

## Liste des abréviations

ADA	Allocation pour les Demandeurs d'Asile
AFALAC	Association Familles Langues Cultures
AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLSM	Conseils Locaux de Santé Mentale
COMEDE	Comité Médical pour la santé des Exilés
DIASM	Dispositif d'Appui en Santé Mentale
EAL	Eveil Aux Langues
EFC	Entretien de Formulation Culturelle
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ENFAMS	Enfants et Familles sans Logement, Rapport de l'observatoire du Samu social
ESPT	Etat de Stress Post Traumatique
HCR	Haut Comité des Réfugiés
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Épidémiologiques
MDM	Médecins Du Monde
MIE	Mineur Isolé Etranger
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORSPERE	Observatoire Région Rhône-Alpes de la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion
PASS	Dispositif de Permanence d'accès aux soins
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PUMA	Protection Universelle Maladie
SAMENTA	Santé Mentale et Addictions, Rapport de l'observatoire du Samu social
SIVE	Système Intégré de Vigilance Extérieure

# Plan

## RESUME

## INTRODUCTION

## MATERIEL ET MÉTHODE

### 1. Définition et grandes étapes de l'intervention systémique

- 1.1. Approche systémique
  - 1.1.1. Définition de la systémie
  - 1.1.2. Intérêt de cette approche en situation de précarité et articulation à la clinique biopsychosociale
- 1.2. Les préalables
  - 1.2.1. Définition d'une population cible
    - a) Qui sont les précaires?
    - b) Evolution des populations à la rue, migrants précaires : cumul des vulnérabilités
    - c) Profil sociodémographique des migrants précaires
  - 1.2.2. Contexte : flux migratoire Insee (Quand ?)
  - 1.2.3. Souffrance psychique des migrants précaires (Quoi ?)
    - a) Précarité et troubles psychiques
    - b) Troubles psychiques des mères et des enfants
    - c) Nouveaux enjeux pour les familles
  - 1.2.4. Recours aux soins et santé mentale : dispositif, obstacles, parcours thérapeutique (A qui ?)
  - 1.2.5. Migrations et régulation (Pour qui ? Contre qui ?)
  - 1.2.6. Recommandations issues des enquêtes de terrain (Pour quoi faire ?)
- 1.3. Affiliation : synchronisation et calibration
  - 1.3.1. La position de l'aidant
  - 1.3.2. Affiliation du thérapeute au système et engagement
  - 1.3.3. Confort relationnel, question des places
  - 1.3.4. La bonne distance : collision entre deux systèmes
  - 1.3.5. Construction commune d'un espace de soins, soigner l'accueil
- 1.4. Exploration : reformulation inductive vers l'accès aux soins
  - 1.4.1. État des lieux, sociogramme, outils, cartographie
  - 1.4.2. De la demande au problème
  - 1.4.3. Désamorçage de l'onirisme social : la demande et la non demande
  - 1.4.4. Niveaux d'émergence du symptôme et souffrance évolutive
  - 1.4.5. Epidémiologie médicale : Troubles psychiques chez les exilés
    - a) Facteurs de risque et vulnérabilités
    - b) Prévalence des pathologies rencontrées : syndromes psycho traumatiques et dépression
- 1.5. Interactions et enjeux de la psychothérapie transculturelle
  - 1.5.1. Interactionnisme versus interventionnisme
  - 1.5.2. Concept de culture et psychopathologie
    - a) Clinique de l'altérité et temporalité
    - b) Evaluation clinique en situation transculturelle : entretien de formulation culturelle
  - 1.5.3. Travail d'élaboration psychique
    - a) Vécu pré migratoire et motif de migration
    - b) Voyage, deuil et potentiel traumatique
  - 1.5.4. Migration et intégration
  - 1.5.5. Migration et filiation
  - 1.5.6. Objets flottants et appel à la créativité
- 2. Différents niveaux d'hypothèses systémiques
  - 2.1. Hypothèse structurale de Minuchin
  - 2.2. Hypothèse stratégique
  - 2.3. Hypothèse intergénérationnelle
  - 2.4. Hypothèse expérientielle
  - 2.5. Constructivisme et constructionnisme
  - 2.6. Paradoxe et double contrainte
  - 2.7. Résonance

## **RÉSULTATS : A PROPOS DE L'EXPERIENCE DE LA FONDATION SILVANO ANDOLFI A ROME**

### **1. Description de l'expérience**

- 1.1. Contexte d'observation
- 1.2. Le dispositif
- 1.3. Préalables
  - 1.3.1. Quelle famille pour quelle thérapie ?
  - 1.3.2. Espace et temporalité
  - 1.3.3. Intervenants, un collectif soignant
  - 1.3.4. Parcours de la demande et enjeux

### **2. Une lecture de la souffrance**

- 2.1. Impact de la culture dans la thérapie familiale
  - 2.1.1. Structures familiales selon le pays d'origine
  - 2.1.2. A travers les générations
- 2.2. Processus transculturel dans la vie familiale

### **3. Vignettes cliniques**

- 3.1. Meriem et sa famille
  - 3.1.1. Thérapie individuelle : Meriem
  - 3.1.2. Supervision
  - 3.1.3. Thérapie familiale : Meriem, sa mère et ses sœurs
- 3.2. Outils et stratégies en pratique clinique
  - 3.2.1. Question de l'identité culturelle : demander de ramener un objet
  - 3.2.2. Reconnaître les compétences
  - 3.2.3. Appartenance et individuation
  - 3.2.4. L'importance de la clôture
  - 3.2.5. L'objet comme support émotionnel

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

### **1. Actualité, santé mentale des migrants : l'affaire de qui ?**

- 1.1. Limites épidémiologiques
- 1.2. Segmentation des dispositifs et disparités géographiques
- 1.3. Accompagnement des mineurs étrangers isolés
- 1.4. Nouveaux repères, intégration et métissage
- 1.5. Question de la radicalisation à l'interface de la justice et de la psychiatrie

### **2. Limites et apports de la systémie en psychothérapie transculturelle**

- 2.1. Limites
- 2.2. Psychothérapie tournée vers l'opérationnel
- 2.3. Pratique de réseau, articulation des dispositifs
  - 2.3.1. Intervention en réseau, groupes multifamiliaux
  - 2.3.2. EMPP, secteur public, un outil systémique ?
- 2.4. Dispositifs
  - 2.4.1. PIOS : Psychothérapie individuelle d'orientation systémique
  - 2.4.2. Familles précaires et thérapie familiale
  - 2.4.3. Thérapie communautaire intégrative systémique (TCIS)
  - 2.4.4. Dispositif spécifique de consultation transculturelle : comparaison Avicenne et Andolfi
    - a) Ethnopsychanalyse et consultation groupale
    - b) Dispositifs complémentaires
  - 2.4.5. AFALAC : un dispositif innovant
- 2.5. Refaire du lien, prévenir les répétitions transgénérationnelles
- 2.6. Considérer les appartenances
- 2.7. Altérité, résonance, effets sur les soignants et accompagnement

### **3. Balance bénéfiques/risques de l'accueil dans le droit commun versus dispositifs spécialisés**

- 3.1. Tabou lié à la prise en charge de l'étranger dans les dispositifs de santé publique
- 3.2. Limites de la sectorisation en psychiatrie
- 3.3. Groupe migrant
- 3.4. Enjeux autour de la demande de certificat

#### **4. Construction d'une nouvelle réalité hic et nunc : politiques publiques à inventer**

- 4.1. Populations migrantes, angle mort de la précarité, interprétariat
- 4.2. Temporalité de la crise humanitaire versus temporalité de l'intégration
- 4.3. Lecture de la complexité et mise en place d'actions

#### **CONCLUSION**

#### **BIBLIOGRAPHIE**

#### **TABLE DES MATIERES**

#### **ANNEXES**

- 1. **Annexe 1 : Définitions issus du guide Soins et accompagnements, Migrants/ Etrangers en situation précaire du COMEDE**
- 2. **Annexe 2 : Guide de formulation culturelle DSM 5, (67)**
- 3. **Annexe 3 : Modèle de certificat, Guide INPES COMEDE 2015**
- 4. **Annexe 4 : Parcours d'un demandeur d'asile à partir du 1er Novembre 2015, Plateforme de service aux migrants (119)**
- 5. **Annexe 5 : Demandes d'asiles et conditions d'accueil, Lemonde, Eurostat, 2015**
- 6. **Annexe 6 : Le système migratoire mondial, Gildas Simon, 2008**

## RESUME

L'afflux de migrants en Europe questionne sur les stratégies politiques, sanitaires et sociales à adopter. On assiste à une augmentation du nombre de familles migrantes précaires avec une prévalence élevée de troubles psychiques. Si un certain nombre d'actions sont menées, on déplore l'absence de cohérence globale du système. Une approche systémique pourrait-elle nous aider à aborder la souffrance psychique des migrants précaires ?

