

Maux d'exil

Billet

Au cœur des actions de solidarité

A une époque où les effets de la violence et ceux de la précarité sur la santé mentale sont désormais mieux documentés, il est nécessaire de s'interroger sur la prise en charge des exilés dans ce domaine : ces personnes sont en effet doublement exposées de part leur trajectoire et des conditions d'accueil souvent difficiles à leur arrivée en France. Ce dossier de Maux d'exil s'attèle à une telle réflexion. On se réjouira des initiatives ici présentées pour améliorer les soins psychothérapeutiques aux exilés en France, des espaces ouverts pour en débattre les enjeux, de l'investissement et de l'expérience accumulée par les professionnels de santé pour soigner les blessures psychiques de leurs patients étrangers. Cependant, on retiendra aussi que des politiques d'accueil dégradées et des conditions de vie précaires produisent ou renforcent les maux de ces patients.

Plus inquiétante encore s'avère l'orientation de la demande de certains agents des bureaucraties en charge de l'administration des étrangers : psychologues et psychiatres sont plus souvent mobilisés pour justifier les orientations d'un Etat désireux de limiter la présence étrangère que pour éclairer de leur savoir un Etat attentif aux facteurs de vulnérabilité des demandeurs d'asile, un Etat soucieux du respect du droit au séjour des étrangers malade, un Etat désireux de placer les soins en santé mentale au cœur de ses actions de solidarité. Il paraît donc essentiel que l'expertise des professionnels de la santé mentale soit promue dans les politiques, non pas pour servir de caution scientifique à des pratiques inhospitalières, mais, au contraire, pour améliorer l'accès aux soins et développer les dispositifs de prise en charge psychologique.

Estelle d'Halluin

Membre du Conseil d'administration
du Comede

DOSSIER : PSYCHIATRIE, EXIL ET SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS

Clinique et épidémiologie

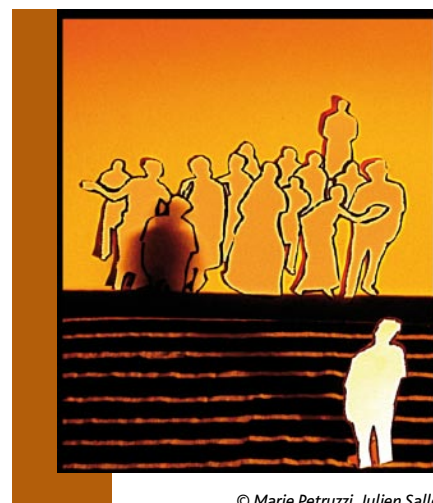
Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants

Thierry Baubet, *Psychiatre, Maison des adolescents, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny, Université Paris 13*

La clinique des conséquences psychiques des vécus de violence chez les demandeurs d'asile est une clinique fort complexe, malheureusement victime de concepts réducteurs. Deux mots magiques : « trauma » et « état de stress post-traumatique » (ESPT) semblent désormais résumer toute la problématique. En un peu plus de vingt ans, la catégorie diagnostique de l'ESPT, définie par le manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie dans sa version de 1980 (DSM-III, PTSD), a connu un incroyable essor.

> Les limites de l'ESPT

Tout comme le DSM, l'ESPT est une catégorie utilisée aujourd'hui partout dans le monde, comme s'il allait de soit qu'elle était la réponse universelle aux traumatismes psychiques. Les publications scientifiques, exigeant des instruments de recherches standardisés, et des échelles validées, entretiennent et amplifient ce phénomène, faisant de l'ESPT l'unique langage à partir duquel la souffrance



© Marie Petruzzi, Julien Sallé

psychotraumatique est désormais décodée. La présence d'un ESPT est ainsi considérée comme le principal signe de souffrance chez les migrants qui ont été exposés à la violence, et parfois même, comme un indicateur de la réalité des violences alléguées.

Pourtant, de nombreux arguments issus des travaux d'orientation psychodynamique, sociologique, transculturelle, doivent nous amener à remettre en cause ces assertions.

● Ces critères sont incomplets par rapport à ce que la clinique psychodynamique nous a appris des effets des traumatismes psychiques : où sont les expériences de honte, de culpabilité, pourtant centrales dans l'expérience de ces sujets, et les troubles mnésiques qui les empêchent si souvent de témoigner devant l'Ofpra ou la CNDA de la partie la plus difficile de leur vécu ? Nous avons vu souvent des patients rongés par les violences sexuelles et la torture subies en prison, qui ne pouvaient simplement pas l'évoquer durant leurs auditions, rendant leur demande incompréhensible pour l'Officier de protection, et vouée à l'échec. On peut d'ailleurs se demander si les patients les plus gravement traumatisés, évitant le sujet des violences, quasi-mutiques, présentant des difficultés mnésiques et dans la cohérence temporelle, bref, ceux qui ont subi les pires mutilations psychiques, ne sont pas ceux qui ont le moins de chance de « réussir » leur entretien à l'Ofpra. Sans doute faudrait-il ici poser la question de la formation de ces agents à ces questions.

