



Accompagner la santé mentale des personnes étrangères

Étude des actions mises en œuvre par les professionnels pour soutenir cette santé

Étude réalisée pour :
Le groupe de travail n°13 du Projet Territorial de Santé Mentale de Loire
Atlantique

Sommaire

INTRODUCTION	5
METHODOLOGIE	6
Des étrangers récemment arrivés en France	7
La santé mentale, considérée comme un processus dynamique	8
Une étude sociologique	9
Une enquête qualitative, par entretiens collectifs	9
La définition des lieux d'enquête et des acteurs mobilisés	11
Des mobilisations inégales révélatrices	12
 LA SANTE MENTALE DES ETRANGERS : UNE PROBLEMATIQUE EMERGEANT SUR FOND D'EVOLUTIONS DE LA PSYCHIATRIE ET DE PRECARISATION DES PARCOURS MIGRATOIRE	 14
Une appréhension renouvelée de la santé mentale des étrangers	15
Une offre de soin en psychiatrie sous tension	17
Une santé mentale éprouvée par la dureté des parcours migratoires	20
Des parcours éprouvants, se traduisant, notamment, par une augmentation des demandes de protection	20
Des politiques de non-accueil aux effets délétères pour la santé mentale	23
Les demandeurs d'asile exposés aux attermoissements et à la pauvreté	24
Des jeunes et très jeunes confrontés à l'insécurité administrative et sociale	26
 PRENDRE SOIN MALGRE TOUT	 29
Faire l'expérience par procuration du désarroi et des souffrances psychiques des exilés : une source de mal-être professionnel ?	30
Des intervenants sociaux de l'urgence usés par la rareté des moyens à proposer et le caractère ubuesque de l'administration des étrangers	30
Des intervenant sociaux de droit commun isolés dans l'accompagnement des étrangers	32
Des soignants inégalement mobilisés et disposés à accueillir	34
Des citoyens engagés, éprouvés en l'absence de formations et d'expériences	35
Déployer une offre d'écoute graduée	37
Une écoute pour préparer aux espaces de l'administration des étrangers	38
Une écoute bienveillante, détachée du rythme et des enjeux administratifs, pour restaurer la dignité des personnes	39
Une écoute qualifiée, pour soulager les personnes et les équipes, et temporiser	40
Repérer les signes et temporalités d'expression des souffrances	44

Se donner et/ou avoir les moyens de comprendre	47
Surmonter les incompréhensions linguistiques	47
S'intéresser et se mettre à la place de l'autre	50
Faciliter la rencontre soignant-soigné, en rassurant de part et d'autre	52
Des professionnels de santé réticents	52
Rassurer les professionnels de santé, et asseoir la demande des personnes étrangères	54
Rassurer les étrangers et déstigmatiser la figure « des soignants de la tête »	55
Sortir de la dualité soignant-soigné	56
Partir de la demande, sans préjuger de son illégitimité	58
Accepter l'intrication des problématiques sociales et psychologiques	59
Réinscrire les étrangers dans des espaces ou ils ne sont pas considérés par le seul prisme de leur étrangeté	61
Diversifier les espaces de bien-être et de reconnaissance sociale	61
Réinscrire les étrangers dans des collectifs, comme espaces de protection	62
Prendre soin du corps et des apparences, pour soutenir la santé mentale	63
Travailler à plusieurs, s'entourer pour mailler le parcours des étrangers et soutenir leur santé mentale	64
La co-référence et la multi-référence des pistes à suivre ?	64
De multiples formes de travail partenarial développées et plébiscitées	65
ET DEMAIN ?	68
La santé mentale des étrangers, une question sociale et un enjeu politique	68
Des professionnels très inégalement soutenus et soutenant	69
L'accompagnement de la santé mentale des personnes étrangères, un enjeu indissociable de l'outillage de l'ensemble des personnes œuvrant dans cet accompagnement	71
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	76
Ressources énoncées par les professionnels interviewés comme facilitant l'accompagnement des personnes étrangères	76

Introduction

Défini à partir d'un travail de diagnostic et d'état des lieux impliquant des professionnels intervenant dans différents champs sanitaires et sociaux, le Plan Territorial de Santé Mentale du département de la Loire Atlantique (PTSM) recense et hiérarchise les principaux enjeux identifiés pour tenter d'améliorer le repérage, l'orientation et l'accès aux soins des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Neuf enjeux – ou « axes » – sont alors priorisés et chacun d'eux se décline en objectifs et en pistes d'actions.

La présente étude s'inscrit dans l'axe 8 de ce plan, qui entend : « soutenir la mise en place par les professionnels de nouvelles pratiques et de nouveaux outils pour les publics spécifiques ». Elle porte, plus particulièrement, sur l'objectif visant à « *améliorer l'accompagnement des populations migrantes* ».

Initiée par le groupe de travail n°13 en charge de cet objectif, elle cherche à analyser les modalités actuelles de l'accompagnement socio-sanitaire de la santé mentale des personnes ayant connu une migration récente. Tout en donnant à voir les éléments qui limitent ou freinent cet accompagnement, elle rend compte des actions, des bricolages, des ressources que les professionnels disent mettre en œuvre et expérimenter pour soutenir cette santé, selon les contextes dans lesquels ils travaillent et les ressources dont ils disposent. Rendre visibles les pratiques existantes doit alors permettre de faciliter leur partage, leur capitalisation, voire leur essaimage.

Après avoir présenté la méthode d'enquête adoptée et le vocabulaire mobilisé, ce rapport d'étude dresse le contexte dans lequel les questions entourant la santé mentale des étrangers voient le jour à l'échelle nationale, et les raisons pour lesquelles elles résonnent localement jusqu'à aujourd'hui. Puis, elle analyse les principes défendus par les professionnels pour accompagner la santé mentale des étrangers, et les actions et ressources sur lesquelles ils s'appuient pour le faire. Elle révèle alors, en creux, les difficultés qui s'opposent à cet accompagnement, et les freins qui restent à lever pour l'améliorer.

Méthodologie

Travailler sur un sujet aussi vaste que « l'accompagnement de la santé mentale des personnes ayant connu la migration », à l'échelle du Projet territorial de Santé Mentale (PTSM) de Loire Atlantique et dans un format comme celui de notre étude, suppose de préciser ce que recouvrent les termes de cette étude et d'opérer des choix méthodologiques.

Ces choix, qui définissent les modalités de recueil des matériaux d'enquête et guident la sélection des personnes enquêtées, contribuent à circonscrire le périmètre de l'étude, ce qu'elle peut mettre en lumière et ce qu'elle laisse dans l'ombre. Ils sont donc déterminants pour comprendre les analyses réalisées, mais aussi leurs contours et leurs limites. Cette partie propose d'en rendre compte.

Des étrangers récemment arrivés en France

Le vocabulaire mobilisé pour décrire les personnes ayant connu la migration est vaste et son usage n'est pas toujours stabilisé. Or, le choix des mots n'est pas neutre. En particulier lorsqu'il s'agit de parler des étrangers, les mots deviennent des « catégories objets », « soumises aux discours idéologiques, demi-savants ou bureaucratiques¹ ». Prétendant désigner des individus ou des situations, les catégories de langage contribuent alors à les qualifier positivement ou négativement et, s'agissant des étrangers, participent à légitimer ou délégitimer leur raison d'être sur le territoire français. Le vocabulaire utilisé dans cette étude demande donc à être précisé et justifié.

Le terme « migrant » spontanément utilisé par le groupe de travail du PTSM à l'origine de cette étude, afin de définir les publics ciblés, apparaît à la fois trop indéterminé et trop chargé politiquement pour être retenu dans notre cadre d'une étude.

S'il est utilisé par certaines associations de défense des droits des étrangers indépendamment des raisons ou du contexte de la migration de ces derniers, le mot « migrant » s'impose aussi dans les espaces politiques et médiatiques au cours la décennie 2010-2020 au moment où les gouvernements européens défendent l'idée qu'il existerait une « *crise des migrants* » ou, en d'autres termes, un « trop plein ² » d'exilés, qui justifierait des politiques migratoires restrictives. Le mot « migrant » permet ainsi d'opérer une distinction *a priori* entre les étrangers qui relèveraient du droit d'asile, dont l'exil et l'accueil seraient légitimes, et les autres, suspectés de vouloir usurper le titre de réfugié, au moment où les voies d'accès au séjour sont réduites. Le mot « migrant » distingue aussi les nouveaux arrivants des immigrés, à qui le préfixe « im » reconnaît une inscription en France. En d'autres termes, en prétendant nommer, le terme « migrant » contribue à exclure et à délégitimer *a priori* les raisons d'être en France des étrangers désignés.

Les mots « étranger », défini par la loi, et « immigré », défini par le Haut Conseil à l'Intégration, lui seront préférés au fil de l'étude, parce qu'ils permettent de se référer à un cadre commun. Est définie comme « étrangère » toute personne n'ayant pas la nationalité du pays dans lequel elle vit et est « immigrée », tout personne « née étrangère à l'étranger³ » et qui est installée en France. La première définition se rapporte donc à la nationalité et la seconde à la migration. Malgré leur intérêt, ces deux mots ne suffisent pas, à eux seuls, à circonscrire précisément ceux sur qui cette étude se centre⁴. Nous proposons donc de resserrer un peu la focale en

¹ Sayad Abdelmalek, « Les maux-à-mots de l'immigration, entretien avec Jean Leca », *Politix*, n°12, 1990, p.7-24.

² L'expression « crise des migrants » en témoigne.

Akoka Karen. « Réfugiés ou migrants ? Les enjeux politiques d'une distinction juridique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 25, no. 1, 2018, pp. 15-30.

Akoka Karen, *L'asile et l'exil*, La Découverte, Paris, 2020.

³ « Née étrangère à l'étranger » renvoie au fait de naître en dehors de France avec une autre nationalité que la nationalité française

⁴ Malgré la précision de sa définition, le mot étranger seul n'est pas suffisamment précis pour ce qui nous intéresse ici. Certains étrangers sont nés sur le territoire français de deux parents étrangers et ont été socialisés par les institutions françaises, sans pour autant vouloir prendre la nationalité française à leur majorité. Les

portant notre attention sur la prise en charge de la santé mentale de personnes étrangères arrivées en France il y a moins de huit ans, qu'elles aient ou non un titre de séjour et qu'elle que soit la nature de ce titre.

La balise des huit années n'est pas ferme et elle peut paraître arbitraire. Mais elle répond au parti-pris de se centrer sur les problématiques posées dans l'accompagnement de la santé mentale des personnes les plus récemment arrivées en France, qui peuvent cumuler des problématiques liées aux ruptures et aux violences du parcours migratoire, à l'acculturation à de nouveaux référents culturels, à la précarité administrative et sociale, ainsi qu'à une insuffisante maîtrise de la langue française pour comprendre et se faire comprendre lors d'une interaction. Ces problématiques ne sont pas également partagées par l'ensemble des étrangers récemment arrivés en France. Elles ne cessent pas non plus mécaniquement au-delà de huit années passées en France. Mais c'est au cours des premières années passées sur le territoire français qu'elles ont les probabilités d'être les plus fortes. Se focaliser sur l'accompagnement de la santé mentale des étrangers entrés en France pendant cette période présente alors deux intérêts. Elle permet de circonscrire le périmètre de l'étude et notamment des entretiens, en écartant par exemple les situations de décompensation plus tardives ou la prise en charge psychiatrique de personnes étrangères nées en France par exemple. Les situations de ces étrangers peuvent aussi agir comme des miroirs grossissants des difficultés, plus ténues et invisibilisées, que peut poser la prise en charge des troubles de la santé mentale de personnes dont la migration est plus ancienne et qui peuvent être stabilisées du point de vue administratif.

Au fil du rapport, l'ancienneté de présence sur le territoire français desdits étrangers, leur âge et leur statut administratif⁵, particulièrement déterminant pour cerner leurs conditions objectives de vie à un temps T, et toute autre donnée jugée importante pour la compréhension des faits observés viendront compléter les mots « étrangers » ou « immigrés ».

La santé mentale, considérée comme un processus dynamique

Lorsqu'elle est évoquée, la santé mentale est souvent réduite à la question de la mauvaise santé mentale ou, plus encore à celle de la maladie mentale. Les définitions qui l'encadrent et notamment celle qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » peinent à inverser cette tendance.

autres, plus nombreux, ont connu la migration. Ils ont quitté leur pays d'origine de plus ou moins longue date, à un âge plus ou moins avancé et dans des contextes sociopolitiques très variés, puis ils se sont installés en France, de façon provisoire ou durable. Parmi les plus récemment arrivés, beaucoup cherchent encore les moyens de s'y installer légalement. En d'autres termes, le terme étranger seul ne suffit pas à définir les conditions de vie des personnes.

⁵ Angelina Étiemble identifie déjà plusieurs types de parcours pour les seuls Mineurs non accompagnés selon les motifs de leur départ.

Étiemble Angelina, « Les mineurs isolés étrangers en France », *Migrations Études*, n°109, p.1-16, 2002.

Dans le cadre de cette étude, c'est à cette définition que nous nous référons, ainsi qu'à l'idée sous-jacente que la santé mentale, comme la santé physique, n'est pas un état permanent et immuable, mais bien un processus dynamique et non linéaire pouvant aller de la bonne santé mentale à la maladie mentale (ou aux « troubles psychiatriques »), en passant par la souffrance psychique.

Cette définition permet de préciser que notre étude n'interroge pas seulement les réponses sanitaires apportées en cas de troubles psychiatriques. Elle porte sur les actions, les postures et, ou les dispositifs mis en œuvre par les acteurs des domaines sociaux et sanitaires qui permettent d'abord de soutenir la bonne santé mentale, puis de repérer les signes de la souffrance psychique et, lorsque cela est nécessaire, de prendre en charge le traitement des troubles psychiatriques ou d'orienter vers des personnes en capacité de le faire.

Une étude sociologique

Une fois les mots de l'étude définis, il convient de revenir sur les partis pris méthodologiques opérés en amont de cette étude. L'étude conduite ici l'est par le prisme de la sociologie. Celle-ci propose une grille de lecture (parmi d'autres possibles) de la société. Sa particularité est de chercher l'explication des faits sociaux, entendus au sens de manières d'agir et de penser des individus et des groupes, dans la société elle-même : dans les manières dont ses institutions et ses organisations fonctionnent, dans les règles qu'elles érigent, les principes qu'elles défendent et les valeurs qu'elles portent. En d'autres termes, la sociologie analyse le social par le social⁶.

A l'échelle du sujet de cette étude, cette grille de lecture vise, d'une part, à rendre compte des mécanismes sociaux susceptibles d'affecter la santé mentale des personnes étrangères ayant connu l'exil. Elle entend, d'autre part, analyser les pratiques des individus en charge de leur accueil (professionnels et bénévoles) susceptibles de contribuer à leur bonne santé mentale, en analysant les organisations et les règles qui les encadrent, mais aussi les ajustements à la règle que les acteurs enquêtés opèrent et le sens qu'ils leur donnent.

Une enquête qualitative, par entretiens collectifs

Parmi les modalités d'enquête envisageables, l'enquête dite qualitative, conduite auprès d'acteurs intervenant dans les parcours des étrangers nouvellement arrivés sur un territoire donné, a été retenue. L'enquête qualitative s'appuie ici sur des entretiens semi-directifs et collectifs.

L'entretien semi-directif permet que s'exprime ce qui n'est pas déjà su, ni déjà formalisé, en donnant aux enquêtés un espace pour réfléchir sur leurs pratiques, tâtonner, pour prendre conscience d'actes jugés bénins et mettre en mots des choses qui, comme les pratiques informelles surtout si elles sont à la limite du droit, n'ont pas toujours d'espaces d'énonciation

⁶ Émile Durkheim, Les règles de la méthode sociologiques,

ou de visibilité. Cette méthode se prête donc particulièrement bien à l'objectif de cette étude qui est de donner à voir comment, concrètement et au jour le jour, les professionnels travaillent à accompagner la santé mentale des étrangers nouvellement arrivés sur le territoire français quitte, parfois, à dépasser le cadre de leur mission ou en ajuster les contours et contenus.

Plusieurs raisons justifient, par ailleurs, le choix des entretiens collectifs plutôt qu'individuels. Le groupe de travail n°13 du PTSM, à l'origine de cette étude, n'existe que par la motivation de ses membres à se réunir pour chercher ensemble des manières d'agir sur la santé mentale des personnes en situation d'exil, dont beaucoup s'accordent à penser qu'elle est préoccupante au titre de la violence des parcours migratoires (de l'exil aux politiques de non-accueil⁷) et au titre de la détérioration, en France, du système de santé public. Conduire des entretiens collectifs réunissant des acteurs œuvrant dans les mêmes périmètres géographiques nous a donc semblé être une façon de renforcer cette dynamique collective, en créant des espaces supplémentaires d'interconnaissance et d'échanges.

Les entretiens collectifs ont également, et en partie, permis de résoudre la question du nombre de personnes susceptibles d'être entendues dans le cadre de cette enquête qui, par leur importance numérique, ne seraient pas entrés dans le format de cette étude si nous avions privilégié les entretiens individuels. Sans permettre de rencontrer l'ensemble des acteurs en position d'agir, plus ou moins directement et de manière positive ou négative, sur la santé mentale des personnes ayant connu une situation d'exil, ils ont élargi le spectre des personnes d'interviewées à l'occasion de cette étude.

Dans chaque territoire, deux à cinq entretiens collectifs ont été conduits, selon la mobilisation des acteurs invités à participer. Ces entretiens réunissaient les acteurs selon leur place et leur rôle dans le parcours des étrangers visés : l'hébergement d'urgence et le logement⁸ ; l'urgence et la médiation sociale (que les services soient dédiés aux étrangers ou pas) ; le premier accueil (aide administrative pour l'accès aux droits par exemple) et de l'accompagnement social ; le soin somatique ; le soin psychiatrique. Là où les acteurs étaient les plus nombreux et mobilisés, chaque entrée thématique a donné lieu à un entretien collectif. Là où ils l'étaient moins, les thématiques ont été regroupées par deux ou trois.

Ces entretiens se sont organisés autour d'une trame commune. Celle-ci interroge l'ensemble des interviewés sur le rôle de leur structure dans l'accompagnement des personnes étrangères et sur leur fonction en son sein, sur la place prise par ces personnes dans leur service/structure, sur les difficultés ou spécificités qu'elles soulèvent, sur les pratiques formelles et informelles mises en place pour favoriser leur bonne santé mentale et soulager leurs souffrances

⁷ Céline Veniat, « S'engager face aux politiques de non-accueil des migrants. Mobilisations des acteurs et catégorisations en expérience », *Sociologie*, 2021.

Karen Akoka, « Crise des réfugiés ou des politiques d'asile ? », *La Vie des idées*, 2016. [En ligne] <https://laviedesidees.fr/Crise-des-refugies-ou-des-politiques-d-asile.html>

⁸ Les acteurs susceptibles de composer ce groupe étant particulièrement nombreux, nous avons pris le parti de le resserrer sur les professionnels des structures de l'hébergement d'urgence qui accueillent de plus en plus d'étrangers en situation de grande précarité, notamment administrative, et ceux du logement dédié aux étrangers ou à certaines catégories administratives d'étrangers (demandeurs d'asile, MNA, etc.).

psychiques, sur le travail partenarial existant, etc.⁹ Ces questionnements ont tissé le fil conducteur des échanges. Mais celui-ci est resté volontairement assez souple pour laisser aux personnes entendues le choix du vocabulaire utilisé dans la définition de leurs réalités, pour qu'elles tissent les liens qui leur paraissent opérants entre plusieurs sujets ou domaines, ou encore pour qu'elles tirent les échanges vers des espaces ou des sujets leur paraissant déterminants pour notre questionnement.

De façon complémentaire, lors des entretiens, chaque participant a été invité à remplir un questionnaire permettant de recueillir, pour tous, un même socle d'informations factuelles concernant : leur rôle et fonction, les évolutions de leur mission en lien avec les étrangers nouvellement arrivés sur le territoire, leurs principales difficultés, leurs principales ressources.

La définition des lieux d'enquête et des acteurs mobilisés

Notre enquête se déroule dans le département de la Loire Atlantique. Elle est centrée sur quatre territoires : Nantes, Saint-Nazaire, Châteaubriant, pour le Nord-Loire, et Clisson, pour le Sud-Loire.

Le choix de ces territoires trouve plusieurs origines. D'une part, les villes de Nantes, Saint-Nazaire et Châteaubriant ont été particulièrement concernées par l'arrivée de nouveaux étrangers ces vingt dernières années. A ce titre, elles ont été retenues par le Groupe de travail n°13 du PTSM pour expérimenter l'ouverture de permanences psychologiques dédiés à la santé mentale des personnes ayant connu la migration au cours de leur vie (Césame 44¹⁰) qui sont aussi des espaces ressource pour les acteurs du territoire œuvrant aux côtés des étrangers. Il paraissait donc intéressant d'adosser notre étude à des territoires où l'accompagnement des étrangers était en jeu et où des solutions concernant leur santé mentale commençait à être expérimentées. Puis, l'ajout de Clisson a été dicté par la volonté de couvrir l'ensemble du département, afin d'éviter un déséquilibre entre le Nord Loire et le Sud Loire. D'autre part, ces villes disposant de réseaux d'acteurs très inégaux, tant sur le volet sanitaire que sur celui de l'accueil des étrangers, il nous paraissait intéressant d'analyser les incidences de ces écarts sur les pratiques d'accompagnement de la santé mentale des personnes ayant connu une situation d'exil.

Il est à noter cependant que si, dans le cas de Nantes et de Saint Nazaire, la mobilisation des acteurs s'est limitée à l'échelle de la commune, pour Châteaubriant et Clisson, où les acteurs sont moins nombreux, nous avons cherché à inviter plus largement, de manière à couvrir le périmètre de la psychiatrie adulte du Nord de la Loire et celui de la psychiatrie adulte du Sud-Loire.

⁹ Par ailleurs, au cours des échanges, une attention particulière est portée :

- Aux manières dont le « faire venir » et « l'aller vers » s'articulent (dans quels contextes et pour quels résultats ?)
- Aux manières dont les questions de compréhension linguistique se posent et sont travaillées par les uns et les autres, et dont les services d'interprétariat sont mobilisés.
- Aux incidences des contraintes administratives sur les actions mises en œuvre et aux façons dont les services travaillent avec, les anticipent et, ou les subissent, etc.
- Aux articulations existantes ou à construire entre les acteurs des champs sanitaire, psychiatrique et social.

¹⁰ CESAME 44 : collectif d'entraide pour la santé mentale des Exilés (association eaux-vives/Solidarité Estuaire)

Dans chacun de ces territoires, les pilotes du Groupes de travail n°13 ont recensé et invité à participer à l'étude les professionnels et les militants associatifs qui, par la régularité ou la nature (évaluation, RDV médical, etc.) de leurs contacts avec des étrangers visés, étaient identifiés comme étant en position de contribuer à leur bonne santé mentale et, ou de détecter et d'agir sur leurs souffrances psychiques et, ou de prendre en charge leurs troubles psychiques, corolaire négatif¹¹ de la bonne santé mentale¹².

Des mobilisations inégales révélatrices

Au total, les entretiens ont permis de mobiliser 73 personnes : 35 à Nantes, 29 à Saint-Nazaire, 4 pour le territoire de Châteaubriant, 5 pour le territoire de Clisson. 70 personnes se sont mobilisées au titre de leur profession et 3 au titre de leur engagement bénévole.

Parmi les professionnels, la majeure partie sont des travailleurs sociaux (référénts sociaux, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, maître de maison, conseillers en insertion, formateurs, etc.) ou des professionnels de la santé (infirmiers psy, psychiatre ou psychologues) intervenant dans le champ social, dans des espaces dédiés aux personnes en situation de grande précarité, de désaffiliation et, ou aux étrangers : demandeurs d'asile, réfugiés, MNA, etc. A leurs côtés, une interprète, une médiatrice en santé et une avocate ont aussi participé aux entretiens. Les professionnels intervenant dans le champ sanitaire de droit commun, sans entrée explicitement sociale, ont été quasi absents des entretiens.

Cette inégale mobilisation peut s'expliquer par la tension dans laquelle se trouvent les services sanitaires, et en particulier les services de soins psychiatriques. Mais elle peut aussi être interprétée comme la traduction de leur faible implication dans l'accueil des personnes étrangères récemment arrivées en France, dont les professionnels enquêtés témoignent lors des entretiens.

