

••• Demande d'asile et préoccupation de santé mentale

Valérie
Colin

Docteur
en psychologie,
Psychologue
clinicienne,
ONSMMP

Christian
Laval

Docteur
en sociologie,
Sociologue,
ONSMMP

Cet article⁽¹⁾ propose d'articuler la problématique de santé mentale avec des pratiques d'accompagnement telles qu'elles ont cours dans le champ de la demande d'asile.

Cette relation d'accompagnement dépend de trois dimensions indissociables :

- **le moment de la procédure : l'attente d'une réponse ou la proximité d'une convocation à l'OFPRA produit un effet sur la disponibilité de la personne dans la relation d'accompagnement,**
- **le lieu de vie : les modalités d'hébergement**
- **enfin la dimension de la vie personnelle qui contient l'histoire de la personne, la temporalité psychique.**

Notre approche de la santé mentale dans le champ considéré articule le rapport entre le cadre concret de l'accueil et la subjectivité.

• Dans une première partie nous aborderons la dimension du lieu de vie en rapport avec la subjectivité des personnes en demande d'asile. Nous montrerons que la qualité de cette relation d'accompagnement, dans son rapport avec la santé mentale, se définit différemment en fonction des types d'hébergements traversés par tout requérant. Particulièrement, nous interrogerons les conditions concrètes où la souffrance psychique peut apparaître et, si le besoin s'en fait sentir, comment le soin psychique est accessible.

• Dans une seconde partie, nous articulerons les éléments de la procédure (constitution du dossier, récits...) et le malaise des intervenants dans la mesure où il donne un accès privilégié à la souffrance des demandeurs d'asile. En effet, la description fine et la reconnaissance de ce malaise comme une donnée structurant ce champ d'intervention

nous semble une des conditions d'émergence d'une préoccupation partagée de santé mentale ainsi que de la constitution d'une politique d'hospitalité digne de ce nom.

L'hébergement des demandeurs d'asiles

Encore très récemment, la durée d'une procédure de requérant pouvait atteindre deux à trois ans, voire plus, avec une issue négative dans plus de huit cas sur dix. L'inventaire détaillé, département par département, des hébergements utilisés, des modes d'organisation des réponses et des services, permet a posteriori de proposer à l'analyse trois configurations types. Leur description n'est pas structurée autour de la reconstitution d'un parcours standard et linéaire, par exemple de l'hébergement d'urgence à l'hébergement stable.

Chaque configuration rend compte, autour du service d'hébergement, qu'il soit précaire ou plus stable, de six autres services où s'engagent des relations : l'aide juridique, l'aide aux récits, la domiciliation, les services alimentaires, le travail social et les prestations de soin (somatiques et psychiques).

Premier cas de figure :

mise à l'abri et relation insécurisée

Cette situation inaugurale est non spécifique : tout le monde la traverse ou y stationne (familles, isolés, mineurs homme, femme). Urgence sociale, centres d'hébergement et de réadaptation sociale d'urgence (CHRS), hôtels, asiles de nuit, lits/places dans le cadre du dispositif plan-froid, toutes les possibilités de *mise à l'abri* sont rencontrées.

Autour de cette mise à l'abri sous le mode de l'urgence sociale se proposent d'autres relations de service, toujours hétérogènes dans leur forme et dans leur contenu, d'un département à l'autre : services humanitaires, nourriture, école, écoute, accueil inconditionnel, domiciliation (obligatoire), travail social d'accueil et d'orientation mais aussi d'aide financière (dossier social, ouvertures des droits).

Au fur et à mesure que ces premières relations sont engagées, une observation psychosociale peut aboutir sur des services de soins à la marge du droit commun, de type humanitaire ou des services PASS⁽²⁾ des hôpitaux publics lorsqu'ils en possèdent.

1. La matière de cet article est issue d'une recherche-action effectuée par l'ONSMMP-ORSPEPE, 2005, Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes Modalités cliniques et inter partenariales, DRASS Rhône-Alpes.

2. Permanence d'accès aux soins de santé.

A ce stade, la psychiatrie de secteur est absente sauf lorsqu'il existe des équipes mobiles de psychiatrie ciblant des populations précaires dans certains centres urbains.