● La validité transculturelle de ces critères est contestée : établis aux Etats-Unis, dans les années 1970, ils restent profondément marqués par ce contexte culturel, et cette période de l'histoire du pays. Leur validation dans d'autres contextes culturels n'a pas été suffisante, mais ils sont tout de même utilisés, sans qu'on soit certain de ce qu'ils permettent de mesurer et de discriminer... Ce qui est certain, c'est qu'ils passent à côté de tableaux souvent utilisés dans les pays non-occidentaux pour exprimer une souffrance psychotraumatique, comme la transe, les troubles dissociatifs isolés, les somatisations sans plainte psychique qui sont fréquemment retrouvées dans notre expérience clinique, et parfois comme seuls signes de troubles psychotraumatiques. Les symptômes que nous considérons habituellement comme pathognomoniques, comme le syndrome de répétition traumatique, peuvent être absents, masqués par d'autres symptômes. La disparition des rêves, par exemple, est fréquente, alors que nous considérons les cauchemars traumatiques comme un signe fondamental d'ESPT. Des compulsions, destinées à neutraliser les revivis-

cences peuvent être le seul symptôme évoqué. Il arrive que les plaintes algiques constituent le seul motif de recours aux soins, réalisant parfois une véritable modalité de reviviscence traumatique, et entraînant un long parcours d'errance médicale avant qu'un recours à des soins psychologiques ou psychiatriques ne soit proposé. Les reviviscences peuvent aussi être gardées secrètes, par pudeur ou encore du fait de la honte et de la culpabilité.

> Inadaptation aux traumatismes intentionnels

Enfin, des symptômes culturellement codés peuvent être au devant de la scène. Il est par exemple particulièrement fréquent d'observer des états de transe et de possession, réalisant des tableaux d'allure psychotique qui sont malheureusement à l'origine de nombreuses erreurs diagnostiques dans le sens d'un excès de diagnostic de psychose. Chez les enfants, et ce d'autant plus qu'ils ont vécu les événements traumatiques alors qu'ils étaient jeunes, la symptomatologie peut prendre des formes déroutantes à type d'inhibition massive réalisant des tableaux de pseudo-retard mental réversibles avec des soins appropriés, et donc particulièrement importants à dépister et à prendre en charge.

Les conceptions de chacun sur le trouble qu'il traverse et sur les stratégies à mettre en place pour y faire face sont structurées par des représentations complexes qui empruntent aux représentations culturelles, aux représentations médicales, etc. Les occidentaux n'en sont pas exempts, et l'idée selon laquelle la catharsis au cours d'un entretien individuel avec un professionnel soulagerait n'est pas universellement partagée. En Sierra Leone, par exemple, les traitements proposés aux enfants dits « soldats » portaient avant tout sur la restauration des liens avec la communauté, la réintégration dans le corps social aux travers de différents rituels. Cette rupture communautaire était alors pensée comme étant d'une gravité extrême, et le rétablissement des liens constituait un impératif pour protéger à la fois l'individu et le groupe. Il est ainsi fréquent que les stratégies de recherche de soins

TROUBLES LIÉS À UN STRESS EXTRÊME OU PTSD COMPLEXES

Altération dans la régulation de l'état affectif

- Troubles chroniques de la régulation des affects
- Difficultés à moduler les réactions de colère
- Comportements autoagressifs et suicidaires
- Difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles
- Comportements impulsifs
- Prises de risques.

Altération de l'attention et de l'état de conscience

- Amnésie (totale, partielle)
- Épisode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres).

Somatisation

- Douleurs chroniques
- Troubles somatiques fonctionnels
- Symptômes conversifs
- Symptômes sexuels.

Modification chronique du caractère

- Altération de la perception de soi : culpabilité et honte, auto-accusation, sentiment d'être inefficace et d'avoir un fonctionnement définitivement modifié (modification identitaire)
- Altération de la perception de l'agresseur : préoccupation concernant l'agresseur (désir de vengeance), idéalisation de l'agresseur et autres distorsions des croyances le concernant
- Altération de la relation aux autres : incapacité à faire confiance ou à maintenir des relations avec les autres, tendance à la re-victimisation, tendance hétéroagressive (par exemple violence domestique).

Altération des systèmes de sens

- Désespoir
- Perte de certaines croyances.

fassent appel à la communauté, et que la situation de consultation individuelle soit perçue comme menaçante.

● Ces critères ne sont pas adaptés aux situations de traumatismes intentionnels, répétés, extrêmes ni aux situations de violences collectives, qui produisent des troubles plus complexes et durables, avec d'importantes modifications de la personnalité qui tendent à se chroniciser. Le trouble décrit sous le terme « d'état de stress post-traumatique complexe »

répond beaucoup mieux aux tableaux rencontrés (voir encadré) en rendant compte de la massivité de l'atteinte identitaire, de la symptomatologie riche, du profond bouleversement du sens, des croyances, des valeurs, qui laissent le patient dans la solitude et un désarroi profond.

- Les troubles psychotraumatiques ne sont pas la seule réponse possible aux vécus de violence. De nombreux travaux réalisés au sein de populations réfugiées montrent la fréquence des troubles anxieux, et dépressifs sévères, parfois plus importante que l'ESPT.