La trame d'une intervention systémique permet d'appréhender le contexte et la complexité de l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants qui cumulent les vulnérabilités. Le concept d'affiliation permet de penser la construction commune d'un espace de soins tandis que la psychothérapie transculturelle appréhende le concept de culture et le travail d'élaboration psychique nécessaire autour du parcours du migratoire, ses deuils et potentiels traumatiques mais aussi la notion d'intégration, de métissage et de filiation. Le processus migratoire engage et inclut plusieurs générations.

A partir d'une semaine d'observation du travail de la fondation Silvano Andolfi à Rome en Juillet 2016, nous décrirons cette expérience de thérapie familiale avec une approche systémique et transculturelle auprès des migrants marginalisés. Les vignettes cliniques illustrent le processus d'intégration en replaçant l'événement migratoire dans le cycle de vie familiale. L'approche systémique, tournée vers l'opérationnel permet d'enrichir la pratique de réseau dans l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires

Un certain nombre de dispositifs favorisent la circularité entre les partenaires pour valoriser les ressources du réseau et proposent d'aménager l'accès aux soins de droit commun, en s'appuyant sur l'idée que tout système a en soi les ressources individuelles et collectives nécessaires à sa guérison. Libre à chacun de faire preuve de créativité pour aménager ces concepts en termes d'actions collectives où chacun trouve sa place, puisque chacun fait partie intégrante du système.

# INTRODUCTION

L'afflux de migrants en Europe depuis la fin du printemps 2015 questionne sur les stratégies politiques, sanitaires et sociales à adopter. Si un certain nombre d'actions sont menées, on déplore l'absence de cohérence globale du système. C'est pourtant sur le système qu'il va falloir tenter d'agir pour prendre en charge la souffrance psychique de ses exclus. Les enquêtes de terrains mettent en évidence une évolution significative du nombre de familles migrantes et marginalisées en Île-de-France. Andolfi nous rappelle que « L'immigration est devenue structurelle et les migrations ne sont plus individuelles mais familiales » (1,2).

Parmi les courants de psychothérapie, l'approche systémique propose de penser la complexité en termes d'interactions et met à disposition un certain nombre de modèles et d'outils thérapeutiques, non seulement dans le champ des psychothérapies familiales ou groupales mais aussi dans la pratique de réseau. Ainsi pourrait-on envisager l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires au travers une grille de lecture systémique ? Comment le processus transculturel peut s'ancrer dans une thérapie familiale ou individuelle d'orientation systémique ? Quel est notre degré de responsabilité en tant que soignant et citoyen d'un système mondial qui fabrique des exclus ? Quel rapport au monde peut-on imaginer lorsqu'au détour de ses pratiques et ses discours, celui-ci ne cesse de nous signifier qu'il n'y a pas de place possible ?

L'objectif de ce travail est de montrer en quoi l'approche systémique peut s'avérer pertinente dans l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires, seuls ou avec leurs familles, majeurs ou mineurs étrangers isolés, alors même qu'ils semblent avoir rompu tous les liens. A partir des enquêtes de terrain, notre méthode s'appuie sur la trame d'un entretien systémique et ses hypothèses théoriques. Nous tenterons de cibler cette population et son contexte dans les préalables, puis la phase d'exploration nous permettra d'identifier les multiples facteurs de vulnérabilité. Nous appréhenderons la souffrance psychique des exilés grâce à l'étayage de l'ethnopsychiatrie. Pour illustrer notre hypothèse nous décrirons dans nos résultats une expérience de quelques jours d'immersion dans le travail de la fondation Silvano Andolfi à Rome (3), qui œuvre depuis presque trente ans, avec une

approche systémique, auprès des familles immigrées marginalisées. Nous discuterons enfin les enjeux complexes de la clinique de la précarité et de la psychothérapie transculturelle au travers une grille de lecture systémique. Nous verrons comment cette expérience peut enrichir notre travail clinique et notre pratique de réseau auprès de ce public.

Rapport-Gratuit.com

# MATERIEL ET MÉTHODE

Ce travail repose sur l'hypothèse qu'une approche systémique peut nous aider à penser la complexité dans l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants en situation de précarité. Pour cela, nous suivrons tout d'abord la trame d'une intervention systémique (4) à travers : l'étude des préalables qui permet de définir notre population cible et son contexte, l'exploration afin d'envisager les facteurs de vulnérabilités, et enfin les interactions pour entrevoir les enjeux de la psychothérapie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie. Nous convoquerons un certain nombre de notions issues de la théorie systémique afin de changer de paradigme avant d'appréhender nos résultats avec l'observation d'un dispositif de thérapie familiale pour les migrants précaires.

## 1. Définition et grandes étapes de l'intervention systémique

### 1.1. Approche systémique

#### 1.1.1. Définition de la systémie

La cybernétique complexe des relations, d'abord intrafamiliales a été créée dans les années 50 par différents chercheurs, anthropologues, cliniciens tels que Bowen, Haley, Don Jackson, Whitaker, Wynn (5). Elle a été conceptualisée à partir de la théorie écosystémique de la communication, fondé par l'anthropologue Gregory Bateson. Dès ses débuts, la systémie a revendiqué sa présence sur le terrain social. Les pionniers de la thérapie familiale tels que Salvador Minuchin et Mony Elkaim ont travaillé auprès de familles défavorisées. Bateson avance l'idée que « les maladies mentales sont aussi, voire avant tout, des maladies familiales, et elles deviennent des maladies sociales » (6). Plus récemment les travailleurs sociaux, tels que Durand ou Amiguet se sont intéressés aux outils de la thérapie familiale (7,8).

Elkaim rappelle que la théorie systémique postule quatre principes fondamentaux régissant tout système humain. Le principe de totalité souligne l'interdépendance de tous les éléments constituant le système : si un élément change, alors

l'ensemble du système changera. Le principe de non-sommativité insiste sur le fait qu'on ne peut réduire le système à la somme des éléments qui le composent et doit tenir compte des phénomènes propres au système, comme sa dynamique, son identité, la qualité de ses interactions. Le principe d'homéostasie illustre que tout système vise à sa propre pérennité, il développera donc toutes sortes de stratégies pour s'en assurer et maintenir son équilibre, ce qui n'est pas forcément synonyme d'harmonie et de bien-être pour les individus. Enfin, le principe d'équifinalité postule que des causes différentes peuvent avoir un même effet ou des causes semblables des effets différents. Il nous invite à renoncer au concept de causalité linéaire et à nous interroger sur la complexité multifactorielle à l'œuvre dans toute production humaine (5).

### **1.1.2. Intérêt de cette approche en situation de précarité et articulation à la clinique biopsychosociale**

En situation d'exclusion, la souffrance psychique se cristallise autour de la relation à l'environnement. L'hypothèse systémique avance l'idée qu'un processus thérapeutique collectif va pouvoir alléger la charge émotionnelle du patient désigné. L'intervention systémique parvient à l'aide de modèles à une représentation opératoire de l'ensemble d'une situation clinique. A partir de l'observation des interactions, il s'agit de comprendre les enjeux entre les différents systèmes et sous-systèmes, avant d'envisager des stratégies d'accompagnement adaptées aux situations d'exclusion.

L'hypothèse systémique, par son application dans les thérapies familiales, paraît d'autant plus pertinente que l'on retrouve parmi les facteurs de risque de précarité une histoire infantile perturbée (antécédents psychiatriques familiaux, violences, séparations, fugues, délinquance), un faible niveau d'acquisition scolaire, des troubles cognitifs souvent en lien avec des difficultés sociales ou familiales au moment de la scolarité avec des répétitions transgénérationnelles (9). Sophie Gilbert et Véronique Lussier proposent d'utiliser « le génogramme libre au service de l'élaboration auprès de jeunes parents à risque de maltraitance envers leur enfant (10–12). A ces facteurs de risque peu modifiables, viennent s'ajouter une mauvaise utilisation des services, reflet parfois d'un manque d'informations, de lisibilité et de coordination entre les partenaires.

Foucault interroge la notion d'exclusion sociale qui est « moins le résultat d'une non-appartenance au groupe majoritaire que celui de l'assignation au groupe des exclus : l'exclu est celui à qui l'on a donné une place d'exclu, c'est-à-dire une non-place. L'exclu le devient vraiment lorsqu'il se reconnaît dans l'identité que la société cherche à lui faire intérioriser : là réside essentiellement le conditionnement social. Tout se passerait donc comme si l'individu exclu avait été forcé de se convaincre lui-même que la seule place sociale qu'il pouvait mériter était celle d'exclu » (13,14).