Dans cette situation se conjuguent mise à l'abri et régime de survie. Les intervenants psychosociaux (bénévoles et professionnels) ne font état ni de situations de violence sur soi ou sur autrui, ni de symptôme psychiatrique lourd (décompensation psychotique par exemple). Ils disent leur difficulté à poser un diagnostic, fut-il profane, sur un état de santé. Ils constatent des ressources parfois importantes mobilisables dans le présent de l'action : les familles repèrent vite les rouages administratifs et les formes d'aide, tandis que des conduites d'entraide, de type repas communautaires, peuvent se développer. Ces mêmes intervenants notent dans le même temps que le régime de survie caractéristique de la mise à l'abri induit une forme d'écrasement de la vie psychique. La personne en demande d'asile se trouve dans une relation insécurisée. Les formes multiples de symptômes et de plaintes somatiques ne sont pas toujours reconnues en tant que telles. Plus généralement, le travail d'élaboration psychique semble inadéquat dans ce contexte, et ni travail de deuil ni accès au trauma ne semblent pouvoir s'engager. Par contre, on retrouve le dépôt de la souffrance, et l'émergence d'affects que les accompagnants peuvent recevoir même au sein d'une relation courte.

Deuxième cas de figure : hébergement polyvalent et relation peu sécurisée

Les demandeurs d'asile mis « en double attente », à la fois de la procédure et d'une place en hébergement spécifique, sont plus ou moins temporairement logés dans des types d'hébergement qui ciblent habituellement les populations précarisées. Cette situation concerne davantage les hommes célibataires. Toutefois au sein même de cette filière d'hébergement polyvalent, il existe une différence d'échelle entre les situations où la précarité est quelque peu endiguée dans le temps, et les situations d'hébergement en hôtel ou dans le cadre du plan froid. Là, le turn over et l'incertitude du lendemain restent quotidiens ou au mieux hebdomadaires.

Les modes d'hébergements repérés sont là encore très divers. Certains CHRS³⁾ sont sollicités par les services sociaux spécialisés. La réponse « Hôtel » est devenue quasi structurelle dans les départements soumis à des déplacements ou arrivées massives. Dans un contexte de pénurie de place, des dispositifs d'urgence sociale réorientent leur offre en l'élargissant parfois majoritairement aux demandeurs d'asile. D'autres hébergements polyvalents, tels les places de « plan froid », ciblant classiquement d'autres types de public, sont aussi mis à contribution. Des réseaux confessionnels de bénévoles offrent parfois aussi des hébergements.

Dans tous ces cas de figure, des services annexes d'aide juridique, d'aide au récit, d'aide sociale peuvent exister, mais ils sont externes aux structures d'hébergement et peu coordonnés.

Dans les situations où la précarité sociale ne cède pas (regroupement familiaux dans des hôtels, enfants et parents partageant la même chambre, impossibilité de faire la cuisine, repas réduits à des sandwiches), les effets en terme d'image de soi et de mise en tension psychique restent très importants. Dans certains hébergements polyvalents, une cohabitation de fait avec d'autres populations (SDF) peut être à l'origine de sentiments d'indignité, de disqualification et de stigmatisation, surtout dans des situations où existent de façon larvée des tensions identitaires et xénophobes. De fait, l'inactivité forcée est facteur d'enkystement ou, à contrario, d'hyper investissement du côté des démarches et des rendez-vous.

Lorsque les intervenants reconnaissent ces processus de vulnérabilisation, où beaucoup de questions restent non résolues, ils s'efforcent dans leurs pratiques de ne pas proposer de réponses univoques du type « tout psychologique ». Ils se saisissent des occasions disponibles et en provoquent autant que faire ce peut autour d'ateliers, de groupes d'activités, d'actions militantes, d'entraide, d'initiation à la langue française, de loisirs, parrainage, accompagnement dans la cité... Une dynamique commune sous-tend toutes ces actions, l'art du bricolage : « Cette notion de bricolage n'est évidemment pas péjorative. Dans les situations de travail social collectif, il s'agit bien, en s'appuyant sur la

3. Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

force des faibles, de produire du changement social en modifiant les rapports de force... On retrouve la dimension d'acte, d'engagement, qui caractérise les situations professionnelles du travail social et les protections, les défenses qu'elle suscite. » (Autès, 1999, p. 258).

