



**Point  
Etape  
juin  
2018**

## **TROUBLES TRAUMATIQUES ET PSYCHIQUES DES REFUGIES DEMANDEURS D'ASILE : ENQUETE SUR LES FORMES DE PRISE EN CHARGE TRANSFRONTALIERES**

**Slimane TOUHAMI, anthropologue, Formateur CRFMS  
ERASME  
Henri SANTIAGO SANZ, Formateur CRFMS ERASME**

**Interreg**  
POCTEFA



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

### **Introduction : Présentation de la thématique**

Page 1

## **1. CHAPITRE 1**

### **Présentation des Institutions et services sollicités.**

Page 4

#### **1.1 Coté Français**

Page 4

**1.1.1 CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile) ADOMA - Carla bayle - Ariège**

**1.1.2 CADA de l'UCRM (Union Cépière Robert Monnier) - Toulouse - Haute Garonne**

**1.1.3 Institut protestant - Saverdun - Ariège**

**1.1.4 La Case de Santé - Toulouse - Haute Garonne**

#### **1.2 Coté Catalan**

Page 6

**1.2.1 CCAE (Consell Comarcal Alt Empordá) - Figueres**

**1.2.2 Creu Roja - Girona**

**1.2.3 Creu Roja - La Jonquera**

## **CHAPITRE 2:**

**Les données: Etat des lieux des entretiens et propositions de contenus de formation.**

Page 9

## **CHAPITRE 3**

**Perspectives de formation visant la transformation de l'état des lieux. Propositions et questions.**

Page 40

## **Conclusion provisoire et perspectives**

Page 43

## **Bibliographie indicative**

## **Glossaire**

## Introduction : Présentation de la thématique

L'action 6.3 du PROSPECTSASO associe le Centre de Formation aux Métiers du Social ERASME (CRFMS ERASME) de TOULOUSE, le département du travail social et services sociaux de l'Université de Barcelone (UB) et Le Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAIE) dont le siège se situe à Figueres.

Il s'agit d'une enquête de recueil de données par observation et entretiens sur le terrain des institutions accueillants des migrants et demandeurs d'asile visant à apporter un éclairage compréhensif sur ce qui a valeur d'inconnue, à savoir les **formes d'accompagnement et de prises en charge des migrants en situation de vulnérabilité psychique** accueillis de l'autre côté de la crête frontière. En effet, malgré la proximité géographique et culturelle entre la France et la Catalogne, outre le fait que ces territoires soient traversés par l'une des principales veines de la remontée des Suds vers l'Europe (Tarrus, 2007), les connexions sont rares - pour ne pas dire souvent inexistantes - entre dispositifs d'accueil français et ibériques. Les données recueillies dans le cadre d'une première prospection auprès de professionnels de structures d'accueil en Ariège (Pamiers) et à Gérone (Catalogne) confirment non seulement une absence de contacts mais également un défaut de connaissances des contextes, structures et modalités d'interventions auprès des migrants dans le territoire contigu. En repérant ici et là-bas la place accordée au trouble psychique et traumatique dans l'institution et à son traitement, il s'agira d'établir un état des lieux de l'existant en mobilisant la perspective comparatiste autour d'un certain nombre de thèmes significatifs comme

- l'intérêt porté à la question dans les structures. Comment se traduit-il ? Peut-on le mesurer à travers, par exemple, des références à un corpus spécifique ou encore à une autorité locale, nationale ou internationale? Comment les professionnels sont-ils sensibilisés à la question ? Par quel biais ? (rencontres, formations, lectures...)

- Cette première interrogation ouvre sur la question des savoirs cliniques et thérapeutiques utilisées dans l'institution. Dans un contexte de généralisation des approches anglo-saxonnes du type DSM V ou de l'evidence based psychiatry, quels sont les outils diagnostiques et thérapeutiques rencontrés - psychothérapies, traitements médicamenteux, modèle interculturel, systémique ou psychanalytique... Se réfère-on à des approches spécifiques à l'instar des modèles d'interventions héritées de l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux (Devereux, 1971) : ethnopsychiatries à la Tobie Nathan (Nathan, 1986) ou psychiatrie transculturelle développée par Marie Rose Moro et son équipe (Moro et alii, 2004), Expérimente-t-on éventuellement des formes d'innovation ou d'hybridation ?

- La référence à un modèle d'intervention historiquement rattaché à la France et pour être plus précis, à sa capitale, amène également à considérer la question de l'influence des traditions nationales et locales - en particulier la culture du « lieu » - sur les prises en charge à l'instar de la psychanalyse en France ou du rôle de l'Eglise catholique en Espagne. Quelles sont ces influences indexées à un territoire et à une histoire et comment imprègnent-elles les pratiques actuelles ?

- D'autres thèmes sont appelés à constituer matière à comparaison à l'instar des valeurs soutenant la pratique, des formes et des orientations respectives du travail en équipe et en réseau, du recours à l'interprétariat ou encore de la formation des personnels.

A terme, l'enquête de terrain doit permettre de déboucher sur un certain nombre de préconisations et de propositions de bonnes pratiques sur les thèmes comparés afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiques des migrants mais aussi mieux humaniser l'institution aux différents stades de l'accompagnement.

Pour valider les constats, signalons encore que la pertinence de l'action proposée trouve un écho supplémentaire dans une actualité des migrations particulièrement chargée.

Dans un contexte général de renforcement des échanges transfrontaliers, il s'agirait suite à cette action de tendre vers :

1. La mise en place d'un réseau durable entre structures françaises et catalanes là où il faisait jusqu'alors défaut.

2. La valorisation des données produites dans cette enquête (constats, préconisations, propositions de bonnes pratiques...) dans le champ de la formation en travail social sous la forme d'une mutualisation des connaissances entre les deux versants des Pyrénées en formation continue, d'une part, et en formation initiale à travers un projet de co-diplomation franco-catalane.

3. La diffusion des résultats de l'enquête sous forme de publications et de séminaires en vue de contribuer, dans une perspective transfrontalière, à l'amélioration qualitative de l'accueil en institution aux différents stades de l'accompagnement global (qualité de l'accueil, gestion du quotidien, anticipation de la sortie et de ses conséquences etc...) et de l'accompagnement à la santé somatique et psychique.

*A ce jour de juin 2018, l'Université de Barcelone a effectué une enquête sur « les nécessités sociales des personnes réfugiées primo-arrivantes dans la ville de Barcelone » et produit un rapport dans lequel est abordé dans un contexte plus global la question de la prise en compte des troubles psychiques des migrants concernés. Ces données ne figurent pas dans cet écrit et seront à articuler à celles obtenues par l'enquête côté français dans le temps de la dernière année de ce projet.*

*L'objet du point étape ci-présent est en effet, de rendre compte de l'avancement de l'enquête effectuée par le **Centre Régional de Formation aux Métiers du Social ERASME** tant sur le territoire régional que sur celui de l'Alt Empordà autour du **Consell Comarcal de Alt Empordà** et du Gironès. En effet, en l'absence d'interlocuteur institutionnel sur le territoire du Gironès mais compte tenu de la position incontournable de la Croix Rouge de Girona, pilote et coordonnatrice de l'accompagnement des migrants tant sur le territoire du Gironès que sur celui de l'Alt Empordà, il nous a semblé inévitable de rencontrer ce service spécifique.*

Nous rencontrerons dans cet écrit, les établissements et services suivants :

Du côté français

- Le CADA ADOMA de Carla Bayle – Ariège
- Le CADA de l'UCRM – Toulouse
- L'Institut Protestant de Saverdun
- La Case de Santé de Toulouse

Du côté Catalan

- Le service migrants du CCAE de Figueres
- Le service de pilotage et de coordination de la Croix Rouge de Girona
- L'antenne de la Croix Rouge de La Jonquera.

Nous commencerons par la présentation des établissements et services dans le premier chapitre puis dresserons les constats, les pratiques en vigueur et les besoins exprimés par un état des lieux des entretiens dans un deuxième chapitre, prolongerons les perspectives de formation par des propositions et questions dans le troisième chapitre et enfin conclurons provisoirement ce point d'étape en définissant les perspectives pour l'année à venir à partir du résumé de l'enquête effectuée. Vous trouverez à la fin une courte bibliographie indicative.

## CHAPITRE 1

### Présentation des Institutions et services sollicités.

#### 1.1 Côté Français

Préambule.

Les personnes étrangères requérantes du droit d'asile quelles qu'en soient la raison, sont accueillies dans notre région comme dans le pays dans diverses institutions. Si certaines sont logées et accompagnées dans les Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) le temps de leur procédure, d'autres se retrouvent parfois en Centre d'Hébergement et de réadaptation Sociale et d'autres encore ne sont l'objet d'aucune prise en charge spécifique ni en terme de logement et d'accompagnement social ni dans l'accompagnement à une procédure de demande d'asile complexe pour nombre d'entre elles. C'est pourquoi, il nous a semblé important de porter nos regards sur une certaine diversité des lieux et qu'aux deux CADA rencontrés, nous avons associé L'Institut Protestant de Saverdun qui accueille exclusivement des Mineurs Non Accompagnés (MNA) et La Case de Santé, un centre de soins communautaires susceptible d'accueillir les demandeurs d'asile en général et plus spécifiquement au titre dit "d'étranger malade".

##### 1.1.1 Le CADA ADOMA de Carla Bayle

Le CADA de Carla bayle se situe dans le petit village éponyme de moins de 800 habitants, situé à trente kilomètres de Foix et de Pamiers, principales villes du département de l'Ariège. Il dépend de l'ADOMA, société d'économie mixte française qui bâtit et gère de nombreux habitats à vocation sociale (résidences sociales, foyers de travailleurs migrants, aires d'accueil de gens du voyages, centres d'accueil de demandeurs d'asile...)

Le CADA de Carla bayle accueille une centaine de demandeurs d'asile et les familles constituent 90% de sa population. Le personnel est composé de 6,4 équivalents temps pleins (6 intervenants sociaux, une directrice et une secrétaire). Sur le sujet des troubles psychiques, une enveloppe budgétaire permet à un psychologue clinicien de venir sur le site tous les vendredis.

Les nationalités accueillies sont aujourd'hui très diverses avec une arrivée de Syriens ces derniers temps et moins de caucasiens russophones ayant longtemps constitué la principale file active (Tchéchènes, Géorgiens, Arméniens.) Des africains également.

L'entretien a été effectué avec quatre professionnels de l'accompagnement social M. Y : Femme, éducatrice spécialisée. Travaille au CADA depuis 2012. S'est formée à

l'accompagnement à la demande d'asile. Mme M. B. Rentrée le 1 avril 1998. D'abord employée pour le ménage, devenue animatrice au CADA. S'occupe actuellement de l'accompagnement global (gestion entrée et sorties, volet administratif). M. M.X. assistant social. Travaille au CADA depuis sa création en avril 1998. S'occupe de l'accompagnement santé, juridique et scolarité. Mme MC : Femme. éducatrice spécialisée, intervenante sociale.

### **1.1.2 Le CADA UCRM de Toulouse**

L'Union Cépière Robert Monnier (UCRM) est née en 2016 de la fusion des associations toulousaines Cépière Formation, Cépière Accueil, UCJG Robert Monnier et Samarie au sein de l'Union Cépière Robert Monnier (UCRM). De ce fait les deux CADA, Cépière Accueil et UCJG Robert Monnier (antenne française de YMCA) ont fusionné pour devenir le CADA de l'UCRM. Il est situé sur la ville même de Toulouse et accueille 220 demandeurs d'asile dont près de 60% de personnes isolées (hommes et femmes) et 40% de familles et couples.

Les pays d'origine sont divers : Afghanistan (hommes isolés), Nigéria (femmes isolées), Congo, Guinée, Tchétchénie, Kosovo, Albanie, Géorgie, Colombie.

Le personnel est composé de 13 professionnels, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, juristes.

L'entretien a été effectué avec deux professionnels. M. MH, éducateur spécialisé depuis 6 ans sur le CADA et coordonateur de service et Mme MA, juriste sur le CADA depuis presque un an, diplômée depuis moins d'un an, spécialisée en droit des étrangers et droit d'asile.

### **1.1.3 L'Institut Protestant de Saverdun**

L'institut Protestant est une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) spécialisée dans l'accueil de Mineurs Non accompagnés (MNA) anciennement appelés Mineurs Isolés Etrangers (MIE). Il est situé en milieu rural, dans la basse Ariège, sur la petite commune de Saverdun. L'institut Protestant accueille 52 mineurs non accompagnés âgés de 12 à 18 ans (dont 4 filles africaines) actuellement originaires principalement du Mali et de Guinée mais aussi plus minoritairement d'Afghanistan, Bengladesh, Nigeria, Côte d'Ivoire, Pakistan, Inde. L'accompagnement est un accompagnement global: apprentissage de la langue, aide à l'insertion par la scolarité et/ou l'apprentissage, accompagnement éducatif et social, régularisation administrative.

L'entretien a été effectué avec Mme I.F. éducatrice spécialisée en poste à L'Institut depuis 1998 et chef de service depuis 2005, Mme L.R., psychologue clinicienne à

l'Institut depuis 2001, Mme C.J. monitrice éducatrice à l'Institut depuis 2015, Mme L., monitrice éducatrice à l'Institut depuis 2013, Mme A.R., monitrice éducatrice en formation d'éducatrice spécialisée, à l'Institut depuis 2015.

#### **1.1.4 La Case de Santé de Toulouse**

La Case de Santé est un centre de santé né en 2006 dans le quartier à forte mixité sociale d'Arnaud Bernard à Toulouse. Auto constituée par un petit groupe de praticiens (une infirmière, deux médecins généralistes, deux promoteurs de santé, une éducatrice spécialisée, une nutritionniste conseil), sur un pari autogestionnaire, sur les principes de la santé communautaire telles que pratiquées au Québec et en Belgique notamment. Agréée désormais comme centre de santé polyvalent, elle associe un centre de soins et un pôle santé-droit. Elle construit un modèle innovant de santé de premier recours suivant un projet de santé qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et orienté vers la lutte contre les inégalités sociales de santé. Elle se reconnaît dans les grands principes de la charte d'Ottawa quant aux déterminants sociaux de la santé.

Sa file active est désormais de près de 2000 personnes parmi lesquelles un nombre représentatif de populations "déclassées" (toxicomanes, sortants de prisons...) mais aussi bon nombre de personnes d'origine étrangère parmi lesquelles des demandeurs d'asiles, des déboutés du droit d'asile et des dits "étrangers malades" en demande de régularisation à ce titre.

