



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

**Parcours migratoire et psychiatrie:
d'un asile à l'autre**

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Yannis Gansel

PONCET LEA

Année 2020-2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
SITUATION CLINIQUE DE VICTOR.....	5
I – PARCOURS D'ASILE	12
1) Les définitions de l'asile.....	12
a. Demande d'asile juridique	12
b. Reconnaissance sociale : Aux frontières du droit et de l'humanitaire.....	13
c. La condition d'exilé : Précarité plurielle.....	14
d. Donner asile	15
e. La dimension topique de l'asile	16
2) Focus sur l'hôpital psychiatrique.....	16
II – L'ACCUEIL D'UNE PERSONNE MIGRANTE EN PSYCHIATRIE : ENTRE	
CONTINUTE ET DISCONTINUTE DE L'ASILE.....	19
1) L'accueil d'un public en souffrance en psychiatrie	20
2) L'accompagnement : entre protection et autonomie	24
III – UNE PASSERELLE VERS L'EXTERIEUR COMME VECTEUR D'ESPOIR	28
1) La mobilité des professionnels de santé	29
2) Focus de l'équipe mobile dans laquelle je travaille.....	32
3) L'articulation entre les équipes mobiles et les partenaires extérieurs	34
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES - HISTOIRE DE VIE DE VICTOR.....	42

INTRODUCTION

Il me semble que l'exil est une forme bien particulière de migration parfois assimilée au voyage. En quête d'ancrage, cette odyssee raconte ce sauvetage.

Comme s'il fallait sauver quelqu'un, tirer une personne d'une situation critique et protéger sa santé mentale, les différentes situations de parcours migratoires rencontrées impliquent fortement les professionnels et acteurs concernés.

Nous pouvons dès lors nous interroger sur le constat de la présence croissante de ce public dans des dispositifs du champ de la santé mentale.

La population migrante est particulièrement touchée par des facteurs pouvant avoir un impact négatif sur la santé mentale. En effet, les motifs de départ du pays d'origine sont souvent liés à des vécus de violences (menaces, torture, persécution, discrimination, guerres, ...). Nous savons également que durant les parcours migratoires les personnes sont très fréquemment malmenées et victimes d'agressions. Enfin, dans le pays d'arrivée, la discrimination, le mal-logement, les difficultés administratives, la perte des objets sociaux peuvent également être source de souffrance.

Sur le plan psychique, ces événements peuvent provoquer de la détresse mais également participer à l'installation ou à la pérennisation de troubles psychiatriques avérés. Les facteurs post-migratoires (insécurité administrative, situation de précarité, stratégie d'acclimatation) augmentent la fréquence et l'intensité des symptômes des différents troubles psychiatriques. Il a été montré que les troubles psychotiques ont une prévalence plus importante dans la population migrante¹.

Plusieurs écoles de psychiatrie s'intéressent aux questions de migration, en essayant de comprendre et d'expliquer les particularités de prévalence et de manifestation des symptômes psychiatriques au sein de cette population.

¹ Henssler J. et al., Migration and schizophrenia : meta-analysis and explanatory framework, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience volume 270, 2019, p. 325-335

En s'appuyant sur le modèle stress-vulnérabilité selon lequel le stress favorise l'apparition de troubles chez des personnes ayant un terrain de vulnérabilité, on peut aussi comprendre que ce public soit concerné par la santé mentale.

La psychiatrie transculturelle propose un focus porté sur la personne et ses caractéristiques culturelles afin de reconstituer une nosographie ethnique. Cette grille de lecture culturelle de la psychopathologie qui s'appuie sur les écarts de représentation et de système de pensées entre personne migrante et milieu d'arrivée, met aussi en évidence la difficulté du public migrant en terme d'acculturation.

Le courant de la psychiatrie sociale, avec la clinique psychosociale, s'interroge, quant à lui, sur les effets de l'environnement social sur la santé mentale des individus en ouvrant la question des inégalités sociales de santé et de précarité.

La particularité de la population migrante pose la question des dynamiques de prise en charge, des modalités de mise en œuvre du soin, et des biais potentiels à la relation d'aide et à l'accès aux soins.

Pour guider ce travail, j'ai choisi de travailler à partir de la situation d'une personne (Victor) que j'ai rencontrée depuis ma place d'infirmière en psychiatrie au sein d'une équipe mobile de secteur. L'histoire clinique de cette personne résonne avec la situation sociale et environnementale: en effet, l'expression des troubles psychiatriques résulte de l'interface entre souffrance psychique et sociale.

La rencontre avec les personnes concernées au sein de la communauté me fait prendre conscience de la complexité de certaines situations vues sous le prisme de ma spécialité en psychiatrie. De fait, intégrer votre formation m'est apparu comme une étape essentielle du cheminement.

Ce mémoire est porté par le désir de questionner ma pratique professionnelle en poursuivant une réflexion autour des soins et de l'accompagnement que nous proposons en psychiatrie en lien avec un public migrant demandeur d'asile.

Pour ce faire, je vais commencer par présenter brièvement mon parcours. Cette envie d'élargir, aujourd'hui, mon questionnement et ma pratique professionnelle est nourrie de multiples expériences de vie. Infirmière depuis plus de 10 ans, j'ai travaillé dans différentes structures en psychiatrie. Ces années ont été jalonnées par plusieurs longs voyages. Ces diverses rencontres avec l'Autre m'ont permis de découvrir, de déconstruire et d'ouvrir mon regard. Cette soif d'apprendre et cette sensation régulière de me sentir "étriquée" dans mon monde dessinent aussi la professionnelle de santé que je suis. Cette exposition, je la ressens davantage depuis que je travaille à domicile. Je crois que je prends conscience aujourd'hui que je travaille essentiellement avec ce que je suis et cette prise de recul m'amène à questionner, peut-être, les limites de nos structures psychiatriques. C'est certainement donc le moment pour moi de réfléchir autour de ces questions.

Je souhaite effectivement mener une réflexion autour de l'asile, de la demande d'asile, de la psychiatrie comme lieu d'asile et de la démarche "d'aller vers".

Cette réflexion débute par un pêle-mêle de questions autour de l'accès aux soins et des lieux de soins : Victor a fui, vers un ailleurs, espérant qu'il soit meilleur, mais comment peut-il se reconstruire avec un contexte d'insertion aussi précaire ? Comment l'accompagner, de ma place d'infirmière en psychiatrie dans sa quête de place dans une société choisie, pas forcément désirée, et qui de plus l'a rejeté plusieurs fois ?

Qui est ce Monsieur, "cet autre" ? Comment le considérer et lui venir en aide ? Comment allier notre mission tout en étant préoccupé par l'individu dans toutes ces dimensions ?

Comment l'accompagner dans cette attente dans ce contexte aussi fragile et incertain ? Et l'attente de quoi ?

Comment apporter du soin en santé mentale à des personnes qui sont elles-mêmes dans une situation de grande insécurité administrative, résidentielle, culturelle ? Sommes-nous tous acteurs de la santé mentale de ces personnes ? Finalement, toutes ces personnes ont-elles foncièrement besoin de soins psychiatriques tels qu'on les procure actuellement en France ? Si nous agissons sur les facteurs environnementaux et sociaux, réduit-on les statistiques d'accueil de cette population en psychiatrie ?

Dans ce qui suit, je propose donc d'approfondir les épreuves auxquelles sont confrontés les migrants demandeurs d'asile et les professionnels de santé ainsi que la manière dont sont prises en compte les problématiques sociales en psychiatrie, en m'appuyant sur la situation de Victor.

Après avoir éclairci les fondements de l'asile dans une première partie, je montrerai comment l'accueil des troubles et de la souffrance de Victor à l'hôpital psychiatrique se situe entre continuité et discontinuité de l'asile, entre continuité et rupture du lien social, mais aussi dans une forme d'ambivalence entre protection et autonomie. Puis la troisième partie sera l'occasion de préciser certaines modalités d'intervention spécifiques au public migrant en tenant compte de l'environnement et "du réseau" établi autour de la personne.

SITUATION CLINIQUE DE VICTOR

La rencontre :

Je connais Victor depuis un an et demi. Je l'ai rencontré pour la première fois au mois de février 2020 en binôme avec une collègue de mon équipe mobile de secteur. Ce premier contact au Centre hospitalier Saint Jean de Dieu à Lyon dans son service d'hospitalisation formalise notre accompagnement et acte une date de première visite à domicile à sa sortie. Notre place est d'accompagner la transition entre l'hôpital et le domicile et d'apporter un soutien sachant que dans sa situation, la question du retour au domicile semble délicate puisque Victor nous livre ses craintes d'un risque de retrouver ses symptômes à cette sortie.

Cette première hospitalisation d'un mois en France en janvier 2020 en soins libres a fait suite à une tentative de suicide par strangulation (avec ses mains). D'origine albanaise, Victor avait alors 54 ans et ne parlait pas français.

La tentative de suicide est intervenue dans un contexte biopsychosocial précaire avec une intrication d'éléments sociaux (demande d'asile déboutée), environnementaux (mesure d'expulsion en cours dans le foyer d'hébergement suite au refus de l'OFPRA¹, des conditions d'accueil en foyer difficiles (vie en collectivité, insécurité, hostilité de certains résidents générant de la persécution, du harcèlement et des conflits quotidiens), et familiaux (épouse souffrant d'une tumeur cérébrale, inquiétude par rapport à une de ses filles restée en Albanie).

Se sont ajoutés aussi des éléments de persécution dans son milieu d'origine ayant provoqué un état de stress post-traumatique.