Ceux qui sont engagés durablement dans une relation d'écoute difficile (récits de meurtre, de viol, de tortures) sollicitent des avis, des conseils, des aides, des soutiens voire des soins face aux signes de souffrance qu'ils décèlent (insomnie, plaintes somatiques, demande de reconnaissance des victimes...) et qui les affectent. A l'encontre de ce qui se passe dans la première configuration, des dispositifs de soins psychiques sont sollicités si nécessaire.

Dans cette configuration plus stabilisée de l'hébergement polyvalent, un travail psychique semble possible selon les différentes dimensions en jeu. Il reste cependant restreint sous l'effet de l'attente de la réponse, de la précarité sociale vécue et donc de l'incertitude. Le travail de deuil peut être engagé, mais pas de manière systématique car la relation d'accompagnement reste non sécurisée, même si elle peut éventuellement se prolonger dans le temps. L'écoute par les psychologues intervient quand la crise est décelée par les acteurs de première relation, face aux pics d'angoisse notamment. Ils peuvent aussi être sollicités quand la personne en fait la demande directement. Les soins psychiatriques spécialisés interviennent seulement quand les crises ou les pathologies sont déclarées.

Cependant, on note que lorsqu'une problématique de santé mentale émerge, elle se déclare le plus souvent :

- *par un trouble somatique* : les PASS des hôpitaux reçoivent une plainte somatique récurrente et peuvent orienter vers des équipes « interface » de psychiatrie publique, plus rarement vers des CMP, plus souvent vers leur propre « psy », lorsqu'ils en ont.

- *à l'occasion de l'aide au récit* : se raconter peut raviver des traumatismes ou des problématiques d'exil qui nécessitent à la fois une orientation directe vers des soins et un cadre de reprise pour les intervenants sous forme d'analyse de la pratique.

- *lors de l'expertise médicale* : le dossier juridique, particulièrement celui de recours, est parfois étoffé par des certificats médicaux. Les cliniciens sollicités, psychologues ou psychiatres, avouent souvent leur perplexité sur la manière dont il convient de conjuguer soin et expertise.

Troisième cas de figure : hébergement spécifique et relation plus sécurisée

Après un délai d'attente variable, le parcours du combattant du requérant peut déboucher sur une proposition d'hébergement spécifique⁽⁴⁾ en principe attribué jusqu'à la fin de la procédure.

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

Lorsque les moyens le permettent, c'est un véritable accompagnement intégré qui tend à se constituer selon une forme de prise en charge globale. Il en est ainsi particulièrement pour l'aide au récit, l'aide juridique et le travail social.

Des situations de crises peuvent survenir dans le quotidien des centres d'accueil, consécutives à des réaménagements intra familiaux, de couple ou inter générationnels (inactivité du père, place sociale en creux, adaptation plus rapide des enfants à la culture d'accueil...). Ces moments de crise sont en lien avec la rythmicité propre à la procédure : l'arrivée au centre, le temps du premier récit, puis le temps des confidences sur des faits traumatiques, enfin le moment sensible des convocations à l'OFPRO et la CRR. Chacun de ces temps porte avec lui son lot de réactivation du déracinement, de tristesse liée à l'exil, de défenses massives, de secrets dévoilés, d'angoisse et de stress qui mettent parfois à mal des équilibres familiaux déjà précaires.

L'empathie et la sensibilité des accueillants à la problématique spécifique des demandeurs d'asile sont grandes dans cette configuration qui facilite l'écoute et une prise en compte importante de la subjectivité. Pour autant, les réponses inventées en retour ne se cantonnent pas à une orientation qui se défasse vers les spécialistes de la psyché. Toute médiation peut être bonne à prendre car l'essentiel est dans l'art de lier les êtres et non dans la réduc-

4. Accueil d'Urgence pour Demandeurs d'Asile, Centre Provisoire d'Hébergement, Hébergement Eclaté pour demandeurs d'asile de type allocation Logement Temporaire, Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, centre de transit.

tion du *jeu* à une technique relationnelle efficace. Des activités occupationnelles, artisanales ou artistiques sont proposées dans les centres d'accueil, souvent investies par les femmes, et boudées par les hommes. Les travailleurs sociaux constatent que la santé mentale des hommes s'améliore « lorsqu'ils travaillent, même au noir »⁵. Les occasions où il est possible de réinvestir des rôles sociaux « vrais » sont limitées au fait de tenir son statut social de parents et particulièrement de parents d'élèves. Certaines associations ont ainsi monté des projets avec des écoles primaires afin de faciliter des échanges entre parents et enseignants.