Le personnel est désormais composé sur le centre de soin de 5 médecins généralistes, 2 psychologues à temps partiel, un interne en médecine, une infirmière, sur le pôle santé droit de 4 assistant.es de service social, 2 stagiaires en travail social et, transversalement 2 médiateurs en santé, 1 coordonateur administratif et financier et un agent d'entretien.

L'entretien s'est effectué avec Mme H.S., psychologue à la case de Santé depuis 2009.

## **1.2 Coté Catalan**

### **1.2.1 le CCAE de Figueres**

Le Consell Comarcal de l'Alt Empordà est une institution publique relevant de la Generalitat de Catalunya ayant une mission en matière de conseil, coopération et coordination des soixante-huit municipalités constituant son territoire de référence (appelé Comarca), territoire mitoyen de la frontière française, l'Alt Empordà.

L'une des missions du CCAE est le « Bien-être social ».



L'aire de « Bien-être social » est composée d'un ensemble de services, de ressources et d'équipements visant à garantir et à faciliter aux citoyens et citoyennes de la Comarca, l'accès aux services et ressources existants. Ses professionnels interviennent principalement auprès des populations en risque d'exclusion sociale.

Ses objectifs sont:

- favoriser la promotion et l'intégration dans la société des personnes et collectifs.
- Mettre à disposition des personnes les ressources nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie, à la réduction des inégalités et à l'augmentation de leur autonomie.
- Evaluer et aider à la résolution de leurs possibles difficultés sociales.
- Prévenir et intervenir sur les causes qui conduisent à l'exclusion sociale.

Les deux professionnels rencontrés, Mme OE et M. AL, sont dans ce service, chargés de la thématique immigration et citoyenneté. Une troisième personne, Mme NJ, coordonne ce service qui peut aussi compter sur une avocate spécialisée pour tout ce qui concerne le droit des migrants.

### **1.2.2 La Croix Rouge de Girona**

La Croix Rouge de Girona est, entre autres activités, animatrice du service « Migrants et réfugiés » chargé du programme espagnol relatif aux demandeurs d'asile et bénéficiaires de protection internationale. Ceci tant sur le territoire du Gironès que sur celui de l'Alt Empordà. Citons ASG, responsable du service:

« Le programme d'état est un itinéraire de dix-huit ou vingt-quatre mois sur prolongation ou en cas de personnes plus vulnérables. C'est un programme complet qui articule conseil juridique, apprentissage de la langue catalane, soutien psychologique, accueil temporaire, aide économique, aide à la recherche de travail... Ces dix-huit mois sont découpés en trois phases en principes de six mois. La première phase se déroule dans les appartements que nous avons ici à Girona avec possibilité de prolongation à neuf mois. La premier objectif de cette phase, puisqu'ils ne sont pas hispanophones, est de leur apprendre la langue, et le deuxième objectif est de prendre connaissance de l'environnement, des normes, etc. Lorsqu'ils sortent des appartements, c'est la deuxième phase qui leur impose d'avoir trouvé par eux-mêmes un logement mais la Croix Rouge leur procure encore un soutien économique s'ils n'ont pas trouvé de travail. Et normalement durant cette deuxième phase, ils sont orientés vers les programmes d'occupation qui ne s'adressent qu'à ceux qui ont demandé l'asile. Les hispanophones entrent dans ce programme avant, le niveau de langue nous donnant une indication de leur préparation à la recherche de travail. Puis vient la troisième phase, pas très bien définie, qui est une phase d'accompagnement à l'autonomie dans laquelle il n'y a plus de soutien économique et qui consiste à soutenir au niveau psychologique, conseil

juridique... mais sans aide économique. L'idée globale est qu'à la sortie de ces trois phases, les gens sachent parler la langue, se débrouiller pour chercher du travail voire en aient déjà trouvé indépendamment de comment s'est déroulé la procédure administrative car il y a des personnes qui, sorties de ces dix-huit mois, sont encore dans la procédure et ne savent donc pas si on va leur dire oui ou non. »

Du point de vue de la santé globale, des ateliers santé sont proposés et du point de vue de la santé psychologique, un accompagnement collectif et individuel. Nous avons rencontré ASG, avocate de profession, en tant que responsable du service et APC, psychologue à temps complet sur le service demandeurs d'asile.

### **1.2.3 L'antenne de la Croix Rouge de La Jonquera**

L'Antenne de la Croix Rouge de La Jonquera dépend du service de Girona et est composée des deux personnes rencontrées, CF, technicienne sociale et MB, travailleuse sociale de formation. Elles animent le service « premier accueil de demandeurs de protection internationale ».

Ce service a la particularité d'être transfrontalier et les demandeurs d'asile le fréquentant d'être une population très volatile. En effet, les demandeurs d'asile transitant par ce service, majoritairement des familles syriennes avec mineurs à charge, bien qu'enregistrés comme demandeurs d'asile en Espagne, sont résolus à quitter le territoire à destination d'Allemagne, Belgique, France ou Hollande. Interceptés par la police française dans les bus et trains, souvent dès leur entrée sur le territoire français, ils sont confiés à la police nationale espagnole qui les confie à son tour à l'antenne de la Croix Rouge de La Jonquera (140 personnes en 2017). Ce service constate l'extrême difficulté d'installer un travail avec des unités familiales qui disparaissent à nouveau au bout de quelques jours, payant souvent pour repartir vers le nord à bord de voitures particulières. Le service de la Croix Rouge énonce ne pas connaître les associations françaises avec qui se coordonner afin de tenter l'accompagnement le plus adéquat.

## CHAPITRE 2

### Les données : Etat des lieux des entretiens et propositions de contenu de formation.

Ce chapitre tentera d'énoncer les thématiques engagées mais aussi les objectifs et propositions de contenus de formation à ce jour de l'enquête. Ceux-ci seront repris sous forme de perspectives de formation dans le chapitre 3.

#### 2.1 Variété des flux migratoires et pluralité des pays de départs

##### Sur la compréhension des flux migratoires

Les entretiens présentent une très grande variété de nationalités et de situations flux Sud-Nord : « *les premiers sont vénézuéliens. En fait ce sont des pays latino-américains car ensuite viennent le Honduras et Le Salvador. Ensuite viennent les syriens et ukrainiens avec des demandes plutôt stables qui n'ont pas augmenté. Ce qui a beaucoup augmenté en 2017, c'est le Venezuela, Le Salvador, le Honduras mais aussi la Colombie puis la Syrie et l'Ukraine, le reste est plus mélangé.* » (A.S. Croix Rouge Gérone)

Les Marocains et Sud-Américains s'installent en Catalogne mais les Syriens montent vers le Nord : « *80% de nationalité syrienne (à la frontière).* » (C.F. Croix Rouge La Jonquera)

L'impact de la procédure Dublin et des contrôle douaniers sur les flux migratoire : « *( Les Syriens) ont l'intention d'aller en Allemagne, en France... plus au Nord de l'Europe mais sont interceptés avec un billet de bus par exemple qui stipule qu'ils viennent d'Espagne. Quand ils passent la frontière, interceptés par la police, ils sont ramenés à La Jonquera.* » (C.F. Croix Rouge La Jonquera)

Toutefois, une association barcelonaise d'aide aux migrants signale un mouvement Nord-Sud, des migrants venant de France vers la Catalogne pour bénéficier d'une régularisation plus facile d'accès en Catalogne. Cette facilité d'accès à la régularisation plus aisée en Espagne qu'en France est confirmée dans l'entretien du CCAE de Figueres : « *C'est d'autant plus important pour les personnes qui n'ont pas de papiers, qu'ils sachent qu'au bout de trois ans, ici en Espagne, avec un contrat de travail, ils ont accès à la régularisation.* » (O.E. CCAE Figueres)

Pas de flux mais plutôt installation en France (CADA et MECS ). Constat de manque d'éléments de contextualisation sur le parcours d'exil avec volonté d'agir sur cette lacune : « *On voudrait demander une formation annuelle pour tout le secteur, que quelqu'un vienne sur le CADA pour de la géopolitique ou du psychotraumatisme chez la personne reçue [...] J'ai appris plus tard qu'il y avait plusieurs ethnies en Syrie ( à propos d'une famille syrienne en difficulté.) C'est des questions que je travaille (MA, CADA UCRM) et on essaie de créer quelque chose de plus conceptuel là-dessus (demande de formation continue)*» (M.H. CADA UCRM)

**Objectifs et Propositions de contenu :**

**Comprendre les nouvelles formes de migrations :**

Éclairage sur la géopolitique : pays concernés, groupes ethniques, routes de l'exil. Intervention d'un géographe de l'Université Toulouse Jean Jaurès. Quelle perspective transfrontalière? Confection d'une carte transfrontalière de la présence des demandeurs d'asile (repérer les routes de l'exil).

**Point sur le cadre juridique "droit des migrants européen et national" (France et Espagne) :**

Intervention de juristes catalans et français.

**2.2 La place du trouble psy et traumatique dans l'Institution : une préoccupation qui prend de plus en plus d'importance pour les professionnels**

**2.2.1 L'importance accordée à la question**

Elle peut être ancienne, liée à l'identité du lieu – c'est le cas de l'institut Protestant qui s'est spécialisé dans l'accueil des mineurs non accompagnés depuis les années 70 ou plus récente suite à des évènements violents sur l'institution concernée : «*On a des cas depuis un an...Tentatives de suicide sur le CADA directement, sur les lieux de résidences. Des violences conjugales. On a eu ça. On sent qu'il y a quelque chose qui ne s'imbrique pas bien, qui nous dépasse* » (M.H. - CADA UCRM).

La formation continue peut également éveiller une appétence sur la question : « *ça m'intéresse depuis peu car je fais toutes les rencontres avec la FAS (Fédération des Acteurs de la Solidarité, ex FNARS), j'y vais souvent. C'est un sujet qui revient sur la table régulièrement. Il y a des projets dont un gros projet ressource à Montpellier. Ça fait beaucoup d'impact sur ce que l'on vit. (Projet porté par la CIMADE de Béziers) Je pense qu'il y a des choses à creuser pour nous. C'est pour moi tout nouveau*» » (M.H. -UCRM).

La souffrance psychique des migrants constitue une réalité du quotidien pour les professionnels accueillant des demandeurs d'asile et des réfugiés : « Elle est frappante (la souffrance psychique), bouleversante dans certains cas. On a des jeunes qui arrivent qui sont dans un état ! Il y en a d'autres, on ne va pas le voir, par contre c'est présent. C'est sous-jacent et puis ça ressort sous forme de conflits, de passages à l'acte, d'angoisses, de malaises. » (I.F. Institut Protestant) « Parmi les familles (accueillies), la moitié (auraient besoin de consulter) » (M.Y- CADA Carla Bayle)

**Objectifs et Propositions de contenu :**

Aborder la question du trouble psychique en institution : Comment en parler? Evaluer sa réalité pour sortir de la seule impression?

**Table ronde** Proposition : Comment aborder et évaluer la réalité d'un phénomène fréquent en Institution ? Création d'un outil, d'un fichier ? Faire des statistiques ? Un premier accueil pour évaluer la question ?

**2.2.2 Pour les professionnels, de nouvelles conditions d'exil et d'accueil qui tendent à fragiliser les publics accueillis.**

Plusieurs facteurs – institutionnels, organisationnels, culturels, politiques, géopolitiques, juridiques – sont repérés :

Nouveaux profils de migrants avec une proportion plus importante de personnes « malades » : «Les jeunes sont de plus en plus dans un état de santé déplorable. Pas psychologiquement mais sur la santé globale...Là, dans les pavillons, les éducateurs, ce sont des infirmiers. Ils ont de la tuberculose, asymptomatique, on a des jeunes qui sont porteurs sains du VIH mais avec des traitements lourds, des hépatites B chroniques, des problématiques psychiques avec des traitements, anxiolytiques et tout le reste »(I.F- Institut Protestant) « on a l'impression – après à voir avec les collègues – qu'on voit des gens de plus en plus fragiles, avec des demandes très claires de la part des résidents, ce qui n'était pas le cas avant » ( M.H.- UCRM),

La route de l'exil est plus traumatisante : «Avant, le parcours pour venir en France était douloureux mais moins chaotique et moins tragique que ce que connaissent nos jeunes. Ce qui se passe en Lybie, ceux qui passent en bateau... Il y a 17 ans, ils n'avaient pas ce parcours-là. Soit ils arrivaient par avion...Bref, ils n'avaient pas ce parcours aussi douloureux et aussi traumatique ou de maltraitance. » (L.R. - Institut Protestant)

Effets négatifs des contraintes de temps : moins de temps pour s'occuper des personnes, des délais d'instruction de dossiers plus courts : « Sur le terrain, on voit que c'est de plus en plus compliqué pour les D.A. Les procédures sont plus courtes. La pression n'est pas la même non plus. On a moins de temps pour s'investir chez nous. Il faut qu'on aille plus vite aussi. La contrainte demandée aux DA n'est plus la même à mon sens et ça peut engendrer des choses médicales ou autres. » (M.H. - UCRM)

Effets négatifs de la « paperasserie » sur les personnes : « ils ont parfois le sentiment que tout papier que tu leur fais signer se retournera contre eux, les empêchera d'aller demander l'asile en Allemagne, que cela peut leur porter préjudice. » (M.B. Croix Rouge La Jonquera)

Effets négatifs de l'anamnèse pour la demande d'asile : « y a aussi des gens qui le disent (qu'ils ne sont pas bien) quand on leur fait raconter leur vie. Ca saute aux yeux à un moment donné » (M.Y. - CADA Carla Bayle)

Impact négatif de la procédure et de l'après-procédure : « Quand on arrive à la fin du recours, en général, on leur demande d'aller voir un psychologue (MA, CADA UCRM) Même l'obtention du statut peut créer une dépression ! La réalité après un statut n'est pas celle que l'on croit : après, il faut trouver un appart. Etc.... Ca crée du stress ». (M.H. - CADA UCRM)

Impact des procédures administratives et du manque de moyens sur l'état psychique des jeunes MNA : « les accompagnements se terminent de plus en plus tôt, les conseils départementaux freinent de plus en plus les contrats jeunes majeurs, donc, le gamin qui a vécu des troubles traumatiques, il lui faut 2, 3 , 4 ans pour arriver à se reconstruire et quand on n'a que 2 ans et demi de prise en charge, on ne va pas privilégier le psychique. On privilégiera plutôt le projet, les papiers d'identité...Après, il y en a qui s'en sortent, c'est sûr. » (I.F. Institut Protestant)

Impact du choc culturel : « Ils y en a qui se font une représentation de l'Europe autre. » (C.J. - Institut Protestant)

Choc culturel sur l'arrivée sur le centre : « L'OFII leur dit, vous allez à Toulouse. Il y en a qui arrivent ici et là, ils pleurent. Ici, ce n'est pas Toulouse. C'est un petit village perdu de l'Ariège. (M.X. - CADA Carla Bayle) La campagne, ça réveille des trucs. Pour eux, il faut habiter en ville...Il y a des gens pour qui la campagne, ça peut réveiller des trucs.

