

# Maux d'exil

## Billet

### Au coeur de l'exil

Violences, pertes, ruptures, deuil... Bien souvent, c'est avant tout la souffrance psychique qui conduit les exilés à rencontrer les acteurs du secteur médico-social. Trop souvent aussi, ces souffrances sont exacerbées par les conditions peu hospitalières réservées de nos jours aux exilés en France et en Europe. Dans l'observation du Comede, les syndromes psychotraumatiques constituent la première cause de morbidité, avant l'hépatite B chronique et les maladies cardiovasculaires. Au coeur de l'exil, la santé mentale devrait constituer la priorité des politiques de santé publique en faveur des migrants/étrangers en situation précaire. Nous en sommes très loin.

L'exclusion des soins des exilés s'inscrit bien entendu dans un contexte de carences en personnel et en moyens alloués à la psychiatrie publique. Pourtant, l'expérience de certains dispositifs hospitaliers et ambulatoires et des associations dédiées nous montre que l'accueil et les soins de ces personnes sont possibles dans le « droit commun », dès lors que certains principes y sont appliqués : prise en charge pluridisciplinaire, recours à l'interprétariat professionnel, prise en compte du contexte social et juridique.

Ces expériences doivent être développées et encouragées pour faire face à l'ampleur des besoins, à partir d'une meilleure connaissance du contexte et parfois d'une transformation de nos représentations. Médecins, psychologues, assistantes sociales, juristes... et interprètes : les « spécialistes » de la question sont plus nombreux qu'il n'y paraît.

**Arnaud Veïsse**

Directeur général du Comede

## DOSSIER: SANTÉ MENTALE DES EXILÉS, QUEL ACCÈS AUX SOINS ?

Travailler  
sur les  
représentations

### Des structures et des hommes

**Laure Wolmark**, *Psychologue clinicienne, responsable du service Psychothérapie et santé mentale du Comede*



© Julien Sallé, Marie Petruzzi

reflètent pas l'ampleur des demandes de soins psychologiques au Comede, face à laquelle il serait irréaliste de vouloir répondre en totalité. Ces demandes sont formulées lors du premier accueil physique ou téléphonique au Centre de santé, ou adressées dans le cadre des permanences téléphoniques médico-psychologiques du Centre-ressources. Elles concernent des patients étrangers vivant en Ile-de-France, adultes, enfants, adolescents accompagnés de leurs parents ou isolés, et parfois même des patients hébergés en dehors du territoire francilien. La grande majorité des patients suivis au Comede pour des troubles psychiques sont en cours de demande d'asile (71%), réfugiés (4%) ou déboutés (16%).

#### > Demandes de soins psychiques et parcours d'exil

Derrière ce constat, que comprendre? Tout d'abord, que ces personnes payent un lourd tribut psychologique aux violences et tortures, en particulier les femmes vis-à-vis des violences liées au genre. Les patients du Comede atteints d'un syndrome psychotraumatique grave présentent beaucoup plus souvent des antécédents de violence (93% versus 69% chez les autres patients),

SOMMAIRE  
MARS-AVRIL 2012  
NUMÉRO 36

P1 > DES STRUCTURES ET DES HOMMES

P3 > PRENDRE SOIN

P5 > POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ DES EXILÉS

P7 > L'EXILÉ SOUPÇONNÉ, INCIDENCES SUBJECTIVES

## PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES ET SANTÉ MENTALE

Face au constat commun des difficultés d'accès aux soins de santé mentale pour les exilés, le Comede et Médecins sans frontières prévoient de mettre prochainement en place une permanence téléphonique d'information et d'orientation. Ouverte aux professionnels et particuliers, cette permanence a pour objectif de faciliter l'orientation des patients exilés vers les dispositifs de droit commun de la psychiatrie et de la santé mentale. Elle devrait permettre de renforcer la collaboration entre nos associations et les professionnels d'autres structures associatives et publiques, par le partage de connaissances et d'informations, et l'échange autour de situations individuelles. Enfin, cette permanence permettra d'enrichir l'observation de l'accès aux soins de santé mentale des étrangers en situation précaire en France.

de torture (51% vs 25%) et de violence liée au genre (28% vs 9%). Séparés de leur famille et de leurs proches, parfois brutalement, les exilés suivis en psychothérapie font face à un grand isolement relationnel – 38 % d'entre eux déclarent n'avoir personne sur qui compter ou avec qui partager ses émotions. Par ailleurs, le temps de la demande d'asile est marqué par l'attente angoissée des moments où il faut témoigner à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et à la Cour nationale du droit d'asile. La décision qui viendra valider ou invalider ce témoignage constitue un enjeu psychique, mais aussi social et administratif crucial pour les personnes ayant subi des violences<sup>1</sup>. Dans ce moment de leur parcours, il est parfois vital de devoir faire face à la complexité des démarches administratives dans un pays dont on ne maîtrise pas encore les codes, et de trouver de l'aide pour le faire. Il est aussi très important de pouvoir raconter son histoire, quand bien même celle-ci est de l'ordre d'une horreur indicible. La demande de psychothérapie tient peut-être aussi à la recherche d'un espace qui, en rétablissant la possibilité d'une parole et d'un lien, permet d'affronter les nombreuses contraintes des parcours d'exil.