Par ailleurs, bien que n'étant pas directement ciblés par l'étude, quelques bénévoles associatifs et membres de collectifs citoyens mobilisés en soutien aux étrangers (sous des modalités variées) ont participé aux entretiens. Cette participation permet de mettre en lumière l'implication et le rôle des bénévoles auprès des étrangers lorsque ceux-ci arrivent en France. Alors que les moyens alloués par l'État à l'accueil et à l'accompagnement des étrangers en attente de régularisation de séjour, y compris des MNA, sont à bien des égards insuffisants ne serait-ce que pour le respect du cadre légal¹³, les bénévoles deviennent des partenaires et des relais pour les professionnels.

¹¹ Vilhem Steve, « Que se cache-t-il derrière le terme « santé mentale », in *CAIRN dossier en Ligne*, 2020.

[Accès à l'article en ligne](#)

¹² Toutes les personnes que les étrangers concernés rencontrent, toutes celles qui les accompagnent, mais aussi toutes celles qui les rejettent, contribuent d'une façon ou d'une autre à l'état de leur santé mentale et à ce titre, pourraient être interviewées dans une étude portant sur leur santé mentale. Nous avons pris le parti de resserrer l'étude sur celles qui œuvrent à limiter la détérioration de leur santé mentale et à la prise en charge de leurs souffrances psychiques.

¹³ Voir partie suivante.

« Ils sont très présents avec les personnes »

Rappelant la place et le rôle des bénévoles dans l'accueil et l'accompagnement des étrangers, deux intervenantes sociales rappellent combien leur relai est précieux pour les professionnels.

« Quand on a ouvert les CADA, HUDA, il y a deux associations qui se sont créées sur le territoire, pour se mobiliser sur l'accompagnement de ce public- là, en complémentarité ou en relais...

Et en fait ils peuvent proposer différents services (...) Sur les trajets, parce qu'ils les emmènent en voiture, sur les cours de français, dès fois ils nous relaient quand il y a énormément de rendez-vous, on ne peut pas accompagner sur tout, ils vont prendre le relais pour ça, quand il y a des naissances, ils peuvent garder les enfants...

Ils sont très présents avec les personnes, ce qui est ressource !»

A ce titre, il nous est apparu opportun de ne pas les écarter de la réflexion conduite sur l'accompagnement de la santé mentale des étrangers et d'intégrer leurs retours dans l'analyse.

Les témoignages recueillis auprès des professionnels des champs sanitaire et social et de quelques bénévoles constituent le matériau central de l'analyse proposée. Celle-ci met en perspective les données factuelles existantes sur les migrations et les conditions de prise en charge des étrangers, les études déjà conduites sur la santé mentale des étrangers et son accompagnement socio-sanitaire, et l'ensemble des témoignages des acteurs s'étant mobilisé à l'occasion de cette étude.

La santé mentale des étrangers : une problématique émergeant sur fond d'évolutions de la psychiatrie et de précarisation des parcours migratoire



Les pratiques et les actes que les professionnels des domaines sanitaire et social posent pour tenter d'accompagner la santé mentale des personnes étrangères ayant connu une migration récente n'apparaissent pas *ex nihilo*. Elles s'inscrivent et prennent sens dans un contexte croisant des dimensions internationales, nationales et locales. Cette première partie cherche à dépeindre cette toile de fond.

Après avoir rappelé les différentes manières dont les troubles psychiatriques des étrangers ont été traités au cours du XX^{ème} siècle, elle analyse les raisons pour lesquelles, depuis une vingtaine d'années, la santé mentale des étrangers se pose sous un jour nouveau, à l'échelle nationale comme dans le département de la Loire Atlantique. L'état du champ de la psychiatrie et les conditions de vie auxquelles les personnes qui migrent sont exposées apparaissent alors déterminants.

Une appréhension renouvelée de la santé mentale des étrangers

Les questions que soulèvent l'accompagnement de la santé mentale des personnes étrangères *versus* le traitement de leurs troubles psychiatrique ne sont pas nouvelles. En revanche, les termes dans lesquels ces questions sont posées et les acteurs qui les posent varient selon les époques et les enjeux qui les traversent.

Dès le début du XX^{ème} siècle et tandis que la France est en pleine période coloniale, les troubles psychiatriques des étrangers (et desdits « indigènes de la république ») et les comportements interprétés comme résultant de ces troubles¹⁴ font l'objet de diagnostics et d'études psychiatriques. La psychopathologie les appréhende alors par le prisme de spécificités populationnelles, nécessairement réductrices, définies à l'aune d'une grille de lecture ethnocentrée, ne considérant les étrangers qu'à l'aune des valeurs, des connaissances et des normes occidentales perçues comme universelles ou comme ayant vocation à l'être. Quelques décennies plus tard, au lendemain des décolonisations françaises, en développant l'ethnopsychiatrie, Georges Devreux cherche à s'inscrire à rebours de cette approche et à ancrer le soin dans une relation interculturelle¹⁵. Les soignants sont encouragés à penser et à prendre en considération leurs propres référents culturels et ceux des étrangers dans la pratique du soin. Tobie Nathan¹⁶ qui ouvrira la première consultation ethnopsychiatrique en France en 1979, et Marie-Rose Moro, défendront un héritage plus ou moins directe de cette approche pluridisciplinaire et participeront à essaimer et développer l'ethnopsychiatrie jusqu'à aujourd'hui.

En parallèle, à partir des années 50, à la suite des déplacements de populations provoqués par la guerre, une autre appréhension de l'étranger et de ses troubles psychiatriques se fait jour. Celle-ci se focalise davantage sur la figure de l'exilé, son parcours et les souffrances qu'il suppose, que sur les référents culturels de l'étranger. La catégorie de traumatisme psychique, puis celle de choc post-traumatique sont alors reconnues comme des affections mentales. Le recours à ces catégories va d'ailleurs s'amplifier à mesure que les soignants vont être appelés à produire des certificats médicaux dans le cadre de la procédure d'asile – faute de pouvoir apporter les preuves physiques d'une persécution, le traumatisme devient un élément de preuve¹⁷ – et dans celui des renouvellements de titre de séjour pour « étranger malade ». Cette nouvelle appréhension de l'étranger s'accompagne aussi de l'ouverture de lieux de soin dédiés, dont certains défendent « une clinique de l'exil ».

¹⁴ Fassin Didier, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *l'Homme*, vol. 153, janvier-mars, p.231-250, 2000.

¹⁵ Alessandra Cerea, « Georges Devreux et l'ethnopsychiatrie : fonder sa science et assurer sa consécration », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n°37, 2020, p. 193-208.

¹⁶ L'école de Tobie Nathan fait l'objet de critiques très vives de la part de l'anthropologue D. Fassin qui l'accuse, entre autres choses, de servir le maintien de l'ordre social et des dominations qui le sous-tendent, en réifiant la culture comme explication surdéterminante des troubles mentaux des étrangers et comme ultime solution pour les apaiser. Il interroge « la signification politique d'un dispositif d'interprétation et de traitement de troubles mentaux et de déviances sociales qui constitue l'altérité comme un indépassable horizon théorique et pratique ». *Ibid.*

¹⁷ Richard Rechtman (entretien de), « Le traumatisme pour faire entendre une cause », *Mémoires*, vol. 73, no. 2, 2018, pp. 14-15.

Ainsi, l'attention et l'intérêt portés aux troubles psychiatriques des étrangers ne sont pas nouveaux. Mais, si ces troubles ont longtemps été considérés comme des objets réservés à la psychiatrie, ça n'est désormais plus le cas et les grilles de lectures de ces troubles évoluent cependant que les termes utilisés pour en parler changent.

Les années 2000 marquent en effet un tournant. Sous le double mouvement de la dégradation de l'offre de soins psychiatriques, d'une part, et de l'augmentation des nouveaux entrants sur le territoire français et de leur précarisation¹⁸, d'autre part, la question de la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles mentaux des étrangers est de nouveau posée. Mais elle l'est désormais sous le prisme de l'accompagnement et du soutien de leur santé mentale.

¹⁸ Chambon Nicolas, Le Goff Gwen, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016/2, n°6, pp. 123-140.

Une offre de soin en psychiatrie sous tension

Les évolutions que traverse le champ de la psychiatrie depuis les années soixante et l'état dans lequel il se trouve aujourd'hui n'y sont sans doute pas étrangers¹⁹.

Le terme « santé mentale » est par lui-même révélateur des profondes transformations qui traversent la société et le champ de la psychiatrie à partir de la seconde moitié du siècle dernier. Ce terme s'impose aux Etats-Unis²⁰ puis en France, des années 1940 aux années 1960, alors que grandit la critique de la psychiatrie asilaire et que s'observe un changement de paradigme sur les troubles mentaux et la manière de les appréhender et de les soigner. Derrière le terme « santé mentale » s'impose l'idée de tisser des liens entre la bonne santé mentale, la souffrance psychique et les troubles de santé mentale ou la maladie mentale plutôt qu'à les opposer, ce qui incite à développer des pratiques préventives et à imaginer des réponses graduées. Très rapidement, la santé mentale est identifiée comme un enjeu de santé publique dont l'OMS se saisit²¹ et qu'elle définit (et redéfinit au début des années 2000) comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »²².

Le mouvement de sectorisation amorcé en France au cours des années soixante-dix témoigne de ce changement de paradigme. Avec la sectorisation s'exprimait l'ambition de rompre avec l'institution psychiatrique totale en offrant une gamme de réponses graduées et en intervenant auprès des patients et de leur entourage. Mais son déploiement n'a pas été à la hauteur de ces ambitions²³. La psychiatrie de secteur s'est en effet rapidement resserrée sur une prise en charge classique « patient-médecin » et ses files actives se sont progressivement allongées, rendant les pratiques préventives et ancrées dans l'environnement des patients caduques.

Le département de Loire Atlantique n'a pas échappé à cette dégradation. Au cours des années soixante-dix, un centre médico-psychologique (CMP) couvrait un bassin d'environ 60 000 personnes. Désormais, alors que la demande de soins psy augmente dans la population française et que le nombre de médecins par CMP n'a pas évolué, ces mêmes bassins comptent deux fois plus de personnes. Il en résulte un allongement des délais d'attente pour accéder aux soins que les soignants et les professionnels du travail social et de l'urgence s'accordent à trouver préoccupants. En 2023, à l'échelle du département, obtenir un rendez-vous avec un

¹⁹ <https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/18/la-psychiatrie-publique-au-bord-de-l-implosion>

²⁰ Pour exemple : E. Goffman, *Asiles*, Éditions de Minuit, Paris, 1968.

²¹ Organisation Mondiale de la Santé, « L'OMS et la santé mentale 1949-1961 », *Chroniques OMS*, 1962.

²² Ce concept est, pour C-O. Doron, la traduction d'un glissement sociétal qui conduit à imputer aux affects et aux liens individuels des problèmes dont les origines sont souvent sociales, et qui cherchent des solutions dans ces mêmes affects et liens interindividuels sans toucher aux cadres sociaux, aussi délétères soient-ils.

Doron Claude-Olivier, « L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, no. 1, 2015, pp. 3-16.

²³ Eyraud Benoît, Velpy Livia, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 149, no. 1, 2014, pp. 207-222.

médecin psychiatre de secteur²⁴ demande environ six mois pour un adulte et de deux à deux ans et demi pour un enfant²⁵. La psychiatrie de secteur, inventée pour prévenir la souffrance psychique et la dégradation de la santé mentale des personnes, se voit donc contrainte de se recentrer sur les troubles psychiatriques.

Dans le même temps, la psychiatrie hospitalière (à l'exception de celle exercée dans le domaine pénitencier) a vu ses moyens décroître pour les adultes comme pour les enfants. En France, selon un rapport DRESS publié en 2023²⁶, la densité de lits pour la prise en charge à temps complet en psychiatrie adulte a baissé de 11% de 2008 à 2019, passant 123 lits pour 100 000 adultes à 109, fin 2019, cependant que la densité moyenne de lits en psychiatrie infanto-juvénile, qui était de 24 lits pour 100 000 enfants-adolescents fin 2008 est passé à 22 lits pour 100 000 fin 2019.

Là encore, le département de Loire Atlantique ne fait pas exception. Le nombre de places de prise en charge à temps partiel est passé de 417 en 2008 à 413 en 2019, cependant que la population augmentait. La densité de prise en charge à temps partiel en psychiatrie adulte a donc reculé de 42 places pour 100 000 adultes à 37. La dégradation de la prise en charge à temps complet est plus nette encore. Sur la même période, le nombre de lits passe de 1028 à 963 pour 10 000 adultes et la densité de prise en charge à temps complet de 105 à 86.

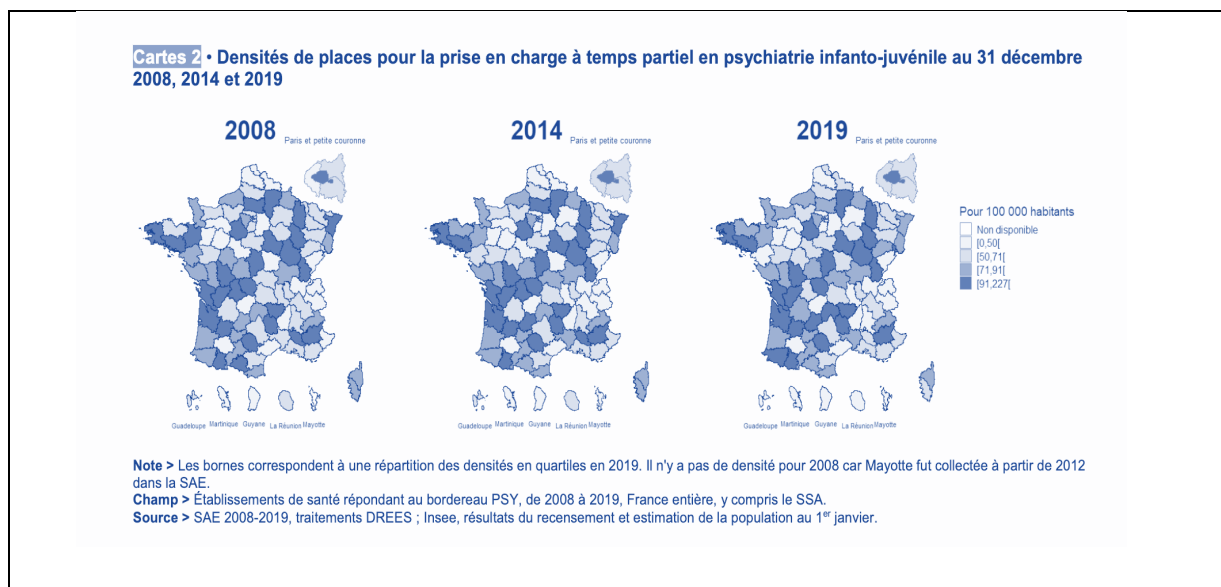
L'évolution des moyens dédiés à la psychiatrie infantile n'est guère plus réjouissante. En 2008, la Loire Atlantique comptait 196 places de prise en charge à temps partiel, elle n'en compte plus que 150 en 2019, alors que la population âgée de moins de 17 ans s'est accrue de 33 740 personnes, passant de 274 258 à 307 998. Seul le nombre de lits de prise en charge à temps complet a augmenté, passant de 38 à 43, mais sans que la densité de prise en charge s'en trouve modifiée (14 places pour 100 000 jeunes).

²⁴ La psychiatrie dite « de secteur » correspond à l'offre de soins en psychiatrie publique et exercée en centre médico-psychologique, par opposition à l'offre hospitalière.

²⁵ Témoignages de médecins psychiatres à l'occasion du colloque sur la santé mentale des étrangers organisé à l'automne 2023, dans le cadre du PTSM.

²⁶ Charline Sterchele, « L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales », les dossiers de la DREES, n°112, 2023.

Source : rapport DRESS : Charline Sterchele, « L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales », les dossiers de la DREES, n°112, 2023.



Ainsi, sous les effets conjugués du manque de moyens dédiés aux secteurs, de la baisse concomitante du nombre de lits en milieu hospitalier, auxquels s'ajoutent les effets du mouvement de gestionnarisation du domaine de la santé auquel la psychiatrie n'échappe pas et qui contribue à alourdir le temps administratif²⁷ des soignants au détriment du temps dédié aux soins, l'offre de soin en psychiatrie s'est appauvrie, cependant que la demande augmentait. Or, l'engorgement des services de psychiatrie et la dégradation des conditions de travail et de soin qui en résultent participent à la moindre attractivité du secteur pour les professionnels : la psychiatrie peine donc à recruter de nouveaux soignants, ce qui accentue encore la tension dans les services et la raréfaction de l'offre.

En somme, si, dès son origine, la notion de « santé mentale » traduit une incitation à penser la santé comme un processus et à dépasser le champ sanitaire et ses professionnels pour prévenir les troubles psychiques, tout porte à croire que la tension observée ces dernières années du côté de l'offre de soins psychiatriques renforce cette tendance. Elle contribue à comprendre que les professionnels de ce secteur cherchent, dans d'autres domaines et auprès d'autres professionnels, des relais pour compléter leur offre de soins et contribuer à préserver la bonne santé mentale des personnes.

²⁷ Ces temps administratifs servent notamment à renseigner les temps passés sur chaque tâche pour justifier les dépenses afférentes.

Une santé mentale éprouvée par la dureté des parcours migratoires

Les évolutions du champ psychiatrique expliquent donc pour partie le renouvellement des questionnements liés à la santé mentale des étrangers. Mais elles n'en épuisent pas les raisons. Les conditions migratoires et les conditions de vie dans lesquelles les étrangers sont tenus lorsqu'ils arrivent en France y contribuent également.

La multiplication des zones de conflits et la dégradation des conditions d'existence dans de nombreuses régions du monde concourent à l'augmentation des déplacements de population entre pays, cependant que la réduction des voies légales d'accès aux pays démocratiques et en paix contribue au développement des réseaux mafieux et de la traite humaine. Les parcours migratoires sont alors de plus en plus longs, de plus en plus coûteux, économiquement et humainement, et de nombreux candidats au départ y font l'expérience de la violence et de la traite humaine.

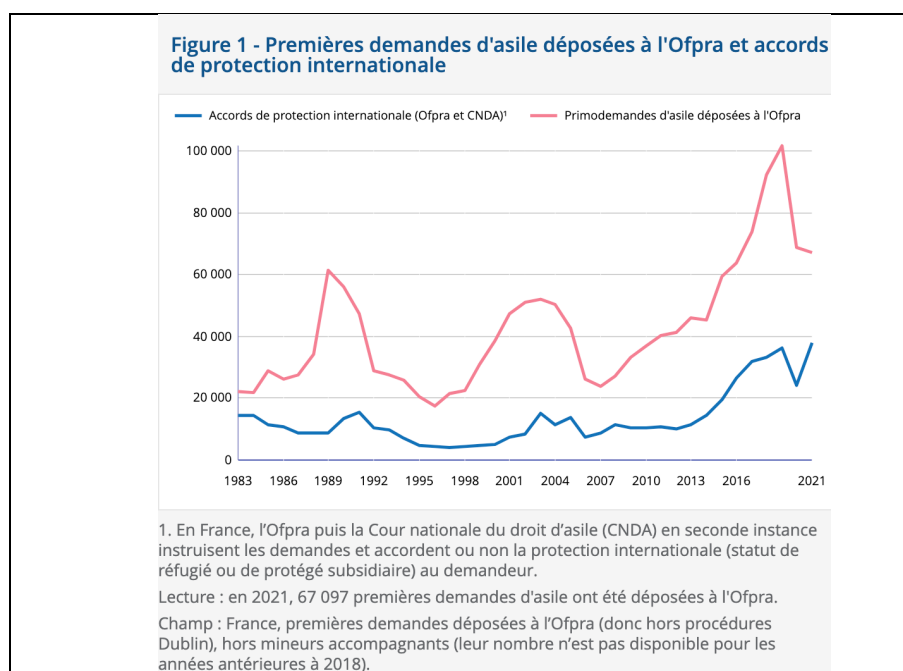
Des parcours éprouvants, se traduisant, notamment, par une augmentation des demandes de protection

Ce double mouvement n'est pas sans incidences. Il se traduit par une augmentation notable des demandes de protection à travers le monde, et en France notamment.

Cette augmentation se lit dans la hausse significative du nombre des demandes d'asile enregistrées ces dix dernières années. Selon le ministère de l'Intérieur, en 2022, plus de 107 278 premières demandes (auxquelles s'ajoutent 29 446 « procédures Dublin²⁸ ») ont été déposées au GUDA, qui sont les guichets uniques pour demandeurs d'asile. Ces effectifs se rapprochent de ceux observés avant la crise sanitaire du COVID 19 de 2020. En revanche, ils marquent une nette progression et sont sans commune mesure avec les effectifs recensés au cours des vingt dernières années du XX^{ème} siècle ou des 15 premières du XXI^{ème} siècle, durant lesquelles les premières demandes n'ont jamais dépassé le seuil de 65 000 et ne l'ont qu'exceptionnellement atteint.

²⁸ Les « procédures Dublin » réfèrent au « règlement Dublin » de l'Union Européenne, selon lequel le premier pays européen où la personne est entrée ou contrôlée est seul responsable de statuer sur la demande d'asile, même si elle est formulée ensuite dans un autre pays. Les demandeurs d'asile concernés sont dans une situation particulièrement précaire car ils peuvent être « transférés » dans des délais très variables vers le premier pays où ils ont laissé une trace administrative.

Source : AGDREF, DSED – Tableau extrait de : Insee, « Immigrés et descendants d'immigrés », *Insee Références*, 2023.



A l'échelle des Pays de la Loire²⁹, la préfecture note une importante augmentation des demandes d'asile entre 2017 et 2018, avec 3747 demandes la première année et 5354 la deuxième, puis entre 2018 et 2019, année durant laquelle le nombre de demandes passent à 6707. Plus de 60% de ces demandes se concentre sur la métropole nantaise³⁰. L'année 2020 marque ensuite un coup d'arrêt lié à la situation sanitaire mondiale et se solde par une baisse des demandes, dont les effectifs sont rattrapés et même dépassés dès 2021 et 2022, comme le montrent les effectifs de demandes d'asile recensées nationalement³¹.

Les demandes de protection au nom de l'enfance en danger ont-elles aussi évolué ces quinze dernières années. Mais leur évolution est plus difficile à objectiver que celle des demandeurs d'asile dans la mesure où, parmi l'ensemble des étrangers demandant cette protection, seuls les mineurs non accompagnés (MNA) reconnus comme tels et confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par décision de justice sont comptabilisés de manière stable à l'échelle nationale³².

Selon cette grille de lecture, depuis l'année 2020 et les restrictions de déplacement qui l'ont caractérisée du fait de la crise sanitaire liée au Covid 19, le nombre de mineurs non accompagnés n'a pas rattrapé les effectifs de 2018, année durant laquelle 17 022 jeunes avait été placés sous protection de l'enfance. Par comparaison, en 2022, 14782 jeunes (dont plus de 93% sont des garçons) ont été reconnus mineurs et confiés à l'ASE en France, 304 en Loire

²⁹ Les chiffres recensés pour la demande d'asile le sont à une échelle régionale : ils cumulent les demandes comptabilisées dans les deux guichets uniques de la demande (GUDA) situés à Nantes et à Angers

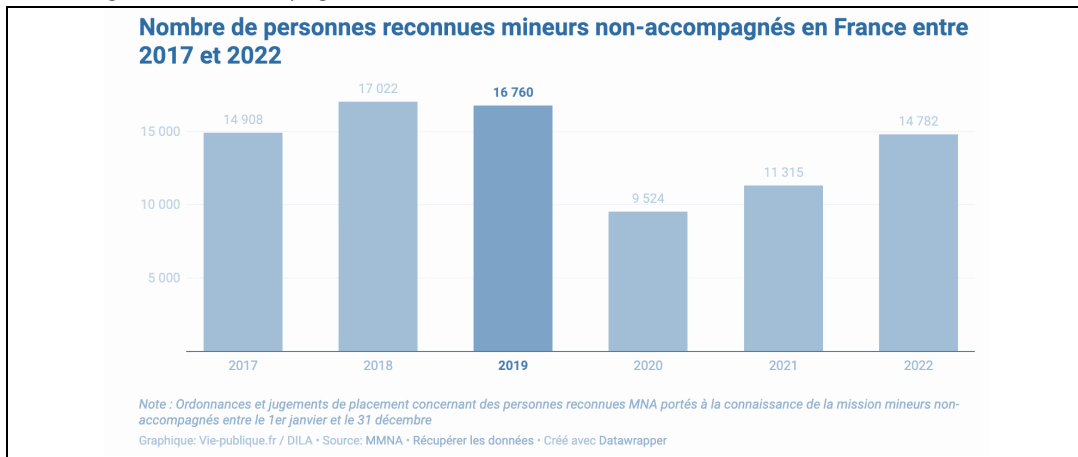
³⁰ Région des Pays de la Loire, « Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés – Région des Pays de la Loire 2021-2023 », 2021, 57p.