- Les traumatismes psychiques, pour sévères qu'ils aient été, ne résument pas la complexité de la souffrance des patients, qui est également liée à d'autres facteurs, comme les deuils, l'exil, le contexte social et politique de l'accueil en France, etc.

- Un autre effet pervers de ce diagnostic, est le risque de figer le patient avec une conception qui ferait de sa souffrance un « handicap » fixé, alors que nous savons qu'avec des soins, certes intensifs, les états les plus graves peuvent conduire à d'heureuses métamorphoses, les patients acquérant des habiletés et des potentialités créatrices nouvelles, un nouvel équilibre, même s'il n'y a jamais de retour à l'état antérieur.

> Universalité psychique et diversité des symptômes

L'universalité psychique, qui est un postulat de base de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle, concerne le fonctionnement psychique, et pas les symptômes, éminemment variables selon les contextes culturels. L'étude de la littérature transculturelle et anthropologique montre que l'effroi est considéré comme une catégorie pathogène spécifique dans de nombreuses sociétés, et qu'il est souvent conceptualisé comme une brèche, une effraction du sujet, modifiant brutalement son sentiment identitaire, ses liens avec les autres, ses liens avec le monde invisible, ses croyances, ses valeurs. Le traumatisme psychique est l'occasion d'un fonctionnement mental particulier, en rupture avec le fonctionnement antérieur.

L'ESPT, tel qu'il est défini par le DSM ne recouvre pas toute l'étendue des troubles observés chez les patients pris dans des situations violentes. Il ne s'agit pas cependant de jeter le bébé avec l'eau du bain : le concept de traumatisme psychique s'avère particulièrement opérant pour penser la souffrance de ces patients, même s'il doit être complexifié et articulé aux autres dimensions de cette souffrance (comme la souffrance sociale).

Il nous semble indispensable cependant de chercher à améliorer la validité transculturelle de cette catégorie diagnostique en croisant les apports de l'épidémiologie, de la clinique, et de l'anthropologie et de poursuivre des travaux plus ouverts (qui ne soient pas limités à l'ESPT) sur les conséquences de la violence chez les demandeurs d'asile ■

**Précarité
et accès
aux soins**

Samdarra : genèse d'un réseau de santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes

Halima Zeroug-Vial,

*Praticien Hospitalier, Psychiatre des Hôpitaux,
Responsable du Réseau Samdarra*

Le réseau Samdarra - réseau régional de santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes - s'inscrit dans les suites d'une recherche-action commanditée par la Drass Rhône-Alpes et réalisée par l'Orspere-ONSMP (Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité), entre 2003 et 2006.



> La capacité de vivre et de souffrir

Ce travail a mis en lumière l'hétérogénéité, la diversité et la complexité des initiatives en matière de santé mentale. Tout d'abord, cette recherche-action a dû préciser la notion même de santé mentale, qui ne peut se réduire à l'absence de troubles psychiatriques. En ce sens, elle dépasse le champ que recouvre la psychiatrie. Elle ne se caractérise pas non plus par l'absence de souffrance. Les épreuves qui jalonnent le parcours de tout être humain qui se risque à vivre, exigent un travail psychique qui compte régulièrement son lot de douleurs, deuils et renoncements. Selon Jean Furtos, Directeur scientifique de l'ONSMP-Orspere,

« Une santé mentale suffisamment bonne se définirait par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable sans destructivité mais non pas sans révolte ».

La première partie de la recherche-action s'est caractérisée par un échange entre professionnels issus de différents champs (sanitaire, social, juridique). Ces échanges ont donné lieu à une expertise collective précise ouvrant sur différents constats qui ont conduit à plusieurs recommandations. Le vécu d'isolement est massif et, dans la région, les initiatives, nombreuses mais mal repérées d'un département à l'autre, sont difficilement articulées. Les langages et cultures professionnelles s'entrechoquent et conduisent à des « bricolages », certes parfois efficaces, mais renforçant souvent le sentiment d'impuissance et de débordement. L'accès aux soins d'ordre psychiatrique reste globalement problématique : où orienter ? Dans quelles conditions ? Et avec quels dispositifs (problèmes majeurs rencontrés lors du recours à l'interprétariat) ?

> Exil et santé mentale

La deuxième partie de la recherche action s'est employée à approfondir les aspects psychopathologiques (clinique du trauma, enjeux spécifiques liés à l'exil, à l'interculturel, et au non partage de la langue).

L'exil est toujours motivé par une désorganisation du « vivre ensemble » dans le pays d'origine. Cette désorganisation peut prendre des formes diverses sur la scène géopolitique. Régulièrement, elle confine à la barbarie. Le destin individuel se trouve pris dans la tourmente collective, il est régulier que le lien d'appartenance soit attaqué, voire anéanti. On attaque, persécute et torture l'autre pour ce qu'il est et pour son appartenance à un groupe (politique, ethnique, religieux...). La décision d'exil prend donc déjà racine dans une expérience et un vécu violents et traumatiques.