Dans cette visée de l'action, le droit à la santé et aux soins devient un axe parmi d'autres d'une approche globale de l'action sociale. Si la santé est un droit commun à faire valoir, l'effectivité de l'accès aux soins devient une partie des missions de défense du droit d'asile. Ainsi, c'est à l'initiative de certaines associations de défense qu'ont pu être établis, en partenariat avec des institutions sanitaires, des bilans de santé réguliers. Lorsqu'il n'existe pas de partenariat institué, les accueillants disent être attentifs à construire des réseaux informels avec des acteurs de soins de proximité : médecine générale, planning familial, maternité, point santé jeunes.

Les équipes du service public de psychiatrie rencontrent non exceptionnellement des personnes en demande d'asile soit dans des situations d'urgence qui nécessitent une hospitalisation, soit plus couramment en CMP.

Au niveau fonctionnel, quelques psychologues sont sollicités pour conduire des analyses de la pratique ou être en position de conseil, d'écoute et d'orientation ou encore en position d'interface en cas de conflits. Leur présence récente n'est pas toujours bien « calée » : travail de soutien, d'étayage et d'accompagnement psychologique semble d'ores et déjà possible et profitable pour les demandeurs. La disponibilité psychique de la personne en demande d'asile restant limitée par la rythmicité de la procédure et ses conditions de vie actuelles (peu d'argent, ennui, éducation des enfants...), les psychologues intervenants dans les centres constatent que le sentiment de sécurité reste partiel et incertain. La

position de survie persiste, même dans la configuration d'hébergement spécifique qui est pourtant la plus sécurisée.

Dans ces trois cas de figures, le problème auquel sont confrontés les acteurs réside moins dans un objectif de classification des troubles que dans celui du maintien de la relation et dans la tentative de mesurer ses effets en terme de mieux être de la personne.

En résumé, le monde de l'accueil des demandeurs d'asile est habité par plusieurs dimensions relationnelles : il n'y a pas d'un côté la santé mentale et de l'autre l'hébergement, mais une interdépendance entre le cadre concret de la prise en charge et la subjectivité. Les demandeurs d'asile, pour aménager une santé mentale positive, adoptent des stratégies contraintes (Chatel.V., Soulet M.H., 2002) du fait des obligations liées à la procédure de demande d'asile. Elles permettent de réaliser des compromis pour ne pas succomber et pour survivre aux conflits internes de chacun. Elles sont plus ou moins conscientes et à l'œuvre aussi bien chez le demandeur d'asile (il se plie, se déforme pour être conforme aux attentes,...) que chez l'intervenant. Sa subjectivité est aussi mise à mal face aux éléments de la procédure et aux contraintes de la constitution d'un dossier.

L'impact du malaise des intervenants dans la pratique

L'expression du malaise des intervenants fait quasiment partie de la relation d'aide dans ce contexte ; il se traduit par des vécus de scandale, de révolte mêlés à l'empathie. Ce malaise s'exprime en général avec beaucoup d'émotions face à l'expérience quotidienne des inégalités de traitement entre demandeurs d'asile. Quelle que soit la forme que prend ce malaise parfois diffus (sensation d'envahissement, sentiment d'impuissance, d'injustice, de révolte,...), il indique toujours quelque chose de la souffrance du demandeur d'asile *en relation* avec l'intervenant⁶.

Le scandale est souvent évoqué envers les dysfonctionnements indignes de ce système d'accueil.