*Dans leur pays, la campagne, c'est là où il se passe les pires trucs. Ca réveille des traumas » (M.Y. - Carla Bayle)*

Effondrement post-demande d'asile : « *Des fois, quand ils ont le statut, ils s'effondrent. On a des effondrements psychiques post demande d'asile » (MX-Carla Bayle)*

- Néanmoins, les plus jeunes sont plus résilients que les adultes : « *« On a des situations d'hallucinations ponctuelles par contre, on peut rencontrer des jeunes qui ont des éléments psychotiques chez eux, ça ne veut pas dire que chez eux, ils le sont. On ne travaille pas avec des adultes du CADA. Ce sont des adolescents. Rien n'est figé. On peut avoir des tableaux cliniques inquiétants mais par le travail éducatif et thérapeutique, les jeunes ne vont pas être dans une problématique psychotique. La structure du sujet évolue. On parle de jeunes mineurs avec une problématique adolescente. On a des jeunes qui ont décompensé et s'en sont remis. » (L.R- Institut Protestant)*

**Objectif de contenu et Proposition de contenu :**

Point sur les effets négatifs de l'accueil et des accompagnements (ex : démarches de la demande d'asile) et leurs conséquences sur les personnes. Comment limiter leur impact ? Que peut-on améliorer dans l'accueil ? :

**Table-ronde :** *Comment améliorer l'accueil et l'accompagnement pour limiter les fragilités psychiques? ex : lutter contre les effets négatifs de l'attente ? Sortir de l'occupationnel ? « Humaniser les procédures » via la participation, recours à un tiers ? Anticiper la sortie en délivrant des ressources ? Echanges autour de pratiques innovantes ? Trouver des solutions ensemble notamment en travaillant avec les personnes accueillies (table ronde avec échange de pratiques et propositions)*

### **2.3 Comprendre la souffrance de l'Autre, la perspective endogène : repérer des étiologies culturelles, des symptômes et des recours.**

#### **Comprendre la "maladie" des résidents. Un tableau contrasté entre méconnaissance des cadres culturels et densité des observations**

Nous l'avons vu plus haut, les professionnels repèrent plusieurs causes de fragilité psychique. Sur la compréhension de la souffrance de l'Autre, ils relèvent plusieurs observations pertinentes mais qui contrastent avec un manque de cadre notionnel et conceptuel important pour appréhender globalement le sujet. Les différences entre

institutions sur la question dépendent à la fois du type d'institution - ouverte ou fermée - de l'expertise et l'expérience des professionnels, de leurs statuts, fonctions mais aussi de l'identité du lieu et des grilles de lectures utilisées... autant de facteurs qui jouent sur la compréhension de la maladie chez l'Autre. A ce sujet, l'Institut Protestant se distingue par son histoire, son identité et la formation de ses professionnels (sensibilité à la clinique de l'exil, formation à l'anthropologie...)

Méconnaissance de la question chez beaucoup de professionnels : « Tu entends des gens qui disent "j'ai quelqu'un en moi, j'entends des voix... il y a une personne qui vit en moi, j'ai un Djinn" et là, il n'y a aucune sensibilisation, aucune formation à cela. » (O.E. CCAE Figueres)

Cette méconnaissance peut être vécue comme quelque chose de pénalisant dans l'accompagnement : « On a des cas depuis un an... Tentatives de suicide sur le CADA directement, sur les lieux de résidences. Des violences conjugales. On a eu ça. On sent qu'il y a quelque chose qui ne s'imbrique pas bien, qui nous dépasse... Le fait d'avoir une boîte à outils si faible, on se dit, on n'y va pas » (M.H - CADA UCRM)

On repère des temps plus propices à l'expression de la maladie :

1. l'arrivée à l'institution : « L'éloignement des repères. Il y en a qui arrivent à un certain âge ici. Ils arrivent à 50 ans. Il y a toute une culture qui est ancrée puis d'un coup, voilà, on se retrouve dans un tout petit village français paumé en Ariège, où il n'y a pas de transports, pas le droit de travailler. On perd sa place dans la famille. C'est un sacré choc psychologique, je pense. Les repères, ils partent : où je suis ? Qu'est-ce que je fais ? Et on me donne des sous. Et là-dedans, qui suis-je ? Ca doit vachement remuer à mon avis » (M.X. - CADA Carla Bayle) 2. la nuit « On a des jeunes qui ont un problème d'endormissement. J'avais un jeune, la nuit, c'était des cauchemars. Aller dormir, c'était une peur ! » (C.J) 3. la fin de l'accompagnement : « Des fois, quand ils ont le statut, ils s'effondrent. On a des effondrements psychiques post demande d'asile » (MX -Carla Bayle)

Pour les pros, des symptômes lus sous l'angle comportemental et relationnels : « Il y a du repli sur soi, ceux qui ne sortent plus, (M.B. - CADA Carla Bayle), Il y a ceux qui ont un truc décalé dans la relation à l'autre, que ce soit leur voisin ou avec nous (M.Y. - CADA Carla Bayle) Ils y en a qui viennent au CADA, ils ont déjà un suivi psychiatrique depuis leur arrivée en France (M.X. - CADA Carla Bayle) Ça peut être aussi parfois du côté de la parentalité où on repère des choses qui traduisent un mal-être. Ca se voit avec des jeunes femmes qui devraient se faire soigner elles, et ça se voit à travers leurs



*jeunes enfants, leur façon à les gérer. Elles sont débordées (M.Y. - CADA Carla Bayle) Il y a aussi des gens qui le disent (qu'ils ne sont pas bien) quand on leur fait raconter leur vie. Ca saute aux yeux à un moment donné » (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Importance de la somatisation chez les jeunes en MECS : « *On a énormément de jeunes qui somatisent beaucoup. Un exemple dernier : on a une jeune fille, à 9h du matin, on appelle l'astreinte, on la retrouve tordue en deux sur le lit. Du côté de la clinique médicale : rien. On a plein de gens qui font des malaises. On en a même qui font des sortes de syncopes, les yeux révulsées, etc....Il y a des manifestations physiques de ces troubles là et de plus en plus. Il y a 20 ans, on n'avait pas ce genre de choses. » (I.F. - Institut Protestant)*

Variation des symptômes selon les cultures (idiomes de détresse): « *Je me rappelle, on a eu des Chinois, ça se faisait au niveau des céphalées. Avec les jeunes ghanéens ou africains, on travaillait autour du ventre. » (L.R. - Institut Protestant) »*

Importance du substrat culturel dans le rapport à la maladie.

Ex : peur du psychiatre chez les Marocains : « *Pour une personne marocaine, aller chez le psychiatre c'est être fou. Et toute la famille ne veut pas que les gens sachent qu'il/elle va chez le psychiatre. Nous essayons de les aider à comprendre qu'aller chez le psychiatre est une chose normale. Mais les gens d'origine marocaine n'y croient pas parce qu'ils disent "je vais aller là-bas, ils vont me donner une pastille et ..." (A.L. CCAE Figueres)* Ex : normes de genre chez les Sahéliens : « *Ca dépend aussi des origines. Les jeunes africains - Ghanéens, Maliens - quand ils viennent d'arriver, ils ont cette représentation de la culture où la femme est à l'écart : les hommes parlent aux hommes, les femmes avec les femmes. Au début, ils ont ça, ils ont du mal à regarder les femmes dans les yeux et à poser des questions à une femme. Après ça évolue, que l'on soit homme ou femme, ils peuvent nous parler. Petit à petit, ça se fait et ils se sentent en confiance » (C.J. Institut Protestant) « *je pense que quand on travaille avec ces jeunes-là, il faut connaître leur culture à minima. C'est vrai que les Maliens ne vous regardent pas dans les yeux. En occident, on dit que c'est une marque d'irrespect ce qui n'est pas vrai pour eux...A partir du moment où on le sait, il y a des choses qui se mettent en place. » (L.R. - Institut Protestant)**

Quelques principes endogènes du malheur : Djinn (Institut Protestant) (CCAÉ Figueres),

Des tradipraticiens et leurs savoirs : Imam et marabout (Institut Protestant) Roqya et imam (CCAÉ Figueres)

Existence de pratiques de soins endogènes en institutions, soit par des tradipraticiens, soit entre pairs. Elles sont plus ou moins fréquentes, plus ou moins repérées. Point notable : la tolérance des équipes vis-à-vis des recours endogènes. Exemple à l'Institut Protestant : « On a déjà reçu des plantes envoyées du pays pour se soigner (L.R. Institut Protestant) Oui mais c'est très rare. C'est arrivé sur le pavillon 1. On a un jeune qui a eu des hallucinations ponctuelles avec crises et spasmes, des trucs pas possibles. Un Afghan. Ce sont ses compatriotes qui parlaient dans leur langue, jetaient des gris-gris. Ils ont fait des rituels particuliers etc. pour lui faire sortir les djinns. Ils ont fait un rituel. Je ne sais plus quoi. Ça a été efficace. » (I.F. - Institut Protestant) » Ils s'étaient habillés en noir. Une tenue traditionnelle afghane noire. Son ami est parti se changer pour mettre la blanche. Il est venu ensuite lui parler. C'était pour l'apaiser à ce moment-là et attendre la venue des urgences. Le jeune qui s'est changé a pu en parler à l'équipe. Il a dit qu'il fallait aussi voir un imam. (AR, ME en formation ES -Institut Protestant) Il a la possibilité d'y aller. Des imams, il n'y en a que le vendredi à la mosquée de Pamiers (I.F. - Institut Protestant).

Les psys et les équipes peuvent orienter à la demande leurs patients vers des tradipraticiens : « moi, je me rappelle d'un psychologue du réseau santé mentale qui s'appelait Albert. Il y avait une femme qui avait des problèmes de sommeil, beaucoup de problèmes. On m'appelait pour des questions de traduction, pour qu'elle comprenne un peu. Elle disait plus ou moins cela, qu'elle se sentait poursuivie, possédée, le Djinn et tout ça. Un jour il met la question culturelle sur le tapis. Au Maroc, comment ça se traite? Etc. il me demande à moi s'il y a ici des lieux de cultes dans le canton et je lui réponds que oui qu'il y a un imam qui pratique la Roqya, lecture du Coran qui... et le psychologue lui-même lui dit "bon, essayez..." le psychologue lui-même (A.L. - CCAE Figueres). « Oui. Recours au marabout. A un moment donné, il y avait le CMP avec le docteur et tout ça et la dame était toujours en souffrance. (elle était de République Démocratique du Congo) Elle était maltraitante avec ses enfants. Du coup, en équipe, on s'est dit que peut être la méthode traditionnelle pouvait être quelque chose de plus proche de sa culture. Cette dame-là accepterait d'être orientée là-dessus. On en a discuté en équipe et bingo. On lui a demandé si elle connaissait quelqu'un et voilà. » (M.X. - CADA Carla Bayle) « Je me souviens d'une personne qui disait avoir des problèmes avec Dieu et nous ne pourrions trouver la solution qu'avec Dieu. Dans ces cas, ce que nous faisons est utiliser les personnages influents tels qu'un Imam, un Chaman. Moi ce que je recommande... c'est un peu comme la médecine naturelle, les Reikis, fleurs de Bach... moi je leur dis "si ça fonctionne avec toi, en avant... pourquoi s'en priver? Si les fleurs de Bach t'aident à dormir mieux qu'en allant chez un psychologue ou un psychiatre. Nous, notre travail consiste à mettre en lien la personne comme celle dont je parlais... Mettre en contact

avec l'Imam... Chercher la meilleure aide pour la personne en particulier. » (AP- Croix Rouge Girona)

**Objectifs et Propositions de contenu :**

**Apport théorique** : Faire un éclairage pluridisciplinaire sur la clinique de l'exil/ la psychopathologie culturelle/ éléments d'anthropologie de la maladie : retour sur la notion de culture (vision dynamiste de la culture), expression différentielle de la maladie, l'écologie de l'Invisible, quelques étiologies traditionnelles, la symptomatologie, les tradipraticiens. Les idiomes de détresse / Le risque de l'essentialisation culturelle / délivrer des références (ouvrages, sitographie (Anthropologue, psychologue interculturel)

**Table ronde** : intérêt de travailler avec des personnes accompagnées ou professionnels de même culture pour donner du sens au mal. Savoir accueillir le sens donné à la maladie ailleurs, la question du jugement : ethnocentrisme et non-jugement, (valeurs : empathie et bienveillance) la place des tradipraticiens : pour ou contre ? A quelles conditions ?

## **2.4 Intervenir sur la souffrance de l'Autre. La question de la pratique professionnelle**

### **2.4.1 Un terme transverse, bricolage et système « D ».**

Pas un corpus de pratiques. En fonction des ressources disponibles, des contraintes rencontrées, des situations et de la formation de chacun, les professionnels cherchent à mettre en place des outils pour répondre aux difficultés rencontrées.