¹ Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides : établissement public administratif, qui examine les demandes d'asile et se prononce quant à l'attribution du statut de réfugié à ceux qui en font la demande. Le délai moyen de l'examen du dossier est de plusieurs mois, mais si la demande est refusée une première fois et qu'un recours est déposé devant la Cours nationale du droit d'asile, le traitement de la demande d'asile peut prendre plusieurs années.

Parcours migratoire :

Victor est actuellement sans titre de séjour. Il est arrivé en France en 2017 dans un contexte assez obscur avec son épouse et leur fille de 21 ans, Ariela. Nous avons notion de kidnapping de sa plus jeune fille Ariela contre une rançon avec une menace perpétuelle qui oblige la famille à quitter brutalement l'Albanie dans l'espoir de trouver une sécurité et une protection en France. Depuis leur arrivée deux demandes d'asile ont été déboutées. Une demande d'expulsion du foyer est en cours. Il est aujourd'hui accueilli dans un PRAHDA¹ Adoma à Oullins.

Première visite à domicile :

Nous découvrons avec ma collègue infirmière pour la première fois ce lieu d'accueil. A ma connaissance, il n'y a pas d'ascenseur, nous prenons les escaliers pour atteindre le 4ème étage. Nous croisons alors beaucoup de vie, de brouhaha, d'odeurs, de parfum et de regards dans les escaliers et dans le hall. De nombreux enfants en bas âge sont dans les bras de leurs parents. Cette ambiance est étrange (ère-air(e)) : une impression de courant d'air aride me rappelant le désert, avec, au loin, tel un mirage, un lieu habité par une multitude d'âmes.

La famille dispose de trois petites pièces de moins de 10 m², les unes à coté des autres dans un long couloir. C'est si petit qu'à quatre on est rapidement bloqués ; avec l'impression de ne plus pouvoir bouger. Les murs, fins comme du papier, ne laissent pas place à l'intimité.

Victor peut dire "bonjour" en français, ce qui permet de nous saluer, de nous reconnaître et de nous sourire. Puis, mutuellement, nous nous tournons vers sa fille.

¹ Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile

Il a été convenu depuis l'hôpital que nos visites se feraient en présence de cette dernière qui interviendrait en tant qu'interprète. Rapidement, il nous donne l'impression de ne pas pouvoir tout dire devant sa fille, comme pour la préserver. Cette langue est très éloignée de la nôtre. Victor parle peu ; le discours est laconique ; le ton est lapidaire mais on entend, on reconnaît vite la consonance de "stress" qui revient comme le refrain d'une plainte.

Il parle de périodes de crise ; c'est ainsi qu'il nomme ses passages à l'acte suicidaire ; des crises souvent précédées par quelques jours de profonde tristesse, avec une augmentation de cauchemars et de replis sur soi. Ce jour-là, le contact est froid, détaché mais sans hostilité. Sa posture est figée, il a le regard fixe avec peu de mimiques sur son visage.

L'échange lors de cette première rencontre est centré sur une demande urgente de relogement, sans quoi l'état de tension de monsieur ne peut s'atténuer. Cette visite à domicile pourrait s'apparenter à "la rencontre", déterminante de la construction du lien social.

Nous sommes rapidement interpellées par le fait que monsieur soit sorti d'hospitalisation sans aucun traitement à visée anxiolytique. Les observations médicales allaient dans le sens d'un "Effondrement anxio-dépressif sévère post-traumatique, avec raptus suicidaire en lien avec les circonstances d'accueil au foyer et le rejet d'asile."

Nous faisons aussi le point sur la situation sociale, actuellement gérée par sa fille qui semble épuisée. Il était pourtant question d'un relai de l'assistante sociale de l'hôpital vers une assistante sociale spécialisée dans l'accompagnement des démarches des demandeurs d'asile. Nous ne retrouvons aucune mention de rendez-vous avec l'assistante sociale du centre médico-psychologique (CMP) non plus.

Nous devons clore nos échanges avec beaucoup d'inquiétudes et un sentiment d'impuissance. Nous ne savons pas quoi faire pour venir en aide à la famille face à la précarité de la situation. Nous nous sentons seules dépositaires d'une grande souffrance. Nous rappelons les coordonnées du service hospitalier, si besoin la nuit, et transmettons une date de visite une semaine plus tard, en précisant que nous sommes joignables et disponibles avant si besoin.

Pourquoi avons-nous été sollicitées ? Comment répondre à la demande de cette famille ?

Nous sortons "choquées" ma collègue et moi. Nous nous sentons estomaquées et médusées. Un long moment de silence nous relie. Puis, dans la voiture, nous nous livrons nos ressentis comme pour décharger et retrouver un souffle, une respiration : "Wahou, nous ne sommes pas nés sous la même étoile. Comment parler d'égalité des chances ? Mais en fait non, Eux ... Leur situation, ça pourrait être nous ?"

A l'issue de la visite :

De retour au bureau nous ne parvenons pas à nous détacher de cette impression désagréable de devoir pallier une pratique de négligence hospitalière rendant notre intervention encore plus périlleuse.

Pour essayer de comprendre et récolter d'autres éléments, nous nous plongeons dans le dossier médical informatisé. Nous sommes surprises de trouver si peu d'informations biographiques dans son dossier. Beaucoup d'éléments cliniques apparaissent sans réelle anamnèse : des petits bouts d'histoire glanés lors d'entretiens divers, sans pouvoir raconter une histoire dans sa globalité.

La question de l'interprétariat s'est souvent posée à l'hôpital, sans être véritablement solutionnée. Tout d'abord, nous cherchons parmi le personnel une personne qui parle la langue albanaise ; puis on a recours à l'utilisation de Traducmed¹ en urgence. Un interprète est demandé par téléphone. Victor exprime une méfiance à l'égard des interprètes, il craint la diffusion de propos le concernant à l'extérieur. Il ne dit rien avant d'être rassuré sur la confidentialité, argumentant une mauvaise expérience avec un interprète qui n'aurait pas traduit correctement ses propos recueillis au sein du service. C'est donc sa fille qui est le plus souvent sollicitée pour traduire. La question des mots choisis et retenus semble donc très importante dans cette histoire.

On retrouve plusieurs questionnements de la part de l'équipe soignante qui interroge la fiabilité de son discours, ou du moins interroge une part "de victimisation excessive", devant les allégations du directeur de la structure d'hébergement qui relate de nombreuses situations conflictuelles avec cette famille ainsi que leur manque d'investissement aux accompagnements proposés.

On lit aussi une difficulté de tisser une alliance thérapeutique² et d'évaluer l'état psychique qui reste inquiétant et énigmatique.

Durant l'hospitalisation, Monsieur répète qu'il se sent en sécurité à l'hôpital et qu'il ne veut pas retourner au foyer. Il déclare en avoir assez des conditions de vie au foyer et souhaite que l'hôpital l'aide à trouver un abri, un appartement, dans un environnement calme. Il aurait du mal à entendre que le rôle de l'hôpital se cantonne uniquement aux soins, qui serait la stabilisation de son état psychique, sans solutionner la question du logement.

¹ Application de traduction vocale

² L'alliance thérapeutique est développée par Cungi C., psychiatre, comme la relation entre un thérapeute et un patient ayant un rapport collaboratif. Le patient et le thérapeute travaillent ensemble sur un même problème. Ce climat de partenariat va être le principal pilier de l'efficacité de l'alliance.

On découvre également que Monsieur s'est engagé dans un séjour relevant de "l'hospitalisme psychiatrique". L'apparition des troubles est manifestement en rapport avec une mauvaise tolérance aux conditions de vie actuelle. L'hôpital, dans ce contexte, est vécu comme un refuge où Monsieur est entièrement pris en charge ce qui diminue sa perception de l'inconfort global dans lequel il vit depuis plusieurs années.

Après la sidération et la compréhension du sentiment d'impuissance, l'équipe de soins a été dans la réaction, voire même la sur-réaction. Se procurer une ordonnance d'anxiolytique ? Besoin de savoir pourquoi Monsieur n'a pas de rendez-vous social avec l'assistante sociale du C.M.P. ?

Nous sommes guidées par l'envie de lui donner beaucoup et de lui venir en aide à tout prix. Cependant, j'ai senti que mon discernement était peu fiable, fragilisé par le constat des vulnérabilités cumulées et l'intrication des problématiques. Il est parfois difficile de distinguer chez ce public ce dont il souffre de ce dont il a besoin.

Sur un temps de réunion en équipe pluridisciplinaire, "temps de pause institué", reconnu comme un espace où "l'on fabrique de la pensée", nous reprenons et revivons ensemble cette première rencontre. Nous convenons que nous avons partagé un état traumatique avec cette famille, qu'elle a su nous transmettre une forme de dissociation. Cette reconnaissance d'état partagé et identifié nous mène vers d'autres postures, empreintes de plus de lucidité. Nous réalisons aussi que nous avons été interpellées pour des choses auxquelles nous ne sommes pas formées. J'ai éprouvé la nécessité de comprendre cette situation, avec l'envie de prendre d'autres casquettes, d'élargir le champ de mes fonctions.

En raison des mesures sanitaires liées au covid 19 et de l'impossibilité de se rencontrer en présentiel, notre suivi s'est délité assez rapidement.

Une seconde hospitalisation :

Il faudra une deuxième hospitalisation en soins libres en juillet 2020, plus longue, (d'une durée de 4 mois) pour recueillir plus d'informations et prendre le temps d'écouter son récit. Finalement il semblerait que Monsieur ait des choses à dire, à déposer et à traiter.

Le motif d'hospitalisation est une nouvelle tentative de suicide, par défenestration, avortée par l'intervention de sa fille.