Le parcours d'exil est lui-même de l'ordre de l'épreuve, insécurité et précarité massive. Le demandeur d'asile, quand il arrive, intègre donc notre territoire dans une situation de vulnérabilité extrême. La réalité de ce qu'il a traversé a mis à rude épreuve ses capacités de travail psychique qui, dans le meilleur des cas, s'en sont trouvées sidérées pour se protéger.

A l'arrivée, la situation de précarité est extrême : où dormir ? Comment se nourrir ? Les exilés sont placés dans une situation de dépendance et de vulnérabilité sur un territoire dont ils ne maîtrisent ni la langue, ni les codes. Les conditions d'accueil - notamment matérialisées en terme de logement et d'accompagnement à la procédure - peuvent, en fonction de la manière dont elles s'organisent, participer à soutenir celui qui nous demande asile sur le plan de sa santé mentale, ou, au contraire, exiger de lui la confrontation à une nouvelle forme de violence qui ne manque pas de faire résonance aux violences déjà subies.

RÉSEAU SAMDARRA



Gwen Legoff, Catherine Pellier-Cuit,
Halima Zeroug-Vial,
© 04 37 91 50 93
Pôle Est - C.H. LE VINATIER
95 Bd Pinel, 69677 BRON Cedex
www.orspere.fr

> Risques de contamination traumatique pour les thérapeutes

Une des recommandations premières de cette recherche-action a été la mise en place d'un réseau régional de santé mentale formalisé, implanté dans le service public. Il s'agit d'abord de permettre la connaissance et la reconnaissance des différentes initiatives de la région, de favoriser les échanges, les occasions de réflexion. Il s'agit aussi de mieux repérer les besoins en soins spécifiques de cette population et d'identifier les problèmes rencontrés, notamment en matière d'accès aux soins, avec un souci constant de réflexion précise et rigoureuse sur ce qui fait soin.

Les traumatismes subis par les demandeurs d'asile ont un effet double : ils tendent à couper l'exilé de tout groupe d'appartenance mais également à couper l'aidant et/ou le thérapeute de sa propre communauté professionnelle ; dans un effet de contamination traumatique.

Le réseau a pour vocation d'instituer un espace tiers, espace possible d'élaboration. Le réseau doit également s'articuler avec les recherches universitaires en cours en la matière. Il devra constituer un lieu ressource.

En novembre 2007, l'unité fonctionnelle « Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile, et personnes issues de la demande d'asile » a été créée au CH le Vinatier à Lyon/Bron. Cette UF constitue le cadre administratif et institutionnel du réseau Samdarra. Un financement du Groupement régional de santé publique a permis le recrutement d'une chargée de mission, coordinatrice du réseau. Le CH le Vinatier a mis à disposition un temps médical pour prendre la responsabilité du réseau et un temps de psychologue clinicienne pour accompagner sa mise en place (voir encadré ci-contre). La première étape est celle de réunir des conditions d'un espace de culture commune, entre différents professionnels. Le débat est ouvert, il est parfois difficile et tumultueux en miroir avec la problématique qu'il tente de traiter. Le recours à la réflexion en appui avec la théorie et la recherche s'offre comme un espace possible de pacification et de construction. Formaliser des temps d'échanges de pratiques, ouverts sur la différence, constitue le cadre méthodologique actuel du réseau (groupes de travail thématiques sur la parentalité, certificats médicaux, interprétariat). En parallèle, la mobilisation des acteurs de terrain, autour de la publication d'un annuaire précis est aussi une des priorités en cette deuxième année de fonctionnement. Enfin, nous avons fait le choix, devant l'intrication de dimensions juridiques, politiques, sociales et sanitaires, de consacrer une partie de nos efforts à l'élaboration d'une charte éthique à partir des problématiques rencontrées sur terrain. Le prochain défi consistera à la mise en place d'un dispositif de soins adapté aux besoins de ce public dans la région ■

Ethique
et politique

Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades

Hélène Asensi,

Psychiatre à Clermont-Ferrand, Présidente de l'association Cantara-GREM,
Consultante pour Médecins sans frontières

En octobre 2007, deux collègues psychiatres et moi-même nous sommes vu retirer par le préfet de notre département, le Puy-de-Dôme, l'agrément nous autorisant à rédiger, en tant que psychiatres, des rapports médicaux en vue de l'obtention d'un titre de séjour pour raisons médicales ; et ce à l'occasion de la révision de la liste des médecins agréés qui a lieu tous les trois ans.

> Rapports médicaux pour le droit au séjour des étrangers malades

En sus de nos diverses activités cliniques à Clermont-Ferrand, nous travaillions par ailleurs tous trois depuis de nombreuses années avec Médecins sans frontières sur des programmes de soins médico-psychologiques en zone de conflits. Formés à la psychiatrie transculturelle, nous avons « logiquement » associé à nos activités courantes les soins de patients réfugiés politiques et présentant des troubles graves secondaires aux exactions survenues dans leurs pays d'origine, réfugiés en France et résidant dans notre région.