Bricolage et mélange perçu comme une solution : « Moi, je fais un mélange. J'ai des collègues qui disent "moi, je suis cognitivo-comportementaliste, moi je suis psychanalyste, moi je suis systémicien..." Moi je ne sais pas... Moi, j'essaie de prendre un peu de chaque et d'utiliser selon la personne. Cela dépend de la situation et des difficultés qu'il a. Je crois qu'il y a des questions de santé suffisamment perméables pour prendre un peu de tous cotés. » (A.P. - Croix Rouge Gérone) Système D : « « On commence à en faire (du soin). Quand on est passé de 73 à 80 personnes, on n'a pas pu recruter alors qu'un budget pour un temps partiel était prévu. Du coup, on a gardé cette enveloppe pour payer un psychologue car la question de la prise en charge du soin psychologique était très problématique à cause de l'éloignement, des réponses proposées

*par le secteur, etc. Du coup, on a un psychologue qui vient sur le CADA une fois par semaine le vendredi. C'est un prestataire extérieur. » (M.Y CADA Carla Bayle)*

Bricolage perçu comme un problème : *« On ne sait pas forcément travailler. On le sait. Le bricolage qu'on faisait comme avant, il n'était pas bien. Ca me paraît totalement ubuesque. Il faut qu'on crée quelque chose. Je pense que c'est indispensable » (MH - CADA UCRM)*

Qui dit bricolage dit hybridation. Références à des pratiques mixtes notamment dans l'approche psychologique :

Hybridation des références et des pratiques: *« Moi, je fais un mélange. J'ai des collègues qui disent "moi, je suis cognitivo-comportementaliste, moi je suis psychanalyste, moi je suis systémicien..." Moi je ne sais pas... Moi, j'essaie de prendre un peu de chaque et d'utiliser selon la personne. Cela dépend de la situation et des difficultés qu'il a. Je crois qu'il y a des questions de santé suffisamment perméables pour prendre un peu de tous côtés (A.P. Croix Rouge Gérone).Clinique de l'exil et psychanalyse (Institut Protestant) Psychologie interculturelle et psychopathologie :* *« On commence à en faire (du soin) . Quand on est passé de 73 à 80 personnes, on n'a pas pu recruter alors qu'un budget pour un temps partiel était prévu. Du coup, on a gardé cette enveloppe pour payer un psychologue car la question de la prise en charge du soin psychologique était très problématique à cause de l'éloignement, des réponses proposées par le secteur etc...Du coup, on a un psychologue qui vient sur le CADA une fois par semaine le vendredi. C'est un prestataire extérieur. » (C.M., I.B. CADA Carla Bayle)*

L'hybridation conjugue souvent avec des approches dominantes dans les façons de travailler. Elles varient en fonction des ressources disponibles et de la formation: Approche globale et récupération des potentialités à Figueres. Travail avec les médiations et clinique de l'exil à l'Institut Protestant. Mélange de psychanalyse et de Psychologie interculturelle et psychopathologie à Carla Bayle. Approche comportementale à Gérone...

Diversité des grilles de lectures utilisées: approche globale, psychanalyse, psychopathologie, psychologie interculturelle, psychologie de développement, clinique de l'exil, approche comportementaliste ... (voir plus haut)

#### **2.4.2 Des approches spécifiques encore trop peu connues et diffusées.**

Des références nationales qui ont du mal à exporter au delà des frontières voire même à l'intérieur : c'est le cas des ethnopsychiatries en France encore trop mal connus.

Très peu de références aux ethnopsychiatries (Devereux, Moro, Nathan) sauf à l'Institut Protestant (Les membres de l'équipe vont aux interventions de MR Moro lorsqu'elle est à Toulouse). Approches inconnues aux CADA UCRM et Carla Bayle

En Catalogne, le nom d'Achotegui, associé au Syndrome d'Ulysse, revient régulièrement. Inconnu côté français.

#### **2.4.3 Accompagner la souffrance psychique au quotidien : outils et valeurs**

Les entretiens français et catalans révèlent une pluralité d'outils déployés au quotidien dans les accompagnements.

Favoriser la parole et l'écoute : *« beaucoup de personnes ont besoin d'un espace où on les écoute. Parce que, certes la situation administrative est difficile. Trois ans d'attente... mais si elle arrive et que tu lui prêtes attention... ici nous accueillons beaucoup de marocains et quand il te voit de la même communauté, cela aide beaucoup, cela donne un domaine... Les gens sont demandeurs d'avoir un espace de parole. »* (M.Y. - CADA Carla Bayle) *une ambiance de confiance. Ne serait-ce que l'écouter, lui expliquer un peu le processus, ce qu'il doit faire »* ( O.A Figueres)

Aller « vers » : faire le psy qui traîne : *« Je traîne beaucoup...Je vais voir les jeunes à leur domicile ou je peux les rejoindre au café »* (L.R. Institut Protestant)

La question centrale de la confiance. Notion centrale qui revient régulièrement dans les énoncés. C'est une condition préalable pour accompagner les personnes en souffrance psychique : *«J'ai parlé tout à l'heure du déficit de confiance mais quand tu te mets à parler de difficultés psychologiques, sociales ou autres... C'est plus facile de parler de celles des autres que des siennes et avec les personnes que nous accueillons la seule chose qui me semble se rajouter est qu'ils ont été poursuivis, qu'elles ont eu des expériences négatives et cela crée un point supplémentaire de défiance qui rend difficile qu'elles t'expliquent cela. Bon, même ici toute personne ayant vécu une mauvaise expérience avec quelqu'un aura une certaine défiance à se livrer. (A.P. - Croix Rouge Girona) « Tu ne fais pas que ton boulot. Tu essaies de construire cette relation de*

*confiance. Tu ne vises pas seulement que tes compétences. A un moment donné, il y en a un qui vient pour un excès de vitesse. Là, on va essayer de demander des petits trucs parallèles pour « on va essayer ». On ne dit pas « je vais te faire sauter le PV ». Plus d'une fois ça a marché. Ils venaient après me voir « Monsieur, comment vous faites ? » Tu donnes des billes. C'est du donnant/donnant. Tu lâches. Tu es souple. Tu n'es pas sur ta mission et puis top. Tu es à l'écoute. Ca permet de construire une relation de confiance » (M.X. - CADA Carla Bayle)*

- Confiance et identification culturelle: un pont entre le malade et les professionnels :  
Plusieurs entretiens mettent en lumière la position particulière du professionnel qui peut partager une culture plus ou moins proche avec un résident malade. Gage de confiance pour créer et renforcer la confiance « (au sujet d'un jeune Afghan qui a décompensé) : « *Un des pompiers était marocain, il [le jeune] s'est senti rassuré dans l'ambulance. Ça a suffi.* » (I.F. - Institut Protestant) « *Nous avons eu un grand avantage. Nous avons connu nous-mêmes un processus personnel d'immigration. Nous avons du coup beaucoup de connaissances... d'expériences. Nous pouvons comprendre rapidement la personne que nous avons en face, nous pouvons capter des choses qu'une personne qui n'a pas connu ce parcours pourrait ne pas capter, et évidemment, nous avons un sac à dos, un bagage culturel du pays d'origine et en même temps une connaissance de la société d'accueil qui nous aide, en plus des outils acquis en formation, à faire notre tâche d'une manière... acceptable.* » (A.L. - CCAE Figueres)

Confiance et identification de genre : créer des ponts par-delà la différence culturelle si la différence de sexe peut être un problème pour entrer en relation, « *Pendant 15 ans au niveau des récits, au niveau de la description de tortures et tout ça, il y a peu de femmes qui se sont confiées à moi sur les types de tortures, les violences sexuelles. Je suis un homme (M.X. CADA Carla Bayle) On est face à des cultures très traditionnelles. Le rôle de la femme et de l'homme, il est bien inscrit dans le genre.* » (M.Y. CADA Carla Bayle) « *Les jeunes africains - Ghanéens, Maliens – quand ils viennent d'arriver, ils ont cette représentation de la culture où la femme est à l'écart : les hommes parlent aux hommes, les femmes avec les femmes. Au début, ils ont ça, ils ont du mal à regarder les femmes dans les yeux et à poser des questions à une femme. Après ça évolue, que l'on soit homme ou femme, ils peuvent nous parler. Petit à petit, ça se fait et ils se sentent en confiance* » (C.J. - Institut Protestant)

Partager une même identité sexuelle peut aussi ouvrir des ponts entre professionnels et personnes concernées :

Connaitre à minima la culture de l'Autre – normes, valeurs, interdits...au risque du quiproquo et de l'incompréhension : « A Roses, au C.A.P.(Centre d'Atenció Primaria), il y avait un médecin argentin très chouette, très engagé qui disait toujours aux femmes accueillies "que tu es belle, tu as de beaux yeux..." et un jour, il recevait un couple marocain et il dit à l'homme "vous avez une femme très belle" et l'homme a failli presque le frapper et le médecin me dit "O., tu sais qu'il vient de m'arriver?.." et je lui dis "oui, c'est que tu vas loin..." "Oui, mais je n'avais pas de mauvaises intentions " Bien sûr mais..."(O.E. CCAE Figueres) « je pense que quand on travaille avec ces jeunes-là, il faut connaître leur culture à minima. C'est vrai que les Maliens ne vous regardent pas dans les yeux. En occident, on dit que c'est une marque d'irrespect ce qui n'est pas vrai pour eux...A partir du moment où on le sait, il y a des choses qui se mettent en place. » (L.R. - Institut Protestant)

Si elle est importante, la place de la culture doit également être relativisée dans l'analyse : « \_Après, il ne faut pas mettre du culturel là où il n'y en a pas toujours. La représentation qu'ils en ont, elle s'étiole aussi au travers de leur parcours. Vous allez avoir des jeunes qui vont prier, qui vont être dans des représentations traditionnelles ou pas et d'autres pas du tout. L'important, c'est le rapport à la culture, comment il manipule cette propre culture» (L.R. - Institut Protestant)

Importance du travail en équipe. Le travail en équipe, sa cohésion et sa force constituent un socle pour accompagner efficacement des personnes en difficulté.

Importance de la confiance entre les membres de l'équipe, solidité des liens entre collègues : « nous avons une grande confiance entre nous... nous faisons parfois des choses anecdotiques. Par exemple, quand j'ai commencé à travailler, il y avait une femme qui a essayé de me payer et je suis allé voir L. pour lui dire "regarde ce qui m'est arrivé... et regarde ce que j'ai fait, regarde comment j'ai réagi. Comment tu aurais fait?" Et L. de dire "oui, ça m'est arrivé et j'ai réagi comme toi" Ce sont des choses comme ça qui... A.L.: qui font que tu te débarrasses. Avant, j'arrivais à la maison avec le sac à dos plein de problèmes et je ne pouvais pas me débrancher... (A.O. et A.L. CCAE Figueres) « Si je vois quelqu'un péter les plombs, j'arrive et j'essaie d'apaiser, de rassurer, de contenir la personne. Des fois ça peut marcher. On est à deux. L'éducateur se sent rassuré. On s'entraide les uns avec les autres sur le terrain. (I.F. - Institut Protestant) »

Intérêt de l'analyse des pratiques et supervision : « On a inventé des réunions techniques une fois par mois. Quand on est passé sur l'accompagnement global, on s'est dit qu'il fallait une instance pour qu'on réfléchisse, pour qu'on ne soit pas tout seul

*devant la famille, un endroit pour que l'on réfléchisse sur les situations (M.Y. CADA Carla Bayle) Un lieu où on arrive nous aussi à déverser »( M.X. CADA Carla Bayle)*

Sur les supervisions « *c'est un espace pour penser un peu, un moment pour toi, pour les problèmes que tu rencontres, si un collègue rencontre des situations qui t'intéressent* » (A.L. CCAE Figueres) « *A propos du SIRA (Réseau national de professionnels du groupe d'action communautaire Santé Mentale et droits Humains), comme dans le domaine sanitaire tu as une supervision externe avec des cas compliqués dans des grands hôpitaux, cette supervision externe peut-être une bonne aide pour avoir une vision plus objective ou une nouvelle manière de considérer la situation.* » (A.P. - Croix Rouge Girona) « *On se supervise mutuellement* » ( CADA Carla Bayle) Supervisions et G.A.P. à Figueres, Carla Bayle, UCRM...

Etre disponible. Prendre le temps pour les autres: « *Il faut prendre le temps d'accueillir un gamin. Pour ça, il a besoin de sécurité, de fiabilité, de stabilité et de continuité. Ça, c'est la base de tout... Il faut du temps, apprivoiser la relation pour des jeunes qui ont été trahi par des adultes...On a des jeunes, ils n'ont pas eu le choix, on leur a dit de partir. Cette non condition, elle conditionne l'adaptation à un jeune.* » (I.F. - Institut Protestant) "On peut voir les gens autant que nécessaire" (O.E. et A.L. - CCAE Figueres) »

Des valeurs : être tolérant (voir références sur le recours endogène entre pairs) tolérance qui peut être conditionnée au respect des règles du lieu : « *Les seuls moments où on met des barrières, c'est quand il y a du prosélytisme comme les Témoins de Jéhovah qui passent et repassent. Ils sont encore venus la semaine dernière. Je les ai vus de loin. Ils avaient le look. C'est le seul truc où l'on prévient les gens. Le prosélytisme dans les bâtiments, ce n'est pas possible.* » (M.Y. - CADA Carla Bayle)

#### **2.4.4 Des écueils à la pratique**

L'éventail des pratiques est riche. Néanmoins, les professionnels sont confrontés à un certain nombre de difficultés importantes qu'il s'agit de lister. Nous reviendrons ultérieurement sur une partie des écueils qui entravent la pratique.

