



ORSPERE SAMDARRA

Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés

Qui sont les migrants aujourd'hui ? Quel accompagnement du public migrant précaire ? Quelles solidarisations?

Nicolas Chambon

Sociologue

Orspere-Samdarra

Centre Max Weber-Lyon II

L'Orspere-Samdarra?

- Orspere : Observatoire nationale des pratiques en santé mentale et précarité
Samdarra : Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes
→ Orspere-Samdarra : Observatoire-Ressource sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...)
- → équipes : Psychiatres, sociologues, psychologues, politiste...
www.ch-le-vinatier.fr/orsperesamdarra
 - Un pôle **recherche**
(1. habitat et santé mentale 2. migrations et santé mentale 3. Publics vulnérables et soutien aux professionnels 4. Participation, (non) recours et enjeux démocratique)
- - Un pôle **ressource**
(1. formation 2. publication 3. coordination / sensibilisation)

Propos et plan d'intervention

- L'objectif de cette communication est de caractériser le contexte des migrations, apporter des repères sociologiques sur les migrants et les épreuves auxquels sont confrontés les professionnels qui accompagnent ce public. Les migrants en cumulant les souffrances sociales et psychiques et les problématiques administratives, brouillent les frontières institutionnelles, mais aussi la relation d'aide et de soin.
- **Le plan de l'intervention :**
 - Un contexte de débordement
 - De l'immigré, à l'exilé, au migrant en situation de précarité?
 - Enjeux politiques et professionnels autour de la prise en charge de ce public

Un contexte de débordement

- Depuis 1974 : restriction de l'immigration légale
 - Aujourd'hui la plupart des primo-arrivants sollicitent de la demande d'asile (migrations moins collectives et procédures de régularisation plus individualisées)
 - 2014 : Environ 65 000 demandeurs d'asile
 - Augmentation de **85% depuis 2007** et de 8% de 2012 à 2014 (30% à l'échelle européenne)
 - Augmentation de 68% dans l'Union Européenne sur le début de 2015
 - La procédure d'asile dure en moyenne **2 ans**
 - **24000 places d'hébergement** pour les demandeurs d'asile
- Une « crise de l'asile » (la réforme)
- Pics d'arrivées sont problématiques. Exemple : au premier trimestre 2013, l'augmentation est de 107% dans le Rhône, 50% en Rhône-Alpes, alors qu'elle est de 5% à l'échelle nationale.
- Saturation (par ex : Plus de 800 isolés l'hiver dernier à la rue dans le Rhône)
- Les dispositifs d'accès aux soins (comme les PASS) et/ou les centres de soins spécialisés sont saturés

De la figure de l'immigré, de l'exilé à celle du migrant précaire?



ORSPERE SAMDARRA

Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés

Figures et cliniques :

→ L'immigré

- Psychopathologie des migrants / ethnopsychiatrie / psychiatrie transculturelle

→ L'exilé

- Clinique de l'exil / Clinique du trauma

→ Migrant précaire?

- Hybride les problématiques liés aux dimensions culturelles, à l'exil, mais aussi à la situation administrative et sociale

- Quelles cliniques?

→ **Population qui cumule des vulnérabilités : administratives, psychiques, sociales... et étend d'autant les modes d'intervention auprès de ce public**

→ **Problématique de l'assignation**

De la figure de l'immigré puis de l'exilé à celle du migrant précaire?

- L'immigré
- Au XIXème siècle l'étranger est soit l'indigène des colonies, soit l'immigré de ces colonies ou d'autres pays, généralement limitrophes à la France (Belges, Italiens, Espagnol...). Les migrations sont alors collectives, et le groupe de référence est l'ethnie d'origine de l'individu
- C'est la psychiatrie coloniale qui va être la première à expressément prendre pour objet d'étude le sujet des colonies. Ainsi pour l'école psychiatrique d'Alger, autour d'Antoine Porot, l'indigène des colonies est appréhendé comme un être inférieur et attardé, dans une conception évolutionniste. Elle est accusée de promouvoir un racisme culturel par des psychiatres, notamment par Frantz Fanon, auteur d'une « critique radicale de la psychiatrie coloniale ».
- La psychiatrie coloniale et la psychopathologie des migrants caractérisent donc les spécificités populationnelles. Leur critique porte alors sur le fait que c'est en tant que l'étranger est justement étrange qu'il est l'objet d'une comparaison ethnocentrée avec le psychisme occidental. C'est en grande partie à cette critique que va répondre l'ethnopsychiatrie, et c'est en cela qu'on peut la considérer comme un dispositif de solidarité à destination des migrants. Ainsi est-ce en période de décolonisation que l'ethnopsychiatrie se développe notamment sous l'égide de Georges Devereux.
- Beaucoup, notamment les professionnels du champ de la santé mentale considèrent Tobie Nathan, fondateur d'un centre d'ethnopsychiatrie à l'université Paris VIII de Saint-Denis en 1979, comme son héritier. Il cristallise nommément la controverse. Didier Fassin critique ainsi la réification de la culture, et la surdétermination du fait culturel dans la pensée de Nathan.