L'intervenant est aussi souvent témoin de l'expérience de l'horreur, de l'effroi et de la sidération face à ce qui a été vécu là-bas. Cette violence dans la

5. Cf l'article de Zohra Harrach dans ce même numéro.

6. Cette souffrance portée (J. Furtos, C. Laval, 1998) est vécue et interprétée comme le signe du mal-être de l'autre.

rencontre avec le demandeur d'asile est présente et problématique. Que faire de ces récits traumatiques ? Des inquiétudes importantes portent sur les conséquences de ces traumatismes pour l'avenir de la personne et de sa famille.

Nous avons authentifié quatre éléments de la pratique où se nouent particulièrement tensions et malaise, ce sont : la pratique de l'écoute, la question de la vraisemblance, le codage de la souffrance et les pratiques d'admissibilité.

Une pratique de l'écoute qui ne va pas de soi

Tous les intervenants sont concernés par la difficulté à écouter un contenu parfois lourd ou incroyable, tous ont à entendre et à voir un corps qui parle à la place de la personne, à entendre des signes de souffrance de différents ordres et à travailler avec.

D'où vient ce malaise et parfois cette grande souffrance à l'écoute des demandeurs d'asile, même lorsque les actes subis ne sont pas décrits ?

Le travail et les actes de déshumanisation sont marqués par la sidération face à l'horreur. Personne n'est exempt de cet ébranlement lié à l'attaque des fondements anthropologiques de l'individu, qui atteignent ce qui collectivement nous garantit une cohérence dans le monde des humains⁷. Dans ce sens, l'attaque porte sur les articulations entre le collectif et l'individuel que sont l'intrapsychique, l'intersubjectif, le transsubjectif et le politique. Cet ébranlement profondément vécu par les intervenants dans leurs relations avec les demandeurs d'asile doit être alors anticipé par les intervenants car il procède d'un délitement quasi structurel.

En même temps, pour que la violence des actes de déshumanisation, de la torture et de l'exil forcé s'atténue dans ses effets psychiques, ne faut-il pas se préparer à la recevoir, même de manière « crue » ? Pour le moins, cela nécessite de penser le cadre de réception de cette violence.

L'écoute, qu'elle soit finalisée vers un soin psychique, vers la réalisation d'un dossier ou vers un don compassionnel, se conjugue avec la problématique d'avoir à « faire parler »⁸ et du coup, le sentiment désagréable de se trouver en position de bourreau potentiel. L'accueillant, quel qu'il soit, se trouve pris dans le paradoxe d'avoir à entendre ou

à susciter une parole nécessaire et en même temps douloureuse. « *Enfin, est-il vraiment nécessaire de réveiller les souffrances de ceux qui tentent d'oublier des événements dont ils ont été les victimes ou les témoins impuissants ? A quoi bon solliciter les souvenirs de ceux qui se battent contre les assauts d'une mémoire incapable d'instaurer un oubli apaisant ?* » (Waintrater, 2003, p. 10). Le psychologue, quant à lui, dans sa fonction spécifique, est pris dans le dilemme entre une parole qui fait souffrir et un silence-refuge qui révèle l'anéantissement du sujet.

Dans quelles conditions la parole devient-elle nécessaire ? Elle l'est sur un plan opérationnel, pour construire le dossier OFPRA ; mais elle l'est aussi d'un point de vue de la santé mentale pour reconstruire un lien à soi-même et aux étrangers que nous sommes pour les demandeurs d'asile.

Etre dans cette forme d'écoute possible sous-entend, pour René Roussillon, de pouvoir soi-même « survivre » sans s'attendre à une véritable alliance de travail de la part de ces sujets ayant vécu des situations extrêmes. « *Les « soins » sont donc régulièrement menacés voire attaqués, la main qui se tend est « mordue ». Survivre c'est alors entendre ces attaques comme un moyen de s'assurer de la force du lien, c'est aussi l'entendre comme un moyen de nous faire « partager » ce qu'ils ont enduré, c'est enfin l'entendre comme mise à l'épreuve des motifs qui nous conduisent à proposer de l'aide* » (Roussillon, 2005).