## > Difficultés et obstacles à l'accès aux soins

À elles seules, ces explications ne suffisent peut-être pas à rendre compte de l'importance des motifs de suivi pour des troubles psychiques et des demandes de soins psychothérapeutiques et psychiatriques. En effet, dans le domaine de la santé mentale, comme dans les autres domaines de la santé, le Comede n'a pas vocation à se substituer aux dispositifs de droit commun, mais plutôt à jouer un rôle de facilitateur dans l'accès aux soins. Force est de constater que dans le domaine du soin psychique, si nous nous en tenions à ce rôle sans proposer de suivi pluridisciplinaire au long cours, un nombre important de nos patients n'auraient tout simplement pas la possibilité de consulter des médecins qui les soutiennent, leur prescrivent un traitement psychotrope et/ou les adressent à un psychothérapeute. Les difficultés et obstacles à l'accès aux soins peuvent pousser les personnes exilées à rechercher de l'aide au Comede et dans d'autres associations spécialisées, plutôt que de le faire dans les dispositifs des secteurs de psychiatrie. Il serait trop simple - et injuste - d'affirmer que ces services sont inhospitaliers ou fermés aux étrangers en situation précaire. Face au manque de personnel et de moyens alloués à la psychiatrie publique, les délais d'attente sont longs. Les étrangers en situation précaire sont en ce sens traités à la même enseigne que les autres patients, souvent eux-mêmes en grande difficulté sociale.

Cependant, des obstacles spécifiques s'ajoutent pour les exilés. Le premier concerne le recours à l'interprétariat professionnel, inégalement développé en psychiatrie. Si certains services y ont recours, d'autres ignorent ou refusent cette possibilité, ou encore estiment son coût trop important. Sans une politique claire et des fonds alloués à l'interprétariat dans le secteur public de la santé mentale, la possibilité pour les étrangers arrivés récemment en France de rencontrer un psychiatre ou un psychologue restera aléatoire, dans un domaine où la parole est elle-même condition et moyen du traitement. Le second obstacle concerne l'accès à la protection maladie. Les longs délais d'attente pour obtenir l'Aide médicale État ou la Couverture maladie universelle impliquent des retards de traitement ou des ruptures

dans celui-ci. Le troisième obstacle est lié à la précarité sociale et administrative, qui conduit à des ruptures de vie et d'hébergement caractéristiques des parcours des étrangers en situation précaire. Cette précarité rend complexe leur inscription dans une prise en charge de secteur territorialisée, malgré le développement des dispositifs tels que les équipes mobiles psychiatrie et précarité ou la possibilité d'être sectorisé, c'est-à-dire de se voir affecté un lieu de soin, après un passage par le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Saint-Anne à Paris. Enfin, n'oublions pas de noter que le panier de soins de l'Aide Médicale d'État ne comprend pas les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés, incluant le handicap psychique, dans les établissements spécialisés.

## > Clinique et politique

Au-delà de ces obstacles, les représentations des soignants affectent l'accueil de ces patients. Dans l'expérience du Comede, un grand nombre d'orientations vers le Centre de santé de Bicêtre sont dues au sentiment qu'une prise en charge spécialisée serait nécessaire pour ce public, sous la forme d'une expertise interculturelle ou encore médico-légale du trauma. Pourtant, le traumatisme psychique est loin d'être une question nouvelle en psychologie et psychopathologie, ne serait-ce que parce qu'elle est indissociable de l'émergence de la théorie psychanalytique.



Dans un numéro thématique du Bulletin épidémiologique hebdomadaire de janvier 2012 auquel le Comede a collaboré, l'**Institut de veille sanitaire** dresse un tableau très complet de la **Santé et du recours aux soins des migrants en France**. Sont abordées les différentes facettes de la vulnérabilité des publics migrants, incluant la santé mentale.

BEH janvier 2012, n°2-3-4,  
<http://www.invs.sante.fr/beh/>

La rédaction de certificats médico-psychologiques à l'appui de la demande d'asile ne relève pas d'une expertise médico-légale mais peut faire partie de la relation de soin et de confiance entre un patient et son médecin ou thérapeute, quel qu'il soit. Enfin, si la dimension interculturelle est importante, c'est avant tout parce qu'elle pousse les soignants à questionner leurs propres représentations conscientes et inconscientes d'eux-mêmes et de l'autre, incluant dans ce mouvement les résonances intimes, mais aussi culturelles, sociales, politiques et leur rapport aux rôles et identités de genre.

En l'absence d'une prise de conscience des représentations des soignants sur l'accès et la relation de soin, le risque est de minimiser les troubles psychiques dont souffrent les exilés et d'en nier la dimension intime et subjective. Le rapport d'activité 2010 de Médecins sans frontières pour son Centre d'écoute et de soin en France, souligne que « *L'appréhension de cette population sous le seul angle politique et social de sans-papiers a souvent la conséquence de diluer leurs souffrances dans des seuls troubles réactionnels à la clandestinité ou à leur situation sociale. Dans cette configuration, la rencontre soignant/soigné - pourtant nécessaire à l'élaboration ou à la simple amorce d'un travail thérapeutique - souvent ne se fait pas.* »<sup>2</sup>

L'accès aux soins de santé mentale pour les exilés/étrangers en situation précaire est bien sûr une question de santé publique – et en ce sens une question qui implique des politiques publiques fondées sur la reconnaissance d'un besoin et d'une demande, mais aussi de ce qui fait obstacle à l'accès aux soins. C'est là que se rencontrent et se dialectisent les dimensions cliniques et politiques, individuelles et collectives, pour chacun de nos patients, et pour chacun de nous, soignants, dans une responsabilité clinique qui est aussi une responsabilité sociale. ■

<sup>1</sup> Sur la question de la clinique de l'asile et du témoignage, voir *La vie psychique des réfugiés*, Elise Pestre, Payot, 2010.