A l'hôpital, Victor restaure un climat de sécurité interne en s'installant un peu. On lui propose de porter ses habits, il se préfère en pyjama... Il exprime longtemps un désespoir face à la situation sociale extrêmement précaire et quant à l'avenir. Il évoque de nouveau le suicide à l'idée de retourner vivre au foyer. Progressivement l'humeur apparaît rehaussée. Des entretiens hebdomadaires sont instaurés avec la psychologue du service, avec le support du photolangage, et une interprète par téléphone. Il participe aussi à de la médiation équine.

Des contacts fréquents sont établis avec la structure d'hébergement, tant le directeur que l'assistant social, pour comprendre la situation et réactiver les démarches auprès de la Maison de la Veille Sociale. C'est aussi pour mieux se projeter vers un retour au foyer, sans non plus omettre l'ambiance très compliquée, et renouveler sa demande qu'on lui trouve un petit studio.

Cette deuxième hospitalisation confirme la présence d'un stress post-traumatique, avec une irritabilité, une tension de fond apparue depuis l'évènement de 2017, des cauchemars persistants et des flashes.

C'est une notion de vulnérabilité psychiatrique propre, même si pour l'équipe, l'amélioration clinique ne pourra être durable que lorsque l'ensemble de la famille évoluera dans un environnement stable et sécurisé, notamment sur le plan administratif. Un certificat "malade étranger" a été rédigé à la demande de sa fille.

Au-delà de l'hospitalisation, il est même question qu'il vienne sur un temps d'hôpital de jour au moins pour poursuivre la médiation équine.

I – Parcours d'asile

1) Les définitions de l'asile

Le terme d'asile désigne aussi bien le processus consistant à demander ou à accorder protection aux persécutés, que les établissements assurant aussi une fonction de protection. Les demandeurs d'asile constituent une population qui vient questionner le lien social (parce qu'elle se situe à son bord.)

a. Demande d'asile juridique

A travers mes lectures, je constate que la demande d'asile est une procédure juridique qui survient à la suite "d'un premier moment de rupture des ancrages dans un pays dans lequel un sujet est devenu indésirable."¹ Le sujet subi des persécutions "qui se situent dans le registre d'une attaque de ce qui fait lien social"² et se trouve contraint à la migration non choisie. Le sujet se trouve poussé dans ses limites tant sur le plan de ses espaces habituels de vie, de son corps, et de son psychisme. S'en suit une recherche de protection qui passe par une invisibilité sociale et une dispersion dans l'espace, pouvant même se poursuivre jusque dans le pays d'accueil. La migration forcée et la faillite du lien social confronte l'individu à l'insécurité majeure de ne plus pouvoir habiter un monde devenu inhospitalier où la loi de l'État a failli et sans toujours savoir ce qu'il peut attendre de l'État qui va l'accueillir.

S'en suit le temps de l'exode qui devient le moment fondateur d'une vie désarrimée de ses ancrages antérieurs.

¹ Baligand P. La demande d'asile: l'attente du lieu d'un lien social ? 2013, p. 61-70

² Ibid

À la première attaque du lien social dans le pays d'origine et à la fuite vers un autre pays succède le moment de la demande d'asile à proprement parler. Son horizon, soutenu par la définition juridique établie par la Convention de Genève de 1951¹ est celui d'une inscription au sein d'un nouveau lien social, dans un pays susceptible d'offrir un asile, au sens d'un lieu inviolable² garantissant le respect de la personne et laissant espérer la possibilité d'accès à une vie libre en société.

Le temps de la procédure est long, étiré, allant de plusieurs mois à plusieurs années. Cette situation, où le temps est suspendu place la personne qui demande l'asile dans une situation d'attente prolongée et la plonge de nouveau dans une forme d'invisibilité sociale juridiquement instituée. Dans cet intervalle, les demandeurs d'asile expérimentent "un hors temps", "hors de la loi" qui régit habituellement les rapports humains, dans l'attente d'une nouvelle place sociale.

b. Reconnaissance sociale : Aux frontières du droit et de l'humanitaire

La seule forme de reconnaissance sociale dont les personnes en demande d'asile peuvent bénéficier au cours de cette période est humanitaire. S. Franguiadakis, D. Belkis, maîtres de conférences en sociologie, et E. Jaillardon, professeure de droit (2004) montrent bien les paradoxes de cette situation :

¹ La France adhère à la convention de Genève du 28 Juillet 1951 qui définit à la fois les caractéristiques du demandeur d'asile et les obligations des États signataires envers lui. Le demandeur d'asile y est défini comme "une personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte ne veut se réclamer de la protection de ce pays."

² Le terme asile, en grec *asylum*, signifie le lieu inviolable, que l'on ne peut s'approprier.

"La catégorie juridique du demandeur d'asile définit donc un espace-temps pendant lequel ce dernier ne peut détenir temporairement que des droits que l'on peut qualifier d'humanitaires : il est sans attaches juridiques puisqu'il n'est plus le citoyen de l'État qu'il a fui, il ne bénéficie pas encore (et statistiquement ce ne sera que bien rarement le cas) de la protection d'un autre État, il est simplement un être humain démuné que l'État auprès duquel il cherche refuge ne désire, en général, pas accueillir mais à qui, droits de l'Homme obligent, il doit concéder le minimum humanitaire."¹

L'asile prend différentes formes. Son caractère contraint et humanitaire précarise, vulnérabilise et fragilise les requérants de l'asile.

c. La condition d'exilé : Précarité plurielle

L'une des particularités de ce public qui fait face à la problématique d'accès au séjour, est l'insécurité administrative dans laquelle il se trouve et qui régit la manière d'organiser la vie quotidienne et autour de laquelle se déploie une grande précarité.

Elise Pestre, psychologue clinicienne et psychanalyste, évoque ainsi cette notion de précarité plurielle qu'elle lie à la condition d'exilé. Elle définit cette dernière comme: "économique, administrative (crainte permanente de l'expulsion, du non-renouvellement des autorisations de séjour, contrôles policiers... et évitement des espaces publics, des milieux institutionnels), sanitaire (fréquence des problèmes de santé et renoncement aux soins), affective (isolement, famille éclatée, disparue)."²

Concernant la vulnérabilité, la santé des étrangers en situation d'exil est affectée par de multiples facteurs dont l'association fait la spécificité et est le produit de leur condition sociale et de leur condition de vie. Cette précarité a bien évidemment des effets sur la santé mentale.

¹ Franguiadakis S., Jaillardon E., Belkis D. En quête d'asile. Aide associative et accès aux droits. Ed. Igdj, 2004, p 54

² Lhuilier D., Pestre E. Introduction. La double face de l'exil. "Nouvelle revue de psychosociologie", Erès, 2018, 1 N° 25, p. 9-14

d. Donner asile

Il me semble difficile de parler de la demande d'asile sans développer l'expression "donner asile". Donner asile n'est pas une forme d'hospitalité ordinaire puisque celui qui demande asile n'est pas un hôte banal. Il est dans une situation particulière qui fait de lui un être menacé mais aussi quelque part un être menaçant. L'image autrefois d'un vagabond persécuté qui se réfugie dans une église pour échapper à ses poursuivants ou, aujourd'hui, l'étranger chassé de chez lui dont on ignore les raisons qui l'ont poussé à la fuite.

A ce sujet, Jacques Barou, docteur en anthropologie, explique que "Donner asile est un acte qui engage plus que l'individu qui accueille chez lui l'hôte de passage, c'est un acte qui engage la collectivité en tant que telle. Elle doit s'efforcer de protéger le demandeur d'asile mais aussi tenter de s'en protéger elle-même."¹

De ce fait, l'asile tend à être accordé dans un lieu de caractère public où existent des règles spécifiques ce qui se distingue de l'imaginaire social où l'église est associée à l'idée d'un asile inconditionnel. Il s'agit d'une forme d'hospitalité conditionnelle et contrôlée différente de l'accueil ordinaire qui relève de l'initiative privée.

Dans son article Jacques Barou, interroge "l'effet d'une nostalgie de la dimension sacrée de l'asile face au caractère désormais profane et administrativement institutionnalisé que prend l'asile dans les sociétés contemporaines ?"

Dans ce sens l'asile tend à exercer sur l'individu reçu une forme de contrainte à la fois protectrice et neutralisante. L'hospitalité offerte "à l'étranger" a tendance à s'institutionnaliser, à se conditionner et à s'exercer dans un lieu particulier.

¹ Barou J. Les Lieux d'asile sont-ils des lieux d'hospitalité? La Pensée sauvage, "L'Autre", 2005, 3 Volume 6, p. 359-373

e. La dimension topique de l'asile

La dimension topique de l'asile me fait penser plus spécifiquement au lieu qui reflète la fonction protectrice s'exerçant en faveur de ceux qui y sont hébergés mais aussi en faveur de la société qui ne peut plus et ne veut plus laisser certains individus évoluer librement en son sein. Certains lieux d'asile ont ainsi pu devenir des lieux d'enfermement pour tous ceux qui ne pouvaient plus être pris en charge par leurs proches. On a conçu alors les asiles de vieillards, d'indigents et d'aliénés.

Selon Michel Foucault, (1976) philosophe célèbre notamment pour ses critiques des institutions sociales, cette tendance au "grand renfermement", est inséparable de la volonté du pouvoir d'agir sur la société dans un sens normatif.

Les demandeurs d'asile sont initialement des étrangers souvent démunis qui présentent aussi des aspects inquiétants et ne sont pas d'emblée conformes à la norme qui définit les gens acceptables. Certains Etats mènent à leur égard, sinon une politique d'enfermement, tout au moins une politique d'assignation à résidence pendant une durée limitée.

Les hôpitaux psychiatriques sont avant tout des lieux d'asile et ils gardent toute l'ambiguïté qui a toujours caractérisé de telles institutions.

