vulnérables - qui présente un grand intérêt. La cellule de coordination fonctionne également bien, avec sa sage-femme de coordination et le travail corporel que nous proposons (yoga, portage, prise en charge personnalisée, allaitement...). Nous avons aussi observé des résultats positifs de la prise en charge personnalisée du diabète gestationnel par les sages-femmes de proximité. Le repérage des « valérianes rouges », depuis 2018, a été un succès.

Il était également important de repérer les axes à consolider afin de proposer une prise en charge des plus adaptées aux besoins des patientes que nous accompagnons. Concernant le suivi anténatal, nous pensons qu'il faut améliorer la création d'un lien de confiance. Pour cela, il semble judicieux de limiter les intervenants. Nous voulons également redoubler d'attention envers les « valérianes rouges », c'est-à-dire les personnes qui présentent un très haut risque. De plus, si un médecin traitant est présent, il semble intéressant de consolider sa place lors du suivi anténatal. Concernant le suivi postnatal, nous voulons mettre en place et améliorer la formation des médecins traitants pour ce suivi et les résultats. Nous avons également le projet d'embaucher une psychomotricienne ante et postnatale, intra et extra-hospitalière, mais aussi une puéricultrice de vulnérabilités à domicile. Enfin, nous réfléchissons à inclure le suivi des enfants vulnérables.

« Prendre soin : un travail de lien », Laurence Pessinet, Julie Clozel et Audrey Boueilh

Laurence Pessinet, psychologue à la Pass psy, Julie Clozel et Audrey Boueilh, infirmières EMPP/Pass psy, Centre Hospitalier Drôme Vivarais

Prise en charge psychologique

Le départ du pays est le plus souvent une déchirure nécessaire à la survie. Ces personnes quittent l'enfer connu pour une vie dans la précarité, avec une nouvelle culture, une nouvelle langue.

Au choc de cette arrivée, obtenue quelques fois après une traversée où vols, tortures, viols sont associés, ils doivent justifier le fait qu'ils ont dû fuir afin de ne pas être tués.

Comment peut-on croire en l'horreur de leur histoire ? N'y a-t-il pas un processus défensif qui nous retient de croire en leur parole, afin de nous protéger de ces récits de l'horreur ?

Cependant, ce refus de les croire est une blessure qui peut entraîner un traumatisme supplémentaire. Il se passe la même chose lorsque des victimes de viol, par exemple, vont témoigner et se confrontent aux questions parfois très intrusives des interrogatoires de police.

Nous savons qu'il est difficile de témoigner des violences que nous avons subies, mais ne pas être cru - ce que les demandeurs d'asile témoignent régulièrement lors du refus de leur demande - est ressenti comme une négation du traumatisme subi, mais aussi du sujet lui-même. *« Alors, j'ai fait tout ça pour rien ? J'ai vu ma famille se faire massacrer sous mes yeux, ma femme violée, ma maison brûlée. J'ai traversé le désert et j'ai été vendu comme esclave, je me suis enfui après des mois de prison, et tout ça pour ne pas être cru ? Je fais quoi maintenant ? Je ne peux plus retourner en arrière, il n'y a plus rien »*, voici des paroles que nous avons entendues lors d'entretiens menés avec des demandeurs d'asile déboutés.

Nous ne pouvons qu'écouter celui qui ne se sent pas cru. Il me semble que cette position d'écoute est cruciale, car elle permet aux exilés de retrouver leur dimension humaine, de celui qui est sorti des enfers. Laissons-leur déjà cela.

Nous aimerions parler d'un autre traumatisme dont nous sommes témoins en écoutant ces exilés. Il s'agit de l'incertitude nourrie par l'attente. Il faut noter que la procédure est maintenant plus courte et diminue ce délai d'attente. Le législateur en est l'auteur et le justifie ainsi. Cependant, l'attente permettait à l'arrivant de se poser un peu afin de prendre un petit temps nécessaire pour dépasser la sidération des violences subies au pays. Il pouvait ainsi, dans un second temps, utiliser les mots pour expliquer le choix de ce départ forcé.

Un autre traumatisme se met en place dans le fait de ne pas trouver un asile, un lieu d'hébergement stable. Cet aspect est lié au processus de demande d'asile, toutefois cela les empêche de prendre racine (c'est bien là la raison), mais aussi de recréer un cocon nécessaire à la reconstruction après le traumatisme initial.

Les entretiens sont très souvent témoins de l'angoisse de ces patients qui cherchent un lieu de vie pour éviter la rue, car ils ont réussi à se faire une petite place, à l'école par exemple, qui reçoivent quelques aides, font du bénévolat afin de donner un sens à leur vie et se faire reconnaître comme sujets et acteurs dans la société.

Je tiens à insister sur le fait que chaque migrant a son histoire. Les origines du départ du pays sont variées et, quand bien même nous notons fréquemment un risque de mort, le choix de

l'exil sonne différemment pour chacun. Ce qui est sûr, c'est qu'il est la seule solution envisageable pour lutter contre le désespoir, bien que toujours très coûteux. Comment en rendre compte lors de la demande d'asile, qui se décide en fonction de grilles d'évaluation qui ne donnent pas de place aux histoires singulières ?

Depuis notre place de soignant, d'accompagnateur, il nous est impossible de faire ce choix, car nous avons affaire à des sujets singuliers.