<sup>2</sup> Médecins Sans frontières, mission France, Rapport d'activité 2010, p.34.

## Sensibiliser les décideurs

## Prendre soin

**Sibel Agrali et Eléonore Morel,**

Directrice du Centre de soins et Directrice générale de l'association Primo Levi

**L'**exil est un « ailleurs » où rien n'est tout à fait le même que ce que l'on a quitté. S'exiler – être obligé de vivre hors de sa patrie – sous-entend ruptures, douleurs, pertes et peines. Les exilés que nous accueillons et soignons ont fui la violence et l'insécurité. Dans un pays qui accueille, l'exilé ne doit plus être exposé ni à l'une, ni à l'autre pour pouvoir se reconstruire... pour se dire qu'il est bel et bien « ailleurs », enfin. Or, c'est bien à la fois l'une et l'autre - la violence et l'insécurité - que les personnes exilées retrouvent non seulement en France, mais aussi dans d'autres pays européens.

### > Des troubles difficilement exprimables et réparables

L'exil, en soi une expérience éprouvante, devient pour ces hommes et ces femmes, demandeurs d'asile, un cauchemar entretenu d'un bout à l'autre de la procédure d'asile (à condition de pouvoir y accéder, bien entendu) avec, à l'appui, une précarisation scandaleuse de leurs conditions de vie au quotidien. Que dire de la santé mentale des exilés dans ces conditions ? Et que dire de l'état de celles et ceux qui ont été sujets à des persécutions, des exactions, des mauvais traitements, voire des tortures dans leur pays d'origine, avant leur fuite et qui portent des douleurs indescriptibles, des images et des cris qui les hantent ? Trouver l'énergie nécessaire pour vivre au quotidien, se faire entendre, faire reconnaître la légitimité de leur demande de protection, pour arriver à maintenir les liens, avoir des nouvelles des siens restés au pays est loin d'être évident. La prévalence de troubles psycho-traumatiques chez les personnes exilées est difficile à estimer avec exactitude. Toutes les estimations soulignent cependant que les chiffres avancés sont très certainement sous-évalués. Tous les rapports et études récents sur la question convergent pour dire que la

### LE CENTRE DE SOINS PRIMO LEVI EN QUELQUES CHIFFRES

- une file active de 300 patients
- la délivrance de plus de 6000 consultations par an, soit environ 20 consultations par patient
- 70% des patients sont suivis par 2 à 5 intervenants de champs différents
- 60% des patients bénéficient d'une prise en charge psychologique
- une durée de prise en charge qui va parfois au delà de 2 ans ;
- 30% des consultations avec un interprète professionnel ;
- 25% des patients sont des enfants.

situation est tout simplement alarmante. En 2005, afin de susciter une véritable réflexion à l'échelle européenne sur le traumatisme chez les demandeurs d'asile et des réfugiés, la Commission européenne avait lancé un appel d'offre auprès des centres de recherche spécialisés pour avoir un état des lieux dans dix pays européens. Angèle Malâtre, chercheuse responsable de l'étude pour la France<sup>1</sup>, décrivait la situation ainsi : « *D'après les statistiques fournies par les associations, au moins 20% des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne sont gravement traumatisés du fait de la guerre, de la violence ou de persécutions qu'ils ont vécu dans leur pays d'origine et ont besoin d'un traitement et d'assistance (...)* Les premiers constats de cette recherche sont que l'offre de soins en santé mentale est très insuffisante en France malgré la qualité des structures associatives existantes. La situation juridique entourant la demande d'asile et les conditions de l'accueil sont un frein considérable au soin de la détresse psychologique et aucune amélioration

<sup>1</sup> Mémoires, la revue de l'Association Primo Levi, n°30, mars 2006.

*d'envergure ne saurait être menée sans un changement en profondeur des conditions d'accueil des demandeurs d'asile en France. Pour les demandeurs d'asile traumatisés par des événements vécus avant et/ou pendant l'exil, les conditions d'accueil à l'arrivée sur le territoire français constituent une source principale de stress et de violence. Confrontés à des situations matérielles dramatiques et à une procédure d'asile en accéléré qui nie leur récit et leur détresse, les demandeurs d'asile voient les traumatismes du pays d'origine ravivés et accentués. Le processus de la demande d'asile est en lui-même inadapté aux besoins particuliers des personnes traumatisées.* »

Le réseau Samdarra (voir encadré page 5) est actuellement en train de finaliser une étude financée par le Fonds européen pour les réfugiés sur un État des lieux national de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif national d'accueil. Lors d'une présentation de leurs constats, à mi-chemin du déroulement de cette étude, fin 2010, les chercheurs de Samdarra constataient que « *Les soins somatiques sont massivement sollicités : à plusieurs reprises les intervenants sociaux interviewés présentent des situations de personnes demandant des examens somatiques de plus en plus poussés ; ces actes médicaux étant réalisés par des techniciens « isolés »*, il est très difficile d'obtenir une

*vision globale du parcours de la personne ; il faut souvent plusieurs mois avant que l'hypothèse d'une problématique psychique soit évoquée.* » Les mêmes constats étaient faits par des médecins suisses : « *La souffrance, qui bien souvent n'a jamais été partagée, la personne voulant oublier l'horreur et l'entourage ne voulant pas l'entendre, poursuit la victime des années au travers des cauchemars, d'insomnies, des flash-back, des réactions d'angoisse. Tôt ou tard, elle va s'exprimer par des symptômes peu spécifiques qui amènent la personne à voir un médecin. Rarement, la plainte d'appel suggère l'origine traumatique. Masqué par le patient, occulté par le médecin, le traumatisme causal passera souvent inaperçu. Or, le médecin se trouve dans une position-clef pour rompre ce cercle vicieux.* » Il y a donc souvent une sous-évaluation des troubles psycho-traumatiques parce que difficilement exprimables pour les uns et difficilement repérables par les autres.