³¹ Nous ne disposons pas de chiffres plus récents à l'échelle régionale.

³² Site Infomie : [article : données statistiques sur les MNA](#)

Atlantique³³. Mais ces chiffres ne permettent pas de savoir si c'est le nombre de jeunes en demande de protection qui a baissé ou les conditions de délivrance de cette protection qui se sont durcies.

Source : Viepublique/DILA-<https://www.vie-publique.fr/en-bref/290953-mineurs-etrangers-non-accompagnes-le-bilan-de-la-situation-en-2022>



Ces chiffres taisent en effet tout le travail de sélection opéré par les Départements en charge de l'évaluation et de l'accompagnement de ces mineurs, entre les demandeurs de cette protection et ceux qui l'obtiennent – travail qui varie selon les années, mais aussi selon les localités. Pour exemple, selon la Cour des comptes, en 2018, le Département de Loire Atlantique n'a reconnu la minorité qu'à un tiers des jeunes demandant une protection au titre de leur âge³⁴.

Les étrangers qui arrivent en France et en Loire Atlantique ces dernières années arrivent donc, de plus en plus souvent, au terme d'un parcours difficile, au cours duquel beaucoup ont été exposés à la violence et aux situations traumatiques, dans leur pays d'origine et, ou pendant la migration. Une étude récente du COMEDE et de Médecins du Monde portant sur les mineurs non accompagnés analyse les facteurs de fragilité psychique des jeunes qu'ils reçoivent³⁵ dans le cadre de la clinique de l'exil ; ils évaluent à 37% des jeunes reçus ceux qui souffrent de syndromes psycho-traumatiques³⁶ et à 12%, ceux qui souffrent d'états dépressifs, associés à la perte de proches et à des deuils auxquels ils ont été confrontés pendant la migration ou dans leur pays d'origine. **A l'arrivée en France, ces étrangers formulent, pour beaucoup, des demandes de protection.**

³³ Mission nationale mineurs non accompagnés, *Rapport annuel d'activité 2022*, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, ministère de l'Intérieur, 2022.

³⁴ Chambre régionale des comptes, *Rapport d'observation définitive et sa réponse, Département de Loire Atlantique : Enquête protection de l'enfance, exercice 2015 et suivants*, 2019.

³⁵ Comede, Médecins sans Frontières, *La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Rapport de recherche, novembre 2021.

³⁶ Dans ce rapport, les psychotraumatismes sont définis comme suit : « Ils se caractérisent par le lien entre un événement de vie marquée par la violence et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants ». *Ibid.*

Des politiques de non-accueil aux effets délétères pour la santé mentale

Pour ces étrangers, enfants et adultes, l'arrivée (en Europe et) en France où les conditions d'accès à un titre de séjour sont continûment renforcées et où la politique du soupçon à l'égard des nouveaux entrants est prégnante, ne sonne ni la fin des incertitudes, ni celle des désillusions. Les demandes de protection, au titre de l'asile et au titre de l'enfance, se soldent par des parcours d'attente administrative, d'incertitudes, de précarité sociale et de droits atrophiés.

L'insécurité qui en résulte et l'instabilité qui en est le corolaire ajoutent alors de nouvelles vulnérabilités aux vulnérabilités passées, tout en limitant les possibilités d'engager avec ceux qui le souhaiteraient et en auraient besoin, un travail sur leurs souffrances psychiques.

« Tu te confrontes chaque jour à un milliard de problèmes »

Souleymane est un jeune guinéen âgé de 23 ans lorsque je le rencontre³⁷. Il vient alors d'obtenir l'asile, après trois années passées en France dans l'incertitude de cette issue. Il raconte combien cette précarité administrative a été délétère pour sa santé mentale (et celle de ses compagnons d'infortune), déjà malmenée par les conditions de son exil. *« En ces temps-là ma situation était un peu compliquée, j'allais pas très bien moralement (...) quand j'arrive, je n'arrive pas à dormir, parce que j'ai des choses qui me viennent dans la tête ... Chaque nuit, ça sort ici...comme si on est en train de descendre dans le puit... je mets ma main comme ça sur ma poitrine... j'ai des choses qui viennent dans ma tête... si peur... (...) C'était pas facile à ce moment-là... il y avait beaucoup de choses qui se passent dans ma tête... »*



Tous les immigrés, tu sais, regardes : tu te confrontes chaque jour à un milliard de problèmes. Tu n'as pas vu tous les migrants qui marchent avec des sacs, des sacs pleins de documents... à chaque fois il faut un rendez-vous, soit un rendez-vous médical, soit à la préfecture, soit à la mairie... il faut prendre des rendez-vous... tu vois...combien de fois on est confrontés à tous ces problèmes... et puis il y en a certaines (personnes) qui sont bien et certains qui ne sont pas bien. Parce que, des fois, on peut te donner un rendez-vous que tu dois effectuer demain, on t'appelle aujourd'hui, on te dit c'est demain. Toi tu dois préparer, mais ils ne savent pas si tu es à Nantes ou bien en dehors de Nantes... ou bien un rendez-vous médical qu'on te donne deux mois après... mais si c'était un désastre, qu'est ce qui va se passer ? On est confrontés à tous ces problèmes... c'est pour ça je veux expliquer au monde, ce qu'ils nous font traverser... Beaucoup sont fous ici dans la tête. Tu vas trouver que quelqu'un marche bien, mais ça ne va pas dans la tête... tu vois. »

³⁷ Cet entretien a été réalisé dans le cadre d'une étude conduite pour la Ville de Nantes, sur les effets réciproques, sur les projets et les parcours, de la

participation d'étrangers nouvellement arrivés en France à des projets artistiques (2020).

Les demandeurs d'asile exposés aux attermoissements et à la pauvreté

Les étrangers qui demandent l'asile disposent, en France, d'un ensemble de droits, dont celui d'être logés en Centre d'Accueil et d'hébergement des Demandeurs d'asile (CADA) ou en Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asiles (HUDA), pour ceux relevant de la « procédure Dublin », le temps que l'Office Français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) traite leur demande d'asile. Cette mise à l'abri doit leur permettre de disposer d'un lieu sécurisé où dormir chaque soir, et d'un accompagnement social et administratif.

Ceux qui accèdent à cet hébergement sont en liens réguliers avec des travailleurs sociaux, qui peuvent les épauler dans la demande d'asile, les orienter vers des soignants en cas de problème de santé, ou encore vers des cours de langues et des activités qui les aident rompre l'isolement dans lequel beaucoup se trouvent et à passer le temps. Mais, « si dans un premier temps la pause imposée par la procédure d'asile et l'entrée dans le dispositif d'accueil conduisent à un travail de soin et de recomposition du corps, dans un deuxième temps, le CADA induit l'expérience d'une relégation ». En effet, malgré l'accompagnement qui leur est proposé, les demandeurs d'asile demeurent suspendus aux échéances et décisions administratives, privés du droit de travailler et de regagner ainsi une identité sociale autre que celle de demandeurs d'asile et une autonomie, empêchés de circuler comme ils l'entendent, dépendants de l'aide versée par l'État et tenus dans une grande précarité administrative et sociale, dont les effets délétères pour la santé mentale sont aujourd'hui documentés³⁸.

En dépit du droit, de nombreux demandeurs d'asile ne peuvent accéder au dispositif dédié, par manque de places. Leur situation est plus difficile encore. Ceux-là passent des semaines voire des mois entiers entre la rue, les squats, les hébergements d'urgence, les hébergements chez des compatriotes³⁹ ou les hébergements chez des tiers via des collectifs solidaires, et sont exposés à une insécurité quasi quotidienne.

Les réalités observées en Loire Atlantique ne démentent pas ces constats. Les créations régulières de places d'hébergement⁴⁰ ces dernières années ne permettent toujours pas à l'ensemble des demandeurs d'asile d'accéder à leur droit. Selon la Cimade⁴¹, en 2023, la Loire Atlantique compte 1028 places de CADA, 981 en HUDA, théoriquement dédiés aux demandeurs d'asile en procédures Dublin et en procédures accélérées, 320 places en Centre d'Accueil et d'Études des Situations (CAES) où les personnes peuvent être hébergées un mois (ou deux, dans la pratique) et 177 places réservées aux réfugiés statutaires en Centre Provisoire d'Hébergement des réfugiés (CPH), qui, une fois la protection obtenue, ne sont pas

³⁸ Kobelinsky, Carolina. « Des corps en attente. Le Quotidien des demandeurs d'asile », *Corps*, vol. 10, no. 1, 2012, pp. 183-192

³⁹ La question de l'hébergement est particulièrement significative de cette précarité. Selon la Cimade, malgré le nombre d'hébergement (113 832 places en 2022) dédiés aux demandeurs d'asile et son augmentation ces dernières années, seuls 50 % d'entre eux étaient hébergés en 2022. Un demandeur d'asile sur deux n'a donc pas de place d'hébergement dans le « dispositif national d'accueil » (DNA)

⁴⁰ En région Pays de la Loire, selon la DREETS, le nombre de places a augmenté de plus de 58 % en CADA et plus de 46 % en HUDA entre 2014 et 2017.

DREETS, Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, 2021-2023.

https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/sradar_2021-2023.pdf

⁴¹ <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>

en mesure d'être pleinement autonomes. Au total, hors CPH, 2329 places permettent une mise à l'abri des demandeurs d'asile. Mais, ce nombre dissimule des écarts notables de durée et de qualité d'hébergement et d'accompagnement. Par ailleurs, il est loin de couvrir les besoins de logement des aspirants à l'asile⁴². Selon la DREETS, en Loire-Atlantique, en 2020, deux tiers des demandeurs d'asile n'étaient pas pris en charge par le dispositif régional d'hébergement, tandis que celui-ci était occupé à plus de 99 %.

Cette absence de prise en charge a des effets notables à l'échelle des personnes. L'aide versée par l'État aux demandeurs d'asile, qui est fixée à 6,80 euros par jour pour une personne seule prise en charge par le dispositif d'hébergement, n'est augmentée que de 5,60 euros pour une personne non prise en charge, qui doit se nourrir (même s'il est possible de prendre certains repas dans des cantines solidaires) et se loger. Les demandeurs d'asile qui n'entrent pas dans le dispositif dédié sont donc non seulement privés de leurs droits, mais ils sont surtout placés dans une situation de pauvreté économique et de précarité sociale particulièrement insécurisante et délétère, qui prolonge les affres du parcours migratoire au moment où les personnes s'attendent à pouvoir souffler et se reposer. Privées de la possibilité d'accéder à un logement stable, même sommaire, elles sont non seulement exposées aux intempéries, aux larcins et aux violences de la rue et des squats, à davantage de malnutrition que celles qui peuvent se préparer leur repas ou bénéficier de repas collectifs, mais elles sont aussi en proie à une incertitude et une insécurité toutes deux permanentes, dont les effets néfastes sur la santé mentale, et la santé en général, sont amplement démontrés. Or, tandis qu'ils sont éloignés des structures du dispositif de prise en charge, ces demandeurs d'asile sont aussi plus à distance des acteurs susceptibles de soutenir leur bonne santé mentale et de soulager leurs souffrances psychiques.

« On fabrique de la précarité et on fabrique de la souffrance »

Un médecin habitué à travailler auprès des publics en situation de précarité social tisse un lien étroit entre la précarité des parcours imposée aux étrangers nouvellement arrivés et la détérioration de leur santé mentale au long cours.



« Pour soigner un trauma, il faut de la sécurité et du temps. (Dans notre société) On nourrit le psycho-trauma. On se donne du travail pour demain... En tout cas, notre système est maltraitant ; on fabrique de la précarité et on fabrique de la souffrance. »

⁴² DREETS, *Op. Cit.*

La situation de ceux à qui l'OFPPRA⁴³ puis la Cour Nationale du Droit d'Asile⁴⁴ refusent l'asile s'aggrave encore. Les déboutés du droit d'asile séjournent en France de façon irrégulière. Même si certains engagent des démarches pour obtenir un titre de séjour par une autre voie, ils n'ont plus accès au logement, ni à l'allocation des demandeurs d'asile et les espoirs de voir s'améliorer leurs conditions de vie se réduisent encore, ce qui contribue à les maintenir dans l'insécurité et la pauvreté et à les éloigner encore des acteurs et services susceptibles de soutenir leur santé, dont leur santé mentale.

Des jeunes et très jeunes confrontés à l'insécurité administrative et sociale

Les conditions de prise en charge des plus jeunes étrangers ne suffisent pas non plus à pallier l'insécurité de leur situation sociale et administrative.

Une partie des mineurs non accompagnés ne demandent pas de reconnaissance de minorité et échappent donc aux observateurs, mais aussi aux associations et aux services qui pourraient leur venir en aide. Ces jeunes sont décrits comme étant particulièrement exposés aux réseaux mafieux et à la polytoxicomanie, ainsi qu'aux problèmes de santé physique et mentale, mais comme étant aussi très éloignés du soin.

Les autres, les étrangers mineurs qui se rapprochent des associations et des institutions pour faire reconnaître leur minorité, demeurent, pour beaucoup, dans des situations insécurisantes, surtout lorsqu'ils ne sont pas reconnus mineurs en première instance.

Là encore, l'exemple de la Loire Atlantique ne fait pas exception. Pour bénéficier de la prise en charge des services du Département, les jeunes étrangers arrivés sans famille doivent déposer une demande de reconnaissance de leur minorité au service Aemina de l'Association Saint Benoit de Labre (ASBL) qui est le service d'évaluation de la minorité et de la situation d'isolement des MNA de Loire Atlantique (par délégation du Département). Si l'obligation légale de mise à l'abri des jeunes le temps de l'évaluation de leur minorité y est mieux respectée qu'elle ne l'était il y a peu, en revanche les délais d'évaluation y sont de plus en plus brefs, ce qui prive les jeunes des quelques jours de répit durant lesquels ils pouvaient espérer reprendre des forces. Selon la cour des comptes, ce délai est passé d'une durée moyenne de 21 jours en 2016 à 5 jours en 2018. Et le Programme MNA de Médecin du Monde note qu'en 2021, cette évaluation a été réalisée leur jour même de leur arrivée au service Aemina pour 40% des mineurs non accompagnés en 2021.

Au terme de cette évaluation, ceux qui sont reconnus mineurs bénéficient d'une prise en charge – le temps de leur minorité – par les services de l'aide sociale à l'enfance du Département et de façon complémentaire, par les réseaux des hébergeurs. On notera cependant que le prix moyen par jour versé par le Département aux structures en charge de

⁴³ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

⁴⁴ La CNDA la Cour nationale du droit d'asile, instance de recours après la décision de l'OFPPRA. Contrairement à d'autres décisions de justice, quasiment tous les demandeurs d'asile déboutés à l'étape de l'OFPPRA font appel et passent devant la CNDA.

l'accompagnement spécifique des MNA est bien inférieur au prix moyen versé aux structures ayant en charge les mineurs non étrangers. Selon un rapport de la cour des comptes, « le prix de journée moyen en structure dédiée MNA est de 70 €, contre 157€ en MECS (Maison d'Enfants à Caractère Social)⁴⁵ ». Cet écart ne peut que se reporter sur les moyens dont disposent les professionnels pour accompagner ces jeunes et, par conséquent, sur la qualité de l'accompagnement proposé : en Loire Atlantique, beaucoup de MNA sont encore hébergés en hôtel malgré la loi Taquet de février 2022 qui interdit les placements en hôtel. Cependant, ces jeunes mis à l'abri sont en lien avec un travailleur social, voire une équipe de travailleurs sociaux. Ils peuvent être scolarisés, orientés vers des soignants, dont des psychologues, mais aussi vers des associations de loisirs, etc. Ils bénéficient donc d'un accompagnement susceptible de les soutenir et d'aider à repérer et soulager leurs souffrances psychiques.

La situation de ceux qui ne sont pas reconnus mineurs lors de cette évaluation est plus difficile. En l'absence de présomption de minorité, les jeunes qui font appel de cette décision sont considérés comme séjournant illégalement sur le territoire français tout le long de la procédure d'appel⁴⁶ ; ils n'ont alors ni accès à l'école, ni à l'emploi. Bien que la Ville de Nantes ait ouvert un hébergement pour mettre à l'abri une partie d'entre eux et en dépit du soutien des associations et des citoyens, leur accès aux droits demeure limité et la précarité des conditions de vie dans laquelle beaucoup se trouvent menace jusqu'à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux⁴⁷.

Enfin, ceux à qui la minorité n'a définitivement pas été reconnue peuvent tenter de demander l'asile ou d'obtenir un autre titre de séjour, mais dans ce dernier cas, à l'image des demandeurs d'asile déboutés, ils retombent dans une zone de non droit et se confrontent, une nouvelle fois, à une grande précarité sociale et à un avenir incertain, ce qui peut encore détériorer leur santé mentale. Ainsi, parlant des mineurs non accompagnés, Médecin du monde et le Comede notent que, parmi les troubles qu'ils recensent chez les mineurs qu'ils accueillent 50 % sont des « troubles réactionnels à la précarité en France ». De son côté, C. Boyer, rappelle que le rejet institutionnel de reconnaissance de leur minorité, « peut également renforcer des processus de déliaison déjà existants chez les sujets psychotraumatisés.⁴⁸»

La précarité des conditions administratives et sociales dans laquelle se trouvent de plus en plus d'étrangers sur le territoire français contribue alors à élargir les questionnements qui entourent l'accompagnement de leur santé mentale. Aux réflexions sur la prise en compte des traumatismes liés à la situation d'exil (avant le départ et pendant des parcours migratoires de plus en plus durs), elle ajoute des questions liées aux troubles que peuvent

⁴⁵ Chambre régionale des comptes, *Rapport d'observation définitive et sa réponse, Département de Loire Atlantique : Enquête protection de l'enfance, exercice 2015 et suivants*, 2019, p.56.

⁴⁶ Comede, Médecins sans Frontières, « *La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion* », Rapports de recherche, novembre 2021.

⁴⁷ Médecin du monde, *Rapport d'activité 2021, Bilan du Programme mineur-e-s non accompagné-e-s*, Nantes, 2021.

⁴⁸ C. Boyer, « Mineurs non accompagnés en recours : Le traumatisme du non-accueil – étude de cas clinique », *DU psychopathologie et psychotraumatisme*, Université Paris Diderot, 2020.

générer sur la santé⁴⁹, les précarités sociale⁵⁰ et administrative. Ainsi, sans écarter les questionnements sur la pertinence d'un accompagnement de droit commun *versus* celle d'un accompagnement dédié ou sur les modalités de considération des référents culturels dans les accompagnements, cette précarité ajoute des questionnements sur la nature, sociale, psychologique et, ou psychiatrique, des réponses à apporter. En éloignant une partie des étrangers de l'accès aux services de soins, elle participe aussi à élargir le champ des acteurs susceptibles d'agir sur leur santé mentale⁵¹ et pose la question de l'articulation des interventions des acteurs de ces différents champs.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte. Face à la pénurie de l'offre psychiatrique qui n'épargne pas la Loire Atlantique⁵² et tandis que la précarité administrative et sociale des étrangers nouvellement arrivés en Loire Atlantique constitue un facteur supplémentaire de dégradation de leur santé mentale et d'éloignement du soin, le groupe de travail n°13 du PTSM dudit département entend mieux identifier les ressources de son territoire et réfléchir aux modalités de réponses susceptibles d'être apportées par les acteurs du social et du sanitaire, de la psychiatrie de secteur et hospitalière, dans une logique d'optimisation de l'offre de soins, et d'amélioration de la prise en charge de la santé mentale des étrangers.

⁴⁹ Comede, Médecins sans Frontières, *Opus. Cit.*

⁵⁰ Ce questionnement est d'autant plus fort que la psychiatrie est sous tension et manque de moyens. Dans ce contexte, les soignants se recentrent généralement sur les prises en charge qui ont le plus de chance d'aboutir.

Meslin Karine (GERS), David Marion (GERS), Gérome Clément, *Usages de produits psychotropes et prise en charge sociosanitaire des usagers de drogues en situation de grande précarité en Pays de la Loire*, Études et recherches, Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives, Paris, 2023, 70p.

⁵¹ Selon un rapport de l'observatoire « santé mentale et vulnérabilités et sociétés », cette précarité expliquerait le renouvellement des problématiques soulevées par la prise en charge des étrangers récemment arrivés sur le territoire français. Elle interrogerait certains professionnels sur la légitimité de ces personnes à être soignées ou sur le sens d'une prise en charge qui peut, à tout moment, être suspendue ou stoppée, du fait d'une décision extérieure à la personne. Elle placerait aussi les étrangers concernés dans une posture de dépendance forte vis-à-vis de l'administration et de ses temporalités, de ses exigences et décisions, là où la logique du soin suppose une forme d'autonomie ne serait-ce que dans la demande de soin. De plus, la place prise par les certificats médicaux dans les décisions administratives (demande d'asile ou titre de séjour pour raison de santé) aurait pour corolaire de complexifier le recueil et l'analyse de la parole des patients, davantage attentifs à convaincre l'administration qu'à entrer dans une démarche de soin.

Op. Cit.

⁵² Even Fabienne, « "Nous faisons du tri, nous choisissons les cas les plus urgents", la psychiatrie en souffrance en Loire-Atlantique », France 3 région, 28 Avril 2023

[> Accès à l'article en ligne](#)

Prendre soin malgré tout

« C'est difficile. On se retrouve face à un mur administratif qui fait que les gens sont dans une souffrance... Je ne sais pas comment dire... C'est des gens qui depuis des années se prennent un mur. Mais vraiment. Un mur ! »

(Éducateur spécialisé)

« La personne est traumatisée, mais son récit de vie partagé avec quelqu'un d'autre peut produire des images envahissantes pour la personne qui va recevoir les récits »

(Psychologue clinicien)

Le renouvellement de la grille de lecture de la santé psychique, la pénurie d'offre de soins psychiatriques et la dégradation des parcours administratifs des étrangers nouvellement arrivés en France contribuent à interroger non plus uniquement les modalités de prise en charge de leurs troubles psychiatriques, mais bien les conditions d'accompagnement de leur santé mentale. En Loire Atlantique comme ailleurs, les témoignages convergent pour dire combien cette santé est soumise à rude épreuve, et combien, dans un même temps, les entraves à un accompagnement susceptible de la soulager sont nombreuses.

Après avoir dépeint à grands traits les différentes façons dont les professionnels et les militants appréhendent cette réalité dans l'exercice de leurs missions, elle se propose d'analyser les moyens qu'ils déploient pour soulager, accompagner, orienter ou soigner les exilés qu'ils reçoivent, selon le moment où ils interviennent dans leur parcours et les objectifs de leur intervention. Elle cherche ainsi à rendre compte des actions, des dispositifs, mais aussi bricolages qu'ils mettent en œuvre pour soutenir la santé mentale des étrangers et leur capacité à le faire – l'une et l'autre étant étroitement liées.

Faire l'expérience par procuration du désarroi et des souffrances psychiques des exilés : une source de mal-être professionnel ?

Depuis les années 2010, et l'augmentation du nombre de personnes étrangères en situation de précarités administrative et sociale en Loire Atlantique, dans la métropole nantaise d'abord, puis, progressivement, dans de plus petites villes du département telles que Saint-Nazaire, Ancenis, Clisson ou Châteaubriant, de nombreuses personnes sont, par engagement et, ou du fait de leurs fonctions professionnelles, en situation d'accueillir, d'accompagner ou de soigner des étrangers nouvellement arrivés sur le territoire.

A l'occasion des entretiens, toutes témoignent d'abord de la détresse et des souffrances psychiques auxquelles ceux-ci sont exposés : un quotidien qui malmène, une absence de perspectives, une inquiétude pour soi et ses proches, des situations traumatiques passées qui débordent et empêchent d'avancer, etc. **Mais elles disent aussi combien recevoir cette souffrance est difficile.** La détresse des étrangers semble retentir d'autant plus fortement chez elles qu'elle les place face à leurs propres limites ; les uns manquent de formation ou de compréhension des réalités que les personnes traversent, d'autres manquent de solutions et de moyens à leur proposer, etc. Il en résulte, pour beaucoup, un profond sentiment d'impuissance et des formes de souffrance au travail aux intensités et aux formes différentes selon leur rôle – leur métier pour les professionnels – et selon les structures et les territoires où ils l'exercent.