Edgar Morin propose une définition optimiste de la pensée complexe, se référant à l'étymologie latine *complexus*, "ce qui est tissé ensemble" et affirme que « si la complexité est non pas la clé du monde, mais le défi à affronter, la pensée complexe est non pas ce qui évite ou supprime le défi, mais ce qui aide à le relever, et parfois même à le surmonter » (15). Ainsi, on peut envisager de sortir d'une définition linéaire causaliste de la personne exclue en souffrance psychique, au profit d'une définition circulaire non causaliste, mettant en avant une causalité circulaire, mutuelle avec des ajustements réciproques. Il s'agit d'envisager le problème autrement et non pas seulement d'élargir la vision du problème à d'autres dimensions.

Le modèle biopsychosocial défini par Engel est un modèle qui s'éloigne des « paradigmes psychologiques ou biologiques, considérés comme réductionnistes avec leur causalité linéaire, leur dualisme et leur analyse factorielle, au profit d'une approche holistique, probabiliste et analogique associant notamment, dans l'approche étiologique, la neurobiologie, la neuropsychologie et l'environnement » (16). Le modèle biopsychosocial fait émerger les concepts de souffrance psychique, de détresse psychosociale et plus largement de santé mentale. Dès 1991, Kaufmann critique l'application du modèle biopsychosocial en psychiatrie : « la psychiatrie croit appliquer le modèle biopsychosocial en ne faisant en fait qu'un inventaire des aspects importants d'une situation clinique, elle ajoute aux aspects biologiques la psychologie, le social, etc. puis confie les différents volets du problème aux spécialistes respectifs sans trop se soucier de la connexion entre ces différents aspects. De la manière dont il est appliqué, le modèle biopsychosocial ne permet pas une approche holistique. C'est précisément ce que nous attendons en psychiatrie de la théorie des systèmes aux données

psychiatriques : d'arriver à l'aide de modèles, à une représentation opératoire de l'ensemble d'une situation clinique. Ces modèles systémiques sont d'abord construits dans la tête avant de déterminer la structuration de l'activité sur le territoire » (17). Cet aspect vient souligner la nécessité de ne pas multiplier les approches mais bien de valoriser une approche globale qu'il faut s'efforcer de ne pas fragmenter en dispositifs trop spécifiques. Aborder la complexité invite à sortir du cloisonnement des institutions concernées. Il apparaît nécessaire de briser la vision d'une logique spécialisée et formatée : le social, la médecine, la psychiatrie, l'insertion, la prévention, la répression, la politique, pour mettre toutes ces institutions en perspective.

## **1.2. Les préalables**

Les préalables constituent l'ensemble des éléments qui précèdent la rencontre. Il s'agit bien souvent d'étudier une demande. Qui demande ? Pour qui ? Contre qui ? A qui est-elle adressée ? Quand ? Après quoi ? Pour quoi faire ? Nous allons définir ici notre population cible, son évolution, ses caractéristiques sociodémographiques, le contexte de précarité dans lequel elle évolue et les troubles psychiques qui lui sont associés. Nous nous appuierons sur les enquêtes de terrain qui nous fournissent un certain nombre de données épidémiologiques et de recommandations.

### **1.2.1. Définition d'une population cible**

#### **a) Qui sont les précaires?**

La précarité peut être définie par une situation où une ou plusieurs sécurité(s) fondamentale(s) vient à manquer : ressources, logement, sécurité, éducation. Le premier écueil, concernant la population à la rue, est statistique. En effet, on se retrouve face à une population mouvante, diverse, à dénomination privative que Sylvie Zucca nomme « les sans », ou encore « demandeurs d'asile, vieux clochards, jeunes errants, marginaux, malades mentaux mais ne bénéficiant que d'un statut unique commun à tous les individus ; un statut qui précisément n'en est pas un : celui d'exclu de tout projet de vie à long terme. On se

retrouve donc face à une population reconnue comme sans lien, sans affiliation, sans socialisation, et finalement sans véritable perception des limites d'une existence et d'un corps devenu sans forme. En somme le manque ou la perte de toute identité » (18).

Robert Castel propose avec le concept de désaffiliation, une alternative à la notion d'exclusion dont l'usage trop généralisé risque de gommer toutes spécificités. Il propose de dépasser le constat des « états de dépossession » pour analyser les mécanismes qui génèrent ce phénomène. Il définit d'abord « le décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit » (19). Il distingue deux axes : un axe d'intégration/non-intégration par le travail et un axe d'insertion/non-insertion dans une sociabilité socio-familiale. Le déficit de filiation renvoie au déficit d'inscription dans des liens sociaux primaires notamment familiaux, donc de protection rapprochée ; le déficit d'affiliation, renvoie au déficit d'inscription dans des formes collectives de protection, en particulier issue des collectifs de travail. Castel estime que « pour comprendre la convivialité de ces univers étiquetés marginaux, il faudra envisager des modèles d'intervention qui les accueillent émotionnellement et structurellement, à leur niveau local, et avec l'évocation précise de leur environnement quotidien, familial et microsocial » (20).

Alain Mercuel, nous invite à considérer la singularité des situations, « les précautions oratoires sont prises pour éviter la stigmatisation de ce public sans domicile fixe (...) sans résidence stable, sans-logis, personne au domicile indéterminé, exclu, sans logement personnel. D'autres désignations persistent dans la stigmatisation, certaines ne sont plus usitées comme indigent ou gens de rien, mais errant, démunis ou sans-abri courent toujours (...). Cette diversité ne peut se caractériser par une seule tournure et il serait plus opportun pour s'extraire des schémas dogmatiques de s'en tenir aux singularités des êtres plutôt qu'à une généralisation dangereusement réductrice. » (9,21).

## **b) Evolution des populations à la rue, migrants précaires : cumul des vulnérabilités**

La population que nous avons choisi d'étudier est d'abord une population en situation de précarité. Il semblait pertinent de convoquer une approche systémique face à la

complexité de leur accompagnement et l'articulation entre sanitaire et social. De prime abord, il aurait pu paraître paradoxal de s'intéresser à une population essentiellement masculine et isolée telle qu'elle était décrite dans le rapport Strohl Lazarus en février 1995 (22) ou par Viviane Kovess en 2001 (23) ou encore par Philippe Declerck dans son livre sur « les naufragés, les clochards de Paris » (24). Aujourd'hui, les enquêtes de terrain, réalisées par l'observatoire du Samu Social en Île-de-France, témoignent d'une évolution du profil des populations précaires au profit de familles marginalisées, le plus souvent avec une expérience migratoire. En nous appuyant sur les rapports des enquêtes SAMENTA et ENFAMS de l'Observatoire du Samu Social, nous tenterons de définir ce nouveau type de population à la rue, les enjeux et l'impériosité à trouver de nouvelles stratégies d'accompagnement notamment en santé mentale. On observe une grande hétérogénéité de la population précaire tant du point de vue des trajectoires de vie que des traits sociodémographiques. Le rapport ENFAMS (Enfants et femmes à la rue, Octobre 2014) met en évidence une évolution significative du profil de populations précaires avec un accroissement du nombre de familles marginalisées à la rue, dans les hôtels sociaux, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), de réinsertion sociale (CHRS) ou pour demandeurs d'asile (CADA).

Alors que jusque-là, on dénotait « l'invisibilité scientifique des étrangers dans les enquêtes » (25), l'étude ENFAMS a révélé que 93,9 % des parents déclarent être nés à l'étranger. Soixante-six pays de naissance différents ont été recensés et neuf personnes sur dix n'ont pas la nationalité française (25). Trois motifs de migration sont principalement identifiés : exil, migrations économiques et regroupement familial. Les familles disposent de peu de ressources en arrivant sur le territoire français et la plus grande majorité des familles en France depuis au moins cinq ans ne dispose toujours pas de logement personnel (25).

Selon l'enquête ENFAMS, les familles constitueraient aujourd'hui entre 35 et 40% des sans-domicile en Ile-de-France. Les enfants représentent près d'un quart de la population sans logement. Une attention particulière doit être apportée aux femmes en grande vulnérabilités psychiques, pour lesquelles le nombre de structures de prise en charge est très insuffisant. La situation des femmes en errance est particulièrement préoccupante (25,26).