## > Plaidoyer pour le « Prendre soin »

Mais lorsque le repérage a bien lieu, par le personnel accompagnant dans les CADA notamment ou par des médecins sensibilisés, comment orienter, et vers qui en réalité ? Si on considère que la rupture du lien social est un des effets produits par la violence politique, tout nouveau lien établi à un effet thérapeutique. Tout projet de soins auprès d'exilés traumatisés doit pouvoir allier le médical avec le psychologique et nécessairement prévoir également (sous le même toit ou par un réseau de partenariat) :

- un volet de *prise en charge sociale* pour parer aux violences quotidiennes d'une vie dans la précarité,
- un volet de *prise en charge juridique* pour parer aux violences de la non-inscription et de la non-reconnaissance des raisons qui ont poussé à l'exil,
- un travail *pluridisciplinaire, en équipe ou en réseau*, est nécessaire pour appréhender l'ensemble du contexte dans lequel évoluent la personne exilée et sa famille. Un acteur isolé est souvent impuissant et s'épuise face à la complexité de la situation (trauma, exil, asile) et la découverte de l'énormité de ce que l'homme est capable de faire à l'homme. Un travail pluridisciplinaire, certainement, mais *un travail qui intègre aussi des interprètes professionnels* pour instaurer un lien de qualité, pour

parler de l'intime, pour garantir la confidentialité, si ce n'est pour arriver à communiquer tout simplement et tenir compte de la parole de l'autre. « Prendre soin » nécessite également *une disponibilité en temps et en écoute* considérable, pour renouer un lien de confiance et respecter la temporalité singulière de chacun. C'est ce temps que n'ont malheureusement plus les médecins, les assistants sociaux, les psychiatres, voire les psychologues, en ville ou dans les hôpitaux. Les rendez-vous sont non seulement courts mais aussi trop espacés dans le temps. La moyenne des consultations annuelles par patient au Centre Primo Levi est de 20 consultations pour une durée moyenne des suivis qui atteint 2 ans et demi.

Les insuffisances que l'on peut constater par rapport aux prises en charge en santé mentale dans les systèmes du droit commun sont notamment l'absence de personnel formé ou sensibilisé aux réalités de l'exil, de l'asile et du psycho-trauma, l'absence d'une pluridisciplinarité « contenante » et répondant aux besoins multiples, l'insuffisance ou l'inexistence des budgets pour l'interprétariat, et parfois un refus de travailler avec des interprètes, notamment par des thérapeutes qui ne peuvent concevoir la présence d'un tiers dans la relation duelle. Et enfin comme mentionné plus haut, un manque cruel de temps lors des consultations et séances pour écouter l'autre.

Les centres spécialisés dans l'accueil des personnes traumatisées du fait de la torture, la guerre et autres violences politiques sont en nombre insuffisant pour soigner les personnes qui sont en droit d'attendre des soins de qualité en la matière. Quarante-sept pour cent des demandeurs d'asile qui devraient être hébergés dans un CADA vivent soit dans un hébergement précaire, soit à la rue. Réalité lancinante actuellement. Le délai moyen pour entrer en CADA est de 13 mois ! Alors que l'on sait que la possibilité de se poser, tant soit peu dans un CADA, avec un accompagnement social et juridique adapté, peut multiplier ses chances, jusqu'à 70%, voire plus, de se voir accorder le statut de réfugié. Pour les autres, c'est le grand loto ! La roue tourne en mode survie. Les exilés découvrent avec stupeur, en effet, que la maltraitance se poursuit ici aussi en pays dit d'accueil. Il n'y a guère de répit pour eux ! ■

**L'Association Primo Levi** a fait le choix dès sa création en 1995 de transmettre l'expérience acquise par ses cliniciens aux professionnels en lien avec les personnes victimes de torture et de violence politique, via notamment son centre de formation agréé, son centre de documentation spécialisé sur l'exil, le trauma, la torture et la violence politique, et sa revue trimestrielle « Mémoires ». Elle mène également seule ou en réseau (CFDA, ODSE, RESEDA), des actions pour sensibiliser les décideurs à la question de l'asile et des soins adaptés aux victimes de la torture. Elle va prochainement publier un **Livre blanc sur le soin aux exilé-e-s victimes de torture en France**, qui montre la carence existant entre les besoins et la demande et souligne l'enjeu de cette situation en termes de santé publique.