Le travail de lien avec les partenaires

Dans le cadre de notre travail, nous sommes amenés à travailler en réseau avec divers partenaires. En effet, ce sont ces partenaires qui nous sollicitent lorsqu'ils se questionnent sur la santé mentale d'une personne exilée.

Les partenaires des Cada, ou encore des CHRS, sont au quotidien avec ces personnes. Elles sont donc à même de repérer d'éventuelles modifications de comportements.

Un premier échange téléphonique ou sur site se fait avec le partenaire pour échanger sur la situation et les besoins repérés.

Si cela est pertinent, nous proposons avec l'accord de la personne, une rencontre dans un premier temps en présence du partenaire avec qui le lien de confiance est déjà instauré.

Tout au long de la prise en charge, nous échangeons régulièrement avec le partenaire référent. En effet, il n'y a pas d'exclusivité dans le lien. Le travail en pluridisciplinarité permet d'avoir une approche globale de la personne.

Une de nos missions à l'EMPP est ce que l'on appelle « l'aide aux aidants », par une sensibilisation à la santé mentale. Mais nous pouvons constater une réciprocité dans cette aide, primordiale dans notre travail, les partenaires étant des personnes-ressources pour les personnes exilées accompagnées.

Après un long parcours pour arriver jusqu'en France, bien souvent le chemin n'est pas terminé. S'en suit un passage dans différents lieux d'accueil (Cada, hébergement d'urgence, accueil de jour).

Il nous arrive donc de faire le lien avec les différents lieux par lesquels ils vont passer, d'où l'importance de ce maillage inter partenarial (par exemple : avec les Cada, l'Anef, les CHRS, les CMP et les partenaires).

Ce lien est un garant de la continuité du soin et d'un étayage souvent rassurant pour la personne aidée.

Nous constatons dans notre pratique que la personne exilée est enclavée dans une procédure qui la maintient dans l'attente, qui est un facteur d'angoisse et de stress. Outre les manifestations liées au stress - comme l'insomnie, les ruminations anxieuses, les troubles somatiques associés -, cette attente ne lui permet pas de se réaliser en tant que sujet. Les personnes exilées n'ont pas encore une place à part entière dans la société, puisque celle-ci n'est pas officialisée.

Dans les témoignages recueillis, beaucoup nous font part du fait qu'ils ont perdu leur statut, leur place dans la société. Par exemple, dans certaines cultures, l'homme doit pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Certains peuvent se sentir réduits ou amputés de leurs repères...

Une orientation vers le bénévolat peut permettre à la personne de retrouver une place en tant que sujet dans la société, lui permettant ainsi de se créer des liens et de pouvoir se tourner vers d'autres centres d'intérêt.

Le travail de lien à la personne

Une fois que nous avons pu rencontrer la personne, le premier travail est celui du lien. Ces personnes ont en effet un parcours de vie semé de ruptures, il est alors d'autant plus

important de commencer par créer du lien, et nous dirons même un lien de confiance.

Ce lien peut se faire au fil du temps, grâce à des entretiens réguliers, mais aussi de manière plus informelle lors de notre présence sur les lieux d'habitation comme dans les CADA ou en CHRS. C'est ce que l'on appelle la fonction de permanence. Cette permanence permet parfois de faire émerger une demande, mais pour cela il faut prendre le temps et respecter le rythme de la personne.

En effet, la notion du temps nous paraît primordiale pour la création du lien. Cette notion de temporalité est propre à chacun en fonction de son histoire de vie et de sa culture d'origine. Lorsque l'on parle de permanence,

on parle aussi de permanence du lien. Pour cela, il est nécessaire de s'adapter à la personne (par exemple à ses horaires, retards, impératifs, disponibilités).

Lors des échanges, il est difficile de se projeter dans le temps. En entretien, les sujets évoqués se font au jour le jour au fil des événements et des décisions reçues.

Pour conclure...

Que l'on soit médecin, infirmier, travailleur social, éducateur ou encore bénévole, le prendre soin peut être l'histoire de chacun, puisque qu'il s'agit avant tout d'une histoire de lien humain.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2020). *Actes de la journée d'étude « Prendre soin des personnes exilées » (26 novembre 2019, Valence)*. Lyon : Orspere-Samdarra.



Orspere-Samdarra

Observatoire-ressource national santé mentale, vulnérabilités et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national qui travaille sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, psychiatre, et est animé par une équipe pluridisciplinaire. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme universitaire « Santé, société, migration ».

Organisation de la journée d'étude

Christelle Guérault, déléguée territoriale, Irebs Auvergne-Rhône-Alpes

Gwen Le Goff, directrice adjointe Orspere-Samdarra

Natacha Carbonel, chargée de mission, Orspere-Samdarra

Comité de pilotage : la Maison des adolescents de Valence ; le Centre hospitalier Drôme-Vivaraïs (représenté par la Pass Psy de Valence) ; l'Intergroupe Marcel Pagnol de Montélimar ; la Maison des solidarités Nelson Mandela de Valence ; l'Éducation nationale ; le Centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme (représenté par le centre médico-psychologique d'Annonay et l'équipe mobile psychiatrie précarité d'Annonay) ; l'Agence régionale de Santé Drôme ; l'AGDUC ; le Centre de protection maternelle infantile de Valence ; le Conseil départemental de la Drôme

Relecture

Natacha Carbonel, chargée de mission, Orspere-Samdarra

Lara Trochu, stagiaire en psychologie

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, psychiatre

Avec le soutien de

l'Irebs Auvergne-Rhône-Alpes, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), et le Centre Hospitalier Le Vinatier.