De la figure de l'immigré puis de l'exilé à celle du migrant précaire?

- L'exilé
- Si avec l'ethnopsychiatrie, le focus est porté sur la personne et ses *données* culturelles, avec la deuxième figure de l'altérité, celle de l'exilé, il porte sur les effets de la migration. Cette seconde problématique de l'altérité émerge dans la seconde moitié du XXème siècle. C'est en effet au début des années 50 que l'asile est reconnu de manière internationale et conventionnelle et c'est à partir des années 70 que les effets psychologiques de la violence sur les réfugiés font l'objet d'une reconnaissance élargie à travers la catégorie du traumatisme psychique – que ce soit du côté de la psychiatrie ou de la psychanalyse. On retrouve encore une partition entre ces deux courants, qui vont donner lieu à deux cliniques, d'un côté la clinique de l'exil et de l'autre la clinique du traumatisme.
- La catégorie psychiatrique du traumatisme devient alors lieu de solidarisation avec les exilés. Cela instaure l'assistance psychiatrique, voir la formalise avec le recours aux certificats médicaux dans le cadre de la procédure, surtout à partir de 1974, et la restriction des migrations pour le travail.
- Ici le public destinataire de ces dispositifs est celui des exilés, victime de violences. La manière d'être solidaire pour les promoteurs de ce type de soin spécialisé, c'est de (faire) reconnaître les troubles liés à l'exil. Reconnaître, c'est attester le traumatisme d'un point de vue médical. Mais les dispositifs à destination des exilés sont aujourd'hui sur-saturés.

De la figure de l'immigré puis de l'exilé à celle du migrant précaire?

- **Des migrants en situation de précarité?**
- C'est de nouvelles problématiques sociales, politiques et cliniques qui émergent à la fin des années 90, d'autant plus prégnantes aujourd'hui en 2015 apparaissent de nouvelles migrations. Qui vient en bateau par la Méditerranée ? Que fuient-ils ? Pour aller où ? S'il y a quelques années, avec la figure du « réfugié politique », il y avait une correspondance entre la finalité politique d'un engagement, notamment dans le travail, et les raisons d'une migration, il est aujourd'hui plus compliqué de se rendre solidaire de personnes dont on constate quotidiennement qu'elles ne correspondent pas ou plus à ce cadre, celui de l'asile politique.
- Aujourd'hui, les personnes migrantes correspondent moins à une figure de l'exilé politique, générique, homogène, dont il s'agirait de se rendre solidaire, qu'à des personnes en situation de migration et de précarité, dont la situation rend sensible. Il y a en tous cas un écart, entre ce que des militants peuvent prêter aux migrants, et une réalité qui par endroits et par moment dérange. Les professionnels apparaissent en difficultés avec un *nouveau* public.
 - Hybride les problématiques liés aux dimensions culturelles, à l'exil, mais aussi à la situation administrative et sociale
 - Quelles cliniques?
 - **Population qui cumule des vulnérabilités : administratives, psychiques, sociales... et étend d'autant les modes d'intervention auprès de ce public**
 - **Problématique de l'assignation**

La santé mentale mobilisée

→ Un public en souffrance

- Conséquences sur la santé mentale de la migration, voir des persécutions, mais aussi liés à la procédure, et à la précarisation.
- Dans les dispositifs étudiés, la souffrance « psychosociale » est estimée à 80% de la patientèle (« quel » métier pour répondre à cette souffrance? question de l'évaluation)
- Entre impuissance et toute puissance (épreuve de sélection)

→ Le recours « administratif » à la santé mentale

- Demande du titre étranger malade qui est un titre de séjour d'un an (renouvelable) si notamment l'état de santé nécessite une prise en charge médicale (Aujourd'hui, 45770 demandes) → Le médecin doit attester
- Confusion entre parcours administratif et parcours de soin
- Les professionnels sont en difficulté avec la visée utilitariste

→ La santé mentale comme recours pour les professionnels du champ de l'asile

- Dans la majorité l'accompagnement des demandeurs d'asile est mis en échec
- L'invocation de la santé mentale est alors ce qui permet de concevoir une continuité au suivi de la personne

Quelles souffrances?