La vraisemblance : une question dérangement

Démêler ce qui relève du « vrai »⁹ et du « faux » ne va pas de soi dans l'aide à la constitution du dossier. Tout le travail de l'intervenant consiste à sortir de cette bipolarité du vrai et du faux et à créer un espace autour de la vraisemblance. Outre la difficulté à réunir de « vraies » pièces pour le dossier, c'est le contenu même du récit qui ne manque pas d'interroger la vraisemblance des faits : « comment croire ce que j'entends ? » Comment travailler en tant qu'écouter sans être soi-même sidéré face à l'envahissement de l'émotion ?

La recherche de la vraisemblance s'appuie sur des éléments plus ou moins vérifiés objectivement mais aussi sur des éléments subjectifs. Le vécu de

7. Cf. la notion de « garants métagarants », R. Kaës, 1998.

8. Cf. le travail de B. Bruyère, 2004.

9. Ici, le vrai est du côté du véridique et non de la vérité.

la relation devient un autre indice pour l'intervenant qui va se fier à son sentiment quant à la véracité du récit de la personne qu'il a en face de lui.

Lors des entretiens avec la personne en demande d'asile se pose aussi la difficulté de la langue et là encore, le rapport aux langues d'origine et d'accueil pose la question de la vraisemblance : « *pourquoi ne veut-il pas nous parler en français ? Depuis le temps qu'il est en France, il devrait pourtant avoir acquis quelques mots. Pourquoi ne veut-il pas parler dans sa langue d'origine avec le traducteur ?* » L'écart culturel pose toujours le risque d'être mal interprété.

En somme, dans la procédure du récit juridique, la place des affects sous-jacents ou exprimés de la personne et de l'intervenant est toujours présente mais peu analysée. Comment alors ne pas confondre témoignage juridique et récit de soi sans l'organisation d'une procédure d'objectivation du recueil de données (règles non personnelles, charte collective par exemple) ?

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

Coder de manière appropriée les signes de la souffrance ne va pas de soi. En effet, le diagnostic est dit « brouillé » par les intervenants. En d'autres termes, leur choix hésite entre un codage sémiologique, de type symptôme réactionnel, ou un codage en référence à la nosographie psychiatrique, telle la psychose ; toute la difficulté est bien de tenir compte des signes discrets ou bruyants et de ne pas nier le contexte culturel et migratoire du sujet.

L'expression parfois étrange d'une souffrance plus ou moins bruyante (rituels d'incantation dans la langue d'origine de la personne par exemple) inquiète les intervenants qui cherchent la meilleure manière de soulager la souffrance. « *Toute souffrance quelle qu'elle soit s'exprime à travers les cadres conceptuels de chaque culture et de chaque époque* » (Stitou, 1997, p. 24). Là se pose d'emblée le problème du bon interlocuteur en fonction de la manière dont ces signes « étranges et étrangers » vont être codés par l'intervenant : faut-il orienter vers un soin psychiatrique ? Comment se situer par rapport au soin traditionnel (marabout ou guérisseur) ? En effet, avec les personnes exilées de leur

pays d'origine, le soin rend compte d'une « *confusion entre ce qui relève des éléments culturels et des processus psychiques* » (Stitou, 1997, p. 24).

Les antécédents de soins « mentaux » (thérapies traditionnelles ou modernes, médicales et psychiatriques) servent parfois d'indicateurs à l'intervenant lorsqu'il possède quelques informations. De même, les modalités d'entrée en soin (urgence, consultation avec un psychologue ou psychiatrie), lorsque celui-ci a pu être engagé, informe l'intervenant sur les modalités de soin à poursuivre et l'aide à classer les signes dans une sorte d'échelle de gravité.

Des pratiques d'admissibilité : entre probable et improbable

Dans le cadre de l'aide au récit et plus largement de l'accompagnement et du suivi du dossier pour l'OFPRA, les intervenants sont confrontés à la question de l'admissibilité au statut de réfugié. Ils partent d'un constat : il existe un tri et une sélection. Les intervenants sont en première ligne. Lorsqu'ils ont pris conscience que le taux de probabilité d'obtention du statut se joue aussi en amont de la décision de l'OFPRA, ils se sentent investis d'une lourde responsabilité. Ils ont une connaissance jamais assurée mais toujours en alerte sur ce qu'il vaut mieux dire et comment le dire, sur ce qu'il vaut mieux faire passer ou non, sur ce qui est défendable ou moins défendable.