### c) Profil sociodémographique des migrants précaires

L'observatoire du Samu social de Paris, propose une description du profil socio-sanitaire des personnes migrantes et réfugiées accueillies dans les centres d'hébergement, arrivées en France depuis moins de 18 mois (27), en lien avec les évacuations des campement parisiens. Les familles, davantage hébergées dans des hôtels, ont été peu recensées dans cette enquête. Le rapport décrit une population majoritairement masculine, jeune et célibataire, l'âge moyen est de 29 ans (27). Pour la plupart de ceux qui se déclarent mariés, le conjoint n'est pas en France. Trois pays d'origine sont davantage représentés : le Soudan, l'Afghanistan et l'Erythrée (27). Certains groupes démographiques (enfants, femmes, mineurs étrangers isolés, migrants âgés) présentent des vulnérabilités spécifiques.

#### **Conditions de vie et liens sociaux**

Parmi les personnes présentes sur le territoire français depuis moins de 18 mois, celles qui déclarent vivre en famille en France (2,7%) sont très minoritaires contre 12 % parmi les personnes arrivées depuis plus de 18 mois (27). La moitié des répondants déclarent compter sur un soutien social (amis et connaissances) mais cela diminue de manière significative après 18 mois de séjour. Le sentiment de solitude est très élevé (70% des personnes interrogées) quelle que soit la durée de séjour, témoin des difficultés d'insertion sociale des personnes hébergées en centre d'hébergement d'urgence parfois sur de longues périodes. Paradoxalement on observe un renforcement des liens sociaux et amicaux pour les personnes ayant l'expérience de campement.

Seuls 33% des parents avec des enfants mineurs, vivent avec tous leurs enfants en Europe. La tension émotionnelle liée à la séparation familiale constitue un déterminant négatif supplémentaire de santé. Rappelons que 67,8 % de migrants interrogés dans 10 pays européens par MDM ont répondu que leur logement était temporaire avec une inquiétude permanente concernant leur lieu de vie, « 29,2 % des patients interrogés en Europe considèrent leur logement comme néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants » (28) ce qui accentue leur vulnérabilité en santé.

## **Exil, périnatalité et précarité**

On constate que 41,8 % des personnes rencontrées dans l'enquête ENFAMS sont des femmes (25). Les femmes récemment immigrées ont une prévalence plus élevée de grossesses non désirées ainsi que de complications obstétricales. Si la grossesse devrait constituer une opportunité d'accès aux soins et de suivi pour elles et leurs enfants, elle devient une vulnérabilité supplémentaire. Peu suivies ou tardivement, les femmes déclarent vivre leur grossesse le plus souvent seules et sortir de la maternité sans aucun suivi. Les modalités d'hébergement dont elles bénéficient, majoritairement en hôtel apparaissent délétères sur leur santé, tant sur la fréquence des déménagements (autant de ruptures possibles de la continuité des soins), qu'au regard de la « prévalence accrue de l'insécurité alimentaire et de la dépression (une femme sur trois) chez les femmes hébergées » (25).

L'information et l'accès à la contraception est largement insuffisant. Le recours à l'interprétariat professionnel est essentiel pour la prévention et le suivi, notamment quand il concerne le domaine de l'intime, tant sur le plan gynécologique que sur le plan de la santé mentale. Au regard de l'engorgement des services de PMI, qui ne peuvent bien souvent plus assurer le suivi des enfants au-delà de leur première année, le rapport ENFAMS recommande la création de PASS périnatales spécifiques à la vulnérabilité de cette population, la prise en charge familiale, la prévention et la lutte contre la dépression maternelle. Il est nécessaire d'appréhender la relation mère-enfant en consultation afin de prévenir des troubles graves de la relation et du développement pour l'enfant. Les centres de santé MDM à Londres et à Munich proposent deux fois par mois des consultations familiales à destination des femmes enceintes et des enfants.

## **Enfants et adolescents**

Le contexte d'exil et de précarité majore les risques de vulnérabilités psychiques chez les enfants et les adolescents de migrants, Marie-Rose Moro, Psychiatre, Professeur des Universités, Directrice de la maison des adolescents de Solenn (Hôpital Cochin) nous rappelle que les vulnérabilités psychiques se cristallisent lors des interactions précoces parents-enfants, au moment de l'entrée dans les apprentissages scolaires et à l'adolescence » (29). Arnaud

Veisse, directeur général du COMEDE nous alerte sur le fait que les enfants récemment immigrés ont « une prévalence accrue de saturnisme et de défenestration (deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère dont 55 % d'origine africaine) » (30). Les enfants isolés ou séparés (principalement afghans, érythréens, syriens et somaliens) constituent un groupe particulièrement vulnérable. 98 400 demandes d'asile d'enfants ont été déposées en 2015 dans 78 pays, ce qui représente le plus grand nombre jamais enregistré depuis 2006 (28). On ne peut que déplorer le manque de dispositifs d'accueil adaptés aux enfants et condamner leur détention. Des alternatives doivent être envisagées dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

### **Mineurs étrangers isolés**

Près de 16 % des mineurs reçus dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de MDM sont considérés comme isolés, (soit 359 jeunes) principalement des garçons de 15 à 17 ans. La plupart d'entre eux (61%) sont arrivés en France il y a moins de trois mois et sont originaires d'Afrique subsaharienne (78%), du proche et moyen Orient (7%). L'isolement est également synonyme d'errance et de précarité, ils sont sans domicile pour 52 % d'entre eux alors que 11 % vivent dans un squat ou un campement. Seulement 6% disposent de droits ouverts à une couverture maladie alors même que tout mineur devrait pouvoir bénéficier d'une affiliation directe et sans délai (28).

L'éligibilité aux dispositifs d'aide sociale à l'enfance est soumise à l'évaluation de leur situation par les départements et vise à vérifier leur minorité et leur situation d'isolement à partir d'entretiens successifs, pouvant aller jusqu'à une demande d'évaluation médicale (examen dentaire, caractéristiques pubertaires, radiographies osseuses) dont la fiabilité n'est pas garantie. L'observatoire de MDM dénonce des examens « inadaptés, dégradants » chez des enfants « déjà profondément bouleversés par leur voyage migratoire et la situation de grande vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent, ces évaluations constituent un acte de violence institutionnelle à leur encontre » (28). Les papiers d'identité demandés n'existent pas toujours, leur véracité peut parfois être mise en cause lorsqu'ils sont présentés « alors même que la loi française prévoit que tout acte d'état civil étranger fait foi jusqu'à preuve du contraire » (28).

Dans une conférence ACTE organisée par l'OSPERE, Thierry Malvezin, pilote du groupe géopolitique de MDM rappelle que les mineurs étrangers isolés sont des rescapés du désastre migratoire et dénonce un ensemble d'irrégularités légales et morales les concernant, entretenu par un vide juridique qui ne leur donne accès à presque aucun droit. « Un mineur isolé est avant toute chose un mineur et un mineur vulnérable » (31) avec une histoire migratoire singulière à confronter au contexte économique et politique. Il faut souligner que seuls les mineurs pris en charge par l'ASE obtiennent le statut de mineur étranger isolé (MIE), les autres vont devenir de jeunes migrants, paradoxalement contraints de se faire passer pour majeurs auprès du 115 pour prétendre à un hébergement de nuit. Le climat de suspicion permanente quant à la véracité de leur minorité ainsi que les procédures juridiques en cours, favorisent l'émergence et pérennisent l'angoisse, la peur, la méfiance voire la défiance.

L'arrivée et les conditions d'accueil sont souvent catastrophiques. Les forces de l'ordre sont fréquemment les premiers interlocuteurs avant de solliciter les services de l'ASE. S'ils obtiennent le statut de MIE, la plupart vont être hébergés en hôtel à défaut de possibilité d'accueil dans les foyers. Pourtant on estime que l'hébergement en hôtel peut être préjudiciable puisqu'il ne permet pas un dispositif secure et bienveillant, les rendant parfois extrêmement vulnérables à l'emprise de certains adultes (32).

### **Migrants âgés et migrants vieillissants**

Les migrants âgés sont particulièrement vulnérables avec un capital santé fortement dégradé qui les expose à un vieillissement précoce et à une prévalence de maladies chroniques qui nécessiterait de faciliter le recours et la continuité des soins. Un déracinement tardif rend bien souvent l'intégration plus ardue, notamment en lien avec la barrière de la langue. Il faut cependant distinguer les migrants âgés avec un parcours migratoire tardif des migrants vieillissants, arrivés en France il y a plusieurs dizaines d'années, le plus souvent issus d'une vague de migration économique et ayant travaillé sur le territoire de nombreuses années. On assiste alors au passage du migrant ouvrier au migrant vieillissant, du migrant utile, à la société d'accueil et à sa famille d'origine par le versement d'argent, au migrant « inutile le jour où le migrant ne remplit plus sa mission d'utilité économique et sociale. Il est

en rupture avec ce qui donne du sens à son existence (...) tous ces vieux immigrés, hommes et femmes, partagent solidairement la singularité d'être d'abord des étrangers en France, trop malades, trop handicapés, trop vieux et trop pauvres pour pouvoir retrouver une issue "honorable" à leur situation, conforme à leurs aspirations premières » (33).