2) Focus sur l'hôpital psychiatrique

L'enfermement a longtemps été considéré comme constitutif de la psychiatrie, dans un modèle thérapeutique associé à un lieu de soin, l'asile, et à un encadrement juridique spécifique. Pour le justifier, on intrique le souci de sécurisation de l'extérieur, celui de protéger la personne et l'ambition thérapeutique. L'asile est aussi un refuge. Aujourd'hui comme les logiques hospitalières sont en faveur de l'ouverture, il s'avère difficile de penser l'asile comme lieu de soin et de sécurité.

Le séjour en psychiatrie, ne doit durer que le temps, en principe limité à quelques jours, qui permet l'apaisement de la crise. Dans ce délai, le caractère contenant du lieu peut assurer une fonction de sécurisation, en outre avec un effet apaisant sur certains troubles. Au delà de cette durée, l'hôpital apparaît alors comme un lieu d'enfermement où de surcroît il faut supporter la présence de personnes différentes, aux habitudes et aux comportements susceptibles de créer de la gêne. On constate alors que quand l'hospitalité s'exerce au-delà d'une certaine temporalité, elle génère des effets pervers.

L'inactivité forcée est alors encore plus mal supportée. Beaucoup ont conscience de perdre peu à peu leurs capacités d'autonomie et l'image valorisante d'eux-mêmes qui y est associée.

Le système hospitalier n'est plus perçu comme une manifestation d'hospitalité mais comme une prise en charge infantilisante qui se transforme en assistance. On rejoint là les effets négatifs des systèmes asilaires. Le lieu va incarner l'humiliation de l'enfermement, l'obligation de la promiscuité, la réduction à l'inactivité, bref la face négative de l'asile. On reste assez loin des espaces intimes de l'appartement familial. On retrouve l'idée que le lieu d'asile est un lieu public. Comme dans les pires logiques asilaires, les personnes concernées deviennent dépendantes de l'institution qui leur a ouvert ses portes.

Jacques Barou conclut "qu'en matière d'hospitalité, l'excès est nuisible."¹

¹ Barou J. Les Lieux d'asile sont-ils des lieux d'hospitalité? La Pensée sauvage, "L'Autre", 2005, 3 Volume 6, p. 359-373

Parler d'enfermement et de lieux asilaires, c'est aussi convoquer une psychiatrie dont l'objet est la maladie mentale reléguée à une extrémité, celle de la folie. Or, depuis les années 1990, la définition de santé mentale¹ est devenue le terme consacré. En parlant de problèmes de santé mentale, on élargit le spectre des troubles. La chronicité s'estompe ; certains troubles se soignent. Les soins en santé mentale mettent en avant l'ambulatoire et la réduction de la stigmatisation.

La question du consentement et du droit des personnes est mise en avant. L'enfermement en psychiatrie apparaît avant tout comme une privation de liberté, autrement dit une atteinte à la liberté d'aller et venir.

Dans la revue "L'Autre"², Marie Rose Moro, pédopsychiatre et Claire Mestre, médecin psychothérapeute, toutes les deux très engagées dans la consultation transculturelle, rappellent que si les lois sont devenues inhospitalières, dans nos pratiques de soin, nous sommes pris aussi à notre insu dans l'atmosphère exécrationnelle de l'inhospitalité.

Les autrices parlent d'une antinomie "entre d'une part la loi de l'hospitalité, celle inconditionnelle, qui accueille sans préjuger de l'autre, de son identité et de son statut, et les lois de l'hospitalité telles qu'elles sont définies par notre société et notre Etat. Ainsi l'étranger soumis aux lois inhospitalières de notre société peut-il être accueilli quels que soient son histoire, son nom?"

Avant de conclure que "L'hospitalité serait bien le ressort et la condition d'une relation thérapeutique ..."

¹ Le psychiatre Jean Furtos définit la santé mentale comme suit : « La capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives. »

² Mestre C., Moro M-R. Comment sommes nous devenus si inhospitaliers? La pensée sauvage, "L'Autre", 2005/3, Volume 6, p. 411-415

Au travers des contours des sens de l'asile, nous avons pu mettre en évidence le curseur à trouver entre hospitalité, sécurité et enfermement. Une personne concernée par un parcours de migration peut être accueillie en psychiatrie pour des troubles psychiques. Nous allons développer comment le soin peut s'allier avec cette problématique.

II – L'accueil d'une personne migrante en psychiatrie : entre continuité et discontinuité de l'asile

Le parcours de Victor vient mettre au travail l'articulation entre la psychiatrie et le social autour de réponses cliniques et politiques. Cette situation nous invite donc à penser le lien social en psychiatrie entre protection et autonomie.

Dans cet espace-temps hors de contrôle, il y a nécessité de penser les processus en jeu dans l'expérience de la migration, dans les efforts et les remaniements psychiques, afin que Monsieur continue à "se sentir sujet", pour ne pas être "enfermé à l'extérieur du monde", voire assujéti. La psychiatrie est interpellée sur les questions où sont entremêlées des problématiques médicales, sociales, juridiques, administratives et politiques.

Il va sans dire que les demandeurs d'asile sont moins bien pris en charge dans le domaine de la santé. La question de la légitimité des demandes de soin en santé mentale est régulièrement interrogée pour le public migrant, avec la crainte que la personne pourrait simuler pour pouvoir se réfugier à l'hôpital.

Dans la revue française des affaires sociales, Nicolas Chambon, sociologue, et Gwen Le Goff, politiste, ajoutent que : "Les individus sont considérés comme des étrangers avant d'être des sujets malades ou en souffrance."¹

¹ Chambon N., Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie, Revue française des affaires sociales, 2016, p. 123-140

Je souhaite définir aussi l'étranger selon Elise Pestre : "L'étranger renvoie non seulement à "celui qui n'appartient pas à la nation" mais intègre aussi, comme son ancienne dénomination *estrangier* l'exprime, celui "qui a un caractère d'étrangeté."¹

Une double ambiguïté dans l'accueil de ces personnes à l'hôpital psychiatrique persiste. Un conflit réside entre le risque d'enfermer la personne dans une catégorie psychiatrique ainsi que d'enfermer la personne à l'asile, comme évoqué précédemment, et à la fois la crainte de faire défaut d'asile. Mon propos vise à souligner les épreuves, de façon générale, auxquelles sont confrontés les migrants, les institutions et les professionnels et à m'intéresser plus précisément à ce qui met le professionnel en difficulté, ce qui vient lui poser problème.

1) L'accueil d'un public en souffrance en psychiatrie

Le secteur psychiatrique est animé par une double préoccupation : lutter contre le risque "d'institutionnalisation" et de chronicité des patients, et éviter la "psychiatisation" des troubles sociaux comme la précarité. Les institutions psychiatriques sont aussi prises et partagées dans ces ambiguïtés souvent difficiles à repérer.

La psychiatrie publique définit son projet résolument contre l'enfermement, au moins depuis les années 1960, avec la tentative permanente de se démarquer d'une fonction et d'un héritage asilaires. L'enfermement, c'est l'asile, c'est le passé. La psychiatrie aujourd'hui s'ancre dans la communauté et évite de rompre la continuité de la vie de la personne comme de la prise en charge. Cela se traduit par un mouvement de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques, aboutissant à leur ouverture sur l'extérieur mais également à la réduction de leur capacité d'accueil.

¹ Pestre E., Baligand P., Wolmark L. Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin. "Cliniques méditerranéennes", Erès, 2016/2, n°94, p. 51-68

Les évolutions possibles du paradigme hospitalier en santé mentale en France offrent la perspective que l'hôpital ne représente pas seulement un lieu de cure ou de rétablissement, mais un lieu qui favorise l'émancipation par rapport aux facteurs sociaux qui ont, pour une part, provoqué les troubles.

Yannis Gansel, pédopsychiatre et anthropologue, dans son ouvrage précise que "la désinstitutionnalisation, la reconfiguration autour de la souffrance, le rationnement sont autant de facettes des évolutions transversales touchant les secteurs traditionnels, judiciaire, sanitaire, éducatif et pédagogique, de l'action publique"¹.

L'asile est devenu le repoussoir avec l'asile qui enferme. Les services de psychiatrie ont la crainte d'exercer un pouvoir excessif et abusif et d'être l'asile qui enferme mais les services ont aussi la crainte de ne plus protéger, de ne plus accueillir et ainsi de ne plus être l'asile en tant que lieu qui accueille et qui protège.

La situation est complexe quand elle mobilise les catégorisations. L'une des craintes retrouvées dans les services est "de psychiatriser" et risquer d'effacer le social par la psychiatrisation. L'idée reçue est que si l'on parle de psychiatrie, cela va s'opposer au social : l'individu ne peut pas être à la fois "psychiatrique et social".

En reprenant la situation de Victor, affirmer que : "Victor a fait une tentative de suicide parce qu'il a un trouble mental ou un syndrome dépressif " serait un raccourci en faisant disparaître les violences que ce monsieur a subi et l'injustice sociale dans laquelle il est ; c'est toute une tradition que la psychiatrie elle-même a de sa propre action qui cherche à rester attentive aux enjeux politiques des pratiques de santé mentale.

Il s'avère délicat de délimiter les frontières entre souffrance psychique d'origine sociale, de troubles psychiatriques ou de maladie mentale. Ce marquage incite au mouvement de hiérarchisation des pathologies, où les problématiques psychosociales ne sont pas forcément légitimes à être entendues dans le champ psychiatrique.

¹ Gansel Y. Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles. Lyon, ENS Editions, 2019, 220 p, p. 177-197

En poursuivant toujours avec le cas de Victor, c'est au moment du refus de la demande d'asile, que désespéré il intègre l'hôpital. Son parcours de soin s'entremêle alors à son parcours administratif, notamment lorsqu'il sollicite les professionnels de psychiatrie dans une recherche d'appartement ainsi que dans une demande de certificat médical dans le cadre d'une régularisation au titre de la santé¹.