Pour en savoir + : [www.primolevi.org](http://www.primolevi.org)

Développer  
l'offre  
de soins

## Pour une approche globale de la santé des exilés

**Dalila Haddadi-Collet**, *psychothérapeute*, et  
**Philippe Champavert**, *psychiatre*, pour le groupe de travail Comede Loire

**A** Saint-Étienne comme ailleurs, la qualité de l'accueil et du soin que l'on réserve aux exilés dépend de nombreux facteurs. La volonté politique figure en bonne place sur cette liste – une volonté qui se fait bien souvent l'écho de sentiments très partagés, plurivoques, de la population sur ce sujet. Le manque de consensus débouche parfois sur des impératifs contradictoires qui compliquent le travail des professionnels et rendent le quotidien des exilés difficilement supportable.

### > Réflexions sur les pratiques de soin et d'accompagnement

Les politiques publiques ne sont donc pas forcément toujours favorables. La cohérence et la permanence de l'action des professionnels reposent beaucoup sur le soutien que leur apporte leur structure, mais aussi sur une obligation morale ou, si le terme fait peur, une obligation éthique et humaine. Humaine oui, car nous qui accueillons des exilés, nous recevons quotidiennement des personnes qui ont connu des traumatismes, qui ont été victimes de sévices à peine formulables, à peine entendables, des personnes qui ont connu la solitude, la peur, la perte. Partant de là, nous avons fait un premier travail sur la commune. Celui de nous rencontrer, nous les professionnels au contact des exilés, et de partager nos pratiques. Cette mise en réseau, salubre, décroisée, n'en a pas moins révélé des faiblesses qui ne pouvaient être rédimées par ce réseau seul.

Nous sommes nombreux finalement à croiser les pas des exilés : professeurs, juristes, fonctionnaires de différentes administrations, psychologues et psychothérapeutes, assistants sociaux, médecins généralistes, psychiatres, etc. L'absence ou la défaillance des dispositifs n'expliquent pas à elles seules la grande difficulté que nous éprouvons à apporter des réponses convenables. Une partie au moins des blocages se situe ailleurs.

Nos réflexes intellectuels habituels, les réflexes pavloviens que nous développons tous plus ou moins pour « parer au plus pressé », sont mis en défaut. Le terrain d'étude, le terrain d'expérimentation, c'est nous aussi, tout autant que les exilés et les relations que nous pouvons entretenir avec eux.

C'est ainsi qu'est né notre groupe de travail, rencontre entre professionnels de la santé, du social, du juridique et de l'éducation qui allait déboucher sur la volonté de créer un centre de santé sur la commune de Saint-Étienne. Ce groupe de travail œuvre depuis un an avec les prérequis suivants : considérer une personne de manière globale, ne pas chercher à dissocier la santé physique et mentale et ne pas envisager la santé indépendamment de l'environnement social, de l'hébergement et de l'éducation.

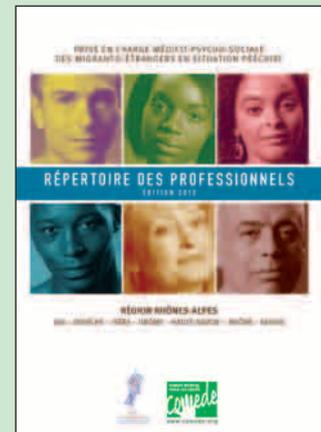
Très vite, nous avons créé des liens forts et des résultats positifs se font sentir, tant sur notre qualité d'écoute de l'autre que sur notre manière de travailler à plusieurs. Nous avons regardé autour de nous pour savoir comment, dans le territoire national, d'autres groupes s'y prenaient pour mieux prendre soin des exilés. Nous sommes allés voir du côté de Marseille, de Clermont-Ferrand, de Bordeaux...

### > Une santé mentale à rude épreuve

C'est à ce moment-là également que nous avons recontacté le Comede, avec qui nous avons déjà eu l'occasion de travailler. Le projet d'un « Comede Loire » nous a conduit à délimiter les contenus que nous souhaitons voir mis en œuvre. Il y aura trois volets : l'un destiné aux exilés eux-mêmes, le second tourné vers les professionnels et le troisième qui aurait une fonction transversale d'observation, de recueil et de proposition, chaque volet alimentant l'autre.

Face à des personnes très éprouvées par l'exil, un travail remarquable est effectué

### UN RÉPERTOIRE DES PROFESSIONNELS ET ASSOCIATIONS DE SOINS ET SOUTIEN AUX MIGRANTS EN RÉGION RHÔNE-ALPES



En partenariat avec le **Comede** et le réseau **Samdarra** (Santé Mentale précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes), l'**Inpes** (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) publie à l'été 2012 le Répertoire Rhône-Alpes du Guide Comede.

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](mailto:edif@inpes.sante.fr)

par les équipes mobiles « santé mentale précarité » qui dépendent des hôpitaux publics et sont constituées principalement de psychologues et d'infirmiers. Les temps de travail des psychiatres dans ces équipes sont cependant très réduits, ne leur permettant pas de faire face à l'afflux des demandes. Par ailleurs, la psychiatrie à l'hôpital n'a pas véritablement la possibilité non plus d'apporter les réponses qu'elle souhaiterait. De même, les orientations vers les Centres médico-psychologiques (CMP) pour un suivi

de plus long terme ne sont pas simples, les CMP connaissant peut-être moins bien ces publics et croulant par ailleurs sous les demandes... Inutile de dire que les conditions d'hébergement pèsent lourd dans la continuité d'un suivi, dans la prise d'un traitement. C'est environ sept cents nouveaux demandeurs d'asile qui arrivent chaque année dans la Loire. Les dispositifs sont complètement saturés. Une partie des demandeurs d'asile trouvera refuge dans les CADA. Les autres devront se tourner vers les dispositifs d'urgence et ce sera alors l'hôtel, l'asile de nuit ou la rue. À l'intérieur même d'un groupe déjà très précaire et fragilisé, se développe un sous-groupe qui connaît une plus grande précarité encore.