Pour ceux d'entre eux malades et déboutés de leur demande d'asile politique, l'obtention d'un titre de séjour pour raisons médicales est un droit créé par la loi n°98-349 du 11 mai 1998 (article L313-11 1° du Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile). Le patient doit fournir au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) un rapport médical émanant soit d'un médecin agréé par la préfecture, soit d'un praticien hospitalier. Le MISP devra transmettre son avis au préfet, au sujet de savoir si l'état clinique du patient l'exposerait à des conséquences d'une « exceptionnelle gravité » en cas de retour dans le pays d'origine.

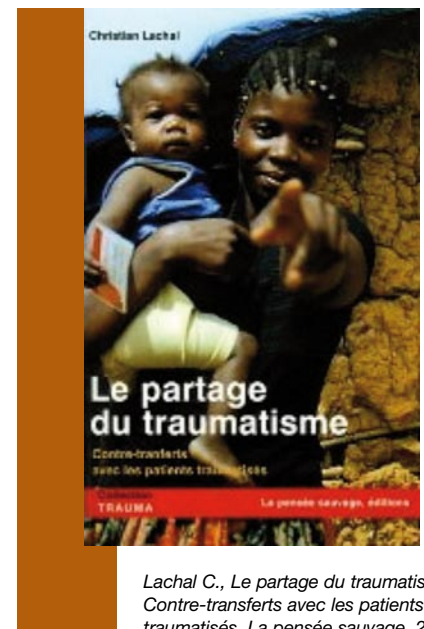
A nous trois, un praticien hospitalier et deux libéraux, nous effectuons depuis quelques années la grande majorité de ces rapports médicaux dans la région, du fait de la spécificité déjà décrite d'une partie de nos « patientèles ».

Suite au non renouvellement de ces agréments, nous avons engagé une demande de recours gracieux, menée dans un contexte médiatique local très houleux, avec quelques répercussions nationales. Notre collègue praticien hospitalier, le Dr Philippe Couderc se vit ainsi réattribuer son agrément, après un « faux débat » puisque son statut aurait du lui épargner ce désagrément dès le départ. Il se voyait cependant toujours attribué par le préfet un certain doute sur la « neutralité » nécessaire à l'exercice de tels actes. Pour les deux d'entre nous d'exercice privé, Christian Lachal et moi-même, nous ne fumes pas réhabilités, le préfet analysant certaines de nos pratiques associatives comme des « engagements » nous écartant de cette fameuse neutralité.

> D'une campagne de dénigrement...

Une procédure contre cette décision est actuellement en cours auprès du tribunal administratif. Il faut noter que d'autres psychiatres, et exclusivement des praticiens de cette spécialité (alors que les préfectures disposent de médecins agréés en médecine générale et dans toutes les autres spécialités) sont actuellement en « délicatesse » avec leurs préfectures. Par ailleurs, le syndicat des MISP a alarmé il y a quelques mois le ministère de la Santé au sujet de tentatives de « pression » exercées par les préfectures sur leur travail autour de ces dossiers « d'étrangers malades ».

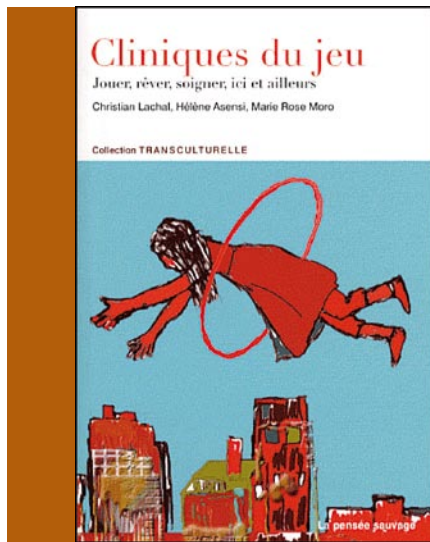
Depuis le début de cette affaire, nous n'avons eu aucune réponse à toutes nos demandes de rendez-vous avec le préfet du département, qui par ailleurs a reçu à maintes reprises la presse. Il a ainsi été alors déontologie, voire de clinique.



Lachal C., *Le partage du traumatisme – Contre-transferts avec les patients traumatisés*, La pensée sauvage, 2006

Ce représentant de l'Etat a affirmé des données fausses : l'impossibilité déontologique pour un médecin agréé de rédiger des certificats et rapports médicaux pour ses propres patients, entretenant la confusion entre médecins « agréés » et médecins « experts ». Puis il s'est aventuré sur des considérations personnelles encore plus hardies : selon lui, un médecin doit faire preuve d'une neutralité totale ; toute implication dans un mouvement visant à questionner la politique d'immigration en cours en France est donc totalement incompatible avec une activité médicale en lien avec cette problématique. Pour boucler ce raisonnement, il suffisait de laisser entendre que nous militions dans des

« associations de défense des sans-papiers », qui devenaient au fil des interviews et par glissement sémantique incontrôlé des « associations de sans-papiers ».