Des intervenants sociaux de l'urgence usés par la rareté des moyens à proposer et le caractère ubuesque de l'administration des étrangers

Bien qu'habituellement à travailler auprès des personnes en situation de grande précarité sociale, de désaffiliation, voire de marginalisation, les professionnels de l'intervention sociale exerçant dans le cadre de l'urgence sociale (hébergement, accueils de jour, prévention, maraude, etc.) et les militants des droits humains et des droits des étrangers ne semblent pas moins bousculés que les autres dans l'exercice de leurs fonctions, par l'augmentation des étrangers en situation de précarité administrative et sociale. Plusieurs raisons l'expliquent.

L'une d'entre elles tient à la pauvreté des moyens dont ils disposent pour agir à leurs côtés. Ils manquent de moyens pour faire appliquer les droits des étrangers, au premier rang desquels la mise à l'abri des plus jeunes et l'hébergement des demandeurs d'asile, ce qui les contraint à des arbitrages contraires à leur éthique : faire sortir de son logement un demandeur d'asile débouté ou reconnu réfugié sans autre solution à lui proposer ou le maintenir dans un logement lors même que de nombreux demandeurs d'asile en attente d'hébergement sont sans solutions. Dans le cas des jeunes non reconnus mineurs ou des déboutés du droit d'asile, ce sont aussi les aides matérielles, les activités ou les dispositifs d'accompagnements vers lesquelles les orienter qui font défaut. Or, ces propositions soutiennent habituellement les efforts des professionnels pour créer du lien avec les plus marginalisées et éloignées des

institutions, notamment les très jeunes, qui peuvent être dans des formes de méfiance voire de défiance vis-à-vis de ceux qui y sont associés.

« C'est notre mal-être »

L'échange entre deux travailleurs sociaux, Germain (G) et Mathieu (M), l'un travaillant dans la prévention dans l'espace public, l'autre dans un hébergement d'urgence, témoigne de la souffrance au travail que génère, pour eux, le fait de n'avoir presque aucune ressource à proposer aux personnes qu'ils ont pour mission de soutenir.

« (Enquêtrice) *En quoi l'arrivée de ces jeunes change votre travail, par rapport aux autres jeunes qui étaient déjà là ?*

- (G) *Bah beaucoup plus de frustrations par rapport aux non-réponses qu'on peut amener. Ça c'est la question n°1. C'est-à-dire « pfff qu'est-ce qu'on peut proposer ? Qu'est-ce qu'on peut... ? » Je pense qu'effectivement c'est plus notre mal-être à nous... Habituellement, pour les autres, il y a plusieurs pistes possibles, c'est eux qui ne les prennent pas (toujours). Alors qu'on sent un public très demandeur, très faisant, et on n'a pas grand-chose...*
- (M) *Oui, on a une structure à Nantes, et les collègues sont en très grande souffrance (...) Pas de moyens, trop de demandes et les collègues sont en train de peiner dur du fait de la non-réponse à apporter ; ils disent que c'est très très violent, vraiment très violent. »*



« Comment accompagner des gens qui n'ont pas de droit ? »

« Et nous normalement, on fait de l'accompagnement social pour les aider à se réinsérer. Mais comment on fait pour accompagner des gens qui n'ont pas le droit de travailler, pas le droit à un logement (de droit commun) ? ... Qui n'ont pas de droit ! »
(Éducateur spécialisé, CHRS)

De plus, le caractère de plus en plus ubuesque et tortueux de l'administration des étrangers, souvent mis en cause lors des entretiens, les place en porte à faux vis-à-vis des personnes qu'ils accompagnent. En tant que professionnels de l'intervention sociale, ils sont tenus de les inciter à connaître et respecter la loi, dans une logique éducative (notamment auprès des mineurs) et préventive, et à éviter d'avoir à faire à la justice ce qui anéantirait leurs chances de régularisation. Mais, ils ont aussi pour mission de les aider à accéder à leurs droits et de les soutenir dans leurs démarches, notamment administratives. Or, dans la réalité des accompagnements, ces deux directives sont parfois contradictoires. Ainsi, par exemple, les chances de régularisation d'une personne étrangère sont augmentées lorsqu'elle peut prouver qu'elle a travaillé suffisamment longtemps, même de manière illégale. Par ailleurs, une personne qui perd son titre de séjour (et donc le droit de travailler) après avoir obtenu un logement de droit commun, peut y être maintenue dès lors qu'elle est solvable. Mais cela suppose, là aussi, qu'elle travaille sans être déclarée et donc illégalement.

En d'autres termes, pour les étrangers, le contournement de la loi est parfois une solution *sine qua non*, non seulement pour survivre et maintenir des liens sociaux, mais aussi pour obtenir un titre de séjour et donc sortir de l'illégalité. Beaucoup de travailleurs sociaux en position d'interface entre les institutions et les personnes qui en sont les plus éloignées, dénoncent ces règles de droits accusées au premier chef de malmenier les personnes concernées – « *de rendre fou* » –, mais aussi de nuire à la crédibilité des professionnels chargés de les accompagner tout en érodant le sens de leur travail. Certains témoignent alors du sentiment qu'ils ont en travaillant, de « *faire rouage dans un système inhumain* ».

« C'est très perturbant, on ne sait plus trop quel discours tenir, on n'a plus trop de cadre de référence »

Germain (G), Mathieu (M) et Laurence (L) sont trois travailleurs sociaux exerçant dans des cadres professionnels différents. Tous ont plus de quinze ans d'ancienneté. Lorsqu'il leur est demandé ce qui a changé ces dernières années, avec l'augmentation des personnes étrangères parmi les personnes qu'ils accompagnent, ils s'accordent à désigner les paradoxes de l'administration des étrangers et la rareté des solutions légales de survie à proposer aux personnes en situation de précarité administrative, ce qui mine le sens de leur travail.

« Quand on parle d'insertion professionnelle, là, c'est aussi de passer il y a 20 ans à faire de la prévention contre le travail au black, à aujourd'hui dire comment trouver du bon travail au black, trouver des bons employeurs, faire attention de là où on met les pieds. On est maintenant à dire comment on trouve du travail (au noir) ? c'est quoi la stratégie... ?

- (Enquêtrice) Pour avoir des fiches de paye ?
- (G) Même pas des fiches de paye, pour avoir des ressources et se sentir utile quoi...
- (L) Et puis dans le travail, on voit de tout, ce qui n'est pas sensé exister, on a toutes les configurations possibles. Des demandeurs d'asile qui n'ont pas le droit au travail, qui sont en contrat d'apprentissage, alors qu'ils ne sont pas censés avoir droit au travail. Des déboutés qui ont des fiches de paye, et ça donne une régularisation alors qu'ils n'ont pas le droit de travailler !
- (G) Les jeunes me disent : « Mais on me dit que je vais avoir un accès privilégié à un titre de séjour si j'ai un an de travail, sauf que je n'ai pas le droit de travailler... ». Il dit : « Mais c'est l'État qui écrit ça ?! ». Je dis « Oui c'est l'État qui écrit ça... ». Bah oui, oui ! Oui !
- (L) C'est très perturbant ça... on ne sait plus trop quel discours tenir, on n'a plus trop de cadre de référence... Au début, moi ça m'a mise (en difficultés) ...
- M) (...) On est amenés à dire : « Bah oui, trouve ce que tu peux ! » (...) C'est vrai que... Mais c'est du bon sens, il faut bien qu'ils vivent !
- G) (...) Tu ne peux plus avoir de discours de prévention, parce que tu n'as pas d'autres solutions à leur donner en fait... »

Des intervenant sociaux de droit commun isolés dans l'accompagnement des étrangers

Le sentiment d'impuissance des professionnels de l'urgence sociale et du dispositif national d'accueil (DNA) est partagé par ceux des services d'accompagnement social et d'insertion socioprofessionnelle, qui travaillent dans des institutions publiques accueillant de façon inconditionnelle (des Missions Locales, des Espaces Départementaux des Solidarités (EDS), des établissements scolaires, etc.).

Dans ces services, à l'échelle de la Loire Atlantique, les étrangers en situation de précarité administrative ne constituent qu'une petite partie des publics accueillis et leur accompagnement qu'une part congrue de l'activité. Et, même si son poids a rapidement augmenté ces dix dernières années, cet accompagnement fait l'objet d'un investissement institutionnel relativement modéré. Il

semble qu'aucune formation collective aux questions de la migration n'est proposée aux agents, que ce soit sur le volet juridique ou sur la démarche interculturelle par exemple, et ceux-ci ne bénéficient pas non plus de temps d'analyse ou de retour sur leur pratique. Quant au recours à l'interprétariat, il n'est pas systématiquement institué⁵³, de sorte que les professionnels se retrouvent souvent dans des situations d'incompréhension, ne serait-ce que linguistique, avec les personnes qu'ils ont la mission d'accompagner.

Chez eux, les difficultés s'enracinent donc à la fois dans l'absence de réponses matérielles à apporter et dans l'absence d'outils et de soutiens dont eux-mêmes disposent pour faire face et accompagner les personnes. Or, les professionnels qui travaillent dans ces services n'ont pas choisi de travailler auprès des personnes en situation de migration et n'ont pas toujours ni l'envie, ni les connaissances ajustées. Pour ceux d'entre eux qui n'ont pas d'expériences préalables, ni d'appétences, le manque de portage institutionnel peut se solder par un agacement vis-à-vis de ces usagers pour lesquels ils ne peuvent pas grand-chose et peuvent avoir le sentiment de perdre leur temps et ne pas être les bons interlocuteurs. Pour les autres, et notamment ceux qui ont souhaité participer à l'étude, ce sont des sentiments d'impuissance et d'isolement qui s'expriment le plus souvent lors des entretiens.

« On se retrouve assez démunis »

L'exemple des Missions locales ou des EDS dont la vocation première est d'accueillir, d'informer et d'accompagner les personnes de façon inconditionnelle, révèle les difficultés auxquelles certains professionnels peuvent se confronter dans l'accueil des personnes étrangères en situation de précarité administrative. D'un côté, ces services proposent un premier accueil inconditionnel à l'ensemble des jeunes. De l'autre, la quasi-totalité des aides existantes sont suspendues à la détention d'une autorisation de séjour en France.



Les conseillers emplois et les travailleurs sociaux qui y exercent se retrouvent donc en position d'accueillir de nombreux étrangers, sans titre de séjour, pour lesquels ils n'ont que peu de réponses à proposer. Ils peuvent alors devenir les réceptacles des frustrations, de la colère et du désarroi que le constat d'une absence d'issue peut créer chez les personnes concernées, sans savoir comment y faire face, ni être accompagné pour le faire. C'est ce dont témoigne l'une d'entre eux.

« L'inconditionnalité de l'accueil met en lumière les difficultés qu'on a justement de pouvoir accompagner sur les parcours de l'emploi et la formation. On essaie de travailler en partenariat avec les associations, qui rencontrent les mêmes difficultés. Et avec aussi le constat de public MNA non reconnu, en errance, avec peu de moyens, peu de possibilités au niveau de la santé mentale notamment, des problèmes linguistiques très forts et des parcours qui créent des troubles... Donc ils ont besoin de cet accompagnement, ça leur fait du bien. Mais après, nous on se retrouve assez démunis face à ces situations, donc on essaie d'être présents ... Notre rôle c'est écouter, sauf qu'on n'est pas formés et on n'a pas tous cette sensibilité-là d'écoute ; on est là pour la formation, mais on n'est pas psychologues. (...) parce qu'il y a des décompensations, des agressions qui ne sont pas liées à notre personne mais à un moment donné, quand on ne peut pas accompagner après des années d'errance, juste pour avoir un emploi, on comprend la frustration... »

⁵³ Il existe de rares exceptions, mais elles ne suffisent pas à infléchir la tendance générale. Pour exemple, à l'échelle de la Loire Atlantique, un médecin ayant une fonction support pour les travailleurs sociaux des EDS et dont le périmètre d'action s'étend à l'ensemble du département peut avoir recours à l'interprétariat. Mais cela ne peut suffire à couvrir l'ensemble des besoins des travailleurs sociaux des EDS.

Des soignants inégalement mobilisés et disposés à accueillir

Les soignants ont été peu représentés lors des entretiens relativement aux professionnels de l'intervention sociale. De l'avis de ces derniers, ils paraissent inégalement disposés à recevoir les personnes étrangères, qui plus est lorsque celles-ci sont en situation de précarité administrative et ne parle pas français.

« Trouver une écoute dans le système de soin de droit commun »

« J'allais rebondir sur la difficulté qu'on peut avoir.... Parce que là, il y a des initiatives comme Césame qui émanent du terrain, des personnes qui accueillent ce public là, mais qui émanent très peu du soin... et des difficultés que le soin peut avoir à accompagner ce public-là. Et aujourd'hui c'est une des grandes difficultés qu'on peut avoir sur les territoires, c'est d'avoir un relais, une écoute, voire une considération des difficultés dans le système de soin du droit commun. C'est plus ou moins fort selon les territoires, mais c'est une vraie difficulté que l'on a aujourd'hui : le soin, pour entrer dans un CMP, ou un centre hospitalier

- Même médecin traitant !

- Même médecin traitant... globalement, on est sur une prise en charge qui interroge (...). Ça crée de l'incompréhension pour nous. »
(Échange entre deux intervenantes sociales)



Au risque de durcir une réalité plurielle, deux catégories de soignants se distinguent au fil de l'étude. Les premiers exercent leur profession dans des structures sociales, dédiées aux personnes en situation de précarité et, ou aux étrangers : structures d'hébergement d'urgence ou dédiées aux MNA ou aux demandeurs d'asile par exemple, associations humanitaires, services hospitaliers tels que la PASS (Permanences d'accès aux soins de santé), équipes mobiles psychiatrie précarité, lits halte de soin santé, Césame, CRCT (Consultation Ressource en Clinique Transculturelle), etc. Les autres exercent dans des services hospitaliers de droit commun ou en tant que libéraux.

A de rares exceptions près, seuls les soignants de la première catégorie se sont déplacés à l'occasion des entretiens et ce sont le plus souvent des psychologues ou des infirmiers psychiatriques, volontairement engagés sur les questions de la précarité et, ou de l'exil.

Chez eux, la réception de la détresse des étrangers accueillis semble moins déstabilisante que pour les professionnels du travail social, parce qu'elle fait partie intégrante de leur choix professionnel et constitue leur cœur de métier. Si elle les oblige à déplacer leur pratiques – nous y reviendrons – elle ne semble pas remettre en cause leur « ethos professionnel », entendu comme un ensemble de principes qui s'incarnent jusque dans leurs pratiques.

Les principales causes de leur découragement sont associées aux difficultés qu'ils rencontrent pour trouver des relais auprès des services psychiatriques hospitaliers, lorsque leur écoute ne suffit pas ou plus à soulager les personnes, tandis qu'ils ont pour mission d'évaluer et d'orienter, ainsi qu'aux temporalités et aux contraintes administratives qui percutent celles du soin et mettent à mal le travail engagé auprès des personnes.

Des citoyens engagés, éprouvés en l'absence de formations et d'expériences

De nombreux citoyens se sont engagés dans l'accueil et l'hébergement à domicile de jeunes exilés au cours de la décennie 2010-2020, alors que le manque de solutions d'hébergement institutionnelles exacerbat la visibilité des étrangers et de la dureté de leurs conditions de vie. Une partie d'entre eux n'avaient aucune expériences personnelle et professionnelle préalables auprès de personnes en situation de grande précarité, d'exil et, ou de souffrance psychique. La volonté d'aider était leur premier *leitmotiv*. Or, certains ont été profondément déstabilisés par les récits qu'ils ont entendus et les formes de souffrances psychiques auxquelles ils ont dû faire face.

Plusieurs disent combien ils étaient peu préparés à cet accueil : à ce qu'il oblige à voir, à deviner ou à entendre – « *c'est inentendable ce que l'on entend* » confie une bénévole – et peu outillés pour y faire face.

« Je n'étais pas du tout préparée »

Une bénévole inscrite dans un réseau de personnes solidaires avec les étrangers raconte s'être sentie démunie alors qu'un des mineurs avec qui elle se trouvait seule a fait une « *crise de post trauma* » en arrivant dans l'espace trouvé pour sa mise à l'abri ponctuelle.

« J'ai eu cas d'un jeune qu'on devait accompagner, un jeune qui était en crise de post trauma, qui avait vécu la Lybie, à 17 ans. Et donc une bénévole (du réseau) m'appelle. On travaille avec la Maison du peuple, un espace alternatif, et il y avait une place pour lui, donc je l'accompagne. Et en fait il est entré (dans le site) et il a eu tous les symptômes d'un trauma : mal au crâne.... Et il m'a dit je préfère dormir dehors que de rester là... et je l'ai vu (aller très mal) ... Je n'étais pas du tout préparée à ça... (...) c'est un moment inoubliable pour moi. (...) On s'est calmé sur l'accompagnement, mais on a eu énormément de personnes avec des troubles lourds, notamment de traumatismes, et il est arrivé qu'on soit dépassés... » (Militante des droits des étrangers)

« Ils n'ont pas l'armature institutionnelle pour gérer ça »

Un psychologue clinicien explique combien le recueil des récits de l'exil demande de ressources et de relais à ceux qui les reçoivent, pour éviter que les souffrances qu'ils contiennent ne rejaillissent trop fortement sur eux, et combien les bénévoles en sont, pour partie, privés.



« La difficulté je crois pour les bénévoles – déjà on n'y échappe pas en tant que professionnels – mais les récits c'est l'horreur quoi, il y a quelque chose de la déshumanisation de l'autre qui va quand même très loin (...) La personne est traumatisée, mais son récit de vie partagé avec quelqu'un d'autre peut produire des images envahissantes pour la personne qui

va recevoir les récits. Et donc les bénévoles, ils n'ont pas l'armature institutionnelle pour gérer ça... dès fois même avec l'armature ça ne suffit pas alors... j'ai vu une dame qui

disais « moi j'entends, mais je ne sais plus quoi faire de ça, je n'en dors plus la nuit quoi » ça ne se dépose nulle part et ne se transforme nulle part... »

A force de se confronter à des situations qui les heurtent et à des récits qui les bousculent profondément, face auxquels ils ont le sentiment de ne pas savoir ou pouvoir aider les personnes qu'ils accompagnent, pas suffisamment ou pas comme ils le souhaiteraient, et qui les place eux-mêmes dans un profond mal-être, les professionnels et les bénévoles interviewés cherchent et expérimentent des manières de rendre ces situations plus tenables pour les personnes qu'ils accueillent, mais aussi pour eux-mêmes – pour redonner du sens à leur travail et, ou à leur engagement. Ces initiatives et tentatives, parfois portées à titre individuel et de façon informelle, parfois instituées, constituent autant de pistes de travail susceptibles d'être creusées pour soutenir la santé mentale des exilés.

Déployer une offre d'écoute graduée

C'est dans la posture d'accueil et d'écoute des personnes que la plupart des enquêtés semblent chercher un début de réponse pour tenter de soulager, même temporairement, les exilés qu'ils accueillent et soutenir leur santé mentale.

« Je te regarde, je te considère »

« Ce qui marche ? C'est la rencontre en fait. Pour moi, c'est permettre la rencontre, passer du temps avec eux. C'est aussi les reconnaître, enfin les reconnaître... »

« Tu existes, tu as le droit de vivre, tu as le droit d'être heureux, tu as le droit d'être là, tu as le droit d'être en sécurité ». Je trouve que ce qui marche c'est de renvoyer de la bienveillance, de la confiance, de la sécurité, une reconnaissance sociale. « Tu es là, tu existes ! ». Je te regarde. Je te considère. En fait, c'est la considération. » (Psychologue en centre d'hébergement)



Cette écoute bienveillante se décline en de nombreux lieux, sous des modalités variées, mais elle vise chaque fois à aider les personnes à recouvrer leur dignité, en créant pour elles un cadre rassurant.

Une écoute pour préparer aux espaces de l'administration des étrangers

Un premier registre d'écoute est proposé en préparation et en soutien des démarches administratives liées au droit d'asile, à la demande de minorité et au séjour.

Pour les demandeurs d'asile comme pour les mineurs, l'arrivée en France et la déclaration de cette présence auprès d'une administration se double de l'obligation de produire un récit de leurs parcours face à un officier de l'OFPRA pour les premiers et aux personnes en charge de l'évaluation sociale de leur minorité et de leur isolement, pour les seconds. Ces récits sont contraints. Leur temporalité est dictée de l'extérieur, leur rythme imposé, leur format encadré. Quant à leurs termes, ils sont jugés crédibles, acceptables, plausibles ou « incroyables⁵⁴ », au prisme de nos normes sociétales et de la connaissance qu'ont les officiers de l'OFPRA, les évaluateurs ou les juges, des contextes géopolitiques et sociaux des pays d'origine, et relativement à notre cadre législatif. Ces récits qui visent à vérifier le caractère tangible de la crainte de persécution des adultes en demande d'asile et à s'assurer de la véracité de la minorité et de l'absence d'entourage en France des plus jeunes, obligent alors les personnes à se raconter et à revenir sur des épisodes de leur vie souvent douloureux, voire traumatiques. Ils constituent donc des étapes éprouvantes. Elles le sont d'autant plus que de leur « réussite » dépendent la reconnaissance de l'expérience vécue, mais également l'obtention d'un droit au séjour.

Les intervenants sociaux qui accueillent les demandeurs d'asile, dans les CADA ou les HUDA en particulier, ont pour mission de les accompagner dans leur parcours de demande d'asile. Selon le moment où les personnes se trouvent dans ce parcours lorsqu'ils les croisent, ils peuvent constituer avec elles le premier récit d'asile qui doit être rédigé pour le dossier de demande d'asile, ou les accompagner en amont des RDV avec l'OFPRA ou la CNDA.

Dans ces espace-temps, l'attention que les travailleurs sociaux portent aux demandeurs d'asile est indissociable des enjeux de l'obtention du titre de réfugié et contraint par la temporalité administrative. Pourtant, ils défendent, à cet endroit déjà, la nécessité d'une posture d'écoute bienveillante, qui permette aux personnes de répondre aux questions tout en respectant ce qu'elles sont disposées à dire ou pas, en rupture avec la posture évaluatrice fortement incitative des auditions. Ils revendiquent notamment le fait d'être attentifs aux temporalités des personnes, aux souffrances que génèrent la mise en récit, et d'essayer de leur donner le temps nécessaire pour raconter leur parcours, tout en cherchant à les préparer aux règles du jeu de l'audition de l'OFPRA ou de la CNDA.

« Des associations qui prenaient le temps »

« Ça dépend des associations, mais moi j'ai vu des associations qui prenaient le temps de revoir les personnes en dehors des rendez-vous OFPRA pour pouvoir continuer à travailler ces choses-là, pour les préparer un petit peu. Prendre petit bout par petit bout. Pouvoir décomposer par exemple, une heure en plusieurs fois ». (Éducatrice spécialisée en CADA)

« Ne pas prendre trois minutes sur le coin d'une table pour parler de choses aussi lourdes »

A Nantes, un cabinet d'avocats spécialisé dans la défense des demandeurs d'asile cherche lui aussi à travailler la question du temps et de l'écoute.

⁵⁴ Smaïn Laacher, « Croire à l'incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d'asile », Gallimard, Essais, Paris, 2018, p. 87.

Ainsi, il a mis en place un premier temps d'accueil avec une professionnelle formée aux récits de l'asile, afin de préparer le récit qui pourra être déposé devant l'OFPPRA ou la CNDA tout en laissant aux personnes un espace d'écoute moins immédiatement dicté par le cadre et la visée opérationnelle du droit que lorsqu'il est recueilli par un avocat dont le temps est davantage compté.

« Qu'est ce qui a changé ces derniers temps ? Bah dans le cabinet, on est trois associés, avec trois publics différents, et donc depuis une année, on a organisé les choses avec un temps d'accueil le matin de 10h00 à 12h00, d'une assistante juridique qui est formée au droit d'asile, formée au récit d'asile.

Ce que vous disiez est absolument vrai, sans doute que l'on compense un peu parce qu'on ne trouve pas à l'extérieur, et il y a un temps d'écoute qui est plus important qu'à une certaine période, je réalise qu'on s'est adapté à la situation... et donc de 10h00 à 12h00 c'est aussi beaucoup d'accueil au sens large, et d'écoute et des gens qui reviennent et qui s'interrogent ... (...) et on se rend compte que nous, dans les consultations des avocats, dans nos domaines, on a aussi un temps d'écoute qui est lié à ça : on ne va pas prendre trois minutes sur le coin d'une table pour parler de choses qui sont aussi lourdes » (Avocate)

Une écoute bienveillante, détachée du rythme et des enjeux administratifs, pour restaurer la dignité des personnes

Pour ceux qui n'ont pas la charge d'accompagner les étrangers sur les questions de l'asile ou du séjour, l'importance d'une posture empathique et d'une écoute le plus possible détachée des enjeux immédiats – et quoique cruciaux – de l'acceptation sur le territoire français ou d'autres finalités administratives, est soulignée comme constituant un début de réponse pour replacer les étrangers au rang de personne à part entière, pour restaurer leur dignité, leur confiance en l'autre et en elles-mêmes, et soulager, le cas échéant, leurs souffrances psychiques.