Il fut un temps où dans le cas d'un hébergement collectif dans une chambre d'hôtel, nous pouvions alerter le 115 pour signaler le cas d'une personne très mal psychiquement et ayant un besoin réel de se retrouver seule. Le 115 pouvait alors trouver une solution d'urgence, ce qui n'est malheureusement plus le cas aujourd'hui. C'est pourquoi, en plus de nous adresser à tous les demandeurs d'asile du territoire, nous porterons une attention particulière à ceux et celles qui souffrent du plus grand isolement et du plus grand éloignement.

## > Adapter nos méthodes aux besoins des exilés

Et c'est là tout l'intérêt de s'inscrire, dans un accompagnement médico-psycho-socio-juridique, une approche globale de prévention et d'accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins. Dans ce lieu spécifique, nous prendrons le temps de la rencontre, le temps de bâtir un lien de confiance. Nous prendrons le temps de réfléchir sur l'accompagnement le plus approprié à une personne et/ou sa famille. À cette précarité que connaissent les personnes, nous voulons opposer une construction, une réinscription dans la durée, une «déprécarisation» en quelque sorte...

Nous proposerons des consultations transculturelles, un dispositif de soins psychiques de première et seconde intention pour les familles migrantes parlant peu ou pas le français et présentant une souffrance psychique et sociale. Dans tous les cas, notre but est de faciliter, par des moyens adaptés

à ce type de public, un retour vers le droit commun. Nous sommes convaincus que cette approche globale et intégrée, pluridisciplinaire, donnera aux personnes les ressources nécessaires pour quitter la structure et se tourner vers nos partenaires. Cela peut sembler paradoxal de parler aussi des départs ; mais pour nous, la personne accueillie va prendre sa place dans un circuit : prendre le temps d'arriver, prendre ses marques. Elle sera ensuite accompagnée, conseillée, soignée... Elle viendra ponctuellement ou s'inscrira dans un processus. Dans tous les cas, à terme, elle sera redirigée vers les accompagnements, les conseils, les soins, proposés par d'autres, par nos partenaires et par les différents acteurs du territoire. Nous voulons faciliter l'action des dispositifs et en aucun cas nous substituer à eux. Nous voulons participer à répondre à un besoin en apportant des méthodes nouvelles et complémentaires.

Un exemple encore pour illustrer un besoin récurrent, celui de l'interprétariat. L'appel à un interprète professionnel dans l'hôpital public diffère selon les services ; certains le considérant comme indispensable, les autres se contentant des interprètes « d'un jour » (parents, voisins, amis). La situation pour la médecine libérale est très différente, le choix étant difficilement permis puisqu'il n'y a pas à l'heure actuelle de financement spécifique pour l'interprétariat. On procède alors avec « les moyens du bord » comme la gestuelle ou l'utilisation de schémas lorsque personne d'autre n'est présent pour tenter de traduire...

Dans nos pratiques, nous observons qu'une des raisons principales qui fait que le traitement n'est pas ou mal pris ou arrêté prématurément, est tout simplement que le patient n'a pas compris pourquoi il devait le prendre. Nous avons prévu de former des interprètes pour qu'ils soient au fait des cadres d'une consultation de soins psychiques ou de médecine générale, de les intégrer aux équipes et à leur réflexion et de chercher les moyens possibles de proposer leurs services aux médecins en libéral qui le souhaiteraient. ■

*Avec le regard complice d'Anne-Marie Piercourt, psychologue clinicienne*

## LES SERVICES DU COMEDE

[www.comede.org](http://www.comede.org) - ☎ 01 45 21 39 32

■ **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](mailto:contact@comede.org) indiquant vos noms, activités, et adresses.

### ■ GUIDE COMEDE, RÉPERTOIRES RÉGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

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](mailto: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 DROITS, SOUTIEN ET ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Accès aux dispositifs de soins, sécurité sociale, CMU, AME et droit au séjour pour raison médicale. Du lundi au jeudi de 9h à 12h30.

### ■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

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 avec interprète, 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 mardi, mercredi et vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

### En 2010, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- Le Ministère de la Santé, Direction générale de la santé ;
- Le Ministère de l'Intérieur, Service de l'asile ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France ;
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France ;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France ;
- La Ville de Paris et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Fondation de France, la Fondation des entreprises du médicament et le Fonds Inkmernann.

Le point de vue d'un psychanalyste

## L'exilé soupçonné, incidences subjectives

Olivier Douville, *Psychanalyste, Centre de recherche psychanalyse, médecine et société, Université Paris 7- Denis Diderot*

Parmi les souffrances « de l'exil » qui peuvent amener quelqu'un à faire rencontre de l'offre analytique et donc d'un psychanalyste, des « modalités subjectives » imposent des pratiques originales. Des patients aussi qui renvoient directement le thérapeute à sa propre histoire, aux poids de la violence, au poids des attaques contre le symbolique qui ont touché ses ascendants ou qui sont passées par eux, à travers eux. L'exilé n'est pas qu'un représentant plus ou moins en dérive de son monde ancien. Son parcours ici révèle un aspect du moderne qui se précipite dans l'univers des lois du marché.