Certains professionnels craignent d'assigner Victor à sa condition de malade s'il souhaite rester sur le territoire et refusent de mêler des enjeux de soin et des enjeux administratifs. D'autres professionnels estiment que cela ne devrait pas être à la santé de devoir gérer les défaillances des politiques d'asile où "prédominent alors chez ces derniers un sentiment d'instrumentalisation, de débordement et une difficulté à évaluer les pathologies."²

La complexité des services de santé mentale dans l'approche de la situation de Victor est à la fois de veiller à ne pas enfermer l'individu dans une catégorie psychiatrique, "en l'enfermant à l'asile", et d'une autre manière, de s'assurer de ne pas faire défaut d'asile en ne considérant pas sa souffrance.

Toute l'ambiguïté se joue dans la difficulté à qualifier les fragilités de la personne du point de vue psychiatrique, avec une tendance à penser sous forme d'hypothèse, sans pouvoir affirmer.

¹ Adopté par l'Assemblée nationale en 1998, le droit au séjour pour raison médicale est destiné à l'étranger "résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire". (Article L313-11 11° du Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile créé en 2004.)

² Chambon N. , Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociales, 2016, p. 123-140

Le COMEDE, Comité pour la santé des exilés, note que les personnes exilées se présentent avec une demande multiple, et la sollicitation de soins médicaux recouvre le plus souvent une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. Mais les professionnels sont également confrontés à des questions paradoxales et des demandes qui semblent souvent excéder la réponse que l'on peut leur donner. Le désarroi et la perplexité des professionnels peuvent ainsi être une réaction, une réponse - consciente ou inconsciente. Les logiques de la protection des exilés se sont ainsi déplacées autour des figures du corps souffrant, les victimes de torture et les malades.

La lecture de la souffrance est multiple. Là où le soignant peut se sentir instrumentalisé, il existe aussi une théorie autour de "la clinique de l'exil" reprise par Fabien Gouriou, docteur en psychologie. Ce courant orienté par la psychanalyse "entend renouveler de fond en comble les cliniques à l'épreuve de la migration et, pour ce faire, pose comme acte premier le rejet du terme de "migration" pour celui d'"exil", transformant ainsi un phénomène sociologique en un événement existentiel. [...] Les cliniques de l'exil favorisent l'approche compréhensive d'un événement et la reconstitution d'un être-au-monde de l'exilé." L'enjeu est de faire reconnaître le traumatisme comme étant une catégorie psychiatrique et de se spécialiser autour des conséquences post-traumatiques dont souffrent plus particulièrement les demandeurs d'asile.

Afin de se détourner du jugement autour du bien-fondé de la demande d'asile, le clinicien doit garder en tête que la plupart du temps les problématiques de santé mentale ne se résolvent pas avec l'obtention ou non du statut de réfugié. Les troubles mentaux ne suivent pas le temps de la procédure. Ils ont aussi leur cours à eux.

La demande de soin en santé mentale, spécifique quand il s'agit de la population d'exilés, a toujours dépassé le cadre des professionnels, car s'il est question de santé publique, il est aussi question d'accueil au sens politique et éthique.

Dans la revue Européenne des migrations internationales, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, anthropologue et psychologue, et Laure Wolmark, psychologue clinicienne, notent que dans un contexte de suspicion généralisée "la fragilisation des soignants s'est accentuée en même temps que la politisation croissante de la question, entraînant toujours plus de clivages et de malentendus sur le sujet de l'accès aux soins."¹

Ces limites de prise en charge en santé mentale ont pour conséquences d'aggraver l'incompréhension des soignants et de la population civile face à un public d'"étrangers" perçus comme trop demandeurs, et d'accentuer le sentiment d'impuissance des soignants puisque les lacunes de formation et le manque de moyens rencontrent ici la crise que traverse les institutions de psychiatrie française.

On peut ainsi poser la question de comment protéger, rendre capable, et accompagner la personne en psychiatrie.

2) L'accompagnement: entre protection et autonomie

Selon Goffman, sociologue et linguiste, les lieux d'asile peuvent être considérés comme "des institutions totales". Elles ont pour caractéristique d'accueillir les individus dans une logique d'uniformisation et de dépersonnalisation allant jusqu'à détruire partiellement l'identité des reclus, notamment leur dimension morale, même s'ils sont parfois capables d'adaptations ingénieuses.

Nous constatons une reconfiguration de l'institution totale, qui est traversée par deux ordres de tension : le premier entre "le prendre soin" et surveillance, le second entre protection et autonomie. Les limites des interventions sont sans cesse contestées entre "internement abusif" et "externement abusif".

¹ Saglio-Yatzimirsky M-C., Wolmark L. Chronique d'actualité Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. Revue Européenne des Migrations Internationales, 2018, 34 (2 & 3), p. 21-27

Une dimension problématique du soin émerge alors : celle de la limite entre la bienveillance de l'écoute et la surveillance continue des comportements. Ce regard porté sur l'Autre interroge l'emprise pouvant émerger dans les pratiques de soin, tant sur le plan éthique que fonctionnel. Yannis Gansel nous invite "aussi à nous départir d'une vision univoque du *care* comme protection pour y intégrer ces deux dimensions, conçues habituellement comme antagonistes, de la bienveillance et de la surveillance."¹

L'enfermement et la discipline uniformisante de l'institution totale tendent aujourd'hui à être remplacés par le pouvoir de décider et d'agir de la personne soignée. Yannis Gansel pose la question suivante : "Où commence et où s'arrête la souffrance sur laquelle les institutions agissent ?"²

Dans cette dynamique de personnalisation du soin, la protection et l'injonction à l'autonomie constitue une autre source de crispation. La place donnée à l'adhésion l'illustre parfaitement. Depuis le début des années 2000, l'autonomie des usagers est placée au centre des valeurs de l'action publique, aussi bien dans le champ sanitaire que social. Le modèle paternaliste des institutions tend à évoluer vers une meilleure contractualisation des relations avec les usagers.

Isabelle Astier, sociologue, explique que le travail sur autrui se transforme en travail avec autrui. L'accompagnement ne cherche plus la soumission de l'utilisateur aux normes de société mais vise à l'apprentissage de l'autonomie.

Y. Gansel conclut que : "Ces différents ordres de tension, entre *care* et contrôle, entre protection et autonomie, trouvent leur solution dans la clinique et sa force de consensus."³

¹ Gansel Y. *Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*. Lyon, ENS Editions, 2019, 220 p, p. 177-197

² Ibid

³ Ibid

Dans leur article, Nicolas Chambon et Gwen Le Goff évoquent aussi la question de la mise à mal de l'autonomie du patient : " l'extrême vulnérabilité oblige le migrant à répondre aux attentes des nombreux dispositifs qu'il rencontre dans son parcours. Par conséquent, il existe un paradoxe entre l'activation d'une "capacitation" que l'on peut retrouver dans le soin et l'assignation propre aux dispositifs (victimes, demandeurs d'asile...). Le psychiatre se retrouve alors dépositaire d'une demande confuse, à l'origine administrative, mais qui est de fait aussi médicale. Le migrant ne peut pas raconter des histoires, mais seulement la bonne histoire."¹

Toutefois, le récit du vécu de la personne en exil est empreint d'une langue et d'une culture "étrangères", ce qui complexifie davantage l'échange, et par conséquent la justesse de la réponse clinique.

Il s'agit de "langues" en tant qu'instruments de communication et de ce qu'elles impliquent en termes de communication réussie, faussée ou impossible. A ce sujet Alexandra Galitzine-Loumpet et Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, anthropologues, remarquent que : "Cette reconnaissance de la centralité de la langue dans les contextes migratoires peine à se faire et la mise en place de financements adéquats pour une traduction et une interprétation professionnelles demeure extrêmement limitée."²

Limitée par l'urgence du contexte ou la situation de vulnérabilité, l'efficacité de la traduction apparaît ainsi souvent masquée par son apparente exécution.

¹ Chambon N. , Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociales, 2016, p 123 à 140

² Galitzine-Loumpet A., Saglio-Yatzimirsky M-C. Traduire l'exil: l'enjeu central des langues. Dans "Plein Droit", GISTI, 2020, p. 3-8

Durant la rédaction de ce mémoire, je me suis souvent questionnée sur le rôle des langues dans la traversée de la demande d'asile, allant même jusqu'à me demander en quoi la langue maternelle pouvait représenter un refuge, une forme de lieu d'asile. Une langue véhicule une culture. Une langue maternelle, c'est aussi une identité. Le travail social, le soin sont une relation d'échange avec une personne. Il s'agit bien de prendre la langue en compte puisqu'elle contribue à constituer l'individu comme sujet.

Ainsi la relation de soin peut parfois se trouver "en difficulté de langue", ce qui peut mener au renoncement à la communication et à la prise en charge adaptée. L'incompréhension qui submerge l'équipe peut conduire à faire des choix à la place de la personne concernée, de même que faire écho à l'inconsistance de son savoir, voire à la chute de son savoir médical.