- Le parcours d'exil et l'arrivée en France
- Accumulation et succession de pertes, de traumatismes et d'évènements douloureux
- L'arrivée sur le territoire : une désillusion violente
- Des récits qui réactivent les évènements traumatisants
- Déstructuration des schémas familiaux
- Apparition de notions: **ESPT complexe** (*Herman 1990*), **DESNOS** : Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified (*Van Der Kolk 1996, Frey 2001*) :
 - Ce tableau clinique associe :
 - Altération dans la régulation des affects (tristesse, colère, comportement autodestructeur, impulsivité)
 - Troubles cognitifs (troubles mnésiques, épisodes dissociatifs transitoires)
 - somatisations
 - Modifications durables du caractère (altération de la perception de soi, altération de la relation à l'autre)
 - Altération des systèmes de pensées et de croyances, désespoir

Quelles souffrances?

- Prévalence importante des dépressions et troubles anxieux. Souffrance liée à la **précarité sociale**, aggrave la méfiance vis-à-vis des institutions, attitudes de découragement, défenses paranoïaques, clinique de la survie, effet cumulatif. Représentations culturelles de la maladie et du soin
Accès à l'interprétariat difficile.

Aspects contre transférentiels :

Clinique où prédomine le traumatisme.

Fascination/sidération.

Position en miroir; sentiment de désaffiliation, d'isolement, de confusion.

Étrangeté, altérité.

Le migrant : un autrui radical?

- Entre Impuissance et toute puissance, un public qui peut remettre en cause les « métiers »
- Confusion des rôles : Les vulnérabilités cumulées étendent les demandes. De la relation d' aide à la relation d' être : Le professionnel doit intervenir en personne...
- Problématique de la reconnaissance (l' institution n' est plus soutenante) —> Les professionnels deviennent « porte parole » (avec la crainte de l' appel d' air)
- Ce qui peut être vu de manière critique par certains (« psychiatrisation du social »), peut voir son argument inversé : les professionnels du champ de la santé mentale justifient d' une activité qui peut prendre sens, à travers une préoccupation quant à la santé, au bien être du migrant. Il y a là un déplacement d' un souci politique relatif aux raisons d' un exil dont il s' agissait de se rendre solidaire, vers un souci éthique à l' égard de la souffrance psychique et sociale endurée par des migrants.
- La solidarité à l' épreuve de l' altérité

La solidarité mise à l'épreuve

- « Comment être solidaire de ceux qui sont à la fois non-semblables et non contributeurs ? Que faire de ceux qui sont et différents et « inutiles au monde » (...) Le défi actuel de la solidarité est de prendre en considération la différence non contributive, de penser l'acte solidaire non plus avec un autre même mais avec un autre différent, engageant de ce fait une responsabilité pour un autrui qui, a priori, ne nous est rien et ne vaut rien. Le vrai défi de la solidarité devient en quelque sorte « l'étranger », l'autrui radical. »
 - Marc-Henry Soulet, *la solidarité : exigence morale ou obligation publique ?* Éditions Saint-Paul Fribourg Suisse, 2004, p.10
- **Ici la solidarité irait au delà du fait qu'un individu, ici le migrant, soit membre d'une même communauté**
- **Nous défendons que le migrant est un « autrui radical » en tant qu'il vient justement poser problème à l'intervenant en santé mentale, obliger notamment à une prise en charge pluridisciplinaire, et questionner le sens de l'intervention**

Vers une communauté de prise en charge?

- Penser que c'est la différence et l'épreuve qui puisse être l'objet de la solidarité. C'est alors une communauté de la relation qu'il s'agit de faire exister, pour s'attacher à penser la solidarité, non à partir de l'homogénéité (« nous sommes les mêmes »), mais de la différence (constitutive de la relation d'aide). L'enjeu est de sortir d'une solidarisation inclusive à partir d'une figure de la victime (où le rôle est alors évident)
- La figure du migrant précaire représenterait une altérité radicale, différente, sans représentativité, qui incite les professionnels à poser la question du sens (de leur profession, du soin, de l'accompagnement...) et de l'objet / sujet de l'intervention