### 1.2.2. Contexte : flux migratoire Insee (Quand ?)

Au-delà du profil sociodémographique et des vulnérabilités spécifiques, il faudra s'interroger sur la temporalité dans laquelle s'inscrit la demande d'accompagnement, de soins ou d'hébergement. Plus largement qu'elle est le contexte géopolitique et familial de leur migration. « La migration est d'abord un événement sociologique inscrit dans un contexte historique et politique » (29). Nous aborderons ici quelques données épidémiologiques.

En 2004, l'INSEE estime que 4,9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine (34). Dans la population immigrée, hommes et femmes sont désormais aussi nombreux, par l'effet notamment du regroupement familial. En 2014, le rapport de Chantal Brutel estimait qu'en moyenne, 200 000 immigrés sont entrés chaque année de 2004 à 2012, sur le territoire français. La population immigrée a crû en moyenne de 90 000 personnes par an. De 2004 à 2009, les entrées en France sont restées stables, puis ont augmenté, de 2009 à 2012, en raison essentiellement de l'afflux d'Européens. Début 2013, elle est estimée à 5,8 millions d'immigrés et représente 8,8 % de la population française. La part des femmes immigrées continue d'augmenter. Six nouveaux migrants sur dix vivent en famille l'année de leur arrivée en France, qu'ils aient migré ensemble ou rejoint un membre de leur famille précédemment installé (34). Un quart des immigrés âgés de plus de 20 ans et arrivés en France en 2012 déclarent vivre en couple avec enfant début 2013 et 2 % forment une famille monoparentale. En 2015, le nombre de migrants et de demandeurs d'asile dans le monde n'a cessé d'augmenter. L'observatoire de médecin du monde estime que plus de 63 millions de personnes ont été contraintes de se déplacer à travers le monde et 1 255 600 migrants ont déposé en Europe, une demande de protection internationale (soit plus du double par rapport à 2014), (Annexe 5). Un tiers des demandeurs sont d'origine syrienne.

En s'appuyant sur les données géographiques, on peut relativiser l'impact de la

migration en France aujourd'hui, Gildas Simon parle d'un système migratoire mondialisé (Annexe 6) comprenant des espaces de départs, d'arrivée et de transition. Aujourd'hui les migrants représentent 3,3% de la population mondiale (35). Si les politiques migratoires sont le plus débattues dans les pays du nord, la majorité des mouvements s'effectue dans les pays du sud. Une forte tendance à l'accélération des mobilités internationale se confronte à un protectionnisme migratoire que le monde n'a jamais connu. Le protectionnisme est mis en exergue dans l'espace Schengen et par la construction d'un mur entre le Mexique et les Etats-Unis. On assiste à l'entrée en scène de nouveaux acteurs de l'immigration et à une évolution du paysage migratoire dans le monde. Le migrant doit pouvoir développer un « savoir migrer » pour se déplacer et survivre. Il doit aujourd'hui être connecté au monde pour pouvoir se déplacer dans l'espace. Migrer demande également un capital économique (pour pouvoir payer les passeurs). Les inégalités mondiales, qu'elles soient sociales, économiques, juridiques ou climatiques entretiennent les mouvements de population fondés sur l'imaginaire et l'espoir d'une vie meilleure alimentée par un monde connecté. Les Etats-Unis restent à ce jour le pays qui connaît la plus forte immigration puisque 13% de sa population est née à l'étranger. La France se situe à la 16<sup>ème</sup> place par rapport à sa population soit un demandeur d'asile pour 1000 habitants, ce qui ne représente que 10% de la totalité des demandeurs d'asile en Europe. La Suède compte à elle seule 13 % des demandeurs d'asile de l'union européenne (9 pour 1000 habitants). L'Allemagne comptabilise 32% de la totalité des demandeurs d'Asile en Europe soit le triple par rapport à la France. Les grands foyers de départs sont représentés par l'Asie (40 % de migration vers les pays du Sud), l'Afrique sub-saharienne dont 65 % des migrants africains migrent en Afrique (Afrique du Sud, Côte d'Ivoire) et seulement 35% arrivent en Europe ou aux Etats-Unis ; l'Amérique latine vers les Etats-Unis ou le Canada (Annexe 6). On assiste à un changement permanent des schémas migratoires et différents types de mobilités s'entrecroisent: économiques, familiales, climatiques, migration de compétence. Deux espaces de transit apparaissent majoritaires : la route transaméricaine d'une part avec son corridor migratoire mexicain et qui représente 10 millions de migrants, et la méditerranée d'autre part (Annexe 6-7). Le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) estime que plus d'un million de migrants sont arrivés par la mer en 2015, la plupart venant de Syrie, d'Afghanistan et d'Irak (28).

Migrer apparaît de plus en plus comme un parcours complexe et dangereux avec la militarisation des frontières amenant les migrants à trouver de nouvelles stratégies migratoires plus longues et plus complexes (Annexe 7). On ne peut plus comparer la complexité de ces parcours aux parcours migratoires linéaires des années 70. Nous nous intéresserons à la souffrance psychique des migrants précaires en rappelant tout d'abord les troubles en lien avec la situation de précarité.

### **1.2.3. Souffrance psychique des migrants précaires (Quoi ?)**

#### **a) Précarité et troubles psychiques**

L'enquête SAMENTA de l'observatoire du Samu social, a été missionnée pour caractériser le type de population à la rue et identifier la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions dans cette population. En 2009, elle estime qu'un tiers des personnes sans logement personnel en Île-de-France souffre de troubles psychiatriques sévères : troubles psychotiques, troubles de l'humeur (principalement troubles dépressifs sévères) et troubles anxieux. Elle retrouve une prévalence dix fois plus importante qu'en population générale notamment pour les troubles psychotiques et la dépendance aux substances psychoactives avec une fréquence élevée de dépendance à l'alcool dans la population sans logement (trois hommes sur dix et une femme sur dix). Les troubles psychotiques, et notamment la schizophrénie, représentent la pathologie la plus grave et la plus fréquente dans cette population, soit une prévalence 8 à 10 fois supérieure, notamment chez les jeunes de 18 à 25 ans (36). Le risque suicidaire moyen ou sévère est révélé chez une personne sur dix sans logement, et une personne sur cinq témoigne de tentatives de suicide au cours de la vie. Les troubles de la personnalité et du comportement sont aussi beaucoup plus fréquents que dans la population générale : ils concernent une personne sur cinq. Les troubles dépressifs légers et moyens sont bien plus élevés qu'en population générale (36).

#### **b) Troubles psychiques des mères et des enfants**

Les personnes hébergées en hôtel sont majoritairement des familles migrantes,

très souvent des femmes seules avec leurs enfants et souffrent de troubles anxieux et de troubles dépressifs moyens ou légers imputables à la situation de précarité sociale et administrative. L'enquête ENFAMS relate la prévalence accrue des troubles psychiques des mères et des enfants et retrouve un trouble dépressif chez 29% des mères, soit quatre fois plus qu'en population générale et des troubles psychiques suspectés pour deux enfants sur dix, comprenant troubles émotionnels, troubles du comportement, trouble d'inattention-hyperactivité et troubles relationnels (25). Les mères chez qui l'on repère une dépression vivent « plus souvent seules, sont plus souvent nées en France, ont en moyenne déménagé plus souvent que les femmes ne souffrant pas de dépression et ont moins de contacts avec leur famille » (25). Leur état de santé est nettement plus dégradé. Elles souffrent davantage d'insécurité alimentaire sévère, ressentent plus souvent leur état psychique comme mauvais, ont plus souvent des idéations suicidaires et déclarent plus souvent une expérience de traumatismes. Les facteurs biographiques et l'emprise de conditions de vie difficiles (instabilité résidentielle, insécurité alimentaire) augmentent la prévalence des troubles de l'humeur (25).

La dépression maternelle est le facteur le plus déterminant sur la santé de l'enfant : presque la moitié des enfants dont les mères se perçoivent en très mauvais état de santé psychique, ont une suspicion de troubles de santé mentale (versus 9% si la mère se sent en bonne santé) (25). On retrouve des troubles émotionnels (27% des enfants), des troubles du comportement (24%), des troubles d'inattention/hyperactivité (18%) et des troubles relationnels (10%). Les analyses montrent que la dépression, influencée par les conditions de vie, majore l'insécurité alimentaire et a un rôle important sur l'obésité et les troubles du comportement chez l'enfant. « Ces premiers résultats sont proches de ceux observés dans les études américaines et montrent les facteurs déterminants de la santé mentale des enfants que sont la santé mentale de la mère, les conditions d'hébergement et les événements de vie stressants » (25).