La revendication d'une posture d'écoute non-jugeante et empathique n'est nouvelle ni chez les professionnels de l'accompagnement social et de la santé psychique, ni chez les militants des droits humains entendus lors de cette étude. Mais c'est comme si, dans le contexte décrit, elle prenait une importance accrue : comme si elle devenait de plus en plus centrale dans leurs pratiques et, ou se doublait de nouvelles manières de faire.

*« On s'improvise un peu, avec cette oreille... »
« Nous aussi on s'improvise un peu comme madame, avec cette oreille qu'on a... le temps d'un rendez-vous... » (Conseillère Mission Locale)*

Elle se traduit tantôt (et *a minima*) par l'allongement des temps d'accueil des personnes au sein de certaines structures, tantôt par la création d'espace-temps dédiés, où elles puissent revenir sur des bribes de leur parcours devenus trop lourds à porter ou sur les difficultés qu'elles traversent dans leur quotidien en France.

Ainsi, des professionnels de services d'accompagnement social généralistes disent déborder les temps dévolus aux premiers entretiens d'accueil au sein de leur structure. Ces entretiens visent généralement à identifier la première demande de la personne et à se renseigner sur ses caractéristiques sociales et administratives et sur les droits que celles-ci lui ouvrent (ou lui ferment). Ils ont généralement un cadre défini et une durée balisée que le double mouvement d'augmentation des files actives et de rationalisation des procédures observées jusque dans les domaines sanitaires et sociaux ont contribué à écourter. Prendre le temps d'écouter plus longuement la personne, y compris lorsque sa situation administrative ne lui ouvre que peu, ou pas de droits, constitue alors,

aux yeux des professionnels interviewés, une première façon de pallier l'absence de réponse matérielle ; une manière de signifier aux personnes qu'elles sont importantes *malgré tout*.

Ailleurs, des organisations militantes et, ou professionnelles, doublent le premier accueil qu'elles proposaient déjà pour comprendre les demandes des personnes accueillies, d'un entretien individuel davantage détaché de finalités matérielles. Cet entretien peut alors se dérouler dans un espace séparé du premier accueil, en tête-à-tête, afin de préserver l'intimité des personnes, de sorte qu'elles puissent parler sans craindre d'être vues ou entendues, et sans être pressées.

Certaines ont formalisé ces espaces en s'appuyant sur la mobilisation de leurs bénévoles, avec pour seuls bagages leur bonne volonté et, ou leur expérience préalable auprès des étrangers ou d'autres publics en situation de désaffiliation sociale ou de marginalisation.

« On a une attention pour eux »

A Nantes, une association dédiée aux personnes « lesbiennes gay bisexuel.es trans queer intersexes et ACE », accueille les exilés requérant l'asile au motif des menaces subies (dans leur pays d'origine et parfois jusqu'en France) au nom de leur orientation ou de leur identité sexuelle.

Prenant la mesure des souffrances endurées par ces personnes et observant leurs difficultés à énoncer ne serait-ce que leur orientation ou leur identité sexuelle et plus encore les persécutions qu'elles ont subies, tant elles leur paraissent humiliantes et dégradantes, l'association a systématisé un temps d'écoute pour chacun et chacune.

Ainsi, une bénévole propose des entretiens de deux heures à chaque nouvel arrivant en complémentarité d'un entretien de nature juridique réalisé par un autre bénévole. Cet espace-temps de l'écoute est perçu comme indispensable aux personnes pour qu'elles acceptent d'abaisser les garde-fous qu'elles dressent pour se protéger, et qui parfois les paralysent socialement tout à la fois en laissant à penser aux observateurs extérieurs que la gravité des faits vécus sont exagérés, tant elles en parlent avec distance et froideur pour contenir leurs propres émotions et de rester debout. Il est complété de temps d'accueil plus informels

« Les personnes quasiment toutes ont du mal à exprimer qu'elles sont LGBT, dans les entretiens il faut que les personnes arrivent à exprimer ça, arrivent à parler et c'est déjà leur expliquer qu'au-delà... »

- *Des fois, on n'a pas de solutions... mais on leur offre des madeleines, du café ; et voilà. En fait on a une attention pour eux... On leur dit : « Là on ne peut pas t'aider concrètement, parce qu'il y a ça, ça, ça... mais on est là. » (Bénévoles dans une association de soutien aux étrangers)*

Dans d'autres structures, d'envergure plus importante et, ou dotés de davantage de moyens, l'importance accordée à l'écoute s'est parfois traduite par le recours à des compétences dédiées, validées par un titre professionnel.

Une écoute qualifiée⁵⁵, pour soulager les personnes et les équipes, et temporiser

Des équipes se sont renforcées en faisant appel à des psychologues exerçant à titre bénévole ou professionnel. Elles ont ainsi pu graduer leur offre d'écoute, séparant l'espace d'un premier accueil d'un espace et d'une écoute davantage tournés vers la santé psychique, où des psychologues reçoivent (selon des modalités sur lesquelles nous reviendrons) ceux qui présentent les signes d'une

⁵⁵ Ici le terme « qualifiée » renvoie à la qualification de la personne qui écoute, ici les psychologues. Si de nombreux professionnels et militants peuvent écouter avec empathie et bienveillance les personnes accueillies, les psychologues s'appuient sur une méthode, un corpus théorique et une posture professionnelle

souffrance mentale qui les empêchent d'avancer et pour qui la première écoute, les activités proposées et les réponses matérielles ne constituent pas des réponses suffisantes.

C'est le cas de certaines associations historiques de défense des droits des étrangers ou, plus généralement des droits humains. Bien qu'habituees à l'accueil des étrangers, elles-aussi ont pu être bousculées dans leurs fonctionnement par l'affluence de personnes étrangères arrivées en situation de détresse au cours de la décennie 2010-2020 et pour lesquelles elles peinaient à trouver des réponses dans les structures psychiatriques de droit commun. Leurs modalités d'accueil ont alors évolué pour s'ajuster à la violence des parcours et tenter de pallier le manque de relai. Certaines ont intégré une première offre de soins psychologiques dans leurs murs pour permettre aux exilés présentant une grande souffrance ou des troubles psychiatriques de trouver un premier niveau de réponse en attendant d'être reçus par les services psychiatriques ou, en région nantaise, par les quelques associations de psychologues ayant une démarche solidaire⁵⁶

« Accueillir la parole et la souffrance, c'était déjà une première étape »

Le programme MNA de Nantes est créé en 2016 par Médecins du monde Pays de la Loire, en réponse à l'absence de réponse institutionnelle à laquelle les jeunes exilés se confrontent alors en termes d'accès aux droits tels que logement et les soins notamment.

Au démarrage, les jeunes étaient accueillis par un bénévole qui les orientait vers un psychologue bénévole, des lors qu'ils présentaient des signes de souffrance psychique. Le psychologue rencontrait alors les jeunes exilés concernés pour évaluer leurs besoins et déterminer vers qui les orienter.

C'est à force d'orientations empêchées et de refus d'accès aux services psychiatriques pour ces jeunes que Médecins du monde a décidé de renforcer et de structurer une première offre d'entretiens psychologiques pour « accueillir la parole » de ces jeunes et tenter de panser leurs souffrances.

« Du coup, l'effet que ça a eu de nous confronter à toutes ces difficultés d'accès (aux soins) on s'est dit qu'il fallait qu'on formalise un peu plus les choses à Médecin du monde et si on reçoit une personne à un RDV psychologique, on pose au moins 5 rendez-vous et donc on a posé un cadre pour ne pas laisser la personne avec un seul rendez-vous, et déjà engager un peu quelque chose, parce que déjà d'accueillir la parole et la souffrance c'était déjà une première étape... » (Psychologue)

Des centres d'hébergement ou d'insertion accueillant des étrangers nouvellement arrivés en France ont eux-aussi renforcé leurs équipes en recrutant des psychologues et, ou en tissant des partenariats avec des équipes mobiles composées d'infirmiers psychiatriques et, ou de psychologues.

Ces professionnels ont pour mission d'offrir un premier niveau d'écoute qualifiée pour limiter les souffrances psychiques des personnes accueillies ou hébergées et éviter qu'elles ne s'aggravent. Leur intervention permet bien souvent d'identifier la nature des souffrances psychiques et, ou la gravité des troubles, d'avoir une vigilance auprès des personnes les plus fragilisées et de temporiser en attendant, si nécessaire et lorsque c'est possible, une orientation vers la psychiatrie de secteur ou les urgences psychiatrique.

Ils ont aussi une mission de soutien aux équipes d'intervenants sociaux : ceux-ci pouvant être affectés par la détresse et les situations des personnes qu'ils accueillent ou par l'impuissance dans laquelle ils se trouvent pour répondre. Ainsi, les psychologues peuvent être sollicités pour retravailler les situations les plus difficiles en réunion, avec un intervenant social ou une équipe, ou de façon plus

⁵⁶ Cette démarche se traduit de plusieurs façons. A Nantes, une association implantée dans un quartier dit « prioritaire » propose un suivi psychologique aux habitants des territoires prioritaires et une tarification liée à leur niveau de ressources.)

spontanée et informelle, lorsqu'un collègue est mis à mal dans l'exercice de son métier et qu'il ne parvient plus à trouver les ressources suffisantes pour faire face.

En soutenant les intervenants sociaux, ils contribuent aussi à aiguïser leur connaissance de la santé mentale et de la souffrance psychique des étrangers et peuvent donc, indirectement, contribuer à affiner l'écoute et les réponses que ceux-ci apportent aux étrangers. A force d'échanges et de regards croisés, les travailleurs sociaux paraissent plus à même d'apprécier l'état des personnes, de veiller aux moments et aux événements susceptibles de les fragiliser (voir encadré), de repérer les signes de dégradation de la santé, et de préciser leur diagnostic, ce qui, selon certains psychologues, permet aussi de limiter les orientations trop systématiques vers des services psychiatriques souvent débordés.

« Ça permet de reprendre du recul »

Un psychologue très habitué à travailler auprès de personnes en situation de précarité raconte combien les difficultés des jeunes accueillis rejaillissent sur les professionnels et l'aide que peuvent alors apporter les psychologues lorsqu'ils sont sur site.

« Et du coup, un RDV qui se passe mal bah je suis disponible et je reçois mon collègue, il y a des collègues qui arrivent en pleurs parce qu'un RDV s'est mal passé... ça permet d'aider, de prendre du recul, et ça permet au collègue de reprendre les choses avec le jeune... et c'est ça qu'est indispensable et qui manque. Et souvent les équipes se trouvent en difficultés, parce qu'elles sont en difficultés avec des jeunes qui vont de plus en plus mal... »

« Des travailleurs sociaux plus outillés et formés »

Deux professionnelles entendues sur des territoires différents et occupant des fonctions différentes, l'une est infirmière en Centre médicopsychologique, l'autre responsable d'une équipe d'intervenants sociaux, partagent le constat d'une montée en compétences des travailleurs sociaux depuis qu'ils ont des liens plus resserrés avec les psychologues. Selon elles, il en résulte des recours aux services psychiatriques de plus en plus mesurés et ajustés aux besoins des personnes.

« Il y a un travail aussi qui se fait avec les structures ; depuis quelques années, il y a aussi beaucoup de travail qui est fait avec les premiers lieux d'accueil ; Du coup, les travailleurs sociaux, je pense, sont un peu plus formés à repérer les choses et orientent vers les CMP quand il y a besoin de soins. J'ai l'impression qu'il y a dix ans, les travailleurs sociaux orientaient quand (dès que) les personnes avaient un parcours (difficiles)... Maintenant peut-être qu'ils arrivent à faire la différence entre une personne qui a vécu des choses terribles, mais qui semble-t-il ne souffre pas, et les personnes qui sont en souffrance et qui éventuellement sont en demande (de soin psy), soit n'en ont pas, mais (en ont besoin) ... » (infirmière CMP)

« Pour les professionnels CADA HUDA, et c'est lié à la mise en place du dispositif Césame dans la formule précédente ... il y a eu énormément de travail de fait auprès des professionnels, en termes de formation, de compétence et aussi de mise à distance, avec des espaces où on a appris à parler le même langage, à conceptualiser les choses, et aujourd'hui, je vois, avec le recul, je vois la progression des équipes, qui aujourd'hui se sentent beaucoup plus outillées et à l'aise avec les manifestations de la souffrance qui, avant, pouvaient générer des angoisses... ho j'exagère un peu... ou parfois de l'immobilisme.... » (Intervenante sociale)

L'attention portée à l'écoute des personnes et de leur subjectivité a donc été identifiée comme une première réponse pour rompre avec les logiques de non-accueil de l'administration, tenter de restaurer les personnes dans leur dignité, en ne les traitant pas seulement comme des étrangers ou des étrangères relevant de telle ou telle catégorie administrative, mais comme des personnes à part entière, méritant qu'on leur prête attention, et soutenir leur santé mentale. Pour certains exilés, cette écoute offre un niveau de réhabilitation suffisant pour avancer et faire face.

Lorsque ça n'est pas le cas, cette écoute peut aussi donner l'occasion aux professionnels et aux militants de percevoir chez certains exilés, des signes de souffrances psychiques ou des troubles psychiatriques qui les dépassent et pour lesquels ils jugent leur propre écoute insuffisante ou face auxquels ils ou elles se sentent démunis. La posture et les espace-temps d'écoute constituent alors des opportunités de veille et d'orientation vers des soignants ; ils ont donc une fonction préventive. Ils permettent tantôt de passer le relais aux psychologues travaillant sur site et d'offrir une écoute professionnelle, tantôt, lorsque cela semble nécessaire et que c'est possible, de faire de l'orientation vers les services psychiatriques (ou de faire appel aux équipes psychiatriques mobiles). Ils servent aussi de sas pour attendre que ces orientations se concrétisent.

Enfin l'écoute qualifiée est aussi une ressource pour les équipes d'intervenants sociaux : elle leur permet de tenir face à la dureté des situations qu'ils reçoivent et des récits qu'ils recueillent et les rend ainsi plus disponibles et disposés à comprendre et accompagner les personnes qu'ils accompagnent.

Repérer les signes et temporalités d'expression des souffrances

A force d'accueillir des personnes étrangères en grande précarité, sociale et administrative, et de les suivre sur des périodes de plusieurs semaines, mois ou années, les travailleurs sociaux et les professionnels du soin entendus ont développé une attention aux signes trahissant la détérioration de leur santé mentale⁵⁷ et plus encore, aux vecteurs sociaux de cette détérioration.

Des petites choses qui éveillent notre vigilance

« Nous c'est ce qui est observé au départ, parce qu'il y a des petites choses comme ça qui éveillent (notre vigilance), des bizarreries, des humeurs, ou de récits de choses traumatiques posées... des troubles du sommeil, et c'est ça qui va faire qu'on va avoir une vigilance et solliciter les psychologues pour avis... » (travailleur social, CADA)

Du détachement au débordement

« Ce sont aussi des personnes qui vont nous raconter des choses très crues, violentes, avec un détachement, une espèce de distance très forte, soit de ce versant-là, ou l'inverse, avec un débordement émotionnel, des manifestations d'angoisse, des pleurs... ces deux versants-là peuvent alerter. » (Travailleur social, CADA)

Au fil du temps, ils ont aussi développé une (re)connaissance empirique des facteurs de dégradation de la santé mentale, qui leur permet d'anticiper les moments susceptibles d'être difficiles et d'accentuer leur vigilance et leur écoute, de façon préventive.

◇ Les étapes du parcours administratifs

Le parcours administratif est identifié comme un vecteur majeur de détérioration de la santé mentale des étrangers. Dans le cas de la demande d'asile, il l'est d'abord au titre de l'injonction faite aux requérants de revenir sur leur expérience de la violence, de la torture et de la peur, ou, en d'autres termes, de ressasser des expériences douloureuses, alors qu'eux-mêmes ont pu les étouffer et les taire pour tenter de les contenir et de les tenir à distance. Il l'est aussi par nécessité qu'ils ont de se justifier, de trouver une forme de cohérence à leurs parcours dans des catégories intelligibles et crédibles du point de leurs auditeurs. « La difficulté n'est pas de faire admettre que dans son pays la vie est « un enfer ». (...) l'extrême difficulté pour le requérant est de dire et de décrire sa mauvaise destinée dans les catégories et les motifs qui sont ceux de l'institution et du droit du pays hôte⁵⁸ » rappelle le sociologue Smaïn Laacher après plusieurs années passées à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

⁵⁷ Un important détachement, le repli sur soi, les pleurs incessants, les cauchemars et insomnies, etc.

⁵⁸ Smaïn Laacher, « Croire à l'incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d'asile », Gallimard, Essais, Paris, 2018, p. 87.

Les questionnements et la posture des juges ou des officiers de l'OFPPRA, dont le rôle est de vérifier la crédibilité des récits, peuvent alors donner aux demandeurs d'asile l'impression de voir leur parole, leur expérience et parfois même, jusqu'à leur identité, remises en cause⁵⁹. De plus, en pointant des éléments de leurs parcours qui leur échappent, qu'ils ne parviennent pas à préciser ou à justifier de manière rationnelle ou cohérente pour l'institution, ces auditions soulignent et ravivent des questions restées sans réponses⁶⁰.

C'est enfin au titre des dénouements de chacune des audiences, que la procédure de la demande d'asile peut avoir des effets délétères sur la santé mentale des demandeurs. Chaque issue négative peut être vécue comme la remise en cause et le déni de leur histoire et de leur personne.

L'OQTF pour les gens, c'est d'une violence

« Une collègue, Il y a quelques années, avait dit « tiens pour agrémente notre rapport d'activité, on va faire une petite enquête » et on avait interrogé les gens qu'on accompagnait, et il y a avait une question qui était « l'OQTF c'est quoi pour vous ? ». Wouaouh. Bah je sais maintenant. Je n'avais pas eu cette conscience de ce que signifiait OQTF pour les gens : le ressenti des gens. C'était d'une violence... ahurissante, mais vraiment ahurissante. Ils expliquaient : « Bah tu vois, quand tu reçois ça, c'est coupé en deux, tu as là (la tête) et là (le ventre) et ça n'est pas au même endroit : Cette espèce de dissociation. Ça provoquait quelque chose au niveau psychiatrique de très violent... et je n'avais pas du tout (mesuré), pour moi l'OQTF c'est un sigle à la con, administratif. Non non, c'est vraiment pas qu'administratif... » (Éducateur spécialisé, CHRS)

Chaque issue négative ouvre, par ailleurs, une nouvelle phase de précarité, d'éloignement des droits fondamentaux et de fortes incertitudes vis-à-vis de l'avenir, qui, après le temps long de la migration et de l'attente, peut conduire à des formes découragement, de colère ou à des états dépressifs. A l'inverse, et de façon paradoxale, l'obtention du titre de réfugié est elle aussi identifiée comme pouvant se solder par une phase de détérioration de la santé mentale des personnes, pouvant donner lieu à des formes de décompensation.

Les témoignages (et les études) sur les conditions dans lesquelles sont recueillis les récits des mineurs en attente de reconnaissance de leur minorité et de leur protection au titre de l'enfance sont moins nombreux. En revanche, les militants et les professionnels mobilisés à leurs côtés disent combien, pour eux aussi, l'attente du dénouement est difficile. Les écarts de délais d'instruction entre deux dossiers sont parfois vécus comme des injustices profondes, incompréhensibles pour ceux pour lesquels la décision se fait attendre. Quant aux minorités refusées, elles se soldent par un arrêt immédiat des droits et replacent les jeunes dans des situations de vulnérabilité et de précarité qui, elles aussi, peuvent se traduire par de la colère, de l'apathie, du désarroi ou de la dépression. Les professionnels entendus disent donc avoir une attention particulière à cet endroit.

⁵⁹ Malhou Aurélia. « Le recueil du récit... en toute ignorance », *Mémoires*, vol. 70, no. 2, 2017, pp. 9-11.

⁶⁰ *Ibid.*

◇ Les conditions de logement

Les professionnels disent aussi être attentifs aux différentes manières dont les conditions de logement peuvent affecter la santé mentale des étrangers qu'ils accompagnent. Si l'absence de logement stable est un facteur d'inquiétudes et d'insécurité perpétuelles, l'accès au logement n'est pas toujours synonyme de mieux être. Il peut en revanche contribuer à rendre moins visibles les difficultés que rencontrent les personnes.

Les colocations, qui se font au fil des arrivées, sans prise en compte des caractéristiques ou souhaits des personnes, sont identifiées comme constituant des facteurs de risque pour leur santé mentale. Les professionnels observent combien le mal-être d'une seule personne au sein de la colocation suffit parfois à mettre à mal l'ensemble de la colocation et à détériorer la santé de ses colocataires. L'hébergement en hôtel est considéré comme posant d'autres difficultés, de suivi des personnes notamment. Dans la mesure où les travailleurs sociaux n'y interviennent pas et que, pour leur part, les gérants n'ont pas pour fonction de suivre ou veiller sur leurs résidents, ni ne sont formés pour le faire, il arrive que les situations se dégradent sans que personne n'en prenne la mesure.

◇ La dégradation de la situation dans les pays d'origine et, ou pour les proches qui y sont restés

◇ Etc.

Les professionnels intervenant dans leur parcours semblent donc avoir développé une veille, pour être davantage en alerte, en soutien et plus à l'écoute encore à l'occasion de ces moments clés. Cependant, ces éléments de connaissance sont très inégalement partagés et stabilisés au sein des équipes. Au « *tout dans la tête* » revendiqué par certains professionnels, d'autres opposent des outils de suivi plus partagés permettant une meilleure coordination en équipe.

Se donner et/ou avoir les moyens de comprendre

Si l'écoute attentive et bienveillante semble constituer la première réponse des professionnels et des militants interviewés pour réhabiliter les destinataires de leurs actions en tant que personnes à part entière, leur témoigner de l'intérêt et les accompagner au mieux dans l'accès à des services et des droits ajustés à leur situation familiale, sociale, administrative ou sanitaire, dans le cas des personnes étrangères récemment arrivées en France, des incompréhensions, linguistiques et culturelles, sont identifiées comme limitant la portée de cette écoute ou, pour le moins, la capacité des professionnels de l'intervention sociale comme du soin à mener au mieux leur mission. Beaucoup cherchent alors les moyens de surmonter, ou pour le moins de contourner ces barrières.

Surmonter les incompréhensions linguistiques

De nombreux professionnels entendus rappellent que l'une des premières difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes étrangères nouvellement arrivées sur le territoire tient à la « barrière de la langue » ou, en d'autres termes, à la complexité de comprendre l'autre et de s'en faire comprendre en l'absence d'une langue partagée.

Pourtant, des ressources en interprétariat professionnel existent en Loire Atlantique. Certaines résultent de mobilisations anciennes, d'autres sont plus récentes. Ainsi, l'Association Santé Migrants de Loire Atlantique a tôt milité en faveur de l'interprétariat professionnel dans l'accès aux soins et développé une offre d'interprétariat *de visu*, dès 1984. Cette offre s'est étoffée atteignant 49 langues différentes en 2022⁶¹, et élargie au domaine scolaire. Plus tard, au début de la décennie 2010⁶², en lien avec les acteurs des Pays de la Loire, l'Agence régionale de santé a également cherché à identifier les différents registres d'interprétariat dont les professionnels du soin avaient besoin pour tenter de penser une offre graduée, aux formats distincts et ajustés aux étapes du parcours des patients (consultation classique, annonce de résultats, etc.) et aux différents registres de soins (somatiques, psychiatrique, etc.). Puis, très récemment, plusieurs corps de soignants libéraux – médecins généralistes, sage-femmes, etc. – ont obtenu un accès gratuit et facilité à l'interprétariat téléphonique professionnel leur permettant d'avoir recours à des interprètes dans de nombreuses langues lors de leur consultation, même en l'absence de rendez-vous. A la fin de l'année 2023, environ 10% des médecins de la Région avaient adhéré au dispositif (ce qui ne permet pas de savoir s'ils l'utilisent, ni avec quelle intensité). Toutes ces initiatives ont progressivement contribué à faire reconnaître et légitimer la place des interprètes auprès des soignants notamment, ainsi qu'à l'augmentation de l'offre d'interprétariat professionnel, que ce soit du point de vue des langues parlées ou des formats proposés.