Lachal C., Asensi H, Moro M.R.,
Clinique du jeu – jouer, rêver, soigner
ici et ailleurs, La pensée sauvage, 2008

> ... à un mouvement de soutien

En parallèle d'une demande de recours gracieux que nous instruisions, un collectif de collègues médecins du département recueillait 500 signataires, généralistes et spécialistes, d'une lettre de contestation. Position soutenue par le conseil de l'Ordre des médecins, par divers syndicats de médecins et de psychiatres, par Médecins sans frontières et par divers mouvements de citoyens défenseurs des sans papiers etc. Autant de soutiens qui, tout en renforçant la légitimité médicale et citoyenne de notre position, offrait du grain à moudre à celui qui prétendait que nous étions beaucoup trop engagés.

Près d'un an après, nous sommes à la veille de voir cette affaire traitée par le tribunal administratif que nous avons saisi. Entre temps, tout et n'importe quoi a été dit à notre sujet, donc au sujet de notre pratique, et ainsi au sujet de nos patients. Lorsqu'il est prétendu que notre « neutralité » n'est pas garantie, il est bien sûr sous-entendu que nos certificats médicaux décrivent des situations cliniques plus péjoratives que la « réalité », et donc influencent l'avis émis par le Médecin inspecteur de santé publique dans le sens d'un maintien sur le territoire français pour troubles psychologiques ou psychiatriques graves et avérés.

Mais comment un préfet peut-il être en position d'avoir son propre avis sur la situation clinique d'un individu ?

Première hypothèse, bien sûr totalement farfelue, que nous n'émettons que pour donner de l'étoffe à ce texte : le préfet a eu accès aux certificats médicaux, et donc par le même coup à l'identité des médecins rédacteurs. Ainsi, il a pu comparer ces données cliniques à d'autres éléments du dossier du patient auquel il a légalement accès : récit des exactions subies dans le pays, examen de sa situation par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides), « fiche pays » décrivant l'état du dispositif de santé mentale du pays d'origine. Et là, il a pu se forger la conviction qu'il y avait une inadéquation entre tous ces éléments, que le ressortissant n'avait pas été rendu suffisamment malade par les événements décrits, et que même si c'était le cas, un retour au pays ne pourrait pas lui faire de mal.

> Ni complices, ni complaisants

Deuxième hypothèse, encore plus scandaleuse : Le préfet n'a pas eu besoin de consulter ces documents pour exprimer son propre point de vue sur cette catégorie de patients d'une part et de médecins d'autre part. D'une pierre trois coups : laisser entendre que ces patients pourraient présenter de fausses allégations, que le médecin en serait complice, ou serait d'une telle naïveté qu'il se laisserait « avoir » par ces fausses allégations. Psychiatre complice ou naïf, aveuglé par ses propres convictions. Patient malhonnête, ou pour le moins désespéré au point de simuler un tableau clinique en vue d'imposer à la France « toute la misère du monde » par le truchement d'un psychiatre naïf ou complaisant.

Bien sûr, nous ne sommes ni naïfs ni complaisants ; les patients en questions sont de vrais patients avec de vrais symptômes, et jusqu'à preuve du contraire, la loi les autorise à se faire soigner sur notre territoire. Renoncer à défendre cette position serait une catastrophe. Nous en sommes désormais convaincus au vu des conséquences sur nombre de nos patients d'un discours insidieusement distillé, consistant à nier la souffrance d'autrui et à disqualifier ceux qui en tiennent compte ■

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - © 01 45 21 38 40

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL © 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS © 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (Sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS © 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. © 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. © 01 43 52 69 55.

EN 2008, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- Le Service de l'asile ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Ile-de-France ;
- Le Service du droit des femmes et de l'égalité, national et Ile-de-France ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- Le Secours catholique, Emmaüs ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Anthropologie
et sociologie

Les maux de l'âme : entre exil, survie et garanties pour vivre ici

Franck Enjolras, *Psychiatre à l'Institut Marcel Rivière et au Comede, Doctorant en anthropologie à l'Ecole des hautes études en sciences sociales*

Tout être humain, en partance, en transit, ou alors prêt à s'établir dans des lieux qui lui sont étrangers, vit cette expérience au plus profond de lui-même. La migration ou l'exil sont ainsi les constituants d'une expérience complexe et globale qu'il faut parfois essayer de transmettre et d'en justifier le bien-fondé. Et si cette expérience est comme nous le soulignons globale, seuls certains aspects seront mis en lumière dans la société contemporaine comme source de légitimité à être ici ou ailleurs. Sur son parcours, la personne migrante traverse de nombreux dispositifs, administratifs, sanitaires, associatifs au travers desquels elle sera amenée à négocier cette légitimité. La santé fait partie, parfois de façon contradictoire et ambiguë, de ces enjeux pour vivre en France. C'est particulièrement le cas de la santé mentale, ces dernières années, qui cristallise à la fois des besoins en terme de soins et des justifications dans le cadre des formes de régularisation du séjour. Pour tenter d'en saisir quelques tenants, et surtout pour se donner les bases d'une réflexion, nous avons réuni au cours de l'année 2008 des chercheurs et des acteurs de terrain, travaillant et vivant les enjeux de la santé mentale dans le parcours migratoire. Ce fut au cours d'un séminaire¹ réparti sur 6 séances que les débats et discussions ont été menés pour approfondir les intuitions, perceptions et les idées que nous nous faisons de ces enjeux. Il serait particulièrement ambitieux et prétentieux de rendre compte en quelques lignes de la richesse et de la complexité des positions de ceux qui furent amenés à prendre la parole au cours de ce séminaire. Nous avons souhaité, ici, en rapporter les points forts et plus précisément les paradoxes perçus, qui confirmaient quelques hypothèses de travail, posées au préalable, ici et dans d'autres contextes.