### **c) Nouveaux enjeux pour les familles**

Les familles se différencient par bien des aspects des personnes isolées, qui concentrent l'essentiel de l'attention médiatique, politique et scientifique. La pauvreté infantile

est associée à deux types de compositions familiales : les familles monoparentales ou les familles nombreuses : la moitié des familles sont monoparentales, et 22% comprennent trois enfants ou plus (un quart des parents ont par ailleurs des enfants qui n'habitent pas avec eux, vivant le plus souvent dans le pays d'origine). Il faut rappeler que 21% des personnes n'ont pas de possibilité de cuisiner dans leur lieu de vie, 29% des familles n'ont pas de toilettes ou de douche dans leur chambre, 41% des enfants doivent partager le même lit qu'un de leur parent (25). La vulnérabilité résidentielle des ménages est également marquée : en moyenne, tout au long de leur parcours sans domicile, « les familles ont déménagé 4,3 fois », ce qui a des conséquences sur la socialisation et la scolarisation des enfants (25).

Les familles se perçoivent en plus mauvaise santé que la population générale, mais en meilleure santé que les personnes sans domicile isolées. Si la moitié considère avoir un état de santé général bon ou très bon (54%), cela se dégrade quand il s'agit de leur santé physique (48%), ou plus encore de leur santé émotionnelle (39%), (25). L'indicateur de santé le plus frappant reste cependant l'insécurité alimentaire dont souffrent ces familles, et particulièrement les enfants. Près de huit familles sur dix et deux enfants sur trois souffrent de la faim (25). La situation des femmes enceintes sans logement est particulièrement préoccupante : un trouble dépressif est repéré chez plus d'un tiers des femmes enceintes (25).

L'instabilité de l'hébergement pour les personnes en centres d'hébergement d'urgence et l'isolement vis-à-vis des services d'aide pour les familles dans les hôtels sociaux constituent des freins à la prise en charge et au suivi, voire une source d'anxiété supplémentaire. Le recours aux soins doit être analysé.

#### **1.2.4. Recours aux soins et santé mentale : dispositif, obstacles, parcours thérapeutique (A qui ?)**

Il ne s'agit pas encore à ce stade de savoir si l'adressage est le bon mais déjà de repérer, s'il y en a une, à qui et par qui est faite la demande de soins, tant au niveau individuel (bénévole, médecin, assistante sociale), qu'au niveau institutionnel (hôpital, police, ONG). L'analyse du recours aux soins psychiatriques dans l'enquête SAMENTA a montré que deux tiers de la population sans logement ont eu dans leur vie recours aux soins, pour une raison de santé mentale mais près des trois quarts ne se sont pas maintenues dans le soin. La moitié a

déjà interrompu au moins une fois son traitement (ce qui reste toutefois comparable à la population générale). Parmi elles, quatre personnes sur dix ont un trouble psychotique diagnostiqué. Près d'un quart des personnes atteintes d'un trouble sévère n'a déclaré aucun recours aux soins et seuls 18% de la population déclarent un suivi en cours (36).

Les prévalences des troubles psychiques et notamment les épisodes dépressifs sévères et les addictions sont plus élevées dans les dispositifs à bas seuil accueillant un public plus défavorisé (dispositifs d'urgences, hôtels sociaux). Alors qu'elles ont pour la majorité déjà bénéficié de soins psychiatriques au cours de la vie, ce type d'hébergement ne facilite ni l'accès ni le maintien dans le soin.

Le rapport ENFAMS retrouve que 18% des mères chez qui on a diagnostiqué une dépression déclarent ne pas avoir de sécurité sociale et 53% ne pas avoir de couverture complémentaire de santé : autant de freins à un suivi ou une prise en charge de leur dépression (25). Les difficultés d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences sur le suivi de la grossesse puis celui du jeune enfant. L'âge de l'enfant est déterminant puisqu'on constate souvent une absence de recours aux soins après trois ans, tandis que les enfants de moins d'un an sont plus concernés par un suivi exclusif en PMI (25).

Les familles sans logement rencontrent de nombreux obstacles pour se soigner et avoir recours aux soins : vingt pour cent des familles ne sont pas couvertes par l'assurance maladie ; ce qui est inférieur à la couverture mesurée chez les femmes franciliennes les plus démunies (25). Les facteurs associés au renoncement aux soins chez les familles sans logement sont nombreux, mais le facteur qui paradoxalement les différencie le plus est la santé. Ceux qui ont déclaré avoir renoncé à un soin, au cours des douze mois précédant l'enquête, sont ceux qui ont déclaré avoir le plus de problèmes de santé (41% versus 28%), se perçoivent en mauvaise santé (15% versus 9%), en dépression (36% versus 24%), en surpoids (74% versus 64%) et en insécurité alimentaire (94% versus 80%), (25). Il est donc particulièrement préoccupant et paradoxal d'observer que ce sont les personnes qui s'estiment le plus en mauvaise santé qui renoncent aux soins.

En 2013, le COMEDE montrait que « les trois quarts des obstacles constatés relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale : erreurs de droit, erreurs de procédure

et difficultés d'accès au centre de Sécurité sociale de secteur. Un quart des obstacles à l'accès aux soins seraient liés aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, notamment au sein de l'hôpital public, sollicité en priorité par ces patients démunis, les soins sont différés dans l'attente de l'ouverture des droits au risque d'une aggravation de l'état de santé » (37).

L'observatoire international de MDM a relevé un certain nombre d'obstacles à l'accès aux soins : des barrières financières (24,0%) : frais de la consultation, médicaments, avances à régler, montant prohibitif des cotisations pour une couverture santé ; problèmes administratifs (14,2%) ; législations restrictives, difficultés à rassembler les justificatifs nécessaires, dysfonctionnements administratifs ; manque de compréhension du système de santé et de leurs droits (9,1%) ; barrière de la langue ; refus de soins et discriminations dans les structures de santé, peur d'être arrêté (28).

L'opacité du système de soins aux primo-arrivants, les difficultés de communication avec les professionnels de santé autour de représentations différentes des maladies et l'inexistence d'un service public d'interprétariat constituent des obstacles à l'accès aux soins non négligeables d'autant que la santé n'est pas toujours vécue comme prioritaire face aux épreuves administratives, économiques et sociales. Seule l'obtention d'une protection maladie intégrale pour les patients démunis permettrait de garantir la continuité des soins, au-delà des dispositifs d'urgence. La complexité de la réglementation et sa méconnaissance par les professionnels de santé freine l'application de la couverture maladie universelle (PUMA), obligation pourtant légale au-delà de 3 mois de résidence (38). Finalement ce n'est pas tant l'accès aux soins que son maintien notamment dans la prise en charge de la santé mentale, qui devrait être amélioré.

#### **1.2.5. Migrations et régulation (Pour qui ? Contre qui ?)**

La prise en charge des migrants précaires nourrit-elle des intérêts personnels ou collectifs ? Faut-il protéger la personne ou protéger la société ? Les arrêtés anti-mendicité nous rappellent les tentatives de protection de la société au risque d'accroître l'exclusion des plus démunis. Les effets pervers de la « nébuleuse d'intervenants » (9) doivent aussi être pris en compte avec une course à l'appel à projet jusqu'à une disqualification des intervenants et des

institutions, le risque étant d'annihiler tout le travail en réseau.

Qu'en est-il du contrôle des frontières et des demandes d'asile déboutées. La théorie cybernétique nous renseigne sur la notion d'équilibre au sein d'un système et la régulation nécessaire entre ses entrées et ses sorties. A partir de cette théorie on considère que pour se maintenir à l'équilibre, le système doit entretenir un certain nombre de situations d'exclusion. C'est là toute l'ambivalence entre l'accueil et la fermeture des frontières, l'éloignement des plus précaires et leur accompagnement vers une sortie de rue.

Les accords de principe de Schengen postule un « libre franchissement des frontières intérieures pour tous les ressortissants des états membres et (...) la libre circulation des marchandises et des services » (39). Pourtant le principe de libre franchissement par la liberté de circulation s'oppose au maintien d'un espace de sécurité des personnes et des biens à l'intérieur de ce territoire. Aujourd'hui il semble que la sécurité au sein de l'espace Schengen soit devenue un objectif à part entière, une condition préalable qui justifie le renfort et la militarisation des frontières. Des fractures idéologiques et politiques apparaissent alors face à des politiques migratoires de plus en plus restrictives. Le SIVE (système intégré de vigilance extérieure) vise à améliorer le contrôle des frontières mais impose finalement aux migrants de trouver de nouveaux parcours migratoires.