Un sentiment d'isolement : On peut le retrouver en milieu rural mais aussi en ville (manque de réseau, de soutien, de ressources...) : « *le fait de créer quelque chose de plus pratique, avec plus de référentiels, peut-être qu'on pourra travailler plus vite et au plus près de l'utilisateur ou du résident. Je crois qu'on n'avait pas suffisamment d'armes pour se dire qu'on y va. On se dit, voilà, on appelle le médecin généraliste pour voir ce qu'il se*



*passé. Ce n'est pas suffisant pour le travail social. Je parle en mon nom. Je crois qu'il faudrait créer un lieu (entre hôpital et CADA). Je ne sais pas. Passer par nos responsables. Trouver une instance. Je pense que ça ne peut passer que par là parce qu'on bricole chacun de notre côté mais on n'a pas de référents qui pourraient nous dire on peut travailler comme ça.» (M.H. - CADA UCRM) « A Toulouse, tu peux toujours tricoter mais il y a de la file d'attente. Il y a beaucoup de monde mais il y a plusieurs possibilités : tu vas trouver un psychologue par ci, un par là...Ici, à part le CMP, il n'y a rien...A Pamiers, ils galèrent même avec le médecin généraliste pour prendre en charge les gens, juste pour de simple consultations...On a un problème de désert médical en Ariège. Alors, quand tu dois recevoir des gens que tu ne peux pas comprendre de suite, c'est difficile. » (M.Y. - CADA Carla Bayle) « On a besoin de réseaux...besoin de travailler avec les partenaires - hôpitaux etc.... » (I.F. - Institut protestant) » « Ici nous ne sommes pas comme à Barcelone qui a toutes les ressources. Nous avons des ressources très limitées. » (M.B. - Croix Rouge La Jonquera)*

Exposition à la souffrance d'autrui avec effets négatifs chez les professionnels : impact des récits d'anamnèse pour les demandes d'asile, incapacité à gérer des situations de décompensation, fatigue et usure professionnelle ... : « *C'est impressionnant, Nous (les éducateurs) quand on travaille sur le quotidien et que c'est la 3ème soirée qu'on est fatigués et qu'on voit un jeune péter les plombs. On n'a pas les billes. Je me sens très facilement démuni. (L. - Institut Protestant) Quand j'ai pris le poste, la première chose que j'ai demandé à la direction, c'était d'avoir un soutien psychologique de la part de la société. On m'a dit qu'il n'y avait aucun problème. Ça me rassure (rires) » (M.X. CADA Carla Bayle) « La souffrance que l'on reçoit et dont on n'est pas indemne, ça se pose tout au long de notre vie professionnelle. On peut travailler toute notre vie puis un jour, une famille traumatisée qui résonne plus, on ne sait pas pourquoi. Le transfert. Tu n'es jamais à l'abri de ça. (M.Y. CADA Carla Bayle) A une époque, j'avais la charge de tous les dossiers asile. On n'était pas encore en accompagnement global. Je me suis trouvée en difficulté professionnelle quand, pendant deux ans, aucune personne n'a eu le statut de réfugié. 0%... Ça m'a fait mal. Je me suis dit Oulah ! Il faut que j'arrête, que je change quelque chose pour changer ça. Ne plus être tout seul sur les dossiers (M.X.- CADA Carla Bayle) » « Il faut se blinder. J'ai une collègue, elle, qui fait le choix de ne pas lire les rapports de procédures. C'est un choix. » (MA, CADA UCRM) J'ai déjà fait de la traduction en espagnol pour une résidente. Je vais l'entendre, les silences...J'avoue que ce n'est pas évident. C'est une dimension du travail qui ne laisse pas indifférent. (M.H.-UCRM) »*

Réponse insatisfaisante et frustration du côté du professionnel sur la qualité du service dispensé « *c'est vrai que comme professionnel, nous sommes souvent frustrés du fait*

*que nous faisons un entretien et n'avons pas de ressources suffisantes. Tu sais lors de l'entretien que la personne a besoin de plus de choses mais ce que tu as fais toi est l'orienter vers tel ou tel service. La personne se sent satisfaite mais toi comme professionnel, tu restes toujours un peu... je ne sais pas. Il y a plus de choses à faire, il y aurait plus de travail à faire. On reste un peu avec ça. » (O.E. - CCAE Figueres)*

A l'extérieur : « incompétence » des services vers lesquels les personnes sont adressées : *« Tu sais parfois que le service vers lequel tu l'orientes ne fera pas ce qui devrait être fait. » (O.E. CCAE Figueres) « Quand tu les orientes vers tel ou tel service, ils reviennent et te disent "non mais là-bas, ils ne savent pas ceci ou cela... je veux venir ici parce que là-bas, ils ne comprennent pas autant..." (A.S. - Croix Rouge Girona)*

A l'extérieur : préjugés et stigmatisation qui entravent les projets individuels: *« (Au sujet d'une personne accompagnée) : « Au bout de trois semaines, la propriétaire voulait qu'il s'en aille car elle ne se sentait pas tranquille avec lui, elle lui a donné des injonctions de suivre le règlement et a fini par le faire partir. La propriétaire disait qu'il frayait avec des personnes de peu de confiance, qu'il était certainement un trafiquant, des suppositions de la propriétaire dont je ne sais pas si elles sont justes. Il y a beaucoup de choses qui entrent ici en ligne de compte." (C.F. - Croix Rouge La Jonquera), « Il y a comme un isolement social. Nous restons avec une idée qui finit par devenir un problème. Je m'explique. Les gens sont dans la phase 1 puis la phase 2 dans laquelle ils cherchent un appartement et des ressources pour le payer avec l'aide de personnel de la Croix Rouge mais les gens nous disent "non, moi, à ces gens-là, je ne louerais pas mon appartement... aider ces gens sans garantie, non..." ce n'est pas du racisme mais plutôt une méconnaissance du fait que cette personne n'est pas là par choix généralement mais en raison d'une situation qui l'a amenée jusqu'ici et cela les touche beaucoup. Ils me disent qu'on leur dit qu'ils n'ont pas le droit d'avoir un appartement autonome. Les portes se ferment et je pense mais peut-être que je me trompe, que c'est par méconnaissance de la situation réelle de ces gens. » (AP-Gérone)*

Un manque de formation mais aussi de ressources, de réseaux, de temps (points développés plus bas)

**Objectif de contenu et Proposition de contenu :**

**Objectifs et Propositions de contenu :**

Eclairage synthétique sur des approches différentielles du soin: ethnopsychiatries, les différents courants ethnopsychiatriques, les méthodes : quelques rappels, Achotegui et le syndrome d'Ulysse, diffusion de références livresques et sitographiques.

**Table ronde :** *échanges sur les pratiques et les valeurs. Mutualisation d'expériences. Trouver ensemble des points d'amélioration à partir de sa pratique (reprendre les items ci-dessus). Echanger les points de vue et les expériences sur les savoirs. Comment dépasser les contraintes ? Travailler avec les personnes concernées ? Améliorer la qualité et l'efficience*

*Entre deux mondes : la question des médiateur santé : une solution ?*

**2.5 Les rapports à la médecine conventionnelle : une relation soumise à critique :**

**Un partenariat conditionné par l'offre médicale sur le territoire et les réseaux construits sur la durée**

L'offre sur le territoire détermine, on le verra, largement la qualité des prises en charges lorsque la situation l'exige (décompensation, suivi au long cours...). Les réseaux constitués sur la durée représentent également un élément décisif qui détermine la qualité du soin dispensé aux personnes qui en ont besoin.

**2.5.1 Des réponses par palier**

**Une réponse par palier : Le médecin généraliste, un acteur essentiel du soin (psychique et somatique) qui intervient et oriente en première intention.**

La proximité géographique, la relation de confiance avec l'équipe et les personnes concernées, les liens tissés sur les années mais aussi les compétences langagières ou relationnelles définissent le lien entretenu au médecin généraliste, premier acteur du soin au quotidien « *On a de très bonnes relations avec le cabinet médical du Fossat, le village à coté. Ils viennent ici faire les consultations de médecine généraliste au CADA, 2 fois par semaine. Avant ça, avant toute demande d'entrée (au CMP), on devait passer par le médecin généraliste. Il y avait un tel afflux sur le CMP de Pamiers ! Ca devenait infernal, du coup le CMP a dit stop, stop! On va faire un autre protocole. On va passer*

*par le médecin traitant. Les médecins traitants étaient tellement gentils, Ils faisaient une ordonnance de soin tout simplement (M.X. CADA Carla Bayle) Le généraliste travaille sans interprète. A un moment donné, on a eu une grosse population de Russes et il parlait lui-même russe. Les autres (non-russes) se débrouillent » (M.B.- CADA Carla Bayle) « Au niveau du canton, nous nous appuyons sur le réseau santé mentale. Il y a un psychiatre qui donne des médicaments, une psychologue... Et c'est tout. Mais avant tout, quand se présente le cas, nous orientons vers un médecin de famille, généraliste travaillant dans un CAP (Centre d'Atenció Primària) Car, la personne ne peut pas aller directement au réseau santé mentale en disant "je vais mal", c'est le médecin généraliste qui a le pouvoir d'évaluer si la personne a tous les symptômes devant l'orienter. Normalement d'ailleurs c'est le médecin de famille qui délivre l'ordonnance; il donne des médicaments contre l'anxiété, pour dormir et ils n'orientent pas souvent vers l'accompagnement psychologique. Ils disent, je le ferais moi. » (O.E. CCAE Figueres) « On travaille avec un médecin qui parle le russe. Je lui envoie des demandeurs d'asile. Il connaît bien le public et il fait du lien avec nous, ce qui est assez rare. Avoir un bon contact avec un Médecin Généraliste, c'est pour l'instant la seule porte d'entrée. » (M.H. - CADA UCRM)*

**Une réponse par palier : pour du suivi au long cours, envoi en consultation spécialisée en soins psychiatriques : CMP (Centre médico-psychologique), P.A.S.S. (Permanence d'accès aux soins de santé), cabinet de psychiatrie.**

*L'orientation peut être faite par le médecin généraliste ou l'équipe : « J'ai fait un stage aux "services basiques d'attention sociale de Salt. Une personne suivie par ma tutrice lui disait qu'il avait un serpent à l'intérieur de lui qui l'étouffait la nuit quand il allait dormir, qui l'écrasait et qu'il fallait le lui sortir du corps. Ma tutrice l'a classé comme un trouble mental et l'a envoyé chez la psychiatre. » (M.B. - Croix Rouge La Jonquera) « Il y avait un tel afflux sur le CMP de Pamiers ! Ca devenait infernal, du coup le CMP a dit stop stop. » (M.X. - CADA Carla Bayle) « J'ai orienté plusieurs fois sur l'Hôpital Lagrave à la PASS Psychiatrie et à un psychiatre qui acceptait de recevoir avec la CMU. C'était ponctuel ...Je ne sais plus comment j'ai eu le contact de la PASS Psy. » (M.X. - CADA Carla Bayle)*

**Une réponse par palier. Lorsque les choses vont mal, urgences et hôpital.**

*Lorsque la situation se détériore brutalement – tentative de suicide, décompensation...– la réponse la plus courante est l'appel aux urgences (pompiers, SAMU) et l'hôpital. « J'ai appelé le CAP de la Jonquera ouvert 24/24h. Ce sont des médecins. Le médecin est*

venu... *S'il y avait eu d'autres symptômes, quelque chose de différent, je l'aurais envoyé à l'hôpital à Figueres.* » (C.F. - La Jonquera). « *Avec l'hôpital Purpan, on est surtout assujetti aux urgences.* » (M.H. - CADA UCRM). Des réponses préalables peuvent être mises en place avant l'appel aux urgences : appel à l'astreinte, tenter de calmer la personne, la soulager quand on peut : « *(Si la décompensation) j'appelle l'astreinte (l'astreinte est représentée par le chef de service)... Ce que je fais, j'ai le même remède pour toutes les situations, et pour l'instant, ça marche un peu. Ça permet de limiter les dégâts. Si je vois quelqu'un péter les plombs, j'arrive et j'essaie d'apaiser, de rassurer, de contenir la personne. Des fois ça peut marcher. On est à deux. L'éducateur se sent rassuré. On s'entraide les uns les autres sur le terrain. Au regard de l'état du jeune, je vois si ça vaut le coup de rester un peu plus – on lui fait une tisane et on le remet au lit – S'il n'arrive pas à se calmer ou devient dangereux avec les autres ou lui-même, j'appelle les pompiers et le SAMU. Un exemple, j'ai eu un jeune. Il avait des hallucinations. Il était terrorisé. Il se roulait en boule par terre. Là, il est tellement ailleurs que le dialogue est impossible. On voit que la personne est incapable de trouver une aide pour elle-même ou l'extérieur pour aller mieux...Là, on appelle les pompiers et voilà.* » (I.F. - Institut Protestant)

### **2.5.2 Une prise en charge par la médecine conventionnelle très critiquée.**

Plusieurs critiques vis-à-vis des prises en charges médicales et psychiatriques.

Critique de la seule réponse médicamenteuse : « « *je pense qu'il y a d'autre choix que de les shooter aux médicaments.* » (I.F. Institut Protestant)

Offre de soins locale «inadaptée» au profil des personnes en souffrance psychologique: « *Ils nous les envoient direct en Hôpital Psychiatrique (les jeunes) et au secteur adulte. Pas à Toulouse, nous, on voudrait qu'il soit à Toulouse. C'est sectorisé...Il y en a un, le Dr T. qui est très bien, à l'hôpital des enfants à Toulouse. Nous, ici, il les envoie au CHAC (Centre Hospitalier Ariège Couserans) à Foix et au lieu de les mettre avec les ados, ils les mettent avec les vieux. Ce qui fait qu'on a des gamins qui se retrouvent dans des box avec des adultes qui sont 100 fois pire qu'eux. Leur service adolescent est débordé. On a eu un Pakistanais qui s'est retrouvé au CHAC adulte dans un état ! Il allait encore plus mal le gamin ! Il appelait les éducateurs tout le temps : « venez me chercher ! Je ne veux plus rester ici ! ». Il voyait des gens 3 fois plus atteint que lui ! Ils l'avaient mis dans une chambre capitonnée pendant je ne sais plus combien de temps.* » (I.F. - Institut Protestant) « *un médecin généraliste va soigner un pakistanais de la même façon qu'un ado de Toulouse* » (I.F. Institut Protestant) « les

*gens développaient des stratégies pour se maintenir sur le territoire notamment avec la régularisation au titre d'étranger malade. Du coup, ils allaient au CMP pour ça alors qu'ils avaient un vrai besoin par contre de la prise en charge du trauma lié à l'exil. Il n'y avait pas de vraie réponse à la souffrance. Du coup, c'est devenu un biais à un moment donné. » (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Pauvreté de l'offre sur le territoire : « *A Toulouse, tu peux toujours tricoter mais il y a de la file d'attente. Il y a beaucoup de monde mais il y a plusieurs possibilités : tu vas trouver un psychologue par ci, un par là...Ici, à part le CMP, il n'y a rien...A Pamiers, ils galèrent même avec le médecin généraliste pour prendre en charge les gens, juste pour de simple consultations...On a un problème de désert médical en Ariège. » (M.Y. - CADA Carla Bayle) « *Ici nous ne sommes pas comme à Barcelone qui a toutes les ressources. Nous avons des ressources très limitées. » (C.F. - Croix Rouge La Jonquera). « *Il n'y a pas de service spécifique de psychiatrie à l'adresse des étrangers comme à Barcelone. A Girona, il n'y a rien donc ils vont au service santé mentale et peuvent se trouver avec des professionnels qui auront plus de formation en matière et d'autres qui n'en auront pas autant. » (A.S. - Girona) « *Il manque ici un service comme celui de Barcelone qui s'appelle le SAPPRI (Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats)» (O.E. - CCAE Figueres).****