Dans la revue française des affaires sociales, Nicolas Chambon et Gwenn Le Goff défendent l'idée selon laquelle "s'exprimer dans sa langue est aussi une question de santé publique. Le droit à comprendre et à se faire comprendre dans une langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire."¹

La médiation et l'interprétariat sont essentiels tout au long de l'itinéraire d'asile et de l'hospitalisation. Il s'agit là de médiations interculturelles et linguistiques pour créer les conditions du dialogue faisant office de passerelle entre les cultures, les langues, entre le pays d'origine et la France. Quant à la diversité linguistique pour Alexandra Filhon, sociologue, il s'agit "de tenter de valoriser la multitude de langues qui compose le territoire afin d'éviter l'hégémonie de quelques langues car cette suprématie conduit à une uniformité des modes de pensée."²

¹ Chambon N., Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociales, 2016, p 137

² Filhon A., Paulin M. Migrer d'une langue à l'autre. Le point sur l'immigration en France, La documentation française, 2015, 85p

Toutes ces tentatives d'ouverture, d'élargissement de nos regards visent à interroger continuellement nos pratiques pour considérer chaque personne dans sa singularité. Le travail auprès de l'humain demande un réajustement permanent et oscille entre des besoins de protection et d'autonomie avec des allers-retours nécessaires pour la personne soignée, et d'autant plus pour la personne en exil.

III – Une passerelle vers l'extérieur comme vecteur d'espoir

En revisitant la première rencontre avec Victor, je réalise ô combien "entrer en relation" est aidant pour la personne ainsi qu'activer quelque chose de l'ordre du lien. La priorité semble être dans l'ici et maintenant en demandant à Monsieur ses habitudes de vie, en se souciant de son parcours, en s'informant des problèmes multiples plutôt que de répondre à un besoin précis. Dans un regard intégratif, il faut tenir compte de ce qui compte pour monsieur et ce qui le relie aux autres. Ainsi, l'idée est d'avoir une élaboration collective de l'intervention comme filet de protection. Il me vient comme image, celle des métiers à tisser.

Retenons cette proposition de Nicolas Chambon dans l'introduction de la revue Rhizome #68 : "La permanence du lien par un "aller vers" prévaut sur la permanence du lieu, "aller vers" l'autre n'oblige pas ce dernier à se conformer à ce qui est attendu de lui. Il apparaît nécessaire d'adapter les pratiques et les modes d'organisation, tout en veillant à la malléabilité des dispositifs pour qu'ils soient justement en mesure d'aller à la rencontre du public visé."

Cette perspective d'intervention "sur site" va de pair avec le besoin de développer un travail partenarial : il faut collaborer et se coordonner pour une meilleure prise en charge.

Ainsi, les dispositifs pour "aller vers" les exilés en souffrance se multiplient, et le "champ de la précarité" se révèle être un "laboratoire d'innovation sociale majeure" comme le rappelle Chambon N. (2018).

1) La mobilité des professionnels de santé

Un trouble psychique est corrélé à l'environnement social et culturel dans lequel il se développe et persiste. De ce postulat de départ, on peut reconnaître une interdépendance entre la situation socio administrative et la santé psychique des personnes. Cela s'inscrit dans la lignée de la philosophie du rétablissement, qui pousse à considérer la personne et les troubles psychiques comme étant en interaction permanente avec un environnement sur lequel il est possible d'agir.

Depuis les années 1960, la notion de santé mentale est de plus en plus présente, recouvrant progressivement le champ de la psychiatrie. Ainsi un ensemble de réflexions et de pratiques se forme allant dans le sens d'un décloisonnement des problématiques psychiques et sociales. La clinique psychosociale et la réhabilitation psychosociale s'inscrivent dans ce mouvement. Jean Furtos, psychiatre qui est à l'origine du courant de la clinique psychosociale, affirme qu'"il n'y a pas de clinique sans contexte social." (J. Furtos et V. Colin, 2005)

Dans cette dynamique, le mouvement d'aller-vers représente un véritable changement de paradigme. L'hôpital est encore aujourd'hui considéré et repéré comme le lieu central des soins. Les professionnels ont adapté leurs pratiques en considérant que ce sont aux patients de venir vers eux. Parfois même, ces derniers affirment que ce peut être un déterminisme d'une forme de motivation d'être acteur ou actrice de ses soins.

C'est précisément la réticence, la résistance et le refus qui sont l'indice de l'existence de la personne. L'axe principal de la prise en charge vise à l'amélioration du fonctionnement psychique et social de la personne pour consolider sa place et son statut dans la société, afin de retrouver une reconnaissance. C'est de la psychiatrie au plus près de la parole de l'utilisateur et de ce qu'il a à dire de sa souffrance psychique sur la scène sociale, où la question de son choix est à écouter.

Sur le chemin du rétablissement, d'une posture professionnelle en évolution, ces pratiques ancrées s'inscrivent dans un continuum en lien avec les enjeux sociétaux actuels.

Je souhaite d'ailleurs faire un bref rappel historique.

La politique de secteur de la psychiatrie¹ mise en place dans les années 1960 met déjà en avant l'importance de l'accueil, en assurant des consultations les plus ouvertes possibles sur l'extérieur avec le déploiement d'équipes mobiles. La priorité était déjà pensée dans les centres médico-psychologiques (CMP) comme véritables pivots de soins, ce qui dépeint avec une vision hospitalo-centrée encore actuelle.

Les principes d'action sont exposés de façon précise, dont la dynamique "d'aller vers". Comme le rappelle Alain Mercuel, psychiatre, dans la revue Rhizome #68, "celle-ci est une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment malgré le postulat initial : pas de discrimination !" ².

La psychiatrie de secteur se confronte à la diminution sévère de ses moyens (restrictions budgétaires, pénurie de psychiatres, manque de formations, fermeture de lits sans création suffisante de structures alternatives). Il paraît donc indispensable d'élargir les dispositifs ambulatoires et de développer de nouveaux partenariats axés sur des actions de réciprocité avec les acteurs sociaux (logement, emploi, culture, services sociaux).

¹ La sectorisation est une réforme prévue par plusieurs circulaires entre 1960 et 1963, découpant le territoire français en "secteurs", chaque secteur bénéficiant d'un ensemble de structures psychiatriques diversifiées intra- et extra-hospitalières, et d'équipes médico-sociales qui travaillent à la fois en institution et à domicile. L'objectif est de désinstitutionnaliser ou plutôt de déshospitaliser la psychiatrie, c'est à dire supprimer l'hospitalo-centrisme, en rendant accessible le soin au plus près des habitations des individus. Cette réforme a été très difficile et longue à mettre en place, et son efficacité fait encore débat aujourd'hui.

² Mercuel A. "Aller vers..." en psychiatrie et précarité: l'opposé du "voir venir..." !
Revue Rhizome #68, juin 2018, p 3

En ce sens, "l'aller vers" devient une fonction passerelle dans laquelle les intervenants sont formés et sensibilisés. Selon Alain Mercuel, "la psychiatrie pratiquée par les EMPP¹ est une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques des exclus." Par cette démarche proactive "d'aller vers", proche d'une psychiatrie sociale, ces équipes proposent un "accueil dehors" et invitent au lien en confiance, médiatisé et durable.

D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, la psychiatrie évolue vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale. L'inscription dans la communauté devient une priorité. Comme évoquée précédemment, le mouvement "d'aller vers" s'inscrit dans un continuum des pratiques de soins et plus spécifiquement dans le courant de la réhabilitation psychosociale. Ce champ favorise les pratiques orientées vers le rétablissement. Ce peut être une piste à explorer en psychiatrie pour élargir nos regards. Dans la continuité de cet écrit et le postulat de départ avec mes interrogations autour du suivi de Victor, en s'inscrivant dans ce mouvement et en interpellant les intervenants concernés, nous pouvons certainement mieux répondre aux besoins de Victor et plus largement aux personnes aux problématiques multiples.

Ainsi, la place de la psychiatrie, largement soulevée tout au long de cet écrit peut être un lieu ressource.

Je m'intéresse donc plus particulièrement à la posture soignante engagée sur cette voie du rétablissement avec le tissage du réseau répondant le mieux possible aux personnes concernées. A chaque situation, à chaque rencontre, les besoins sont spécifiques. Le patient, considéré comme véritable acteur de son parcours de vie amène les professionnels de santé à se renseigner, à l'accompagner vers des dispositifs adaptés afin de répondre au plus près à ses demandes.

¹ Equipe mobile psychiatrie-précarité

Je rappelle la naissance de ce mouvement du rétablissement dans les années 90 dans les pays anglo-saxons avec les usagers se définissant eux-mêmes comme des "*survivors*" de la psychiatrie. Ces derniers ont lutté contre l'aspect définitif, incurable que la maladie entraîne, le diagnostic et le traitement notamment institutionnel. Il s'appuie sur deux axes :

-l'approche optimiste du devenir des personnes vivant avec un trouble psychique.

-la lutte contre : la stigmatisation, la focalisation sur les troubles (les symptômes) et la mise à l'écart de la société (établissement médico-sociaux, hôpitaux psychiatriques...).

Aussi, Patricia Deegan est considérée comme une figure et il semble difficile de ne pas parler d'elle lorsque nous définissons le rétablissement. Pour rappel, cette usagère de la psychiatrie a été diagnostiquée schizophrène paranoïde à l'âge de 17 ans. Elle est docteure en psychologie et a contribué à développer le concept de rétablissement à partir de son expérience de la maladie et du système de santé. Elle donne sa définition du concept de rétablissement en santé mentale.

"Le rétablissement est un processus, non pas un résultat ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face. Être en rétablissement signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer ou de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser."¹

2) Focus de l'équipe mobile dans laquelle je travaille

Pour parler du travail de cette équipe mobile de secteur créée en 2015, je vais m'appuyer sur le projet d'unité de soins réactualisé en 2017.

¹ Deegan P. Recovery: The Lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol 11, numéro 4, 1988, p. 11-19

L'équipe professionnelle est composée d'infirmiers, d'une cadre de santé et d'un médecin responsable. Absence de temps d'assistante sociale, de psychologue, et de secrétaire.

L'équipe mobile est ouverte 7 jours sur 7 du lundi au dimanche de 9h à 17h30. Les horaires sont adaptables.

L'intervention de l'équipe peut concerner tout type de patient du secteur pour qui la visite à domicile apparaît comme un outil clinique pertinent.