⁶¹ <https://www.asmala.fr/les-langues-de-lasmala/> ASAMLA

⁶² K Meslin (GERS), *Étude des usages et attentes en matière d'interprétariat dans l'accès aux soins dans la région des Pays de la Loire*, Agence régionale de santé des Pays de la Loire, Nantes, 2014.

Mais leurs retombées demeurent très inégales selon les territoires, les domaines d'intervention, les structures et, en leur sein, selon les services. Le contraste est particulièrement visible entre la ville de Nantes, où le recours à l'interprétariat professionnel est le plus fréquent, et les autres territoires investigués. Et l'écart entre zones géographiques se creuse à mesure que l'on s'éloigne de la Ville centre pour se rapprocher des zones les plus rurales, qui ont aussi été les plus tardivement concernées par l'arrivée des demandeurs d'asile et des Mineurs non accompagnés.

Une nette différence sépare aussi les domaines sanitaire et social. L'interprétariat qui, à Nantes, a d'abord été porté par des soignants pour faciliter l'accès aux soins des étrangers, bénéficie aujourd'hui encore d'avantage au domaine sanitaire que social. A l'exception des travailleurs sociaux chargés d'accompagner la demande d'asile qui peuvent disposer de 2h00 à 9h00 d'interprétariat pour la constitution de la demande d'asile et la préparation des entretiens à l'OFPPA et à la CNDA selon leur structure employeuse, ce qui concourt déjà à créer des inégalités sensibles entre eux et entre les étrangers qu'ils accompagnent, de nombreux travailleurs sociaux n'ont aucun accès à l'interprétariat professionnel, surtout s'ils travaillent dans des services de droit commun, comme c'est le cas des EDS ou des Missions Locales notamment.

De réels écarts séparent également les services et professionnels du domaine sanitaire entre eux. Pour exemple, tandis qu'au CHU de Nantes, l'interprétariat professionnel est institué, ce qui signifie que les soignants peuvent y avoir recours à la demande dès lors qu'un RDV est pris avec l'ASAMLA, dans les services hospitaliers de Saint Nazaire, le recours à l'interprétariat professionnel demeure rare et difficile, et les règles du jeu pour y accéder paraissent si floues et peu partagées que les professionnels enquêtés ne savent pas en rendre compte. Par ailleurs, quel que soit le territoire, et contrairement à de nombreux autres professionnels du soin exerçant en libéral, les psychologues ne bénéficient pas de l'accès gratuit à l'interprétariat professionnel, alors même qu'ils proposent, comme nous l'avons vu, une offre de soins qui apaise une partie des personnes et pourrait contribuer à soulager les services psychiatriques d'une partie des demandes qui leur sont adressées.

La plus grande marge de manœuvre dont bénéficient les soignants pour avoir recours à de l'interprétariat, relativement aux travailleurs sociaux, ne résout pas toutes les difficultés, ni ne suffit à lever tous les freins qui s'y opposent. Recevoir une personne qui ne parle pas le français et accepte la présence d'un interprète, même par téléphone, demande de lui consacrer davantage de temps qu'à une autre, ce qui n'entre pas dans les logiques de facturation à l'acte. Cela oblige aussi les soignants à modifier certaines habitudes de travail, et à sortir de la relation duelle qui caractérise la relation de soin en France, surtout lorsqu'elle a trait au psychisme. Par ailleurs, là où l'enveloppe dédiée à l'interprétariat l'est uniquement pour de l'interprétariat en présentiel, comme c'est le cas des services hospitaliers nantais, toute annulation de rendez-vous ou retard à un rendez-vous se solde par la facturation d'un temps d'interprétariat perdu. Enfin, tandis que le format des services de soin accueillant sans rendez-vous (comme c'est le cas des CMP de Saint-Nazaire) apparaît particulièrement ajusté aux personnes en situation de précarité pour qui la concurrence des urgences et des incertitudes limite la capacité à s'organiser, à prévoir et à honorer un rendez-vous, dans les cas des

personnes allophones, il limite le recours aux interprètes, qu'il n'est pas possible de mobiliser pour une plage horaire indéterminée, tant pour des raisons économiques que pour des raisons d'indisponibilité des interprètes.

En d'autres termes, la possibilité *théorique* d'accéder à l'interprétariat professionnel ne suffit pas à lever toutes les barrières qui s'opposent à sa mobilisation, ni ne garantit l'accès aux services et aux droits pour les étrangers allophones. D'autres freins peuvent s'y opposer qui sont d'ordre économique, organisationnel et professionnel, ou qui relèvent de craintes, d'un désintérêt vis-à-vis des personnes allophones, qui plus est précaires, ou d'une vision ethnocentrée culturellement qui limite la capacité à accompagner. Malgré cela, de l'avis de tous les professionnels entendus, cette possibilité constitue une ressource fondamentale tant pour soutenir les professionnels dans l'exercice de leur fonction, que pour garantir une qualité du service rendu aux personnes allophones.

En son absence, **les travailleurs sociaux et les soignants investis dans des services ou des structures à vocation sociale bricolent, « *bidouillent* » et cherchent des solutions pour approcher au mieux les configurations dans lesquelles se trouvent les personnes, identifier leurs droits et apprécier leurs demandes.** Dans certains services, les employés qui parlent plusieurs langues sont répertoriés et peuvent être ponctuellement mobilisés en soutien de leurs collègues, lorsqu'elles sont disponibles et que les personnes n'arrivent pas déjà accompagnées d'un enfant ou d'un proche susceptible de traduire leurs propos⁶³. Ailleurs, et en particulier pour la demande d'asile, les travailleurs sociaux qui ont dépassé le volume d'interprétariat dédié ont recours à une application spécialisée – SayHi – qui propose de la traduction instantanée, dont la qualité est décrite comme supérieure à celle de *Google trad*, qui constitue néanmoins une des ressources mobilisées par certains professionnels et certains étrangers pour essayer de se faire comprendre, aux côtés du mime, des schémas et des dessins.

Là où l'enjeu est moins l'accès aux droits que le simple échange, à l'occasion d'activités partagées entre personnes étrangères ou lors d'interactions dans les logements par exemple, le photolangage et les applications qui donnent à voir comment faire plus qu'elles ne traduisent sont aussi des supports mobilisés. Enfin, dans ce cadre, certains professionnels s'attachent à observer, à être attentifs aux signes physiques qui livrent des informations sur la santé, l'état psychique, l'humeur de la personne qu'il rencontre.

Ces accommodements, au jour le jour, sont indispensables aux professionnels pour accompagner les étrangers allophones. Mais, dans bien des situations, ils ne peuvent se substituer à l'interprétariat ni ne suffisent à compenser son absence. S'ils permettent d'échanger avec les étrangers allophones, de tisser des liens avec eux et donc, de soutenir leur bonne santé mentale en limitant leur isolement, ils sont perçus comme insuffisamment efficaces pour garantir leur accès aux droits et faciliter le soutien de leur santé psychique, et sont vécus comme insatisfaisants et insuffisants par les professionnels interviewés.

⁶³ Mais le recours aux personnes ressources de proximité pose des questions d'ordre organisationnel et des questions éthiques et de soin. K. Meslin (GERS), 2014, *Op. cit.*

S'intéresser et se mettre à la place de l'autre

Pour les professionnels entendus, la compréhension des personnes étrangères récemment arrivées en France et le soutien de leur santé mentale suppose aussi de chercher à comprendre ce qu'elles traversent et, ou ont traversé, sans nécessairement le leur demander directement.

Il ne s'agit alors pas seulement de comprendre leur langue, mais de s'intéresser plus largement :

- aux situations géopolitiques des pays et régions quittées qui parfois « *font irruption* » dans le présent, et qui permettent de comprendre leur histoire, leurs relations aux autres étrangers, mais aussi leurs inquiétudes quand tout ou partie de leurs proches sont restés sur place ;
- aux rangs sociaux occupés dans ces pays qui peuvent donner sens aux désillusions ou aux réticences à occuper tel ou tel poste, ou à fréquenter tel ou tel compatriote, etc. ;
- aux réalités des parcours migratoires et aux violences auxquelles ils exposent ;
- aux référents culturels des personnes non pour les y restreindre mais pour mieux comprendre comment leur faire comprendre nos propres référents ;
- aux étapes administratives - leur « carrières de papiers⁶⁴ » - qui jalonnent leurs parcours et déterminent pour partie leurs conditions de vie une fois en France,
- etc.

Là encore, les professionnels sont très inégalement dotés. Une partie d'entre eux découvre le public des exilés tardivement, sans autre formation qu'une formation généraliste de soignant ou d'intervenant social, tandis que d'autres travaillent de longue date auprès des publics exilés dans des espaces souvent dédiés ou presque, où les structures employeuses deviennent, de fait, des espaces ressources pour se former, pour échanger, pour identifier les autres ressources d'un territoire donné, etc. L'outillage des bénévoles est beaucoup plus aléatoire encore. Il dépend de l'ancienneté de l'engagement et de la nature des espaces d'engagements. Ainsi, un ancien militant d'une association historique de défense des droits des étrangers sera sans doute plus outillé qu'un bénévole engagé dans un collectif citoyen récemment constitué.

Cette inégalité d'outillages – qui se rejoue entre Nantes et Saint Nazaire, d'une part, et les territoires plus ruraux, d'autre part, où la culture et les outils collectifs autour du fait migratoire sont moins anciens et structurés – a des incidences non seulement sur la qualité de l'écoute et la compréhension des demandes, mais aussi sur la capacité à savoir quel type de réponse chercher et où aller les chercher.

Ainsi, ce sont les plus formés et outillés qui sont les mieux à même d'accompagner les personnes étrangères ayant connu une migration récente. Mais ce sont elles-aussi qui connaissent le mieux les ressources mobilisables pour compléter leur action dont elles mesurent le périmètre et les limites ; Elles qui savent identifier les ressources qui

⁶⁴ Alexis Spire, « Étrangers à la carte », Grasset, Paris, 2005.

correspondent le mieux à ce qu'elles cherchent ou dont elles ont besoin dans le cadre de leur accompagnement ; Elles qui peuvent dégager du temps, sur leur temps de travail, pour participer à des formations, des colloques, ou avoir recours à une structure partenaire sur le territoire, etc.

Mieux comprendre pour mieux accompagner

« Le public migrant demande un peu de mettre au travail son champ d'application, son champ conceptuel parce que... ça demande un vrai effort de décentration des professionnels que de travailler avec ces publics là et vu l'état de pauvreté et de saturation des services, c'est demander un effort aux professionnels ... Déjà ça n'est pas une évidence de faire ce travail pour soi-même, mais en plus dans un contexte de pénurie grave, la facilité elle est : « ça nous prend trop de temps. » et tous les arguments sont bon pour (refuser d'accompagner) »

« Les personnes elles ont vécu, elles ont été particulièrement malmenées dans le relationnel, d'humain à humain, donc ça va avoir un impact dans leur contact relationnel, dans la manière dont ils sont sécurisés, dans la possibilité de rencontrer quelqu'un d'inconnu, et donc ça va apparaître dans le lien d'usager avec le professionnel qui s'occupe de lui, avec des fois ça peut produire, soit du rejet, soit un sentiment d'impuissance, soit de l'agacement : « parce que quand même, on lui propose de s'insérer il veut pas », on lui propose un logement, il veut pas aller travailler, etc... et donc tout un tas d'éléments cliniques qui s'introduisent dans l'accompagnement et sur lesquels les personnes buttent, et si elles ont pas un peu d'analyse clinique pour se déprendre un peu de leur ressenti qui parle des difficultés de la personne, si ça n'est pas mis en perspective....» (Psychologue)

A l'inverse, ceux qui ont l'entrée professionnelle la plus généraliste (et qui sont susceptibles de recevoir les étrangers les plus éloignés des institutions au titre de la santé, de la domiciliation ou de l'aide alimentaire par exemple, et être les réceptacles de récits très violents ou d'état de détresse psychologique) doivent souvent chercher par eux-mêmes les formations, les ressources et outils susceptibles de soutenir leurs pratiques, et prendre sur leur temps personnel pour mieux connaître, comprendre et accompagner les personnes étrangères qu'ils reçoivent.

Pour pallier la faiblesse des moyens et compenser l'absence de formation collective et d'outils partagés notamment, certaines organisations, notamment des structures sociales de droit commun, semblent être attentives à recruter des professionnels dotés d'expériences, d'appétences ou de diplômes en lien avec le fait migratoire, de façon à augmenter les compétences internes sur les questions relevant de ce champ. Mais tout à porte à croire que cette initiative peine à compenser l'absence d'autres ressources instituées, et qu'à l'échelle individuelle, cette absence peut se traduire par des réticences à accueillir, à accompagner et à soigner les étrangers.

Faciliter la rencontre soignant-soigné, en rassurant de part et d'autre

Si, pour les étrangers nouvellement arrivés en France, l'accès aux soins en général et aux soins psychiatriques en particulier est rendu difficile par la rareté de l'offre et par l'inégal accès et recours aux interprètes, elle l'est aussi par les réserves que nourrissent, de part et d'autre, les soignants et les étrangers eux-mêmes. C'est pour tenter de faciliter ce lien que des professionnels et des militants interviewés disent travailler à rassurer, en premier lieu les professionnels du soin les plus réticents à accueillir des étrangers, mais aussi les étrangers qu'ils accompagnent.

Des professionnels de santé réticents

Recevoir une personne en situation de précarité administrative et sociale demande souvent plus de temps et d'énergie aux professionnels concernés que de recevoir des personnes plus insérées socialement⁶⁵. Les problématiques sociales et sanitaires s'entremêlent ; Les rendez-vous ne sont pas toujours honorés ou les personnes arrivent en retard respectés ; Les traitements moins suivis ; Les demandes nombreuses ; les droits ne sont pas toujours ouverts ou, lorsqu'ils le sont, l'absence de carte vitale peut demander au professionnel d'avancer les soins jusqu'au remboursement par la sécurité sociale⁶⁶, etc. Par ailleurs, lorsque les personnes en situation de précarité sont étrangères, les questions de compréhension/incompréhension peuvent être renforcées par l'absence de langue partagée et par l'éloignement des croyances et des codes culturels qui fondent le rapport au corps, à la maladie et à la mort⁶⁷ des soignants et des soignés.

En Loire Atlantique, la mise à disposition d'interprétariat téléphonique gratuit pour une large partie des médecins libéraux avec l'URML⁶⁸, la possibilité d'avoir recours à de l'interprétariat physique au CHU, la présence de médiateurs de santé dans les bidonvilles et les quartiers prioritaires de Nantes, les équipes mobiles psychiatrie précarité, le Césame ou encore le bus des MarSoins⁶⁹ à Saint Nazaire qui réalise notamment de premiers diagnostics, offrent une première gamme de réponses jugées particulièrement soutenantes. Mais, d'une part, celles-ci sont très inégales selon les territoires. D'autre part, même dans les territoires les mieux dotées, ces ressources ne suffisent pas à lever l'ensemble des réserves des professionnels du soin. Pour une partie des soignants, en particulier là où l'offre de soins est très tendue, les rendez-vous avec des étrangers en situation de précarités administrative et sociale peuvent

⁶⁵ Meslin K. (GERS), David M. (GERS), Gérome C. (OFDT), « Usages de produits psychotropes et prise en charge socio-sanitaire des usagers de drogues en situation de grande précarité en Pays de la Loire », *Études et recherches*, Observatoire français des Drogues et Tendances addictives, Paris, 2023, 70p.

⁶⁶ Sur Saint Nazaire, il est noté que cela se traduit notamment par des refus de soins dentaires.

⁶⁷ Boltanski Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n° 1, 1971. pp. 205-233

⁶⁸ Il est notable par ailleurs qu'en l'absence d'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), les psychologues n'ont pas d'accès à l'interprétariat gratuit.

⁶⁹ A vos soins est une association solidaire regroupant des professionnels de santé dans un centre de santé et disposant du « MarSOINS », un camion qui se déplace dans Saint-Nazaire pour faire de la prévention et du dépistage gratuits auprès des personnes les plus éloignées des services de santé.

être perçus comme des pertes de temps, d'argent et d'énergie, voire susciter des craintes ; de débordements, d'incompétences, etc.

« Les médecins traitants refusent de les recevoir »

Une militante investie de longue date auprès des personnes marginalisées explique se confronter à des médecins qui refusent de prendre des étrangers qu'elle accompagne parce que cela supposerait qu'ils avancent les frais des soins et fassent, eux-mêmes, la demande de remboursement auprès de la

sécurité sociale, ce qui leur demande du temps.

« Mais à partir du moment où ils ont l'AME (Aide Médicale d'État), les médecins traitants refusent de les recevoir parce qu'ils n'ont pas la carte vitale : ils ont juste une attestation. Les médecins ne veulent pas faire la démarche de demander des remboursements ; alors les psychiatres c'est pire. La première barrière elle est là ! »

Cette réserve à l'égard des étrangers en situation de précarités semble renforcée dans le cas des soins psychiatriques.

Pour certains psychiatres, la demande des étrangers en situation de précarité administrative, lorsqu'elle a lieu, est trop étroitement liée aux enjeux de la demande d'asile ou de l'obtention d'un titre de séjour, de sorte que certains ont non seulement l'impression de se faire utiliser, mais aussi de travailler à des fins perdues.

« Ça fait un certain nombre de migrants économiques qui cherchent à obtenir des papiers quoi ! »

Le témoignage d'un médecin psychiatre dévoile les réserves que suscitent parfois les demandes des étrangers en situation de précarité administrative.

Celui-ci perçoit leur demande de soins psychiatriques comme le moyen mobilisé pour obtenir une autorisation de séjour, ce qui paraît l'agacer.

« Le caricatural c'est la personne qui dit « Mais pourquoi la France ne m'accueille pas ? J'ai deux bras, etc. ». Et ils obtiennent leurs papiers et six mois après ils arrivent avec leur dossier MDPH : « Je ne peux pas travailler, je ne peux rien faire... ». Là on voit bien qu'il y a quelque chose... (...) ça fait un certain nombre de migrants économiques qui cherchent à obtenir des papiers quoi... » (Médecin psychiatre)

Pour d'autres, l'instabilité dans laquelle se trouve les personnes est inconciliable avec le travail à engager, parce qu'elle limite leur capacité à se centrer, mais aussi les probabilités d'un suivi au long cours. Quant aux rares professionnels de la santé psychique qui exercent en dehors des dispositifs de l'asile ou des lieux dédiés aux MNA, et sont identifiés comme acceptant de travailler sans conditionnalité de ressources ni de papiers, ils dénoncent parfois la plus grande complexité à travailler auprès des étrangers en situation de précarité, non seulement du fait des difficultés de la langue ou de l'instabilité de leur situation, mais aussi parce qu'ils choisissent rarement de venir d'eux-mêmes, alors que la décision individuelle préside théoriquement au travail clinique et constitue un premier acte d'engagement dans le soin.

Rassurer les professionnels de santé, et assoir la demande des personnes étrangères

Parmi les militants et professionnels entendus (travailleurs sociaux, infirmiers mais aussi psychologues), beaucoup cherchent alors à convaincre les professionnels de santé en général et les psychiatres en particulier d'accepter de prendre en rendez-vous les étrangers auprès desquels ils travaillent et pour lesquels ils ont identifié un besoin de soins.

Certains appellent les services de santé pour convaincre d'accepter tel ou tel patient et expliquer sa demande. Beaucoup accompagnent les personnes jusque dans les services de soin, non seulement pour les rassurer, mais aussi pour assoir la qualité de leur demande auprès des professionnels de santé et augmenter leurs chances d'obtenir un rendez-vous et des soins adaptés. De l'expérience de psychologues et des travailleurs sociaux entendus, cette présence ne suffit pas toujours, en particulier lorsque la demande porte sur des soins psychiatriques. Pour augmenter ses chances d'être admise, il faut, de surcroît, justifier d'un parcours de soin préalable et du besoin imminent de la personne, ce qui suppose qu'elle ait pu rencontrer un psychologue en amont ou soit déjà venue plusieurs fois aux urgences hospitalières.

« On devient des VRP du médical ! »

« Dans tout ce qui est médical, on est aussi très en soupape parce que l'accès aux soins c'est une priorité, et sur le bassin nazairien ou autre, c'est une énorme difficulté. On a aussi beaucoup des personnes « sans », qui arrivent d'autres territoires de France et qui deviennent sans médecin traitant, avec des problématiques de santé, et on devient des VRP du médical, à devoir appeler les cabinets pour défendre celui-là plutôt qu'une autre, pour qu'il ait accès aux soins... »
(Intervenante sociale)

« De la nécessité de justifier la demande »

Un psychologue explique combien il est difficile d'obtenir une hospitalisation pour les personnes étrangères en situation de précarités multiples en particulier, même lorsqu'un professionnel les accompagne.

« C'est de plus en plus vrai pour n'importe qui, mais pour ce public c'est encore plus... c'est-à-dire que moi ce que j'ai vu que, pour qu'ils soient hospitalisés, il faut presque arriver déjà avec des écrits, c'est à dire une compilation d'observations de ce patient, qui montre... qui légitime en fait l'état psychique de la personne. Si on arrive sans rien, si on n'appelle pas avant, si on accompagne juste, il y a encore moins de chance quoi... »
(Psychologue, exerçant auprès des étrangers et personnes en situation de précarité)

D'autres s'improvisent *interprètes* ou porte-voix, dans le sens où ils rappellent les soignants pour expliquer la demande des personnes, lorsqu'après un premier rendez-vous ils s'aperçoivent que celle-ci n'a pas été entendue et qu'elle a été éconduite parce que sa détresse n'a pas trouvé à s'exprimer lors du premier RDV avec le soignant et que celui-ci en a conclu à l'absence de besoins immédiats ou urgents.

« Une incompréhension totale »

Une militante des droits humains explique qu'il lui arrive de rappeler les services psychiatriques lorsque la problématique de la personne semble ne pas avoir été entendue.

« Parfois ils renoncent aussi (les CMP) parce qu'il y a une incompréhension totale de ce qu'a dit le migrant, et on veut le renvoyer comme s'il n'avait rien. Et moi je suis obligé d'intervenir pour expliquer. C'est l'avantage aussi (pour moi) d'avoir une écoute.

- *Quand vous dites « on veut le renvoyer », vous parlez de RDV obtenus en CMP par exemple et où il y a incompréhension entre le psychiatre et la personne accueillie ?*
- *C'est-à-dire que souvent la personne elle a une retenue (chez le psychiatre) et donc elle ne dit pas tout, et tout de suite eux disent « bah non, on ne va pas vous donner un RDV maintenant, peut-être que l'on verra dans six mois », alors que la personne a déjà... alors là, je me permets d'intervenir.*
- *Donc ce qui n'est pas entendu c'est l'expression de l'urgence ? Vu que la personne ne dit pas ou ne pleure pas... si ce n'est pas exprimé physiquement et que ça ne va pas...*
- *Oui oui. » (Militante)*

Enfin, pour tenter de conserver les liens tissés avec des médecins (généralistes ou spécialistes) qui acceptent d'accueillir ces étrangers, certains professionnels (du soin et du social) entendus disent les délester au maximum de toutes les tâches périphériques aux soins qui peuvent découler d'un RDV avec une personne en situation de grande précarité (ouverture de droits, etc.).

Rassurer les étrangers et déstigmatiser la figure « des soignants de la tête »

Pour réussir à accompagner les étrangers en question vers les services de santé, et en particulier vers des psychologues ou des psychiatres, les professionnels interviewés cherchent aussi à faire comprendre ce que recouvre ces métiers et à rassurer les personnes étrangères elles-mêmes.

Non seulement les figures du psychologue et du psychiatre peuvent être méconnues, globalement comme dans leurs spécificités et différences, tant elles sont invisibles dans les sociétés d'origine – sur le continent africain notamment⁷⁰. De plus, le recours aux services psychiatriques peut être redouté. D'une part, parce que dans de nombreux pays, les personnes ayant des troubles psychiatriques ont une image dégradée et sont fortement stigmatisées. Les étrangers accueillis dans les structures peuvent donc chercher à se tenir à distance de l'image du « fou », pour ne pas en être entachés et préserver ce qu'il leur reste d'une dignité déjà malmenée. D'autre part, selon les pays d'origine et le rôle joué par la psychiatrie dans ces pays, les personnes peuvent aussi craindre d'être enfermées, exclues et maltraitées si elles reconnaissent le besoin de se tourner vers ces soignants.