Dans une finalité d'admission, leur travail consiste, dans le fatras des effrois et des espoirs intriqués des demandeurs d'asile, à différencier le probable de l'improbable. Ils deviennent alors co-producteurs de la procédure en même temps qu'ils restent dépendants de la manière dont les règles du jeu sont définies au niveau politique. De ce fait, leur activité s'identifie de plus en plus à une prise de risque éthique (Colin. V., Laval. C., 2005). Dans ce nouveau contexte, comment évaluer les limites de l'ingérence dans la vie d'autrui ? Comment ne pas pratiquer des « extorsions » de récits ? Comment ne pas être entraîné à son corps défendant dans une logique d'action où l'échelle de critère « technique » prime sur l'humain ?

Ces conflits subjectifs et éthiques traversent les intervenants et les empêchent parfois de « *faire leur travail d'une manière jugée acceptable* », selon leur

propos. En permanence les contraintes de la réalité induisent des ajustements qui sont autant de compromis. Ils sont amenés à réagir en tant que personne. Ce qui met au centre de leurs pratiques d'ajustement la question des limites morales et personnelles au-delà desquelles l'action sociale dont ils sont les agents « n'est plus acceptable ». Comment rester les défenseurs du droit d'asile et en même temps devenir des gestionnaires de la pénurie des places ? Jusqu'où cautionner la répartition inégalitaire des dossiers d'un département à l'autre ? Ces questions non résolues, mais toujours présentes dans le concret de l'action sont productrices de prises de positions mais aussi alimentent au quotidien un régime d'action marqué par des tensions psychiques dont le trop plein peut aboutir à des situations de stress pour certains ou d'épuisement, après quelques années de « terrain », pour d'autres.

10. Cf. l'article de D. Belkis et de S. Franguiadakis dans ce numéro.

Au-delà d'une problématique de déontologie professionnelle, les intervenants sont habités par une éthique de *responsabilité collective qu'ils portent en tant que personne isolée, atomisée, avec peu d'espace de reprise collective*. Ces espaces de reprise collective et de multidisciplinarité sont donc à promouvoir.

La santé mentale dans le champ de la demande d'asile : vers un nouvel imaginaire de l'hospitalité

Vouloir identifier les processus qui portent atteinte à la vie psychique des personnes en demande d'asile qui ont échappé aux violences et aux sévices « là bas », conduit non seulement à tenter de mesurer l'étendue d'une déchirure indicible du monde humain mais oblige aussi à préciser les

conditions à partir desquelles peut se fabriquer un accueil non pathogène « ici ».

Venant en écho au déni collectif sur la manière dont sont (mal) traitées les personnes en demande d'asile, notre activité de recueil des données s'est trouvée prise au centre d'une pratique *sensible* dont de nombreux intervenants de terrain témoignaient qu'elle rendait « fous » le système des relations dans lesquels ils étaient engagés. Qu'il s'applique aux demandeurs d'asile mais aussi aux accompagnants, il s'agit dès lors d'objectiver des mouvements subjectifs insistants, récurrents, dans un champ de pratique où la rencontre avec l'autre est trop souvent bornée par l'injonction publique suivante : circulez, il n'y a rien à voir, rien à dire, rien à éprouver !

Un axe fort de travail émerge de cette recherche.

D'abord, il devient urgent de revisiter la définition officielle de santé mentale, parce que trop abstraite et surtout parce qu'elle risque de viser un individu atomisé, délié de ses attachements. On voit bien comment les relations intersubjectives d'aide, de soin ou d'accompagnement ou encore de soutien communautaire sont parfois les seuls éléments de soutien à la santé mentale pour des « êtres désaffiliés »⁽¹⁰⁾.

Enfin une bonne surprise s'est imposée à nous dans les suites de la recherche : à condition d'une mise au travail collective, le malaise et les tensions vécues par les accompagnants peuvent devenir le moteur de la créativité. Cette expertise collective participe à penser un nouvel imaginaire de l'hospitalité qui ne soit pas seulement celui des flux des places et des dossiers, ce qui doit remonter vers les politiques qui définissent les lois d'accueil.