> Un savoir psy dans l'ordre des discours

Donner de l'importance à la question de la santé mentale aurait pu se limiter aux modalités de la prise en charge des migrants/étrangers, de l'accès aux soins et de données épidémiologiques. Or, au-delà de cet aspect que nous avons aussi pris en considération, penser la santé mentale de ces personnes ne peut se faire, nous semble-t-il, sans se référer à la dynamique générale de notre société contemporaine. Et au sein de cette dynamique, force est de constater que « le savoir psy » occupe, dans de nombreux champs et domaines, l'ordre des discours². Il n'est pas un domaine – que ce soit par exemple celui de l'adolescence ou des relations au travail – qui ne soit appréhendé, analysé et désormais gouverné par un « savoir psy ». Ce savoir émane d'une certaine manière d'un contrôle social fixé sur des logiques médicales, et il établit, de façon marquée, certaines articulations entre un niveau individuel et un niveau collectif. Autrement dit, comme l'ont montré D. Fassin et R. Rechtman³, toute forme de relation sociale est désormais annexée à des aspects psychologiques au sein desquels une grande place est laissée à des notions comme le traumatisme au point d'en devenir paradigmatique. Pour exemple, et cela revient régulièrement dans les discours généraux des acteurs investis auprès des migrants, la caractérisation de leurs parcours offre une place prépondérante au traumatisme. Les différentes étapes de ce voyage, quelles que soient son origine ou sa nature, s'appréhendent préférentiellement à travers les attributs d'une expérience psychologiquement perturbante et déstabilisante sans pouvoir laisser apparaître ce qu'il peut y avoir de singulier et d'exceptionnel dans cette trajectoire personnelle. Sans cela, sans les vocales de la santé mentale, l'exil perd de sa force et de sa valeur en tant qu'événement

de vie dans ce qu'il représente de contraintes, parfois d'intolérable, mais aussi de décision personnelle aux yeux des personnes susceptibles d'intervenir dans la gestion de ce parcours. Or ce langage psy, ou de la santé mentale, répond moins de l'utilisation d'un savoir sur l'autre et sur son vécu que de la mise en forme d'une expérience selon un discours prédéfini qui cherche à se faire entendre dans les contraintes que la société française et ses logiques administratives lui imposent. Aussi, et cela a été souligné par de nombreux chercheurs, et par des acteurs de terrain, la justification pour les requérants au statut de réfugié à faire leur demande auprès des commissions ne repose plus seulement sur la mise en avant de persécutions, réelles ou potentielles, dépendantes de logiques politiques et collectives, mais avant tout sur l'imprégnation de leurs discours d'une souffrance qu'ils auront su présenter⁴.

1) Séminaire *Accès aux soins et protection des migrants/étrangers : les enjeux et aléas de la santé mentale*, MSH Paris Nord-Comede, 2008, sous la direction d'E. d'Halluin, A. Veisse et F. Enjolras.

2) Foucault M. 1976, *Le discours ne doit pas être pris comme...*, *Dits et Ecrits*, p 123, Gallimard, quarto, Paris, réédition, 2001.

3) Fassin D., Rechtman R., 2007, *L'empire du traumatisme*, Flammarion, Paris.

4) d'Halluin E., *Comment produire un discours légitime ?*, *Plein Droit*, décembre 2004, n° 63, 30-33.

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO :
Emilie Biaré, Gabrielle Buisson-Touboul,
Bénédicte Gaudillière.

ISSN 1959-4143

Dans ce contexte, il ne suffit plus de justifier de l'authenticité d'un événement ou d'une situation intolérable, il faut en faire la preuve dans ce langage de la santé mentale qui anime de plus en plus les relations sociales. Cependant, cette inflation du psycho-traumatisme comme trace de l'intolérable trouve elle aussi, dans son extrême diffusion, les limites de ses effets. Par sa mobilisation, elle suscite de nouveaux soupçons auprès des instances administratives en charge de délivrer statuts et cartes de séjour. Si le travail des « psys » perd ici de sa pertinence, nous avons pu entendre que les membres de ces instances seraient prêts à lui attribuer d'autres fonctions d'expertise, tel un travail de prévention sécuritaire. Leur mission ne serait alors plus de travailler avec l'intime des patients, en attestant parfois de ce travail, mais de se faire le garant d'une « évaluation du renvoi des étrangers dans leurs pays d'origine » en s'assurant que cela est psychologiquement possible.

> Soigner par le social ?