### > Généalogies en exil

La chute des altérités et des récits qui mettent en métaphore les pluralités d'appartenance et d'utopies - bref, ce qui rend possible et aimable les partages d'origine - ont une immédiate conséquence : le calcul de la ségrégation va aussitôt prendre une valeur défensive, qui, tant qu'elle protège cette fiction dangereuse du bon droit, laisse le majoritaire intact et compact, et par trop triomphant dans sa solitude cruelle et obsolète. Comment pour un sujet pris dans cette tourmente, penser le destin de ses traces dans un monde où se détruit la maison du Nom, où se désavoue la pensée du généalogique ? À celui qui est en proie à l'écrasement de toute position subjective, il revient de survivre, lorsque l'injonction aimable, car fédérative, est de retourner dans une inclusion donnée pour case départ. J'ai pu observer, là où mon travail avec l'exil m'a amené à repenser les temps du clivage, qu'un des effets les plus traumatiques de certains parcours d'exil provenait d'une emphase mélancolique. S'exiler revient souvent à jeter par-dessus les bords de sa raison, de sa parole, un petit morceau de soi. Pour certains patients c'est comme si l'objet à perdre, pour refonder une possi-

bilité de lecture de l'axe héritage-transmission, n'était plus un morceau de souvenir, un objet lien, mais bel et bien le nom patronymique lui-même.

Est renié le douloureux nouage entre les générations, entre les expériences de perte. Des générations empilées, des expériences de pertes qui entrent en ruine de lien. Les choses que j'écris sur les cliniques de l'exil viennent le plus souvent de mes rencontres avec des pères en exil, que ce soit dans des lieux institutionnels hospitaliers ou dans le cabinet du psychanalyste. Des hommes qui n'ont plus la force de répondre à la demande des enfants, cette demande d'être « comptable des ancêtres »<sup>1</sup>, de faire mémoire et récit des (et dans) des strates de ces générations qui avant leur génération et celle de leurs enfants ont connu la violence, la guerre, les moments de catastrophes et de destruction de l'histoire.

À ce point précis, nous savons que la psychopathologie a retrouvé et escamoté bien des choses et qu'elle les a figées, tant du point de vue du concept qu'au plan des solutions institutionnelles. Et nous savons aussi qu'il est meurtrier de disjoindre dans l'explicatif du trouble et dans le militant des entreprises thérapeutiques le culturel de l'historique. Nous en sommes très précisément là avec ce registre de mélancolisations fréquentes chez des exilés, pris en vertige, chutant dans le gouffre de cette impossibilité à nouer le moi au corps. Dans la relation du migrant à son corps, se joue le risque que le sujet ne soit plus délivré de sa chronologie personnelle, de sa nostalgie. L'identification ici n'est pas du registre de la déchéance et elle se situe plus précisément au niveau d'un sujet qui ne serait plus qu'un être en sursis, en menace d'avoir été sacrifié

ou de disparaître sans la garantie d'un rituel et d'un nouveau tressage des dimensions communautaires du lien.

En cela, la dimension de l'exil peut devenir un opérateur grossissant des débats plus vastes que ne l'est celui posé par la « prise en charge » des migrants. Car plus il y eut des constructions cliniques, ethnopsychanalytiques, sur la prise en charge des migrants, et moins s'est dégagée une perspective centrale : celle de l'ébranlement des mises en récits et en fictions des fondations généalogiques pour de larges pans de la population en mal de lieu, c'est-à-dire en exil sans fin ou en autochtonie désemparée. Aujourd'hui, le déplacement n'ouvre que rarement sur un horizon pensable. Apathie et chute rythment des états du corps en perte de réciprocités et d'échanges fictionnels.

### > De l'étranger comme intrus, et de la vertu du nomadisme

Nous posons alors que les souffrances de l'exil ne peuvent s'expliquer uniquement comme des souffrances psychiques dues au fait qu'on aurait mal traité les ancêtres (Séminaire au Cercle Freudien 1997/1998). On ne peut pas dire que ces patients soient seulement des étrangers, des exotiques à 100%, un point c'est tout. Et ce pour trois raisons.

#### Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex  
Tél. 01 45 21 39 32 Fax 01 45 21 38 41  
Mail: [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
Site: [www.comede.org](http://www.comede.org)

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:  
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:  
Arnaud Veïsse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:  
Gabrielle Buisson-Touboul, Karine Crochet, Estelle D'Halluin, Aude Nguyen, Marie Petruzzi, Pascal Revault, Julien Sallé, Laure Wolmark (coordination éditoriale).

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

<sup>1</sup> L'expression est de J.-M. Gaudillière, « L'histoire sans histoire », *Colloque ARAPS / Ptah, Paris, janvier 1998, in PTAH 5/6.*