#### **1.2.6. Recommandations issues des enquêtes de terrain (Pour quoi faire ?)**

Notre travail s'est construit à partir de recommandations issues des enquêtes de terrain du Samu social qu'il convient de rappeler ici. Il s'agit d'abord de repérer le plus précocement possible les personnes en souffrance psychique ou avec des troubles psychiatriques en allant à la rencontre des personnes : dans les centres d'hébergement d'urgence, dans les hôtels ou dans la rue. Les permanenciers doivent être accompagnés et formés afin de pouvoir identifier au mieux, la souffrance psychique exprimée lors des appels, reconnaître une situation de vulnérabilités psychiques pour orienter les personnes. L'intervention précoce auprès des mères vulnérables dès le suivi de la grossesse et l'amélioration globale de l'accès aux soins des mères et des enfants pourraient permettre de prévenir un certain nombre de troubles chez les enfants (obésité, troubles du comportement).

L'enquête ENFAMS encourage une réforme du système d'hébergement et des conditions d'habitation. Si la mise à l'abri est nécessaire, elle induit également des difficultés nouvelles ou accrues, pour des familles déjà fragilisées. Il s'agit de régionaliser et repenser la politique d'hébergement des familles et coordonner les acteurs publics concernés (25). Tout doit être fait pour améliorer la lisibilité des parcours dans le système d'hébergement. La vulnérabilité résidentielle n'est pas seulement le fruit de l'instabilité ; « elle renvoie également à l'imprévisibilité des décisions qui peuvent s'appliquer du jour au lendemain et affecter soudainement la vie familiale » (25). L'hébergement proposé doit absolument tenir compte du lieu de scolarisation des enfants et des structures de santé fréquentées par les parents, points d'ancrage essentiel dans une existence mouvementée. Les personnes vulnérables psychologiquement devraient être orientées le plus rapidement possible vers des structures pérennes (type maison relais, pension de famille), afin de recevoir des soins de proximité. Il est urgent de stabiliser le lieu de vie des personnes souffrant d'addiction de façon à faciliter l'accès aux centres de cure et de postcure.

Il est recommandé de développer des équipes mobiles spécialisées, à démarche proactive, en vue de repérer les troubles et souffrances et de promouvoir les soins. Il s'agit de donner les moyens aux équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) d'assurer leurs missions tant dans l'accompagnement personnalisé des usagers que dans le soutien des acteurs de terrain face à la souffrance des personnes hébergées en situation de vulnérabilités psychiques. La fonction d'interface des EMPP doit être privilégiée afin d'intensifier les liens entre les acteurs de terrain et les services de psychiatrie. La supervision des équipes confrontées à des situations difficiles pourraient prévenir la démotivation et l'inadéquation des réponses. Les EMPP dédiées aux familles en hôtel doivent être soutenues et développées au-delà de l'expérimentation afin de considérer les troubles psychiques à travers la dynamique familiale. Il est recommandé que les équipes spécialisées soient mieux articulées entre elles pour rendre efficient le travail de réseau. Il faut inviter les acteurs de première ligne et les EMPP à développer des médiations de rencontre afin de construire un travail au cas par cas. Les relations entre le social et la psychiatrie doivent être renforcées afin d'accompagner ces personnes dans un projet commun médico-psycho-social. Il s'agit de limiter les hospitalisations non préparées, de renforcer la collaboration avec les CMP et les acteurs de première ligne, en

s'appuyant sur l'approche territoriale des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), (40).  
Devant la forte proportion de comorbidité somato-psychiatrique : une coordination du parcours de soins est indispensable afin de limiter la réitération des passages aux urgences.

Les rapports pointent la nécessité d'une coordination des acteurs publics : en matière d'hébergement, de santé, d'éducation et d'accès général aux institutions publiques. On peut déplorer qu'à ce jour, la question des familles n'est pas véritablement traitée comme un problème partagé et on pourrait imaginer entre autres des ponts entre l'ARS, le rectorat, les chantiers de la DRIHL pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées (25). Les centres dédiés aux problématiques des migrants, sont largement insuffisants sur le territoire et parviennent difficilement à être identifiés comme ressources pour les professionnels.

Au terme de cette étude des préalables, il apparaît que les dispositifs de prise en charge doivent être revisités sous le regard d'une prise en charge familiale, réactive, mobile et adaptée à cette population. Nous nous intéresserons ensuite à la phase d'affiliation afin de rentrer dans le système.

### **1.3. Affiliation : synchronisation et calibration**

Au sein d'un système, les comportements des éléments qui le composent s'influencent. A partir de ces interactions, la modification d'un élément peut produire un changement dans tout le système. Si l'on attend du thérapeute qu'il impulse ce changement, il doit d'abord rentrer dans le système. La phase d'affiliation est une étape incontournable de l'intervention systémique, il s'agit d'entrer en lien, de créer l'alliance pour établir un système thérapeutique où le thérapeute est membre à part entière du nouveau système.

#### **1.3.1. La position de l'aidant**

L'aidant ou le soignant se voit classiquement attribuer une triple fonction : d'observateur, d'individu et de participant, inclu dans un système médico-social. Il participe

activement à la prise en charge en tant qu'individu et citoyen, au-delà de sa fonction et du cadre dans lequel il évolue. Pour Seywert, ces trois fonctions sont reliées entre elles selon un principe d'emboîtement hiérarchique, la fonction médico-sociale fournit le contexte dans lequel s'exerce la fonction d'observation, qui à son tour, représente le contexte dans lequel s'exerce la fonction de participant. En contrepartie, cette dernière fournit des informations pour l'exercice des deux premières, de même pour la fonction d'observateur par rapport à la fonction médico-sociale » (41). L'aidant adopte volontiers une position basse afin de revaloriser son interlocuteur, et l'encourage à puiser dans ses ressources. La position basse doit être modeste mais ferme, elle suppose la collaboration active des interlocuteurs. La seconde cybernétique et l'hypothèse constructiviste nous montre comment le thérapeute n'est ni extérieur, ni neutre mais fait toujours et nécessairement partie intégrante de la réalité observée qu'il contribue à construire.

### **1.3.2. Affiliation du thérapeute au système et engagement**

L'affiliation du thérapeute repose sur le climat de confiance qui l'autorise à entrer dans le système. Les techniques systémiques propres à l'affiliation reposent sur le principe de synchronisation et de calibration. La synchronisation repose sur le mimétisme gestuel lors d'une interaction entre deux personnes. La calibration vise à adapter, à calibrer ses émotions en fonction de l'interlocuteur. L'humour représente une technique d'affiliation en plus de sa dimension thérapeutique, Bateson nous rappelle qu'il fait partie de notre « bagage écosystémique naturel et professionnel » (42). L'accompagnement des migrants en situation de précarité nécessite une intervention globale où l'aidant s'introduit dans la crise relationnelle. « La relativité des relations interpersonnelles trouve un décodage plus optimiste, plus créatif, plus collectif et plus confiant dans les processus existentiels évolutifs et en tout ce qui remonte à une enfance inventive » (43).

L'approche systémique amène un processus où le thérapeute s'engage, il s'implique et participe activement au changement avec les systèmes qu'il rencontre. Il ne s'agit pas de porter un regard extérieur ni d'interpréter. Les hypothèses ne valent que par leur utilité et non par leur véracité. C'est aussi ce que l'on peut attendre d'un intervenant face à

une population marginalisée : qu'il puisse s'impliquer pour accompagner les personnes en souffrance psychique et pas seulement décrire le phénomène. Le travail d'affiliation est un temps long mais indispensable avant de s'engager dans un processus. Pour entrer en contact et établir un premier lien, il faudra parfois user de stratégies de détournement (plaintes somatique, animal...) grâce à une balance ajustée entre curiosité et respect de la pudeur. Rappelons ici que l'objectif d'un entretien face à une personne en grande exclusion est de permettre une deuxième rencontre.