Des consultations sous emprise

Si d'un côté, on observe un discours psy au service de logiques sociales, l'espace thérapeutique dédié à l'intimité des sujets souffre quant à lui du contexte et des modes de vie de plus en plus contraignants pour les migrants. Les psychologues et les psychiatres participant au séminaire ont eu beau démontrer avec quelle force ils défendaient leurs consultations des épreuves d'un social envahissant, chacun à leur manière, ils ont laissé transparaître la difficulté de la tâche. Le social, en tant que contexte, est bien entendu toujours à l'œuvre dans une consultation, mais là, c'est sa dureté, sa rigueur, en quelque sorte aussi sa violence qui occupe tout l'espace de la relation au point que psychologues et psychiatres envisagent par moment comme seul recours thérapeutique d'agir – dans et par – ce social pour soigner. C'est encore et toujours, dans ce contexte, la place attribuée à l'expertise, à la certification et désormais au rapport médical⁵ qui cristallise cette violence, et qui confond le social et l'intimité du sujet, tous deux difficiles à discerner. D'aucuns attribuent à cette expertise une efficacité, un soulagement alors que d'autres veulent s'en défaire, s'en dessaisir

face à des patients qui, focalisés sur ce papier comme sur un prétendu sésame, n'entendent rien lâcher. La violence est déjà là, dans ce désarroi, dans ces incompréhensions entre soignants et soignés que des situations, non plus seulement d'exil, mais de défaut d'asile, génèrent. La consultation devient le miroir d'attentes personnelles et sociales, reflets des contraintes exacerbées, dans une sorte d'arène⁶ où le soignant sent sa légitimité lui échapper. Comble du paradoxe, soulignons-le encore, c'est à travers ces consultations que doit s'établir, pour certains, les bases d'une reconnaissance à vivre en France. Le séminaire a permis de préciser cela dans le discours des professionnels, dans des positions très diverses et singulières, mais qui, au final, soulignaient cette difficulté de passer de l'univers de la consultation à celui du social au sein duquel ce savoir a une importance toujours plus croissante.

> La santé sous contrôle, entre bienveillance et répression

Autre paradoxe enfin, révélé au cours de ce séminaire, la santé mentale des migrants étrangers, dans ses aspects généraux, n'intéresse plus seulement les professionnels de la santé ou les instances administratives chargées de délivrer le statut de réfugié. Il est aussi ciblé par les agents du contrôle social que sont les policiers, agents de surveillance dans les Centres de rétention administrative. Cet intérêt n'est certes pas dénué de contradictions. Dans ces lieux, pour certains de plus en plus confinés, la proximité physique s'accompagne parfois d'une proximité relationnelle dans laquelle se mêlent devoir de contrôle et par moment, de manière surprenante, devoir de bienveillance en raison même de l'illégitimité de ces lieux⁷. Or cette illégitimité semble concerner autant ceux qui s'y trouvent enfermés que ceux qui y travaillent. La santé mentale représente alors une sorte de compromis entre la surveillance et les enjeux moraux de la rétention dans cette attention aux discours, attitudes et mouvements de celui qui s'y trouve sous surveillance.

Ainsi la santé mentale est un champ pleinement social dans lequel se mélangent des logiques de pouvoir et des contradictions, rendues plus saillantes quand elles concernent des personnes en situation marginale comme celle des personnes vivant l'exil ou la migration. Nous aurons pour tâche en 2009 de renouveler cette expérience, au carrefour d'actions de terrain et de travaux de recherche, qui s'avèrent pour nous indissociables, pour faire ainsi progresser la visibilité de ce champ et en parallèle en favoriser les améliorations par l'échange et la rencontre ■

5) Veisse A., 2001, *Les salles d'attente de l'universel*, Vacarme ; 17 :45-7.

6) Lézé S., 2007, *Sociology of mental Health: historical epistemology of the subfield in France*, *Journal of mental Health*, vol 16, 3, 319-331.

7) Enjolras F., Lurbe I Puerto K., 2008, *Entre travail ordinaire et stratégies d'exception, la légitimité à exercer dans un centre de rétention administrative : aspects généraux et cas particulier des acteurs de soins*, Colloque, *Terrains d'asiles*, EHESS, <http://terra.rezo.net/article819.html>

SÉMINAIRE SANTÉ MENTALE ET MIGRATIONS

Maison des Sciences de l'Homme
Paris Nord/Comede ;
Programme de recherche collective
« Frontières »

■ Mercredi 7 janvier 2009

Enjeux de santé en Guyane française

■ Mercredi 4 février 2009

Parcours de soins en santé mentale
et migration

■ Mercredi 4 mars 2009

santé mentale et migrations en France

■ Mercredi 1 avril 2009

L'expertise médicale dans les cours d'appel
d'asile : une comparaison Franco-anglaise

■ Mercredi 6 mai 2009

Soigner dans les lieux d'enfermement

■ Mercredi 3 juin 2009

Interprétariat et santé mentale

■ Lieu

Maison des sciences de l'homme Paris Nord,
4 rue de la Croix Faron, Plaine Saint-Denis
93210 Saint-Denis

<http://www.mshparisnord.org/acces.htm>

Le programme définitif est consultable sur les sites du
Comede (www.comede.org) et de la Maison des Sciences
de l'Homme Paris Nord (www.mshparisnord.org)