Une chaîne de soins qui laisse à désirer car incohérente et nocive pour le malade : « *ils lui avaient donné des cachetons à ne plus en finir. 15 jours à l'avoir shooté à ne plus en finir ! Il est revenu ici avec une ordonnance de traitement très lourd -anxiolytiques, antidépresseurs, je ne sais pas quoi. Une pharmacopée conséquente - Et puis le gamin, au bout de quelques jours ici, ça n'allait pas. Il disait au gamin « je veux aller voir le médecin ». Le médecin le voit, lui dit « Oulah ! Tu vas prendre ça et ça ». Ils ont enlevé le médicament et le gamin a décompensé une seconde fois. Il a été re-hospitalisé. On l'a présenté ensuite au CMP. En tout, il y a eu le psy du CHAC, le médecin généraliste et le psy du CMP, et tous les 3 y allaient de leur truc pour modifier le traitement. Le gamin était très mal car on ne lui laissait pas le temps de s'adapter à un traitement pour voir l'effet. Tout le monde est démuni. Personne ne sait gérer ça. Au final, on est resté sur un traitement et on a eu 2 éducatrices qui ont eu l'idée de dire au généraliste « Ecoutez Mr, il faudrait donner un traitement au gamin et voir les effets. » C'est l'éduc qui dit ça au médecin ! On lui a donné le même traitement au gamin, 3 semaines un mois, petit à petit, il allait mieux... Après, il y a eu le soutien psy ici...Voilà tout le monde était démuni... » ( I.F. Institut Protestant)*

Effets négatifs de la sectorisation côté français : « Avec l'expérience que j'ai, j'ai beaucoup de liens sur Toulouse. Je connais pas mal de psychiatres. A partir du moment où on a envoyé un jeune, (en pédopsychiatrie à Marchant) ils se sont aperçus qu'il était de l'Ariège, ils l'ont renvoyé. C'est sectorisé ! » (L.R. - Institut Protestant)

"Incompétence" des professionnels du soins (ex : psychiatrie) : ethnocentrisme, réponses inadaptées... : « « On travaillait avec le psychiatre de secteur(...) Le CMP dépend du CHAC de Saint Girons (M.X. - CADA Carla Bayle) Avant l'arrivée du psycho, on envoyait les personnes au CMP. (M.Y. - CADA Carla Bayle) J'ai un nombre d'expériences au CMP de Pamiers (rires) le CMP bloquait l'accès aux psychologues. C'était des infirmiers psychiatriques qui les recevaient en premier lieu. Si l'infirmier estimait qu'il fallait voir le psychiatre, il voyait le psychiatre qui le recevait 5 mn pour lui donner des médicaments (M.X. - CADA Carla Bayle) J'ai souvenir d'un médecin psychiatre, j'ai même gardé des lettres tellement c'était !... (rires) Il voyait tout ça d'une façon ethnocentrique. Il n'était pas ouvert à l'interculturel... Quand quelqu'un racontait ce qu'il avait fait au pays, qu'il s'était fait chopper par la police parce que c'était un opposant politique, pour lui, c'était un « voyou », il se réfugiait en France, c'était un « voyou »... Quelqu'un qui n'était pas ouvert » (M.X. - CADA Carla Bayle)

Des dispositifs adaptés lointains et/ou saturés (point qui sera abordé plus longuement plus bas) : « On a essayé de travailler avec le CMP pour créer des ateliers pour un jeune. On n'a pas réussi car ils sont débordés. Ils ont pris le jeune : une fois, deux fois... Ils n'avaient pas de place alors qu'à une époque, on avait des jeunes qui y allaient régulièrement. La file active est trop importante » (I.F. Institut Protestant) « Leur service adolescent est débordé. (À l'hôpital Psychiatrique local) » (I.F. Institut Protestant) « la PASS psy est submergée. Ils ne peuvent pas répondre à nos besoins et on est bloqués. On oriente vers Purpan pour les urgences psychologique mais c'est pareil, ils sont sur le nez ». (MA-CADA UCRM) « Il faut y aller à Toulouse d'ici (2 h de route pour aller à la PASS de Toulouse) Le transport est un vrai problème. On a deux véhicules pour transporter 100 personnes » (M.Y.- CADA Carla Bayle)

Manque de réseau et de liens avec l'hôpital : « le fait de ne pas avoir une réponse suffisante de l'autre côté, du côté soignant alors qu'on fait un pas vers eux (hôpital) pour avoir besoin de leur expertise et pour pouvoir maintenir un lien avec les résidents qui peuvent être hospitalisés. Il y a quelque chose qui me dépasse du côté de l'institution hospitalière. Parce qu'après qu'est-ce qu'on fait ? On les envoie aux urgences. » (M.H. - CADA UCRM)

### 2.5.3 Des initiatives innovantes...à l'écho limité.

Si le tableau des relations entretenues à la médecine conventionnelle est ponctué de critiques, il fait toutefois apparaître l'existence de dispositifs innovants – Ateliers et médiateurs santé à Gérone, SAPPRI à Barcelone, SIRA en Espagne, PASS Psy et Case de santé à Toulouse... Reste qu'une partie de ces outils pâtissent d'un certain nombre de maux : saturation, accès difficile, initiatives mortes nées, communication défailante et réseaux précaires.

Sur les médiatrices santé de Salt : « *Il y a les médiatrices santé de l'hôpital Santa Catarina, à Salt, une équipe assez importante et c'est important car parfois, lorsqu'il y a une incompréhension sur certains médicaments par exemple, nous avons besoin d'une médiation explicative au delà de la traduction pour tenter de leur expliquer. A Girona, à l'hôpital Trueta, ils ont choisi de renoncer à ce service alors qu'à Santa Catarina ils l'ont gardé et aujourd'hui, il y a six ou sept personnes dans ce service. L'une d'origine pakistanaise, l'autre arabe, l'autre sénégalaise... Ce sont des femmes qui [ont ça] en plus de leur formation d'infirmière, etc. toute cette part de médiation aide. Par exemple, si tu es sénégalaise, ce sera plus facile que tu le dises à une sénégalaise plutôt qu'à une personne de couleur blanche (rires), n'est ce pas?* » (A.P. - Croix Rouge Girona)

Sur le SIRA comme dispositif de soutien et d'aide aux professionnels sur les questions migratoires : « *la Croix Rouge a passé contrat avec une entreprise qui s'appelle SIRA qui sert de soutien aux psychologues sur cette question spécifique des réfugiés. Justement pour ce dont on parle. Si dans le service les psychologues se trouvent avec des personnes dont ils ne savent trop quoi penser, ils peuvent s'adresser à ce groupe de psychologues qui eux, oui, sont spécialisés dans les questions migratoires... Physiquement, ils sont à Madrid. Et dans des grandes capitales telles Valence, Barcelone, Murcia... eux peuvent aller faire des consultations avec ces personnes avec lesquelles tu t'es trouvé en difficulté. Ils font du soutien. Ils peuvent te donner des conseils, une orientation, une piste que tu pourrais explorer. C'était une demande forte du personnel réfugiés et comme le programme a beaucoup grandi et que les gens n'avaient pas une grande formation spécifique en la matière, ils réclamaient l'aide de personnes ayant plus de connaissances et pouvant leur donner du soutien. A propos du SIRA, comme dans le domaine sanitaire, tu as une supervision externe avec des cas compliqués dans des grands hôpitaux, cette supervision externe, peut-être une bonne aide pour avoir une vision plus objective ou une nouvelle manière de considérer la situation..* » (A.S. - Girona)



Sur le SAPPPIR, dispositif d'aide aux et de soutien aux migrants mis en place par Achotegui mais trop difficile d'accès pour certaines institutions : « *Ici nous ne sommes pas comme à Barcelone qui a toutes les ressources. Nous avons des ressources très limitées.* » (C.F. croix Rouge La Jonquera), « *Il manque ici un service comme celui de Barcelone qui s'appelle le SAPPPIR* » (O.E. - CCAE Figueres)

Sur la PASS psy, un outil repéré dans la région toulousaine mais difficile d'accès pour certains et saturé (souffrent de leur succès) : « *la PASS psy est submergée. Ils ne peuvent pas répondre à nos besoins et on est bloqués.* » (Juriste. UCRM) « *J'ai orienté plusieurs fois sur l'Hôpital Lagrave à la PASS Psychiatrie et à un psychiatre qui acceptait de recevoir avec la CMU. C'était ponctuel ...Je ne sais plus comment j'ai eu le contact de la PASS Psy. (M.X. CADA Carla Bayle) Il faut y aller à Toulouse d'ici ( 2 h de route) Le transport est un vrai problème. On a deux véhicules pour transporter 100 personnes* » (M.Y. CADA Carla Bayle)

Initiatives mortes nées et/ou trop confidentielle. Collaboration sans lendemain par défaut d'efficience: « *En 2015, il s'est créé un groupe de psychologues au moment culminant de la crise migratoire, sur le thème "nous voulons accueillir", groupe volontaire pour faire ce travail d'accueil quant arriveraient les migrants. Il y a eu une manifestation de bonne volonté mais qui ne s'est traduit par rien de concret. Je ne crois pas que s'étaient des personnes vraiment formés sur le thème mais des personnes motivées, portant de l'intérêt mais au delà de cela...En fait, sur la question des migrants il y a eu beaucoup de rêves, d'enthousiasme "nous voulons accueillir", mais au niveau de la réalisation de ces actions... peut-être nous sommes-nous perdus en chemin...* » (A.S. - Croix Rouge Girona). « *(Sur l'association de soutien ethnopsychiatrique CAMINI) ils travaillaient beaucoup avec les Syriens dans le quartier des Izards. Je n'ai pas retravaillé avec eux car je n'avais que ce couple qui était orientable en médiation et ça n'avait pas fonctionné. Je n'ai pas continué et pas eu de liens. Ca été ponctuel.* » (M.H. - CADA UCRM):

Apport théorique : Présenter les dispositifs de soins existants en Occitanie et en Catalogne: nature de l'offre sur le territoire, structuration, sectorisations, les types d'orientations dominants...

Table ronde : Comment améliorer les liens avec l'offre locale ? Rencontre avec les acteurs du soin ? (hôpital etc....) Comment créer les conditions de la rencontre ? Comment développer un réseau de qualité avec les acteurs du soin ? (Relais avec les ARS ? Hôpital ? Apprendre à se connaître ?)

Tour d'horizon des initiatives innovantes en Occitanie et Catalogne (rôle et objectifs, approche utilisée, rayonnement...) mais aussi leurs forces et faiblesses. Rendre perfectible les initiatives locales : renforcer la communication et la diffusion: la question de l'aller vers pour lutter contre la distance : Et si les dispositifs innovants allaient dans les institutions ? Consultation à distance ? (Skype- téléconsultation)

## **2.6 La question du tiers dans les accompagnements : l'interprète -traducteur et la personne concernée**

### **2.6.1 L'interprète -traducteur. Des maux en mots**

L'interprète traducteur ou les médiateurs-trices qui peuvent jouer ce rôle se voient assigner plusieurs rôles selon les lieux qui en font des acteurs centraux dans la relation thérapeutique en institution :

Aide à comprendre l'univers culturel de la personne: « *Il y a les médiatrices santé de l'hôpital Santa Catarina, à Salt, une équipe assez importante et c'est important car parfois, lorsqu'il y a une incompréhension sur certains médicaments par exemple, nous avons besoin d'une médiation explicative au delà de la traduction pour tenter de leur expliquer. Là, nous avons ces médiatrices santé d'origines culturelles très diverses qui interviennent à bon escient et cela fonctionne bien.* » (A.P. - Croix Rouge Gérone) « *Des fois, un interprète c'est soutenant, des fois, c'est une barrière supplémentaire (M.Y. - CADA Carla Bayle). Ça peut nous arriver (que les interprètes nous aident à donner une grille de lecture et de compréhension sur la situation d'un personne) Il y a de bons interprètes qui comprennent des trucs parce qu'ils ont la culture (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Place à investir pour l'Interprète notamment pour passer du code culturel à des professionnels qui peuvent être ignorant: « *tu y vas pour traduire et là, tu entends des gens qui disent "j'ai quelqu'un en moi, j'entends des voix... il y a une personne qui vit en moi, j'ai un Djinn" et là, il n'y a aucune sensibilisation, aucune formation à cela.* » (A.O. - CCAE Figueres)

Place centrale de la traduction pour créer une passerelle entre ici et là-bas : « *Après les psychologues utilisent l'interprète comme médiateur. Je travaille avec les interprètes, souvent les mêmes. Ce n'est pas qu'interpréter mais traduire aussi ce que le psychologue*

*demande et avec le travail, un peu plus psychique, le jeune va pouvoir mettre en mots ses éprouvés, ses ressentis par la langue maternelle parce qu'il aura beaucoup plus de facilités à pouvoir en parler, pas toujours parce que parfois il ne veut pas mais pour justement réveiller chez lui des éléments peut être pathologiques et difficiles. Par contre, je me sers aussi de l'interprète pour créer une passerelle entre l'ici et la mère. Et c'est justement parce qu'ils sont dans un bain maternel, j'ai l'impression que ça les rassure aussi. » (L.R. - Institut Protestant)*

#### Des limites au travail d'interprétariat : coût, distance et formation :

*« Les interprètes sont souvent originaires du pays. Ils n'ont pas obligation de formation (M.X. - CADA Carla Bayle) On a constitué des réseaux d'interprètes par élimination ou par manque de choix (rires) On est loin. Il faut trouver des interprètes qui viennent jusqu'ici à un prix raisonnable et surtout qui soient à la bonne distance même s'ils n'ont pas de formation mais en général, ils sont assermentés. On a un listing d'interprètes à la Cour d'Appel de Toulouse et on cherche toujours dans de nouvelles langues à chaque fois (M.Y. - CADA Carla Bayle) Ce que je fais (pour trouver un interprète) , c'est que j'appelle à chaque fois dans un CADA de Midi Pyrénées pour dire "est-ce que vous connaissez quelqu'un". Ce que l'on trouve sur la liste des experts est trop onéreux. Après, c'est le partenariat, c'est les réseaux que l'on fait marcher » (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Question de l'écueil culturel : *« On a eu un refus d'un interprète tchéchène qui refuse de traduire ce que dit une femme et notamment quand c'est relatif à la santé. (MA, CADA UCRM).*

#### **2.6.2 S'appuyer sur les personnes concernées**

Recours conditionné notamment par le manque de moyens : exemple : aide à la traduction de la langue mais aussi du sens culturel lorsque les moyens font défaut et sous certaines conditions : *« Chercher la meilleure aide pour la personne en particulier. Cela nous demande parfois une aide externe, consistant à chercher une médiation, et certaines autres personnes accueillies nous y aident, lorsque dans l'équipe nous n'avons personne sur le sujet, nous avons besoin d'une figure de médiation, tant du point de vue de la traduction que pour nous permettre d'entendre les aspects culturels qui nous échappent. » (A.P. - Croix Rouge Gérone) « Dans le quotidien, ça nous arrive aussi (de s'appuyer sur des résidents pour traduire) pour poser des questions pas trop intimes, sur de l'organisationnel, comment se passe la scolarité. (M.X. - CADA Carla Bayle) On a des personnes ressources (parmi les résidents). Bien sûr dans le cas d'une personne en souffrance psychique ou isolée, on ne s'appuierait pas sur une personne de la même communauté pour avoir accès à cette personne. On irait de manière directe avec un*

*interprète professionnel parce que des fois il y a des enjeux entre personnes d'une même communauté » (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Table ronde : Un enjeu : reconnaître et valoriser la place de tiers. Réfléchir à sa place et à son rôle dans les accompagnements : un allié ou un problème ? Place et rôle de l'interprète traducteur. Comment le définir ? Que peut-on améliorer et sur quels aspects ? Mieux la valoriser ? : Recourir aux personnes concernées ? Peut-on l'envisager ? A quelle condition ? Limites ?