© Julien Sallé, Marie Petruzzi

La première de ces raisons est qu'il est bien sûr tout à fait réducteur de considérer qu'un sujet soit l'emblème de sa culture. Et si un exilé se croit l'emblème de sa culture, c'est très souvent sous la contrainte d'injonctions surmoïques assez tétanisantes. Du reste, aucun ethnologue digne de ce nom ne pourra supposer qu'une seule personne va vous rendre compte des totalités de codes et de discours qui régissent sa culture. C'est impossible. Il y a autre chose aussi : nous avons des points communs avec les histoires généalogiques des patients. Nombre de leurs ancêtres reposent ici à cause de guerres principalement, mais pas uniquement à cause des guerres. En d'autres termes, nous avons des sillons communs, même si l'Europe est absolument affolée d'érotomanie avec son signifiant occidental. Et ce serait quand même la moindre des choses, quand on veut tenir un discours pertinent sur notre rapport à nos antécédents, de reconnaître qu'il y a ces points communs et des filiations. Une troisième raison, enfin, est que la plupart des sujets que j'ai rencontrés, on ne peut pas dire que ce sont des étrangers. Pourquoi ? Parce qu'ils sont d'abord des intrus. Ils sont d'abord des intrus dans leur famille, dans leur filiation, dans leur lignée. Évidemment, cette position d'intrusion peut se cristalliser sous les rhétoriques et les signes funestes de l'auto-exclusion, lorsque le climat général du social met tout étranger en position de suspicion et va tenter par exemple de le réduire à ses empreintes digitales (voir encadré). Il y a à réfléchir, sur ce point qui fait froid dans

le dos. Ce grand tort qu'il y a à brandir les empreintes digitales, il devrait être possible de s'en préserver si on prenait cette disposition funeste des lois pour ce qu'elle est : un symptôme. Le symptôme de ce que l'Europe s'est à la fois construite sur l'horreur du nazisme et l'oubli de cette horreur. Puis sur la méconnaissance des effets de la colonisation sur les rapports entre les pays et les peuples mais aussi entre les Européens et leur histoire. De sorte que cette prétention de la loi à s'aboucher avec le scientisme biologique qui lui servirait de caution évoque la double torsion perverse de la loi et la science dans tout système totalitaire, double torsion qui fait jouer, dans une même logique, la valorisation de l'identité autochtone et la mise au pas de populations réduites à leur supposées formules biogénétiques.

### > Souffrance de la pensée

Oui cette disposition fait peur parce qu'elle ne tombe pas du ciel et qu'elle n'est pas qu'un dérapage. Elle est plus que cela : le retour d'une mémoire honteuse et en conséquence mal assumée. Et, qu'on le veuille ou non, dès qu'une catégorie de population est réduite à son réel biologique, alors ce ne sont pas seulement des hommes et des femmes qui vont mal, au risque pour

certaines de se jeter dans le vide pour fuir la police, mais c'est toute la complexité de la pensée de l'altérité qui souffre, gravement. Ce versant de la loi est une insulte à la citoyenneté de tous et à la pensée de chacun. Donc nous avons affaire à des intrus qui parfois ont besoin de passer par un psychanalyste, de passer par un transfert avec quelqu'un qui n'est pas du même sol, de même langue, croyance, ou culture, du moins supposés tels, pour pouvoir s'accomplir comme « étranger-familier », c'est-à-dire pour pouvoir inventer leur capacité de se défaire de l'intrusion afin, peut-être de s'acclimater à leur propre étrangeté à eux-mêmes. Parce que ce qui est tout à fait dramatique dans ce rapport à l'étranger où la Faculté d'ethnologie s'est vue remplacée par la Préfecture de Police dans nos esprits, c'est qu'à ce moment-là l'étranger stigmatisé comme corps en excès, n'a plus d'autre choix que de redevenir l'intrus. Il ne peut pas avoir la latitude de nous apporter par son nomadisme reconquis la propre capacité qu'on aurait d'entrevoir et pourquoi pas d'aimer notre étrangeté à nous-mêmes. Nous voilà dans un problème qui obère ce passage entre la culture comme assignation et la civilisation comme procédure ou comme processus nomade. ■

## EMPREINTES DIGITALES ET DROIT D'ASILE

Voir aussi *Maux d'exil N°34, Certification médicale et droit d'asile, risques et dérives, septembre 2011, [www.comede.org](http://www.comede.org)*

Suite aux exigences du règlement du 18 février 2003, dit Dublin II, lequel se fixe pour objectif de déterminer un seul État responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée sur le territoire de l'Union européenne, chaque demandeur qui se présente en préfecture pour solliciter son admission provisoire au séjour au titre de l'asile doit faire relever ses empreintes sur une borne électronique prévue à cet effet. Le relevé des empreintes digitales correspond au système « Eurodac » du nom du fichier de centralisation des empreintes digitales des demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière à l'échelle européenne. Tour à tour un arrêt du Conseil d'État en 2009, une circulaire du ministère de l'Intérieur en 2010, puis la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité ont considéré que l'impossibilité de relever les empreintes digitales lors de plusieurs convocations successives en préfecture signifiait que la personne a volontairement altéré ses doigts et qu'il s'agit d'une fraude. Pourtant, d'un point de vue dermatologique, plusieurs causes d'altérations peuvent expliquer la difficulté à saisir les empreintes : l'activité professionnelle (manipulation de produit chimique, travaux de bâtiment, travail prolongé sur ordinateur...), un terrain allergique, la présence de plicatures qui provoquent la rupture de la continuité des dermatoglyphes (sillons), une dyshidrose (forme d'eczéma)... Ainsi l'impossibilité d'effectuer des relevés d'empreintes ne permet pas de conclure que le demandeur d'asile a volontairement altéré ses empreintes. En outre, la répétition du nombre de relevés à des intervalles variables (un mois selon la circulaire) pour permettre une « reconstitution des empreintes » n'a aucune valeur scientifique démontrée.

Afin de mieux appréhender le phénomène des empreintes « inexploitable » et de pouvoir réagir utilement face à de telles situations lorsqu'elles se présentent, voir le site de la **Coordination française pour le droit d'asile (CFDA)** : <http://cfda.rezo.net/>