⁷⁰ Kastler Florian. « 10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? », Dominique Kerouedan éd., *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*. Presses de Sciences Po, 2011, pp. 169-177.

Lepidi P., « En Afrique, les malades mentaux meurent dans l'indifférence générale », *Le Monde*, 1^{er} décembre 2017

« Le psychologue c'est pour les fous »

Plusieurs professionnels témoignent des réserves des étrangers qu'ils accompagnent vis-à-vis des psychiatres et psychologues.

« Moi je vois quand j'ai un jeune qui aurait besoin de parler... et c'est vrai qu'il y a ça aussi... »

La psychologie et la psychiatrie en France qu'ils n'ont pas aussi dans leur pays d'origine et donc il y a aussi à leur expliquer ça : l'importance de parler, d'exprimer ses émotions. Moi je leur dis souvent, « le docteur de la tête, le médecin de la tête » (Psychologue CIO)

« Souvent ils disent « non mais je ne suis pas fou, le psychologue c'est pour les fous ». Et donc il y a aussi cette partie culturelle, c'est nécessité de déconstruire ces idées là... » (Conseillère mission locale)

Les travailleurs sociaux et infirmiers qui accompagnent des étrangers pour lesquels ils pressentent que l'écoute psychologique pourrait être une solution ou que le recours aux soins psychiatriques est nécessaire, cherchent donc à les rassurer sur ce que recouvre les termes « psychologues » ou « psychiatres » et sur ce que le recours à ces professionnels suppose pour eux. Certains disent les comparer à des « *médecins de la tête* » et s'appuient sur la relation de confiance qu'eux-mêmes ont déjà tissé avec les personnes pour tenter de faire accepter ces figures tierces. Les plus sensibilisés d'entre eux à la posture interculturelle, sont attentifs à expliquer le rôle des psychologues en partant des figures et des connaissances qu'ont les étrangers des personnes qui, dans leur pays d'origine, aident à aller mieux, si cette fonction existe, qu'elle soit ou non pratiquée par des professionnels.

« Rassurer et ne pas être ethnocentré »

« On ne parle pas frontalement de psychologue. On dit « Est ce que tu veux rencontrer quelqu'un ? ... un peu comment un docteur, un docteur de la tête ». » (Intervenante sociale, CADA)

« Ne pas être ethnocentré... notre regard occidental... On part d'une culture, malgré nous en fait, et quand on écoute l'autre, là c'est aussi comment on entend les choses du pays et comment on ne ramène pas toujours à comment ça se passe en France... Moi quand je parle d'une psychologue, je ne dis pas juste « une psychologue c'est ça », je leur demande ce que c'est pour eux (...) il y a pleins de trucs comme ça qui permettent d'ouvrir... » (intervenante sociale, CADA)

Sortir de la dualité soignant-soigné

De leurs côtés, les psychologues interviewés travaillent eux-aussi leur posture et leur approche, pour rassurer et faciliter le recours aux soins des personnes étrangères qui en ont besoin. Le fait qu'ils puissent être présents dans les espaces de vie des étrangers constitue alors un atout majeur tant de leur point de vue que de celui des intervenants sociaux des structures concernées.

Elle participe aussi à émuresser une partie des représentations négatives et des craintes que les étrangers peuvent avoir vis-à-vis des professionnels de la santé psychique dans leur ensemble. Cela semble d'autant vrai que les psychologues en question rompent avec leur

posture professionnelle traditionnelle, et qu'ils acceptent de ne pas se cantonner à des rendez-vous en tête-à-tête, dans un bureau fermé.

Beaucoup profitent d'être *in situ* pour partager des temps informels avec les résidents, pour participer à des activités collectives proposées par les travailleurs sociaux, et consentent alors à faire un pas de côté par rapport à leurs habitudes et à la formation professionnelle qu'ils ont reçue.

Ce faisant, ils contribuent à déstigmatiser ou « banaliser » leur fonction, et à rendre moins haute la marche que les personnes ont à franchir pour faire appel à eux. Pour les professionnels qui défendent cette posture, ce travail de banalisation n'a pas pour objectif premier de donner lieu à un travail clinique, mais plutôt, à court et moyen terme, de créer un espace sécurisant pour les personnes, ce qui, à plus long terme, peut les aider à identifier la psychologie comme une ressource qu'elles pourront mobiliser au cours de leur vie, lorsque la nécessité de se faire aider se fera plus pressante ou qu'elles seront plus disponibles psychologiquement pour engager un travail de fond.

Le cadre du psy auprès des MNA, il est quand même assez particulier

« Le cadre du psy auprès des MNA, il est quand même assez particulier. C'est de la clinique informelle beaucoup pour moi. Je travaille avec les collègues donc on fait des synthèses, on prend le temps... Mais avec les jeunes, c'est beaucoup de... par exemple dans mon bureau j'ai un piano, j'ai des mandalas à dispo, plein de choses, donc en fait c'est surtout permettre la rencontre, pour qu'ils puissent se sentir en sécurité surtout et puis, voilà sans rencontre on n'est pas grand-chose, donc en tous cas l'idée c'est qu'ils s'y sentent bien dans mon bureau, on fait de la musique, on fait beaucoup de sport... c'est les aider à ... – mettre des mots, pourquoi pas ? – mais (surtout) à exprimer

ce qu'ils ressentent... » (psychologue – association d'accueil et d'hébergement de MNA)

J'essaie des choses...

« Il y a des choses qui se saisissent bien de la dualité, et d'autres avec qui c'est compliqué, donc j'essaie de mettre en place d'autres choses, je passe chez eux, on va se balader, pour que ça soit moins fermé... et plus ça va plus je me renseigne pour faire du groupal... j'essaie, j'essaye des choses... et puis il y a des collègues qui sur une permanence éducative vont lancer un jeu et ça va prendre, donc ça va m'inspirer aussi, pour passer par un médias... j'essaie des choses... » (psychologue – association d'accueil et d'hébergement de MNA)

C'est aussi dans les rangs de ces psychologues que s'observent des pas de côté pour sortir de la relation duelle « soignant-patient » (instituée comme un pilier dans le soin psychique) non pas uniquement pour faciliter la rencontre, mais aussi pour avancer sur le volet clinique. Les psychologues habitués à travailler dans des espaces dédiés aux étrangers et, ou aux personnes en situation désaffiliations sociales et de précarité, et plus encore lorsque ce sont des mineurs, ont pour beaucoup la conviction que c'est en partie aux professionnels de réinventer leur pratique pour la rendre accessible aux personnes, non seulement physiquement, mais aussi

psychiquement. A cet endroit, la dimension collective ⁷¹ de l'approche clinique, mobilisée par la consultation transculturelle du CHU de Nantes et plus récemment par le Césame, expérimenté depuis mars 2024, est perçue comme une piste pour faciliter non seulement l'adhésion, mais aussi le travail à leurs côtés, en les rassurant et en les inscrivant dans un cadre qui leur est plus familier que l'entretien individuel.

« Le duel n'existe pas culturellement dans certains pays »

« Dans notre code de déontologie en France, le principal outil du psychologue, est l'entretien individuel.

Mais ces jeunes-là, culturellement, ils vivent en collectif ! C'est pas juste papa, maman, frères et sœurs, c'est la tante, le cousin... Ils dorment à 3 ou 5 dans une même piaule, le duel n'existe pas culturellement dans certains pays ... ou est menaçant... » (Psychologue, intervenant auprès de MNA)

Ces séances collectives peuvent permettre d'énoncer des difficultés que d'autres partagent et aider à les *normaliser*, ce qui a un caractère rassurant : la découverte de la récurrence de certains symptômes (troubles du sommeil, maux de ventre, etc.), d'une personne à l'autre, peut abaisser les inquiétudes des participants sur la nature de ce qu'ils traversent.

Ces séances collectives permettent aussi de chercher des solutions collectives, autres que médicamenteuses, pour les personnes en souffrances. En questionnant les pratiques et les astuces de chacun, elle donne à chacun l'occasion de puiser parmi les pistes données par des pairs et de tester ce qui soulage l'autre, d'essayer la « recette » de son voisin, etc.

Partir de la demande, sans préjuger de son illégitimité

A rebours des psychiatres et psychologues qui se sentent utilisés par les étrangers en quête d'un certificat médical ou psychologique susceptible de soutenir leur demande d'asile ou de titre de séjour, d'autres se saisissent de cette demande comme d'une porte d'entrée. Ils considèrent, d'une part, que la demande utilitaire n'est pas l'apanage des étrangers et que c'est bien souvent par son truchement que les personnes arrivent aux soins psy. Ils rappellent que dans d'autres familles, des difficultés scolaires ou des blocages professionnels peuvent conduire les personnes à consulter des psychologues, ce qui ne leur paraît pas moins utilitaire. Ils s'inscrivent donc en faux vis-à-vis d'une forme de hiérarchisation de la légitimité des problématiques des personnes.

Ils ne sont pas sans rapporter le caractère parfois stéréotypé des premiers récits recueillis, qui se ressemblent les uns les autres, comme si les étrangers livraient à cette occasion ce qu'ils pensaient être ajustés aux attentes de leurs interlocuteurs pour être crus, tant ils sont prisonniers de la logique et des attentes administratives. Mais ces professionnels ne se heurtent pas de ces récits. D'aucuns les comparent à des cartes de visite que les étrangers déposent comme on se débarrasse d'une formalité, avant de pouvoir passer à autre chose. Ils

⁷¹ Muriel Bossuroy, Cassandre Martin et Cloé Pons, « Le travail du psychologue auprès de migrants mineurs non accompagnés », Canal Psy, n°123, dossier : migrants, 2018, P. 32-37.

en acceptent donc le principe, et cherchent plutôt à permettre aux personnes de les dépasser, à leur rythme, comme elles le peuvent, selon le moment où elles se trouvent dans leur parcours, notamment administratif, et les ressources psychiques dont elles disposent pour livrer autre chose que ces récits attendus et pouvoir travailler dessus.

Accepter de partir de la demande, même utilitariste...

« Ça vient de ce que nous on génère dans cette rencontre-là. Qu'est-ce qui peut réhumaniser le lien ? dès fois ça passe par une demande administrative, éducative... (...) Quand nous on les accueille avec ce qu'on est, je pense qu'on fait un peu

différemment, il peut y avoir un effet miroir, quelque fois c'est ça qui permet aux personnes de parler, parce qu'ils se trouvent devant quelqu'un qui n'est pas étranger à ce qu'il ressentent, il peut y avoir de familiarité, on peut être dans un territoire étranger, mais quels sont les points communs... il faut un peu sortir de son pré carré » (Psychologue)

Accepter l'intrication des problématiques sociales et psychologiques

De la même manière, les psychologues interviewés et les infirmiers psychiatriques des équipes mobiles psychiatrie précarité acceptent que l'imbrication des causes sociales et psychiques à l'origine des souffrances psychiques des personnes qu'ils rencontrent puisse se retraduire dans les demandes qu'ils expriment comme dans la difficulté qu'ils peuvent avoir à s'engager.

Certains acceptent par exemple d'aider les personnes à résoudre un problème administratif, lorsque le RDV avec une assistante sociale est trop tardif ou n'est pas envisageable et que ce problème amplifie les difficultés psychologiques et empêchent que la personne soit psychologiquement disponible pour les aborder.

Par ailleurs, comme ils le font déjà avec les personnes en situation de grande précarité, les infirmiers psychiatriques et les psychologues accueillant des personnes étrangères en situation de précarité administrative, disent **ajuster leurs exigences à la baisse**, pour faciliter l'accès aux soins de ces personnes, et ne pas rompre le début de relation tissée avec elles. Ils acceptent les retards, tolèrent l'irrégularité de présence, leur envoient un rappel en amont des RDV, etc. Ils cherchent donc, eux-aussi, à abaisser le seuil d'accès à leur accompagnement.

Il y a de la souplesse

« On fixe un RDV avec le travailleur social pour la première rencontre, maintenant si la personne n'est pas là pour le premier RDV, ce dont on a l'habitude, on peut recaler.

C'est pas... ça ne va pas être un frein, et après quand on a un accompagnement, on peut envoyer des petits messages la veille à la personne, ou rappeler, on peut... on a l'habitude de venir à la porte « on est là » ... Il y a de la souplesse... » (Psychologue)

Enfin, plusieurs défendent l'idée de pouvoir **prendre en compte les croyances et les référents culturels des personnes – y compris lorsqu'ils s'opposent au pragmatisme de la science – mais aussi les leurs**. Pour eux, l'objectif premier est de soulager les personnes, y compris si cela les détourne de leurs propres cadres de références, professionnels ou personnels, ce qui demande d'avoir conscience de ces cadres.

« Le risque de contre-transfert culturel »

« Avec les personnes précaires, il y a aussi beaucoup de pas de côté, mais je dirais que la plus grosse différence

avec les personnes ayant un parcours migratoire, je dirais que le risque de contre-transfert culturel est beaucoup plus fort, c'est plus qu'il y a à travailler sur nous... il faut vraiment se poser la question de ce que l'on porte nous. Pour pouvoir se décaler... »
(Psychologue)

Sur ce point, la consultation en clinique transculturelle de Nantes est identifiée comme une ressource. Mais, à ce jour, les professionnels la perçoivent davantage comme une ressource pour eux-mêmes que pour les personnes étrangères qu'ils accompagnent, car celles-ci ne remplissent pas toujours les conditions nécessaires pour accéder à des rendez-vous avec les professionnels de l'équipe.

Réinscrire les étrangers dans des espaces ou ils ne sont pas considérés par le seul prisme de leur étrangeté

Les militants, les intervenants sociaux salariés des structures d'hébergement, d'insertion ou travaillant dans l'espace public, mais aussi une partie des psychologues exerçant dans des lieux d'hébergement entendus lors de cette étude partagent la conviction **qu'une des façons de soutenir la santé mentale des personnes étrangères consiste à les réinscrire dans des espaces et des activités de loisirs, où différentes facettes de leur identité sociale sont valorisées et prennent le dessus sur leur statut d'étranger qui devient alors subsidiaire.**

Le temps d'une sortie ou d'une activité, c'est leur jeunesse, leurs talents culinaires, leur aisance sportive, leur générosité dans le groupe qui l'emportent, de sorte qu'ils peuvent souffler, prendre du plaisir, (re)trouver une forme de légèreté et accéder à des formes de réhabilitation, en ayant l'opportunité de montrer ce qu'ils sont, ce qu'ils connaissent et savent faire⁷².

Diversifier les espaces de bien-être et de reconnaissance sociale

Les tentatives mêlant la volonté de rompre l'isolement d'une partie des étrangers, d'alléger leur quotidien et de les valoriser sont de différentes natures. Certains acteurs des territoires investigués proposent des sorties collectives à leurs résidents et cherchent à élargir leur cercle de connaissance, en les accompagnant vers des activités permettant la rencontre avec d'autres personnes. Beaucoup s'appuient sur les entrées sportives et culinaires pour replacer les étrangers à égalité avec les Français et les inscrire dans des relations d'échanges et de réciprocité plutôt que d'apprentissage unilatéral. D'autres les accompagnent dans les espaces partagés des quartiers où ils résident : les maisons de quartier ou les associations de solidarité par exemple, afin qu'ils puissent y revenir par eux-mêmes, y tisser des liens, etc.

Certaines associations proposent aussi des parrainages, reliant une famille française bénévole à une personne étrangère, de façon à tisser un lien privilégié entre eux. L'objectif est que la personne s'autorise, même seule, à joindre ses parrains ou marraines et que réciproquement, ceux-ci puissent être force de proposition à son égard, sans que l'association ne soit organisatrice.

⁷² Sur ce sujet, une étude récente a été réalisée pour la Ville de Nantes :

K. Meslin (GERS), Quand la pratique artistique croise les parcours migratoires. Étude des projets artistiques intégrant des étrangers nouvellement arrivés et des effets réciproques de cette rencontre, pour les créations et pour les étrangers / Ville de Nantes - DAIR (Direction de l'accueil et de l'intégration des réfugiés - État), 2021.

« Un système de parrain, marraine »

« On a pu essayer de repérer comment essayer de parer à certaines formes d'isolement : la santé mentale je pense que beaucoup de personnes qu'on accompagne souffrent d'isolement, parce qu'on accompagne pas mal de personnes qui sont des mères célibataires et donc qui sortent pas beaucoup, n'ont pas de place en crèche, n'ont pas accès à la formation, ni de langue française... donc ça crée vraiment et puis de manière générale, il y a une grosse demande de faire société pour les personnes, sans pouvoir vraiment faire société ;

Donc on tente de mettre en place certaines actions pour favoriser l'intégration, je n'aime pas ce mot, mais l'idée c'est vraiment que les personnes puisent des manières de faire effraction dans la société française. (...)

A l'association on met en place un système de parrain, marraine aussi... ça marche assez bien parce que là on met directement en lien des bénévoles de l'association et des personnes accompagnées, ils font autre chose... l'idée que j'explique aux bénévoles (le but) c'est que les personnes n'existent plus seulement à travers sa condition d'exilé, mais en tant que personnes, plus seulement en tant que personne qui fait appel à un travailleur social... de pouvoir parler d'autres choses, de ses passions, etc. » (chargée de mission action sociale dans une association ayant une offre d'hébergement et d'accompagnement pour des exilés)

Dans la même perspective, certains militants valorisent les liens communautaires et cherchent à tisser des liens entre les nouveaux arrivants et leurs compatriotes déjà installés en France plus durablement, pour qu'ils puissent être dans des relations d'entraide (comme les expatriés français le sont en dehors de France), et qu'ils puissent aussi parler leur langue maternelle et s'exprimer sans retenue, ni crainte de mal parler ou de pas être compris.

Enfin, dans certaines structures, et notamment pour mineurs ou jeunes majeurs, les liens entre pairs sont identifiés comme des supports de mieux être et d'autonomie et sont parfois institués : un ancien résident peut alors accueillir et accompagner un nouveau, qui deviendra à son tour pair aidant une fois sa situation plus stabilisée.

Toutes ces ouvertures sur d'autres groupes, d'autres personnes ressources constituent des occasions de réinscrire les personnes dans des cercles de sociabilité variés, où elle puisse recouvrer leur autonomie et les différentes facettes de leur identité sociale, en sortant de la relation de dépendance et d'attente où leur situation de précarité sociale et administrative menace de les enfermer. Elles s'appuient souvent sur les liens que les services et les professionnels qui travaillent auprès des étrangers ont eux-mêmes tissé avec des associations de leur territoire d'inscription.

Réinscrire les étrangers dans des collectifs, comme espaces de protection

Pour certains intervenants sociaux, l'inscription des étrangers dans des groupes sociaux différents est aussi, de façon indirecte, une manière de renforcer leur protection vis-à-vis d'une possible expulsion. Non seulement l'inscription dans différents groupes sociaux est considérée comme une preuve d'intégration par l'administration : elle peut plaider en faveur d'une régularisation du séjour. De plus, en cas d'obligation de quitter le territoire français

(OQTF), les groupes fréquentés sont autant de forces-vives susceptibles de se mobiliser pour défendre la personne étrangère et son droit au séjour – comme cela se voit par exemple auprès des enfants inscrits dans des groupes scolaires et des activités de loisir.

« Élargir le système de protection »

« Souvent on leur fait des petits schémas. (On leur dit) : « Vous êtes là, il faut vous inscrire dans la société, pour vous protéger, apprendre à connaître le système.

Mais aussi si on vient vous expulser que vous ayez un réseau autour de vous qui puisse se mobiliser et vous protéger, car nous on ne sera pas suffisant ». C'est les amener vers ça. Mais parfois très compliqué, parce qu'ils sont parfois centrés sur leur famille et les amener vers des personnes extérieures, alors que leur crainte c'est qu'on les attrape et qu'on les mette dehors... il y a un paradoxe qui n'est pas facile... donc c'est tenter de les amener vers ça... » (éducateur CHRS)

Prendre soin du corps et des apparences, pour soutenir la santé mentale

Les tentatives de réhabilitation passent aussi par du soin à la personne. Des associations et structures proposent des séances de coiffure et de maquillage, ou mettent à disposition un vestiaire où les personnes peuvent venir choisir leurs vêtements. Le bien-être et le paraître sont, en effet, identifiés comme des vecteurs de bonne santé mentale. **Les soins apportés aux corps permettent aux personnes de retrouver des sensations agréables, de renouer avec des corps souvent malmenés. Le soin apporté à leur apparence leur permet quant à lui de réaffirmer leur identité sociale à travers des codes vestimentaires de jeunesse, de féminité, etc. Le corps (re)devient alors le support d'un mieux-être et d'une certaine fierté.**

Travailler à plusieurs, s'entourer pour mailler le parcours des étrangers et soutenir leur santé mentale

A mesure que les professionnels et les militants témoignent, le travail collectif s'impose comme la clé de voute de l'accompagnement de la santé mentale des personnes ayant connu une situation de migration récente. Tous soulignent l'importance du travail collectif, que ce soit en invoquant ses bienfaits, lorsqu'ils en font l'expérience, ou son manque, lorsqu'ils regrettent d'être isolés dans leurs services ou leur institution.

Le travail collectif qu'ils développent peut revêtir des formes multiples et se déployer au sein d'une même structure ou dans le cadre de partenariats entre structures. Plus que tout autre ingrédient identifié comme indispensable à l'accompagnement de la santé mentale des étrangers, ce travail collectif souligne l'indissociabilité de la qualité de cet accompagnement et des conditions de travail des professionnels susceptibles d'y concourir.

La co-référence et la multi-référence des pistes à suivre ?

Le faire ensemble peut passer par des modalités diverses et se décliner jusqu'au sein d'un même service. Ainsi, à rebours d'une conception de l'accompagnement social qui associe un professionnel (le référent) à chaque usager, dans plusieurs lieux d'insertion et d'hébergement dédiés aux étrangers en situation de précarité sociale et, ou administrative (hébergement d'urgence, foyer ou logements pour MNA, pour demandeurs d'asile ou pour réfugiés) et, ou aux personnes en situation de désaffiliation sociale, des références partagées entre plusieurs intervenants sociaux sont mises en place. Les personnes faisant l'objet d'un accompagnement social sont alors suivies par deux intervenants sociaux minimum ou par une équipe entière, au sein de laquelle chaque professionnel les accompagne dans un domaine de leur vie (l'emploi, la santé, l'apprentissage de la langue, le logement, etc.).

Ce système de référence à plusieurs est présenté comme revêtant des avantages pour les personnes accompagnées comme pour les professionnels investis à leurs côtés.

Il permettrait de limiter les relations de dépendance qui peuvent parfois se nouer entre une personne et le travailleur social désigné pour son accompagnement, en particulier chez les très jeunes ayant connu de nombreuses ruptures familiales et affectives qui peuvent investir dans cette relation plus que ce à quoi elle est vouée. La multi-référence concourt à ce qu'elles attendent moins de chacun tout en ayant l'occasion de se voir témoigner de l'intérêt et de l'importance par plusieurs interlocuteurs, à chaque nouveau rendez-vous et à chaque nouvelle rencontre. Dans le cas de la multi-référence et d'un accompagnement par entrées thématiques, la personne accompagnée a, par ailleurs, la possibilité de choisir les espaces de sa vie qu'elle accepte de donner à voir ou à entendre à chacun ; de décider de ne pas évoquer sa santé avec celui ou celle qui l'accompagne dans le travail, ou ses problématiques familiales

avec celui ou celle qui l'accompagne dans la recherche d'un logement. Elle recouvre ainsi une forme de maîtrise de sa propre vie, ce qui, d'une part, est un des objectifs porté par le travail social et qui, d'autre part, peut contribuer à sa réhabilitation et donc à sa bonne santé mentale.

La coréférence et la multi-référence auraient aussi des aspects bénéfiques pour les professionnels. Partager l'accompagnement social d'une même personne avec des collègues est présenté comme contenant les risques de surinvestissement ou de sur-implication observables chez des professionnels investis auprès des personnes les plus marginalisées, notamment les mineurs, avec qui la distance professionnelle s'émousse parfois. En déchargeant les professionnels d'une partie des problématiques sociales des personnes, elles les allègent aussi du poids de la responsabilité des situations accueillies, ce qui concourt à limiter l'épuisement psychique lisible dans de nombreux témoignages, mais aussi les formes d'agacement qui peuvent se faire jour lorsque les attentes réciproques sont déçues. Ainsi, tout porte à croire que « *l'atténuation de la responsabilité individuelle, l'augmentation de la responsabilité collective, peut permettre de diminuer l'impact émotionnel des interactions*⁷³ ».