## **2.7 La question des moyens : le manque de temps et d'argent...**

**La question des moyens revient régulièrement dans les entretiens sur un versant négatif.**

le travail auprès des migrants en souffrance psychique reste d'abord pénalisé par le manque de temps, d'appui économique, des contraintes de travail supplémentaires mais aussi d'un intérêt politique et institutionnel qui vont à l'encontre d'une approche qualitative des accompagnements :

Manque de moyens économiques et coupes budgétaires (Gérone, Figueres, Institut Protestant ) : « *A l'hôpital Trueta, cela fait longtemps qu'ils ont renoncé au service de médiatrices et cela nous manque aujourd'hui. Ça s'est passé au moment des coupes budgétaires. A Trueta, ils ont choisi de renoncer à ce service... c'est vrai que comme professionnels, nous sommes souvent frustrés du fait que nous faisons un entretien et n'avons pas de ressources suffisantes. J'allais au CAP de Roses, deux fois par semaine, accompagner pendant 5 ou 6h, et aussi au CAP de l'Escala et dans d'autres municipalités à la demande... Car ils ouvrent sur des plages horaires très réduites... Depuis les coupes budgétaires... Depuis la crise.* » (O.E. et A.L. - CCAE Figueres)

Ressources limitées : « *Ici nous ne sommes pas comme à Barcelone qui a toutes les ressources. Nous avons des ressources très limitées.* » (C.F. - Croix Rouge La Jonquera)

Manque de temps pour les accompagnements: « *Le temps psychique n'est pas le temps administratif* » (L.R.- Institut Protestant) « *On a des injonctions paradoxales : il faut prendre le temps d'accueillir un gamin. Pour ça, il a besoin de sécurité, de fiabilité, de*

*stabilité et de continuité. Ca, c'est la base de tout. » (I.F. - Institut Protestant) « Il faut du temps, apprivoiser la relation pour des jeunes qui ont été trahis par des adultes...(L.R. Institut Protestant) « On est vraiment charrette. On a besoin de plus de temps...il y a une journée FAS sur la commission migrant à Narbonne la semaine prochaine qui est super intéressante pour nous mais on perd une journée ! » (M.Y. - CADA Carla Bayle)*

Baisse de Budget sur la formation continue : « *On a un temps pour faire ça (de la formation) même s'il diminue de plus en plus. » (I.F. - Institut Protestant)*

Poids du travail administratif et de la procédure sur les accompagnements : « *On n'a pas le choix. Après, on s'adapte au planning des jeunes. (AR, ME en formation ES) On a énormément de difficultés du côté administratif. Pour régulariser les jeunes, c'est très compliqué. Se greffe par-dessus tout un tas de procédures. Dans le médico-social maintenant, on fait comme à l'hôpital, c'est à dire qu'il faut des process. Les éducateurs maintenant, quand ils ont quelque chose à faire, ils remplissent 50000 papiers. Signature du chef de service, signature du comptable. Ils perdent un temps fou dans les bureaux à courir et ça, ça fait un temps énorme ! C'est comme ça. Tout ça, c'est chronophage et c'est au détriment du relationnel. » (I.F. Institut Protestant)*

Passage au second plan de la question psychique en institution qui n'est plus prioritaire. Moins de temps accordé à la question psy en institution : « *« les accompagnements se terminent de plus en plus tôt, les conseils départementaux freinent de plus les contrats jeunes majeurs, donc, le gamin qui a vécu des troubles traumatiques , il lui faut 2, 3 ,4 ans pour arriver à se reconstruire et quand on a que 2 ans et demi de prise en charge, on ne va pas privilégier le psychique. On privilégiera plutôt le projet, les papiers d'identité...Après, il y en a qui s'en sortent, c'est sûr.» (I.F. - Institut Protestant)*

Reprise prochaine par l'Etat de l'accueil des MNA avec baisse prévues des moyens économiques « *Tout le monde se bat pour que l'Etat reprenne le suivi des MNA. Il y a déjà des projets pilotes dans pleins de départements. Il y a des jeunes qui sont pris à un tarif journée de 40 à 50 euros/jours Ils sont nourris, logés, tout juste habillés etc. et point barre. C'est ça qui nous pend au nez. Déjà, on ne nous envoie plus de jeunes des Yvelines car on coute trop cher. Dans 2/3 ans peut-être, tous les MNA dépendront de l'Etat au même prix de journée. C'est compliqué de mettre en place le suivi des jeunes etc. Nous ici, c'est la cerise sur le gâteau qu'on fait. On paie le permis de conduire aux jeunes. Vous vous rendez compte ? Avec le prix de journée de l'Etat, la question psychique passera à la dernière roue du carrosse. Ca ne va pas s'arranger. » (I.F. Institut Protestant)*

*Table ronde : Réfléchir collectivement à l'impact des réductions de temps et de budget sur le travail. Qu'est ce qui peut être initié pour limiter cet impact ? Comment conjuguer recherche de qualité et réduction de moyens ? (ex : mutualiser les ressources à l'échelle d'un territoire, travailler à partir des réseaux et des collectifs, travail à distance via les nouvelles technologies, trouver des alternatives et réponses au manque : travail avec les personnes accompagnées, bénévolat, stagiaires...).*

## **2.8 Se former, s'informer : oui mais des lacunes importantes.**

### **Sur la formation délivrée aux professionnels autour de la question de la souffrance psychique des migrants.**

Elle existe sous différentes formes mais peut être améliorée :

Formation continue: « O. (et j'y ai participé aussi) a fait une formation sur cette thématique migration et santé grâce à un projet qui s'est fait avec La Caixa. Beaucoup d'heures! qui consistait à mettre en œuvre dans l'Alt Empordà, une sorte de schéma directeur "migration et santé" et dans lequel il y avait des professionnels qui travaillent avec nous dans les hôpitaux, dans les CAP de Figueres, de l'Escala, de Roses, O. y était et il y avait une femme africaine... » (A.L. - CCAE Figueres)

Accès à des conférences et veille à l'Institut Protestant

Lecture de blog et rencontres FAS : « Ca m'intéresse depuis peu car je fais toutes les rencontres avec la FAS (ex : FNARS), j'y vais souvent » (M.H. - CADA -UCRM). Pour l'UCRM, idem lecture du blog de la FAS, blog projet OSIRIS à Marseille (gros pôle ressource et formation), rencontres de la FAS mais pas de lecture sur le sujet migration psy.

Néanmoins, manque de formation et d'expertise proposée sur la thématique : « toi, tu y vas pour traduire et là, tu entends des gens qui disent "j'ai quelqu'un en moi, j'entends des voix... il y a une personne qui vit en moi, j'ai un Djinn" et là, il n'y a aucune sensibilisation, aucune formation à cela. » (O.E - CCAE Figueres) « Il y a ce versant de la personne que, peut-être par absence de formation, nous ne sommes pas habitués à traiter dans le système sanitaire avec les migrants, les personnes d'origine

étrangère... pour revenir sur la question psychologique ou psychiatrique c'est qu'il n'existe pas de formation spécifique en la matière. Si tu fais une recherche GOOGLE "psychologie clinique", tu trouveras dix millions de cours, privés ou publics, si tu tapes "soutien psychologique des migrants demandeurs d'asile ou réfugiés" tu trouveras un cours donné par Achotegui à Barcelone et je ne sais pas si tu en trouveras un autre. Il n'y a pas assez de formation parce qu'il n'y a pas assez d'experts et pas d'experts parce qu'il n'y a pas assez de formation.» (A.P. - Croix Rouge Girona) « Au niveau des services sociaux, des services de santé, il manque une formation sur le domaine de la migration. » (A.S. - Croix Rouge Girona) « Il manque beaucoup de psychiatres, psychologues qui seraient formés aux questions culturelles. Ils ont une très petite formation aux questions relatives aux autres cultures. » (O.E. - CCAE Figueres)

Manque de formation continue: « « Pour moi, il y a une absence de formation continue (n'en font pas au CADA) J'en ai demandé. Ça n'a pas encore été fait » (M.H. - CADA UCRM)

Formation menacée par manque de budget : « On a un temps pour faire ça (de la formation) même s'il diminue de plus en plus. (I.F. - Institut Protestant).

Critique de la formation proposée en interne - Pauvreté de l'offre : « On a accès à un compte personnel de formation qui ne propose plus que des formations diplômantes. On a droit aux formations ADOMA ou compte personnel de formation qui ne sont pas intéressantes car ce n'est pas de la formation continue (M.Y. - CADA Carla Bayle) C'est très limité » (M.B. - CADA Carla Bayle)

Critique de la formation initiale des professionnels. A la question psychologique « C'est impressionnant, Nous (les éducateurs) quand on travaille sur le quotidien et que c'est la 3ème soirée qu'on est fatigué et qu'on voit un jeune péter les plombs. On n'a pas les billes. Je me sens très facilement démuni. » (L. Institut Protestant)

## **2.9 Des propositions d'améliorations : Du réseau et de la formation**

Les professionnels émettent des propositions d'améliorations structurées autour de deux grands axes : l'accès à une formation thématique et la constitution d'un réseau pour sortir de l'isolement.

Demande de formation sur la connaissance des publics migrants: « Cela nous coûte un peu à cause de ce manque de formation et information "migrants" en général. Et les

*travailleurs sociaux de ces services dès qu'ils voient la carte demandeur d'asile, nous appellent "et nous demandent "bon, qu'est-ce qui lui est arrivé..." avec une forme d'insécurité dans leur voix et parfois ils disent "je ne vais pas savoir l'accompagner parce qu'il a vécu des choses étranges et graves". Pour nous c'est assez grave. Comme professionnels, ils devraient en savoir assez pour accompagner toute personne qui franchit la porte (rire) mais bon...(A.P. - Croix Rouge Gérone)*

Demande de formation avec plus de référentiels et outils pratiques : *« le fait de créer quelque chose de plus pratique, avec plus de référentiels, peut-être qu'on pourra travailler plus vite et au plus près de l'usager ou du résident. Je crois qu'on n'avait pas suffisant d'armes pour se dire qu'on y va. On se dit, voilà, on appelle le médecin généraliste pour voir ce qu'il se passe. Ce n'est pas suffisant pour le travail social. Je parle en mon nom» (M.H. - CADA UCRM)*

Meilleure formation à la culture et aux représentations culturelles de la maladie des résidents, meilleure connaissance des codes culturels: *« il manque beaucoup de psychiatres, psychologues qui seraient formés aux questions culturelles. Ils ont une très petite formation aux questions relatives aux autres cultures. Tu entends des gens qui disent "j'ai quelqu'un en moi, j'entends des voix... il y a une personne qui vit en moi, j'ai un Djinn" et là, il n'y a aucune sensibilisation, aucune formation à cela. » (O.E. - CCAE Figueres) « (Concernant l'intérêt d'une formation sur "migration et troubles psychiques" auprès de l'équipe) Je dirais oui mais c'est vrai que c'est quelque chose qui me renvoie beaucoup de choses personnelles, par rapport à ma vie de famille etc....Je veux bien avoir des outils mais en même temps, j'y vais à reculons parce que ça me... On a toujours besoin de réactualiser nos savoirs, nos façons de penser. C'est toujours stimulant. » (M.X. - CADA Carla Bayle)*

Etoffer son réseau pour rompre l'isolement et renforcer sa pratique: *« On veut amener les personnes à se soigner à l'extérieur. Nous, ce qui nous manque, ce sont des ressources extérieures, des réseaux. S'il y avait à Toulouse une grosse structure qui faisait de l'ethnopsychiatrie mais qui viendrait jusqu'en Ariège, ce serait génial pour nous » (M.Y. - CADA Carla Bayle) « Sur la question du faire avec nos partenaires, c'est assez nouveau pour nous. C'est en travail, en élaboration... Il le faut (ce réseau) car on va vite être dépassés puis après ça joue sur tout le reste pour nous. On est vite dépassé, on le sait.» (M.H. - CADA UCRM)*



Besoin de réseau et d'un SAS pour les personnes en souffrance psy: « *Il faut un sas. La notion de prise en charge de troubles psychiques liés à l'exil, elle n'est pas connue ! Les professionnels n'ont pas assez de connaissances de la clinique de l'exil. (I.F. - Institut Protestant)* » *J'ai essayé d'appeler le professeur R. à l'époque pour avoir un petit sas et sortir de...On a eu des psychiatres sur Auzies qui connaissaient la clinique de l'exil – un interne. Il n'y est plus - sauf que c'est la psychiatrie en France qu'il faut remettre en question ! Je pense qu'il faut un sas pour les jeunes pour pouvoirs se poser et essayer de trouver les moyens à ce qu'il rebondisse. Ca n'existe pas* » (L.R. Institut Protestant) , « « On a besoin de réseau... besoin de travailler avec les partenaires – hôpitaux etc.... » (I.F. Institut Protestant)

Pas de connexions entre institutions catalanes et occitanes. Tous sont d'accord pour ouvrir du réseau transfrontalier. Pas d'objection même si l'argumentation est peu étayée. Pertinence du réseau transfrontalier à travailler. : « *Pourquoi pas ?* » (I.F. Institut Protestant) « *Pourquoi pas ? Je ne sais pas comment ils fonctionnent de l'autre côté*», (M.H.-CADA UCRM)

Table ronde : *Sur la pratique : Réfléchir à des éléments d'améliorations. Sur le réseau et la pratique : réfléchir à des outils pratiques et à leurs contenus pour étayer ses savoirs et sortir de l'isolement: site net/ plaquette/ rencontres régulières avec ressources, références, témoignages... Réfléchir à la création d'un réseau transfrontalier avec rencontres régulières thématiques ...Développer d'autres idées en collectif*

## CHAPITRE 3

### Perspectives de formation visant la transformation de l'état des lieux. Propositions et questions.

Suivant le guide proposé par le chapitre 2, sont formulées ci-dessous les premières perspectives de formation sous forme de propositions et/ou de questions à traiter.