L'objectif clinique principal est de fluidifier le parcours de soins du patient, en proposant un outil de soins spécifique caractérisé par la réactivité, la disponibilité et la mobilité de l'équipe soignante, au plus près des besoins des patients, et en offrant une intensification de la prise en charge dans les temps où la continuité des soins peut être mise à mal (par exemple entre la sortie d'hospitalisation et le premier rendez-vous au CMP).

L'effet attendu de l'activité de l'équipe mobile vise à atteindre des objectifs institutionnels :

- réduire la sur-occupation des lits/
- restaurer la capacité à accueillir les patients en intra-hospitalier/
- favoriser les sorties d'hospitalisation complète/
- diminuer la durée d'hospitalisation/
- limiter le risque de ré-hospitalisation précoce ou non-programmée/
- obtenir une diminution de la DMHM (durée moyenne d'hospitalisation par malade).

En psychiatrie, la temporalité des prises en charge est difficile à prévoir, ainsi il a été décidé arbitrairement d'une période de six semaines de suivi des patients, à l'issue de laquelle une réévaluation de l'indication sera discutée avec les équipes de référence intra et extra.

L'équipe se réunit au complet deux fois par semaine pour des temps de reprise clinique et institutionnelle afin de permettre une solidarité et un étayage réciproque au sein de cette équipe. Une supervision clinique, à raison de huit séances par an est mise en place.

Avec tous ces mouvements, ces créations, ce travail du dehors, de nouveaux horizons se dessinent et élargissent le cadre de la psychiatrie. Les professionnels de santé tissent alors des liens avec d'autres corps de métier pour toujours répondre au mieux aux multiples problématiques des personnes concernées. C'est ainsi que la place du réseau et des partenaires me semble essentielle à construire petit à petit au fil de nos accompagnements.

3) L'articulation entre les équipes mobiles et les partenaires extérieurs

Les limites et manques des services de soins en santé mentale, que renvoient les demandeurs d'asile, exigent paradoxalement des soignants des réponses particulièrement créatives. Ainsi d'autres relais se font jour, par exemple dans les initiatives associatives.

De nombreuses offres en soins psychiques tentent de répondre spécifiquement à la demande des exilés, tant publiques qu'associatives: des consultations transculturelles à la clinique de l'exil, des groupes thérapeutiques à des prises en charge d'inspiration cognitivo-comportementale, avec l'aide de soignants allophones ou d'interprètes professionnels ou de médiateurs.

Parallèlement, des créations d'espaces de réflexion et de centres de ressources se multiplient, en lien avec une clinique qui déborde les cadres existants.

Sur le plan théorique, la complexité face à l'intrication des dimensions médicales, sociales, juridiques, politiques et psychologiques transforme les approches de la clinique auprès des exilés en incluant les apports des sciences sociales et politiques, de l'anthropologie, de la philosophie, mais aussi de l'épidémiologie et de la santé publique.

Pour faire le pont entre toutes ces dimensions, N. Chambon parle de segmentation. "La segmentation des différents champs qui accueillent, accompagnent ou soignent ce public et la multiplicité des dispositifs entraînent une segmentation des prises en charge nécessitant une coordination des acteurs."¹

L'existence des mouvements de solidarité laissent penser qu'il n'y a pas que de l'indifférence dans la société civile et élargit le champ de collaboration entre "le droit commun" et le milieu associatif, autour de l'orientation de certaines personnes notamment.

S'il y a dans l'univers des demandeurs d'asile des gens qui incarnent l'hospitalité, ce sont bien les professionnels et bénévoles. Ils constituent la principale ouverture sur la société d'accueil et représentent le premier soutien auquel on peut faire appel en cas de difficultés.

L'inventivité déployée d'abord par les exilés, mais aussi par les professionnels, les bénévoles ainsi que via les liens humanisant générés, donne lieu à un grand nombre de possibilités créatrices. On observe en effet, malgré la brutalité sociale présente, l'apparition de nombreuses pratiques citoyennes et/ou professionnelles d'accompagnement aux personnes migrantes.

¹ Chambon N. , Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociales, 2016, p. 123-140

Nombre de professionnels émettent la crainte d'être submergés par ces prises en charge très prenantes et de se retrouver isolés dans leur pratique. Cela rejoint en partie le souci porté par Bertrand Ravon, sociologue, de " refaire parler le métier " (2012) et d'étayer le " faire-équipe " : " L'équipe est en ce sens un collectif rassemblé par des épreuves partageables et non par des appartenances ou des conceptions communes. " Faire équipe ", ce n'est pas un idéal, mais une charge commune, celle de s'accorder sur un fond de désaccords persistants." Les espaces collectifs apparaissent alors comme des ressources face aux difficultés à tenir son rôle professionnel et à travailler avec d'autres dispositifs afin de permettre une meilleure prise en charge de ce public. L'enjeu est de constituer un réseau entre les différents champs (psychiatrie, travail social,...), ce qui passe à la fois par un travail de distinction des univers professionnels, et par la mise en mots de ce qui pose problème aux acteurs dans leurs activités pratiques.

Les collectifs – d'exilés, de bénévoles ou de professionnels – ouvrent sur la construction d'un monde commun, à partir de l'agir concerté. "Et si migrer n'était pas qu'un exil forcé de son pays et une perte de sa terre, mais la possibilité d'inventer un nouveau rapport à l'identité, à la communauté, et un nouveau monde ?"¹ : cette interrogation est celle d'Étienne Tassin, philosophe (2015).

Il existe une multitude d'acteurs avec différentes compétences. Ce sont souvent les situations particulières comme celle de Victor qui nous amènent à nous renseigner, chercher l'existant, ouvrir de nouvelles portes et tisser ce fameux réseau. Comme une pelote de laine à dérouler, notre place est bien de faciliter les choses pour la personne, de parler le même langage que l'autre professionnel en connaissance de cause. L'idée étant alors "d'aller-vers" cette place possible pour tout à chacun dans notre société. Les différentes spécialités peuvent ainsi se retrouver vers un socle commun autour de l'inclusion sociale.

¹ Lhuillier D., Pestre E. Introduction. La double face de l'exil. *Èrès*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2018, 1 N° 25, p. 9-14

CONCLUSION

Pour conclure, je réalise qu'en partant de la définition de l'Asile sous toutes ses formes, mes réflexions m'ont amenée à élargir le champ de la psychiatrie dans une certaine ouverture. Ce mouvement, celui des individus et de fait de nos systèmes, favorise cet élan "d'aller vers" avec le tissage du réseau.

Ainsi, aller à la rencontre du public migrant, c'est créer un espace de dialogue entre les sciences humaines, sociales et médicales, entre les pratiques, entre les personnes concernées par le parcours de migration et/ou le trouble psychique et/ou la précarité, et les personnes intervenantes auprès d'elles.

La prise en charge d'une personne migrante souffrant de troubles psychiques ne peut se limiter à la dimension médicale et thérapeutique. Métisser les dispositifs par la diversification et la complémentarité des intervenants et des approches est une nécessité. Je crois vraiment qu'il est nécessaire d'œuvrer vers une démarche globale, faisant appel à une palette d'approches diversifiées, jouant avec les divers registres de la maladie, de la précarité, de l'incapacité et du désavantage. Et si l'équipe pluridisciplinaire est essentielle, elle ne suffit pas. Il est donc important de mettre en place des actions en partenariat avec d'autres acteurs et décideurs, dans le cadre de réseaux de santé mentale, et non plus seulement au sein du réseau de psychiatrie.

La reconnaissance mutuelle passe par la reconnaissance de l'altérité qui est d'abord en chacun de nous.

La question de l'interprétariat est primordiale dans la rencontre et la reconnaissance. La langue maternelle ou usuelle doit pouvoir être utilisée par les patients s'ils le souhaitent, et la présence d'un interprète ou médiateur culturel est importante.

Les demandeurs d'asile sont de plus en plus en quête d'une hospitalité "publique" aussi conditionnelle et aussi limitée que celle-ci ait pu devenir. La question est bien de faire du soin des migrants un enjeu de santé publique.

A l'inscription du DIU, je me souviens avoir été dans une démarche et volonté d'ouvrir mon regard sur la psychiatrie : les nombreuses recherches, lectures, interventions passionnantes m'ont clairement permis de concrétiser cette envie.

Ce travail de mémoire a nécessité de poser par écrit ces éléments lus, cherchés, questionnés, sélectionnés, digérés, mémorisés, et de mettre progressivement de l'ordre dans mes idées. Pour moi cela a impliqué, à un moment donné, de stopper les recherches et de faire des choix dans ce que je pouvais garder et rendre visible par écrit. Cette étape est passée par un " tri " presque douloureux qui arrête nécessairement cette forme de pensée qui pourrait être illimitée.

Pour aller plus loin dans mon travail, je ferai une analyse qui permettra d'identifier le vécu des soignants et d'éclairer les effets de la rencontre avec l'étranger dans le transfert soignant-soigné en dressant des figures "de l'étranger" qui émergent chez les professionnels.

L'objectif sera *in fine* de cerner ce qui serait susceptible d'interférer dans la prise en charge et l'orientation médicale des personnes migrantes pouvant même conduire à des inégalités de traitement.

Le postulat de départ serait qu'à l'hôpital, la relation soignant-soigné s'avère traversée par les discours politiques, sociaux et conditionnée par les enjeux subjectifs de chacun des protagonistes.

Il s'agira de voir comment ces différentes significations "d'étranger" s'entrelacent dans le transfert inhérent à la relation de soin, ainsi que les possibles incidences dans la relation soignant-soigné.