Pour fonctionner, cette co-référence suppose cependant que les professionnels disposent de temps institués pour partager et échanger sur les différentes situations et personnes accueillies, ce qui, jusqu'à présent, semble plus fréquent dans les espaces de travail social dédiés aux étrangers ou aux personnes en grande précarité sociale, que dans les administrations chargées de l'accompagnement social généraliste ou dans les associations chargées d'un seul volet de l'accompagnement des étrangers régularisés par exemple, où, le plus souvent, les professionnels ne disposent pas même d'espaces de retour et d'analyse de leur pratique.

De multiples formes de travail partenarial développées et plébiscitées

C'est aussi à l'échelle des territoires investigués, que la dimension collective du travail est développée, plébiscitée et parfois attendue. Partout, les professionnels disent combien le travail partenarial est indispensable pour accompagner les personnes étrangères en situation de précarité administrative et soutenir leur santé mentale, et pour soulager les professionnels et les militants investis dans leur accompagnement. Il est identifié comme un facilitateur, pour le chainage des actions et pour l'accès aux services des personnes accompagnées. Il limite les ruptures de parcours, notamment dans le soin.

Or, ce travail fonctionne particulièrement bien là où les services et les professionnels ont et, ou se créent des occasions d'échanges et de rencontre en amont des situations d'urgence, ce qui permet à chacun d'appréhender les façons de travailler des autres, de mieux comprendre et circonscrire les contenus et périmètres de leurs actions et d'abaisser un certain nombre de préjugés réciproques et de possibles crispations, entre les domaines sociaux et sanitaires en

⁷³ Martin Catherine, Bertrand Jeuneau, « La référence collective. Une démarche en mouvement, des interactions dynamiques », *Thérapie Familiale*, vol. 38, no. 1, 2017, pp. 35-50.

particulier. Cette pré-connaissance facilite la justesse des orientations et augmente les probabilités d'acceptation des demandes entre services.

Ainsi, la présence de psychologues dans certains centres d'hébergement ou lieux à vocation sociale aiguise le regard des travailleurs sociaux sur les problèmes psy et ajuste leur diagnostic et leur demande d'orientation. Elle va jusqu'à faciliter les orientations vers les consultations psychiatriques en particulier lorsque les psychologues en question ont pris le temps de se présenter auprès des services psychiatriques en amont d'une situation à traiter, qu'ils ont présenté le service au sein duquel ils travaillent et ont ainsi tissé un début d'interconnaissance professionnelle. De la même manière, les rares dispositifs qui mobilisent des intervenants sociaux et des psychologues, autour des questions de santé mentale dans le logement notamment, aboutissent de l'avis des professionnels concernés, à une montée en compétence de chacun et une meilleure appréhension des problématiques des autres et reconnaissance réciproque de la plus-value de l'action de chacun. Dans un cas comme dans l'autre, l'interconnaissance est donc un support de maillage entre professionnels et un levier d'accès aux services pour les personnes accompagnées.

Plus généralement, les professionnels entendus soulignent l'importance de tous les espaces de travail, de rencontre et de réflexion partenariale, qu'ils se déroulent sous forme de journées d'études, de formations, d'échanges, de conseils, d'analyse de situation mobilisant plusieurs structures, de forum, etc. A Chateaubriant par exemple, certaines rencontres entre partenaires se font à l'occasion de déjeuner réguliers - les « Déj. Actu » – permettant non seulement de traiter des actualités du territoire entre professionnels de services différents, mais aussi d'entretenir l'interconnaissance, qui facilite le maillage territorial et le chainage des actions de chacun. Ailleurs, la CRCT à Nantes comme la Maison des adolescents à Saint Nazaire propose des rencontres régulières, autour d'une ou deux situations mises en débat. Les professionnels travaillent aussi les rencontres tripartites, mobilisant autour d'une personne, des professionnels de plusieurs services pour tenter de l'accompagner au mieux et de faciliter le passage d'un service à l'autre, etc. Des associations et des services proposent aussi des rencontres thématiques ou des colloques ; c'est le cas de la coordination du PTSM, de la CRCT, du dispositif Parl'on, etc. Enfin, certains centres d'hébergement organisent des temps conviviaux et d'échanges avec les citoyens et militants associatifs investis auprès des étrangers, de manière à reconnaître leur investissement et à pouvoir les doter de ressources et de connaissances susceptibles de soutenir leur engagement.

C'est comme si la dureté des conditions dans lesquelles se trouvent les étrangers récemment arrivés en France et la rareté des moyens à leur offrir dans chacun des services rendaient plus indispensable encore qu'ailleurs, le recours aux autres. En effet, bien que nombreux acteurs entendus semblent déjà déborder les contours de leur missions, que beaucoup se forment par eux-mêmes, que de nombreux psychologues embauchés dans des dispositifs d'orientation s'engagent dans des débuts de soin, que des intervenants sociaux proposent à des bénévoles de collectifs et d'association partenaires des temps de formation, que de nombreux services s'arrangent des directives de l'État (prolongeant les délais d'hébergement ou rééquilibrant les inégalités de moyens entre HUDA et CADA par exemple) tous mesurent combien, isolés, ces pas de côtés sont insuffisants **pour préserver la santé mentale ou limiter**

les souffrances psychiques de personnes qui se heurtent à des obstacles successifs dans leur vie quotidienne comme dans l'accès aux soins. Toutes les personnes interviewées mesurent combien leurs marges de manœuvre sont étroites et perçoivent les limites de leurs propres prérogatives et compétences et l'importance de faire avec les autres.

Et demain ?

*« Les professionnels concernés par l'accueil de ces publics-là, ils peuvent fermer les yeux, les oreilles, parce qu'ils ne savent pas ou que c'est trop... Donc plus on va permettre aux personnes (qui accueillent) de se départir de la difficulté de ce qu'elles entendent, pour ne pas être encombrées, pour pouvoir continuer à dormir : plus ça leur permet d'avancer et d'accompagner les gens au plus près de ce qui se passe pour elles. Ça c'est un vrai enjeu sur tous les territoires de France, sur comment on accompagne les gens sur le plan de l'écoute, de la conceptualisation pour pouvoir aller au plus près de ce qu'il y a à entendre et à accompagner. Moins on fait ce travail, plus les personnes (étrangères) on les renvoie à leurs difficultés, parce qu'on ne sait pas les accueillir. »
(Psychologue)*

La santé mentale des étrangers, une question sociale et un enjeu politique

Les étrangers qui arrivent sur le territoire français ont des parcours migratoires de plus en plus éprouvants, au cours desquels ils sont exposés à des situations traumatiques susceptibles de miner leur santé mentale. Mais ils se heurtent aussi, en France, à des politiques de non-accueil et de soupçon qui concourent à les isoler, à les précariser et limiter leur capacité à faire face, à surmonter l'ensemble des contraintes de leur quotidien, à « vivre avec autrui et rester en lien avec (eux)-même⁷⁴ » tout en les tenant éloignés du soin.

⁷⁴ Orpsere-Samdarra, « Soutenir la santé mentale des personnes migrantes ». Guide ressource à destination des intervenants sociaux ».

Sans évacuer la gravité des troubles de santé mentale d'une partie d'entre eux – et notamment des traumatismes observés à leurs côtés – ni écarter les enjeux que soulève leur difficile accès aux soins, et aux soins psychiatriques en particulier, ce rappel permet d'évacuer les risques d'une psychologisation des comportements des étrangers prompte à alimenter les craintes et les réserves à leur encontre et à limiter les recherches de solutions à des réponses individuelles plutôt que collectives et sociétales. Il permet aussi de comprendre que la santé mentale des étrangers, si elle questionne, pour une partie, leur accès aux soins et aux soins psy en particulier, interroge aussi les conditions de leur accueil, de leur accès aux droits, et de leurs inscription et reconnaissance dans et par la société.

Soutenir la santé mentale des étrangers suppose d'agir sur ces deux volets, qui constituent deux facettes indissociables d'une même pièce. Selon les professionnels entendus, cela se traduit notamment par une vigilance et une mobilisation pour :

- Leur offrir des espaces d'écoute, pour restaurer leur dignité et leur estime d'eux-mêmes
- Les inscrire dans des espaces de sociabilité aux formats variés, pour développer leurs sociabilités, leur autonomie et les replacer en tant que personnes dotées de ressources diverses
- Repérer les signes de la souffrance mentale et d'identifier les raisons/étapes sociales susceptibles d'augmenter sa dégradation, pour prévenir la dégradation et orienter
- Faciliter l'accès aux soins psy et soutenir le soin au long cours, pour soigner les troubles psychiatriques.

Or, il apparaît, que sur le volet social comme sur le volet sanitaire, la qualité de l'accompagnement de la santé mentale des étrangers et la capacité des professionnels à la soutenir est étroitement liée à leurs conditions de travail, de formation et d'outillage.

Des professionnels très inégalement soutenus et soutenant

Exercer son métier d'intervenant social, de professionnel de l'insertion ou de soignant, ou s'engager bénévolement auprès de personnes étrangères en situation de précarité sociale et administrative, pour qui les droits sont particulièrement limités et qui ne maîtrisent pas toujours ni la langue, ni les codes culturels, ni les règles du jeu de la société française, n'est pas sans incidences. Cela demande du temps et nécessite des ajustements des pratiques professionnelles et expose à des récits et des situations parfois violentes, qui demandent une forme d'engagement et de volontarisme. Cet engagement (en temps, en énergie, etc.), nécessaire dans l'accompagnement de bien d'autres publics en situation de désaffiliation sociale, est ici d'autant plus lourd et pesant pour les professionnels que les droits des étrangers ciblés par cette étude sont particulièrement réduits, et leur accès difficile et aléatoire. Il s'avère d'autant plus usant individuellement que les moyens organisationnels déployés pour soutenir les professionnels sont limités.

Chez la majeure partie des personnes interviewées, qui ont en commun d'être intéressées par l'accueil des étrangers et, pour certaines, d'en faire un enjeu d'humanité – ce qui donne un sens à leur action et les aide à *tenir* – l'engagement que cette situation nécessite et la fatigue qu'elle peut engendrer ne sont qu'exceptionnellement attribués aux personnes étrangères elles-mêmes⁷⁵ ou à leurs comportements. Le plus souvent, c'est l'inhumanité de leur accueil et des conditions de vie auxquels elles sont exposées qui est mise en cause.

Mais les entretiens réalisés laissent souvent deviner ou énoncent parfois explicitement que pour d'autres professionnels, n'ayant pas cette sensibilité à la lutte contre l'exclusion, n'étant pas outillés, n'ayant pas d'expériences préalables auprès de personnes en situation de grande précarité et, ou étant pris dans leurs propres contraintes professionnelles (ou personnelles), l'ampleur des besoins des étrangers nouvellement arrivés, qui s'expriment parfois avec émotion ou colère, qui plus est dans une langue souvent étrangère, d'une part, et le peu de solutions accessibles à leur offrir, d'autre part, peuvent produire des formes de rejet de ces étrangers. Les étrangers, dont les droits sont déjà restreints par la nature de leur statut administratif en France, peuvent alors être privés des rares services auxquels ils ont légalement droit, parce que les professionnels sont pressés, agacés par avance ou se sentent impuissants et incompetents à s'engager dans leur suivi. Or, les refus de prise en charge alourdissent encore le travail de ceux qui se tiennent aux côtés de ces étrangers : ils complexifient l'accompagnement des intervenants sociaux et menacent d'emboliser les cabinets et les services de santé ne fermant pas leurs portes.

Aujourd'hui, l'outillage et les ressources dont disposent et se dotent les professionnels pour accompagner la santé mentale des étrangers sont très inégaux d'un service à l'autre et d'un territoire à l'autre, en terme d'interprétariat ou de formations (aux droits des étrangers, aux parcours migratoires, à la posture interculturelle, à la santé mentale, etc.), de soutiens psychologiques (sous forme d'analyse de la pratique notamment ou d'échanges réguliers pour ceux qui bénéficient de la présence d'un psychologue sur site) et de temps d'échanges entre professionnels, ou de connaissances des ressources et des relais existants au sein de leur territoire.

Cette inégalité se lit dans les écarts de mobilisation observés à l'occasion de cette étude, entre territoires, entre les services sociaux et les services sanitaires, et en leur sein, entre les services sanitaires dédiés et les services de droit commun. Elle se traduit aussi dans les remontées que font les acteurs du territoire des mauvais accueils et des refus d'accès aux droits et aux services auxquels se heurtent les étrangers qu'ils accompagnent dans le cadre de leurs missions.

⁷⁵ A tout le moins, cette dimension ne s'exprime pas à l'occasion des entretiens à leurs côtés.

L'accompagnement de la santé mentale des personnes étrangères, un enjeu indissociable de l'outillage de l'ensemble des personnes œuvrant dans cet accompagnement

Ainsi, tout porte à croire que l'accompagnement de la santé mentale des personnes étrangères est un enjeu indissociable de l'outillage de l'ensemble des personnes qui œuvrent dans cet accompagnement, quel que soit l'endroit où elles interviennent dans leur parcours. Là où cet outillage existe, les professionnels sont non seulement les plus enclins à accompagner les personnes étrangères récemment arrivées sur le territoire, mais ils sont aussi les plus à même de les accompagner en soutenant leur bonne santé mentale, de savoir vers qui les orienter pour limiter sa dégradation ou le cas échéant, pour accéder à des soins psychiatriques, et de mobiliser des ressources et des relais pour eux-mêmes.

Cet outillage peut prendre des formes variées :

- Présence de psychologue dans les équipes ou, a minima, d'espaces d'analyse de la pratique
- Facilitation du recours de l'interprétariat (budgets dédiés, prise en compte du temps dédié⁷⁶, etc.)
- Formations des professionnels et de bénévoles (sur les migrations, le droit des étrangers, les fondamentaux de la santé mentale, la posture interculturelle, etc.)
- Facilitation de la mobilisation des professionnels dans les espaces de rencontre et d'échanges entre services (colloques, journées d'études, etc.)
- Recensement des ressources existantes et diffusion auprès des différents services

L'étude conduite aussi à porter une attention singulière aux services de droit commun. Elle montre que, pour être efficace, l'outillage des services (et des professionnels qui y travaillent) ne peut se centrer sur les seuls dispositifs dédiés aux étrangers, puisqu'une grande partie des étrangers nouvellement arrivés y échappent. Jusqu'à ce jour, les professionnels des services de droit commun sont, pour la majeure partie, très peu outillés et relativement isolés sur les questions ayant trait à l'accompagnement des étrangers et au soutien de leur santé mentale. Cet isolement se solde par des formes de méfiance, des craintes et parfois du désintérêt, susceptibles de limiter la qualité de l'accueil des étrangers nouvellement arrivés dans certains services sociaux et sanitaires, voire d'empêcher leur accès à certains services et droits. Il entrave donc fortement les possibilités de soutenir la bonne santé mentale des étrangers ciblés par cette étude, mais aussi, à plus long terme, la bonne santé mentale des étrangers stabilisés administrativement, qui sortent des dispositifs dédiés et dont les réalités échappent pour partie à cette étude. Soutenir les professionnels des services de droit commun paraît donc indispensable à un accompagnement au long cours de la santé mentale des étrangers.

⁷⁶ Pour exemple, un des enquêtés propose de défendre auprès des pouvoirs publics la reconnaissance (et la rémunération pour les soignants) du temps que nécessite le recours à un interprète, lors des consultations, en facturant et remboursant un montant plus élevé que pour une consultation classique.

Bibliographie

Acker Françoise, « 3.1. Prendre soin dans la société : une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillés », dans : Véronique Chagnon éd., *Prendre soin. Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*. Paris, Hermann, « Colloque de Cerisy », 2013, p. 165-174.

Akoka Karen. « Réfugiés ou migrants ? Les enjeux politiques d'une distinction juridique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 25, no. 1, 2018, pp. 15-30.

Akoka Karen, *L'asile et l'exil*, La Découverte, Paris, 2020.

Bamberger, Muriel. « Exil, psychotraumatismes et addictions : tentative d'une problématisation », *Psychotropes*, vol. 25, no. 1, 2019, pp. 47-53.

Béal Arnaud, Chambon Nicolas, « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes », *Rhizome*, vol. 55, no. 1, 2015, pp. 9-19.

Boltanski Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n° 1, 1971. pp. 205-233

Bourdin Marie-Jo et Larchanché Stéphanie (2015) De l'interprétariat à la médiation en santé mentale : l'expérience du centre Françoise Minkowska, *Les Cahiers du Rhizome*, 55, pp. 48-54.

Boyer C., « Mineurs non accompagnés en recours : Le traumatisme du non-accueil – étude de cas clinique », *DU psychopathologie et psychotraumatisme*, Université Paris Diderot, 2020.

Caria Aude *et al.*, « Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? », *La santé de l'homme*, n°419, mai-juin 2012, p.25-27.

Chambon Nicolas, Le Goff Gwen, « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016/2, n°6, pp. 123-140.

Chambon Nicolas et Carbonel Natacha (2015), « L'interprète, un intervenant en santé mentale », *Les Cahiers du Rhizome*, 55, pp. 86-97.

Chambre régionale des comptes, *Rapport d'observation définitive et sa réponse, Département de Loire Atlantique : Enquête protection de l'enfance, exercice 2015 et suivants*, 2019.

Cimade, « Dispositifs d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile : État des lieux 2022 », 2022 - <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>

Comede, Médecins sans Frontières, *La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion*, Rapports de recherche, novembre 2021.

D'Halluin, Estelle. « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes & Migrations*, vol. 1282, no. 6, 2009, pp. 66-75.

Doron Claude-Olivier, « L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, no. 1, 2015, pp. 3-16.

Eyraud Benoît, Velpry Livia, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 149, no. 1, 2014, pp. 207-222.

Etiemble Angelina, « Les mineurs isolés étrangers en France », *Migrations Études*, n°109, p.1-16, 2002.

Fassin Didier, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *l'Homme*, vol. 153, janvier-mars, 2000, p.231-250.

Gilliot Élodie, Vincent Tremblay, « Soutenir la santé mentale par l'écoute », *Rhizome*, vol. 79, no. 1, 2021, pp. 3-4.

Insee, « Les chiffres de l'immigration en 2022 », *L'essentiel de l'immigration*, n°2023-97, 2023

Insee, « Immigrés et descendants d'immigrés », *Insee Références*, 2023.

Kastler Florian. « 10. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? », Dominique Kerouedan éd., *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*. Presses de Sciences Po, 2011, pp. 169-177.

Laacher Smaïn, « Croire à l'incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d'asile », *Gallimard, Essais*, Paris, 2018, 180 p.

Lot Florence, Quele Sylvie, « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 5 septembre 2017, n°19-20

Lhuillier, Dominique. « L'accompagnement : entre idéalisation, épuisement et créativité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 25, no. 1, 2018, pp. 111-130.

Long, Julien. « Grandir en exil : expériences juvéniles au cœur des trajectoires migratoires des mineurs non accompagnés venus d'Algérie et du Mali », *Hommes & Migrations*, vol. 1333, no. 2, 2021, pp. 51-57.

Long Julien, « La situation des mineur.es non accompagnés.es en Loire Atlantique depuis 2014 », Atlas social de la métropole nantaise, Nantes, 2014

Malhou Aurélia. « Le recueil du récit... en toute ignorance », *Mémoires*, vol. 70, no. 2, 2017, pp. 9-11.

Martin Catherine, Bertrand Jeuneau, « La référence collective. Une démarche en mouvement, des interactions dynamiques », *Thérapie Familiale*, vol. 38, no. 1, 2017, pp. 35-50.

Médecin du monde, *Rapport d'activité 2021, Bilan du Programme mineur-e-s non accompagné-e-s*, Nantes, 2021

Meslin Karine (GERS), David Marion (GERS), Gérome Clément (OFDT), *Usages de produits psychotropes et prise en charge sociosanitaire des usagers de drogues en situation de grande précarité en Pays de la Loire*, Études et recherches, Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives, Paris, 2023, 70p.

Meslin Karine (GERS), Étude des projets artistiques intégrant des étrangers nouvellement arrivés et des effets réciproques de cette rencontre, pour les créations et pour les étrangers / Ville de Nantes - DAIR (Direction de l'accueil et de l'intégration des réfugiés - État), rapport d'étude, 2021.

Mission nationale mineurs non accompagnés, *Rapport annuel d'activité 2022*, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, ministère de l'Intérieur, 2022

Nguyen, Aude. « L'agonie administrative des exilés. Une clinique de l'asile », *L'Autre*, vol. 15, no. 2, 2014, pp. 197-206.

Organisation Mondiale de la Santé, « L'OMS et la santé mentale 1949-1961 », *Chroniques OMS*, 1962.

Perrot Adeline, « Les jeunes exilés face au ralentissement institutionnel. Contribution à une sociologie des temporalités », *Terrains & travaux*, vol. 36-37, no. 1-2, 2020, pp. 159-182.

Perrot, Adeline. « Une infantilisation inévitable ? La réversibilité de l'âge chez les jeunes exilés en France », *Genèses*, vol. 114, no. 1, 2019, pp. 75-95.

Perrot, Adeline. « Devenir un enfant en danger, épreuves d'âge et de statut. Le cas « limite » des mineurs isolés étrangers en France », *Agora débats/jeunesses*, vol. 74, no. 3, 2016, pp. 119-130.

Pian, Anaïk, Anne-Cécile Hoyez, et Simona Tersigni, « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, no. 2-3, 2018, pp. 55-78.

Région des Pays de la Loire, « Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés – Région des Pays de la Loire 2021-2023 », 2021, 57p.

Richard Rechtman (entretien de), « Le traumatisme pour faire entendre une cause », *Mémoires*, vol. 73, no. 2, 2018, pp. 14-15.

Sayad Abdelmalek, « Les maux-à-mots de l'immigration, entretien avec Jean Leca », *Politix*, n°12, 1990, p.7-24

Sterchele Charline, « L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales », *Les dossiers de la DREES*, n°112, 2023.

Sturm Gésine, Tortelli Andrea (sous la dir. de), « Répondre aux besoins de santé mentale des exilés : une étude qualitative », *Les cahiers du social*, France Terre d'Asile, n°42, juillet 2023, 87p.

Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés », *Bull Epidemiol Hebd.*, n°19-20, pp. 405-14, 2017.

Veïsse, Arnaud. « Les lésions dangereuses », *Plein droit*, vol. 56, no. 1, 2003, pp. 32-35.

Vilhem Steve, « Que se cache-t-il derrière le terme « santé mentale », *CAIRN dossier en Ligne*, n°24, 2022.

Ressources énoncées par les professionnels interviewés comme facilitant l'accompagnement des personnes étrangères⁷⁷

Interprétariat / traduction

- Interprétariat physique : **ASAMLA / BEREKTY**
- Interprétariat téléphonique : **ISM**
- Applications : **Traducmed/Say HI/ google trad/ etc.**
- Listes de noms de salariés bilingues

Ressource en santé somatique et psychique

- Les MarSoins (Saint-Nazaire, Chateaubriant, etc.)
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité ou équipe de liaison psychiatrie précarité
- Les médiateurs en santé (Les forges Médiation et Médiateurs Ville de Nantes)
- Le CPTC (Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitements à Nantes) : consultations limitées dans le temps et gratuites
- Solipsy (accueil des personnes, groupes de parole, sensibilisation des professionnels, etc.)
- Ligne nationale d'écoute sur la question du suicide (3114)
- Le PAS (Lieu d'Ecoute Parole Aide Soutien)

Espaces ressources sur les questions juridiques et de la vie quotidienne en France

- Acteurs du territoire pouvant être soutiens : **CIMADE, Ligue des droits de l'homme, Nosig (sur les questions d'orientations et d'identités sexuelles), etc.**
- Outils existants : **Guides de l'entrée et du séjour des étrangers en France (GISTI), Guide pour les résidents étrangers (Nantes), le Classeur Parl'On (Saint-Nazaire), etc.**

Espaces ressources sur les questions transculturelles, la santé mentale, les migrations

- **CRCT (Consultation ressource en clinique transculturelle) au CHU de Nantes**
- **Césame44 (Collectif d'entraide pour la santé mentale des exilés)**
- **Groupes de travail du PTSM**
-

Ressources pour les professionnels

- **Supervision (individuellement)**
- **Analyse de la pratique instituée dans les organisations**
- **Maison des adolescents, avec réunion inter partenariales sur des situations (mais uniquement les mineurs)**
- **Formations : aux droits des étrangers ; au premiers secours en santé mentale ; à la relation interculturelle ; sur les parcours migratoires ; etc.**
- **Colloques, journées d'études, etc.**
- **Relais des bénévoles (collectifs citoyens et associations)**

⁷⁷ Cette liste ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle rend compte des ressources citées lors des entretiens par les acteurs interviewés.