#### La « place du trouble psychique et traumatique... »

#### Approches mobilisées : le théorique et le pratique

### 3.1 Apport théorique pluridisciplinaire : (chercheurs, professionnels, témoignages de personnes concernées)

#### 3.1.1 Contexte géopolitique : comprendre les nouvelles formes de migrations :

Éclairage sur la géopolitique : pays concernés, groupes ethniques, routes de l'exil. Intervention d'un géographe de l'UTJJ (Université Toulouse Jean Jaurès). Y mettre la perspective transfrontalière. Dresser une carte transfrontalière de la présence des demandeurs d'asile (repérer les routes de l'exil)

#### 3.1.2 Contexte juridique : le national et l'international.

Point sur le cadre juridique droit des migrants européen et national (France et Espagne) : Intervention de juristes catalans et français.

3.1.3 Organisation des modèles dominants de soin en Catalogne et Occitanie. Présenter les dispositifs de soins existants en Occitanie et en Catalogne: nature de l'offre sur le territoire, structuration, sectorisations, types d'orientations et approches dominantes...

3.1.4 Comprendre la souffrance de l'Autre. Eléments de clinique de l'exil : un éclairage pluridisciplinaire sur la clinique de l'exil/ la psychopathologie culturelle/ éléments d'anthropologie de la maladie : retour sur la notion de culture (vision dynamiste de la culture), expression différentielle de la maladie, l'écologie de l'Invisible, quelques étiologies traditionnelles, la symptomatologie, les tradipraticiens. Les idiomes de détresse/ Le risque de l'essentialisation culturelle).

3.1.5 A la rencontre d'autres approches thérapeutiques. Eclairage synthétique sur des approches différentielles du soin: ethnopsychiatries, les différents courants ethnopsychiatriques, les méthodes : quelques rappels, Achotegui et le syndrome d'Ulysse, diffusion de références livresques et sitographiques

3.1.6 Des initiatives innovantes : Panorama des initiatives innovantes en Occitanie et Catalogne sur l'accompagnement et la prise en charge des migrants en souffrance psychique.

### **3.2 Table ronde thématique entre professionnels et chercheurs :**

3.2.1 La question du trouble psychique en institution : Comment en parler? Evaluer sa réalité pour sortir de la seule impression? Comment aborder et évaluer la réalité d'un phénomène fréquent en Institution ? Création d'un outil, d'un fichier ? Faire des statistiques ? Un premier accueil pour évaluer la question ?

3.2.2 Améliorer l'accueil. Anticiper les situations pathogènes dans l'institution. Comment améliorer l'accueil et l'accompagnement pour limiter les fragilités psychiques? exemple : lutter contre les effets négatifs de l'attente ? Sortir de l'occupationnel ? « Humaniser les procédures » via la participation, recours à un tiers ? Anticiper la sortie en délivrant des ressources ? Echanges autour de pratiques innovantes ? Trouver des solutions ensemble notamment en travaillant avec les personnes accueillies, améliorer ce qui peut l'être dans l'institution ? (Table ronde avec échange de pratiques et propositions)

3.2.3 Comprendre la souffrance de l'Autre, réflexions pour une pratique au quotidien: Repérer les principales causes de la souffrance. Savoir lire et repérer les symptômes : quand, comment ? Savoir accueillir la parole : accueillir le sens donné à la maladie ailleurs, la question du jugement : ethnocentrisme et non-jugement, valeurs : empathie et bienveillance) la place des tradipraticiens : pour ou contre ? A quelles conditions ?

3.2.4 Intervenir sur la souffrance de l'Autre. Pratiques et valeurs Échanges sur les pratiques et les valeurs déployées. Mutualisation d'expériences. Trouver ensemble des points d'amélioration à partir de sa pratique (valeurs, façons de faire, la question de l'orientation, travail en équipe, qualités requises...). Echanger les points de vue et les expériences sur les savoirs. Comment dépasser les contraintes ? Travailler avec les personnes concernées? Entre deux mondes : la question des médiateurs santé : une solution ?

3.2.5 Améliorer les liens avec les acteurs du soin sur le territoire: Comment améliorer les liens avec l'offre locale ? Rencontre avec les acteurs du soin ? (hôpital etc....) Comment créer les conditions de la rencontre ? Comment développer un réseau de qualité et améliorer la coordination avec les acteurs du soin ? (Relais avec les ARS ? Hôpital ?

*Apprendre à se connaître ?) Sur les initiatives innovantes en Occitanie et Catalogne (rôle et objectif, approches utilisées, rayonnement...). Rendre perfectible les initiatives locales : renforcer la communication et la diffusion: la question de "l'aller vers" pour lutter contre la distance : Et si les dispositifs innovants allaient dans les institutions ? Consultation à distance ? (Skype- téléconsultation) ?*

3.2.6 travailler avec les tiers : l'interprète et la personne concernée : *Un enjeu : reconnaître et valoriser la place de tiers dans l'accompagnement des personnes en souffrance. Réfléchir à sa place et à son rôle dans les accompagnements : un allié ou un problème ? Place et rôle de l'interprète traducteur. Comment le définir ? Que peut-on améliorer et sur quels aspects ? Mieux la valoriser ? Recourir aux personnes concernées ? Peut-on l'envisager ? A quelles conditions ? Limites ? Recourir aux associations nationales ou confessionnelles : une possibilité ?*

3.2.7 Composer avec les contraintes : des solutions au-delà du problème ? : *Réfléchir collectivement à l'impact des réductions de temps et de budget sur le travail. Qu'est ce qui peut être initié pour limiter cet impact ? Comment conjuguer recherche de qualité et réduction de moyens ? (exemple : mutualiser les ressources à l'échelle d'un territoire, développer des réseaux et des collectifs en créant des alliances entre institutions et associations (centre de formations ?), travail à distance via, nouvelles technologies, trouver des alternatives et réponses au manque : travail avec les personnes accompagnées, bénévolat, stagiaires...).*

3.2.8 Plus fort ensemble *Sur le réseau et la pratique : réfléchir à des outils pratiques et à leurs contenus pour étayer ses savoirs et sortir de l'isolement: site net/ plaquette/ rencontres régulières avec ressources, références, témoignages... Réfléchir à la création d'un réseau transfrontalier avec rencontres régulières thématiques ...Développer d'autres idées en collectif.*

Intégrer des témoignages et expertise de personnes concernées sur les tables rondes

## Conclusion provisoire et perspectives

*Quelques précisions s'imposent à ce jour. L'entretien effectuée avec H.S., psychologue à la Case de Santé de Toulouse, ayant été effectué très récemment, les données relevées n'ont pu être prises en compte dans le point étape ci-présent. Elles le seront dans les semaines à venir.*

*De même, comme dit en préalable à cet écrit, les données du rapport de l'Université de Barcelone ne figureront que dans le rapport final de 2019.*

A ce jour, les constats généraux que nous faisons, comme en témoignent les extraits rapportés révèlent qu'il existe une préoccupation transversale majeure de tous les établissements et services consultés.

Les troubles psychiques, parfois refusés par certains sous cette dénomination en raison de sa connotation psychiatrique, sont des manifestations courantes et chroniques chez les demandeurs d'asiles (mais aussi réfugiés ou déboutés). La notion de stress post traumatique est connue de tous et semble être la définition la plus appropriée pour définir les fragilités psychiques des migrants. Cette préoccupation prend de plus en plus de place dans la plupart des établissements et services même si les pratiques d'accompagnement global (droits des migrants, ressources, hébergement, apprentissage de la langue et de la culture du territoire...) la transcendent largement.

Les tentatives de compréhension de ces troubles est également unanime. Nous avons relevé une grande densité des observations mais aussi de fortes méconnaissances des étiologies potentiellement culturelles. Les observations montrent des manifestations psychiques et psychosomatiques assez semblables (très fortes céphalées, malaises, douleurs abdominales ou dorsales...) avec parfois des singularités fortes selon la contrée d'origine. L'expression d'une étiologie culturelle est constatée en tous lieux (ensorcellement, métaphores animalières, religion...). La difficulté de compréhension et de traitement est également transversale même s'il semble plus "facile" aux praticiens catalans qu'aux praticiens français, d'orienter vers des religieux, potentiellement considérés comme soignants par les personnes accueillies.

Le traitement de ces manifestations se fait des deux cotés de la frontière dans le circuit "ordinaire". Médecins généralistes, centres de soins primaires, urgences, hôpital, psychiatrie... L'insatisfaction face à des manques notoires mais aussi face à des prises en charges qui ne montrent pas leur efficacité et qui assignent souvent le migrant à une

conduite éteinte par la médication apparaît notamment du côté français. La tentative, bricolage de plus en plus réfléchi, pour tenter de faire mieux est la règle (chercher la pratique, l'individu et/ou le service original ou mieux adapté). Dans les pratiques, notamment chez les psychologues, une hybridation de divers courants de pensée est également partagée (conseils de conduites de type comportemental, tentative de compréhension culturelle, clinique de l'exil, Théories systémiques ou psychanalyse...) Les références spécifiques diffèrent néanmoins sur le plan de la clinique interculturelle, le syndrome d'Ulysse (Acholegui) revenant souvent du côté catalan quand apparaît légèrement l'ethnoclinique du côté français (Devereux, Nathan, Moro...). Souvent, rien de cela, les approches spécifiques étant reconnues comme largement ignorées notamment du côté français... L'écoute attentive, la confiance, le soutien par "l'aller vers" et "l'être là" disponible, la parole dans l'échange, le conseil et l'orientation sont également en tous lieux, le commun des pratiques.

Dans le travail de libération de la parole, l'identification culturelle et de genre est également remarquée et pratiquée autant que possible des deux côtés de la frontière.

La question du tiers interprète est également reconnue comme essentielle et pointée comme insuffisante en raison essentiellement de moyens manquants. Moyens qui de manière plus générale sont partout pointés comme insuffisants et par là, nuisant à la qualité de l'accompagnement global aux soins.

Afin de traiter un sentiment d'isolement global, les praticiens témoignent de l'importance du travail d'équipe, d'instances d'analyse des pratiques mais aussi de réseaux suffisamment proches et diversifiés.

La dernière donnée rapportée ici dans ce bref résumé est celle de la formation. Chaque service pointe le manque d'informations et de formation spécifiques en la matière. Pas ou peu de contenus dans les formations initiales des praticiens (travailleurs sociaux, psychologues et a fortiori juristes...) sur les cliniques de l'exil et une formation continue existante mais devant être densifiée et améliorée.

Et enfin pour finir, est pointée l'inexistence, à ce jour, d'un réseau formel transfrontalier.

Pour la dernière année 2018 - 2019 de cette action 6.3 du PROSPECTSASO, il s'agira:

- D'intégrer les données issues de la Case de Santé à Toulouse puis d'articuler avec le rapport très dense effectué par l'Université de Barcelone.
- d'affiner, d'organiser, de synthétiser voire de compléter les données recueillies.
- De se tourner, tout au moins du côté français, vers les personnes concernées afin de recueillir leur témoignage essentiel en la matière et l'intégrer aux rapports, écrits et propositions de formation finaux.

Pour cela, il est proposé, dès la rentrée scolaire 2018, de réunir tous les partenaires (UB, CCAE, CRFMS ERASME) accompagnés de praticiens des services rencontrés en un séminaire de travail ayant pour objectif de partager, affiner les données existantes et définir une feuille de route pour l'année à venir (enquêtes complémentaires, écrits divers, propositions de formations, journées d'études de conclusion, traductions croisées...).

Ce séminaire de travail devrait se tenir au CCAE de Figueres au mois d'octobre prochain, la date restant à définir.

## Bibliographie indicative

- Achotegui J., López A., Morales M., Espeso D., Achotegui A. *Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPRI in Barcelona*; 2015
- Al Saad Egbariah A. Effets psychiques de la demande d'asile. *Dialogue*. 4/2003; n° 162 : 101-112.
- Baubet T, Moro M.-R. (Éds). *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson ; 2009.
- Croix-Rouge de Belgique, Département Accueil des Demandeurs d'Asile) *Rapport final du projet FER 2004*, Fonds Européen pour les Réfugiés : Bruxelles, Croix-Rouge de Belgique, Com. Francophone ; 2005.
- D'Halluin E, La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes et migrations*. 2009 ; n°1282 : 66-75.
- Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard ; 1971.
- Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2004.
- Nathan T. *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod ; 1986.
- Strasser O, Goguikian Ratcliff B et alii. *Clinique de l'exil*. Chêne-Bourg : Georg Editeurs ; 2009.
- Tarrius A. *La remontée des Sud. Afghans et Marocains en Europe méridionale. La Tour-D'Aigues* : Éditions de l'Aube, 2007.



ADOMA: du latin Domus = maison. "Vers la maison"

ARS: Agence Régionale de Santé

C.A.P.: Centre d'Atenció Primària

CCAE: Consell Comarcal de l'Alt Empordà

CHAC: Centre Hospitalier Ariège Couserans

CMP: Centre médico-psychologique

CRFMS ERASME: Centre Régional de Formation Aux Métiers du Social - Elan Régional pour l'Action Sociale et les Métiers de l'Education

FAS: Fédération des Acteurs de la Solidarité

MECS: Maison d'Enfants à Caractère Social

MNA: Mineur Non Accompagné

P.A.S.S. : Permanence d'Accès aux Soins de Santé - P.A.S.S. psy : Permanence d'Accès aux Soins en milieu Psychiatrique.

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SAPPPIR: Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats

SIRA: Grupo de acción comunitaria. Centro de recursos en salud mental y derechos humanos

UB: Universitat de Barcelona

UCRM: Union Cépière Robert Monnier

UTJJ: Université Toulouse Jean Jaurès