Je conclurai cet écrit par une touche d'espoir en citant une phrase de Marie-Rose Moro, pédopsychiatre et Olivier Taïeb, psychiatre : " De manière générale, tout intervenant doit sortir d'une stratégie de confrontation et de clivage, et au contraire tout ce qui va dans le sens de la reconnaissance des personnes et des familles et de la richesse de leurs savoirs. La multiplicité des regards est toujours la bienvenue, et des lieux de passage entre les mondes sont à inventer constamment."¹

¹ Taïeb O., Moro M-R. Enjeux transculturels à l'adolescence. Dans "Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats". Erès, La vie devant eux, 2012, p. 61-69

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Filhon A., Paulin M. *Migrer d'une langue à l'autre*. Le point sur l'immigration en France, La documentation française, 2015, 85p

Gansel Y. *Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*. Lyon, ENS Editions, 2019, 220 p, p. 177-197

Maalouf A. *Les Identités meurtrières*. Grasset, 1998, 189 p

Madjidi M. *Marx et la poupée*. J'ai lu, 2018, 219 p

Toullmé F. *L'Odyssée d'Hakim*. Delcourt, 2018, 268 p

Reuves :

Cahiers de Rhizome : *Habiter Co-habiter*. #63, Mars 2017

Bulletin de Rhizome : *"Aller vers"... d'autres pratique?* #68, Juin 2018

Bulletin de Rhizome : *Soigner le traumatisme*. #69-70, Décembre 2018

Articles de revues :

Baligand P. *La Demande d'asile: l'attente du lieu d'un lien social ?* 2013, p. 61-70

Barou J. *Les Lieux d'asile sont-ils des lieux d'hospitalité ?* La Pensée sauvage, "L'Autre", 2005, 3 Volume 6, p. 359-373

Chambon N. , Le Goff G. *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie*. Revue française des affaires sociales, 2016, p. 123-140

Deegan P. *Recovery : The Lived experience of rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol 11, numéro 4, 1988, p. 11-19.

Furtos J. *Souffrir sans disparaître*, Introduction de "La Santé mentale en actes", Erès, 2005, p. 9-38

Galitzine-Loumpet A., Saglio-Yatzimirsky M-C. *Traduire l'exil: l'enjeu central des langues*. Dans : "Plein droit", GISTI, 2020, p. 3-8

Henssler J. et al. *Migration and schizophrenia : meta-analysis and explanatory framework*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience volume 270, 2019, p. 325-335

Lhuillier D., Pestre E., *Introduction. La double face de l'exil*. Nouvelle revue de psychosociologie, Erès, 2018, 1 N° 25, p. 9-14

Mestre C., Moro M-R. *Comment sommes nous devenus si inhospitaliers?* La pensée sauvage, "L'Autre", 2005/3, Volume 6, p. 411-415

Pestre E., Baligand P., Wolmark L. *Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin*. Cliniques méditerranéennes, Erès, 2016/2, n°94, p. 51-68

Saglio-Yatzimirsky M-C, Wolmark L. *Chronique d'actualité Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité*. Revue Européenne des Migrations Internationales, 2018, 34 (2 & 3), p. 21-27

Taïeb O., Moro M-R., *Enjeux transculturels à l'adolescence*. Dans "Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats", Erès, La vie devant eux, 2012, p. 61-69

Veisse A. *Etat actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France*. La Pensée sauvage, "L'Autre", 2009, 2 volume 10, p. 146-155

Velpry L. *Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie*. Empan, Erès, 2019, 2 n°114, p. 44-50

Sites internet :

Site internet de l'ORSPERE-SAMDARRA : <https://www.orspere-samdarra.com/>

Site internet de l'INSEE : <http://www.insee.fr>

ANNEXES - HISTOIRE DE VIE DE VICTOR

L'histoire de cette personne est clairement marquée par un évènement traumatique majeur qui se serait déroulé en 2017 en Albanie et ayant motivé son départ précipité en France avec une partie de sa famille.

Monsieur possédait deux magasins de chaussures à Lezhe qu'il tenait depuis ses 26 ans. Il avait une situation financière et sociale confortable ; dit qu'il avait réussi, était propriétaire de son logement. Dans ce contexte, sa fille cadette âgée de 18 ans à l'époque des faits, aurait été kidnappée et séquestrée en échange d'une rançon. Il aurait livré 10 000 euros à trois hommes, lesquels auraient poursuivi leur persécution et leurs menaces. La police se serait montrée impuissante. Il évoque aussi la possibilité de corruption.

Ils décident finalement de quitter le pays avec son épouse et sa fille Ariela.

Menaces, racket, kidnapping et la fuite en France. Il a tout abandonné à Tirana notamment sa fille aînée âgée de 26 ans (diplômée en ingénierie environnementale). Elle aurait été interpellée, sans suite particulière, en juin 2020, par des hommes qui recherchaient son père. Par précaution, elle se serait teint les cheveux et semble envisager de rejoindre sa famille en France.

Il explique qu'antérieurement à cet évènement il n'avait pas connu de troubles psychiques spécifiques. Suite à cet épisode, il aurait été hospitalisé 5 jours en psychiatrie en Albanie (tentative de suicide par strangulation ?).

Il vivait en Albanie entouré de son cercle familial (un frère, des cousins).

Il évoque souvent son désespoir face à la situation sociale extrêmement précaire : menace d'expulsion du foyer Adoma suite au rejet de la demande d'asile par la famille. Victor présente les situations de tentative de suicide comme inextricables à la vie au foyer. Il décrit un environnement insécure où il rapporte une persécution de la part du voisinage sans trouver de support, ni soutien de la part du personnel en qui il n'a pas confiance.

Il se plaint des conditions d'accueil au foyer. La promiscuité avec d'autres résidents solliciteurs voire parfois agressifs est difficile à leur étage.

Il dit se sentir mal dans le foyer d'hébergement, en décrivant des persécutions et du harcèlement de la part d'autres résidents, albanais ou d'autres nationalités. Il parle aussi de moqueries à l'égard de sa femme ; d'insultes type "malade mental" pour lui ; et de tentatives d'intimidation. Son vécu de rejet s'avère important.

Le directeur de la résidence confirme que les relations sont extrêmement compliquées. Il témoigne de conflits quotidiens avec le voisinage et tous les membres de la structure sans exception ; il se pose des questions sur l'histoire qu'ils évoquent concernant leur départ d'Albanie (histoire fragile n'ayant pas permis l'accès au droit d'asile) ainsi que sur la réalité de la pathologie de la mère. Le maintien sur le foyer est inenvisageable selon lui du fait de l'incompatibilité de la famille F avec la vie en communauté.

La situation précaire sur le plan de l'accueil administratif accroît en outre son repli, avec la peur et le stress de contrôle de police dehors. Les administrations impressionnent toujours Monsieur qui craint que la police l'interpelle.

Victor se montre authentiquement désespéré et pessimiste face à l'avenir qu'il voit "bouché", ce qu'il relie directement à sa situation de logement. Le discours reste évasif quant à l'espoir d'aller mieux.

Sans être évocateur d'émotions positives mais davantage vecteur d'inquiétudes (inquiets les uns pour les autres), le lien familial semble solide. Par ailleurs, cette forme de vie imposée en autarcie crée un isolement certain et ne facilite pas l'ouverture, les liens avec un entourage inexistant en France où seuls les professionnels gravitent.

Il projette le danger partout avec une impression de danger permanent générant au quotidien de l'inquiétude pour ses filles. Il peut s'inquiéter du fait que sa fille Ariela " porte" beaucoup de choses. Il a aussi pu se reprocher de ne pas avoir su protéger ses filles en tant que parent. La place de chacun est remodelée du fait du contexte particulier.

Il évoque souvent la vulnérabilité et la maladie de sa femme.

Sa fille serait la seule en mesure relative d'aider ses parents, décrits tous deux comme particulièrement vulnérables. Elle a été suivie au CMP d'Oullins par une psychologue et aurait interrompu ce suivi rapidement. Elle exprime pourtant ses propres difficultés de sommeil, les répercussions de la gestion de la situation de ses parents et l'insécurité ambiante de leur situation administrative. Elle peut parler du vécu impressionnant et violent des tentatives de suicide de son père. Nous l'invitons souvent à reprendre contact avec le CMP si elle en ressent le besoin.

En outre, il est hors de question pour Monsieur de revenir en Albanie du fait des menaces de mort qui pèseraient toujours sur sa famille selon lui. Le projet est de rester en France pour poursuivre les soins hospitaliers spécialisés de sa femme ainsi que les études de sa fille.



Parcours migratoire et psychiatrie : d'un asile à l'autre

Mots clés : Asile, demandeur d'asile, lien social, santé mentale, "aller vers"

Résumé

Après avoir éclairci les différents sens de l'asile, nous nous tournerons vers le cas particulier de la pratique en psychiatrie autour de l'accueil de Victor, demandeur d'asile. Entre continuité et discontinuité, nous verrons comment les institutions psychiatriques, porteuses des vestiges du lieu d'asile, sont traversées par des enjeux de santé publique mais aussi par la question d'accueil au sens politique et éthique. Les particularités de la prise en charge de ce public résident dans l'articulation des problématiques sociales et psychiques, où s'entremêlent des demandes comprenant plusieurs dimensions (médicales, sociales, juridiques, politiques, psychologiques, ...), ainsi que dans la difficulté à lire les fragilités de la personne dans le cadre de la santé mentale. Cet écrit est l'occasion d'apporter une réflexion sur les limites auxquelles ce public ainsi que les professionnels de santé sont confrontés. Avant d'ouvrir la réflexion sur d'autres modes d'interventions et d'autres pratiques professionnelles qui facilitent la rencontre avec l'altérité et la reconnaissance mutuelle."

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Yannis Gansel

Année 2020-2021