### 1.3.3. Confort relationnel, question des places

Le confort de l'aidant et de la personne est primordial pour permettre une aisance à la fois relationnelle et matérielle, autant que pour redonner une dignité à la personne accueillie. Un confort matériel satisfaisant ainsi qu'une disponibilité suffisante contribuent à créer un espace d'écoute avec un certain degré de relaxation psychocorporelle visant à créer une intimité relationnelle. Face à l'urgence, il est fréquent de sauter cette étape pourtant essentielle. Les travaux de Moreno sur la sociométrie, et les études sur la gestion de l'espace nous éclairent sur l'agencement spatial choisi par le groupe, permettant une lecture des échanges interrelationnels. La proxémie est une discipline inventée par Hall, anthropologue et linguiste, qui étudie les relations interhumaines sous l'angle spatial. L'entretien systémique est régi par trois règles concernant la disposition spatiale, que nous détaillerons ici. Les places positionnées de manière circulaire encouragent la libre circulation de l'information entre tous les membres présents. Elle reste selon Albernhe « indissociable de la compétence de chacun à parler de la place qu'il occupe et qui lui est reconnue par les autres » (41). Le thérapeute attend que sa place soit désignée et sera donc attentif au positionnement de chacun. Laisser chacun choisir sa place, selon l'ordre d'arrivée indique d'emblée au thérapeute la place qui lui est laissée pour pénétrer dans le système. Enfin, Minuchin propose de laisser au moins une place vacante pour évaluer les distances émotionnelles existantes mais aussi pour ne pas laisser le thérapeute combler tout le vide de la famille ou du système.

#### **1.3.4. La bonne distance : collision entre deux systèmes**

La bonne distance à la rue auprès d'une population qui peut nous surinvestir autant que nous rejeter, peut être difficile à jauger. Albernhe nous rappelle que « l'envie soudaine de terminer un entretien dans les plus brefs délais, signant presque toujours des velléités de rejet, voire une authentique volonté de rejet (...) utile à confirmer au patient qu'il ne peut être que rejeté » (41). L'investissement sans borne jusqu'à l'épuisement des soignants, la valse des acteurs de premières lignes, questionne le maintien de cette bonne distance. Le travail de supervision permet souvent de réajuster la distance relationnelle. Au-delà d'un système soignant-soigné, on est face à une collision entre différents systèmes : celui de la rue face à celui des professionnels. La temporalité est elle aussi bien différente à la rue : l'immédiateté, l'urgence de la survie face à la lenteur institutionnelle souvent rencontrée en psychiatrie. Zucca parle de « l'incongruité de la rencontre de deux univers qui se chevauchent » (18). Jacques Pluymaekers propose une « distance non distante », c'est à dire que la distance nécessaire à l'action thérapeutique n'équivaut pas à la mise à l'écart mais peut être créée uniquement dans le contexte d'une rencontre avec ceux qu'il s'agit d'aider (...). C'est dans la mesure où chacun accepte d'être entièrement dans le jeu -ce qu'il est- qu'émerge les distances » (44). Dans les situations de migration et de précarité, l'étude de la distance considère la nature des obstacles à la relation, en particulier linguistique.

#### **1.3.5. Construction commune d'un espace de soins, soigner l'accueil**

Moro nous indique que « les conditions réelles et symboliques de l'accueil dans les institutions et structures médico-sociales sont essentielles : accueillir ce qui se dit mais aussi les silences, en respectant le rythme de chaque patient, en prenant garde à ne pas être dans une posture d'interrogatoire » (29). Éprouver de la curiosité est le premier pas vers un dépassement des préjugés, afin d'accueillir ce qui est absolument loin de nous et trouver des significations communes. Les professionnels doivent s'efforcer de ne pas maintenir le patient dans un statut de victime mais bien de le considérer comme un sujet en devenir avec des ressources psychiques propres et une capacité de résilience.

L'espace de soin se dessine entre l'ici et maintenant, le passé et ses retours et

l'ouverture sur un possible avenir. Il s'agit de construire ensemble un espace thérapeutique que chaque patient puisse investir comme sien : la fréquence et la régularité des entretiens doit se décider en commun et s'adapte à la situation sociale, autant qu'à l'état psychique du patient. Certaines règles devront être posées dans le cadre de la psychothérapie tant sur la confidentialité des entretiens que sur les objectifs de la thérapie (le thérapeute ne pourra pas trouver d'hébergement). Définir ce cadre ensemble, c'est déjà proposer au patient de prendre un rôle actif et de ne pas se maintenir dans une posture passive de victimisation. Pour Moro et Baubet, « il participe à réhabiliter l'espace psychique propre et à réinvestir la parole. Il permet de prévenir l'arrêt soudain et sans discussion préalable de la psychothérapie. Cette co-construction du cadre permet de limiter le fait de succomber au mirage de la toute-puissance du thérapeute » (29). L'espace commun en psychothérapie transculturelle s'appuie sur un collectif soignant, le groupe recrée une communauté thérapeutique pour soutenir la famille.

L'affiliation au patient et sa famille est un temps primordial dans la psychothérapie avant qu'un travail d'élaboration, de mise en histoire du trauma et de l'exil ne soit possible. Le lien de confiance entre le thérapeute et le patient, au-delà des différences d'âge, de culture et de position sociale ne pourra se construire que si le thérapeute parvient à accueillir les émotions suscitées par la rencontre, Moro nous rappelle que « face aux récits d'exil et de violence, le psychothérapeute ne peut se retrancher derrière une hypothétique neutralité. La tristesse, la colère, l'indignation, la compassion sont inévitables et parfois nécessaires au processus psychothérapeutique. Les émotions, particulièrement les affects de honte et de culpabilité, sont souvent rejetés consciemment ou inconsciemment par les patients car insupportables, invivables. Ressenties par et en présence du thérapeute, elles deviennent reconnaissance de la teneur inadmissible des situations de violence et d'exil. C'est une condition nécessaire à ce que des pensées, images, émotions, mobiles et supportables, émergent en lieu et place de la répétition traumatique, de l'angoisse et de la détresse qui figent le fonctionnement psychique » (29).

## 1.4. Exploration : reformulation inductive vers l'accès aux soins

La phase d'exploration systémique constitue un état des lieux de la situation et tend à faire émerger le problème à partir d'une demande, identifier le problème posé au-delà des symptômes annoncés. Elle demande au soignant d'appréhender un système complexe et ses injonctions paradoxales. Nous nous intéresserons ici au cumul des vulnérabilités des migrants précaires, aux facteurs de risque et à la prévalence des troubles psychiques spécifiques à cette population.

### 1.4.1. État des lieux, sociogramme, outils, cartographie

La théorie de l'oignon, proposée par les chercheurs du Galverston Family Institute, décrit les relations sociales comme des séries d'anneaux concentriques. Chaque couche de l'oignon représente un niveau différent (individu, couple, famille, réseau...). Chacun de ces niveaux possède son fonctionnement propre. Ce qui se passe à un niveau inférieur ne permet pas de prédire ce qui se passe plus haut. On ne retrouve pas de qualité émergente de passage à un niveau supérieur selon le principe de non-sommativité (45). La sociométrie, de Moreno est l'ensemble des techniques cherchant à mesurer les relations interpersonnelles dans un groupe donné (46). L'accent est mis sur les préférences positives ou négatives exprimées par les membres du groupe à l'égard les uns des autres. Le sociogramme est une figure représentant les relations interindividuelles entre les membres d'un groupe restreint. Il permet d'évaluer l'environnement et bien souvent l'isolement social de la personne mais il va aussi pouvoir révéler un entourage inattendu (commerçants...).

La cartographie des structures et réseaux existants va permettre d'illustrer leur interactivité, « la visualisation des réseaux est le langage de la représentation » (46), on peut souligner l'impact de ces illustrations dans l'exposition et la transmission des idées complexes. Dans le domaine de la précarité, l'idée d'établir une cartographie permet surtout de visualiser les manques mais aussi les éventuels redondances, les incohérences d'un système sanitaire et social pas toujours opérant (47). Pour Zucca, « tout se passe comme si l'être humain, à partir du moment où il n'a plus de toit, de famille, appartenait à tous ceux qui s'occupent de lui » (18). L'exploration, y compris en situation d'exclusion souvent synonyme de rupture familiale,

ne doit pas faire l'économie d'une recherche poussée sur l'entourage et la famille de l'individu car comme le rappelle Zucca, « si cette rupture de filiation entraîne un bénéfice secondaire immédiat, effaçant culpabilité, remords, regrets et donc passé, elle est aussi le début d'une lente deshumanisation » (18).

L'utilisation des espaces doit également être considérée dans l'exploration : privatisation des espaces publics, respect des rythmes nycthéméraux. Cela nous renseigne sur le degré de dépersonnalisation, de déréalisation, de distorsion dans la perception du temps, de l'espace et du corps où les capacités relationnelles sont dissoutes jusqu'à l'absence totale de communication et l'isolement sensoriel à la rue. Ainsi on rencontre des tableaux qui s'apparentent à la psychose. Plusieurs syndromes cliniques peuvent être décrits : le syndrome de Diogène de Clark, le syndrome d'exclusion de Maisondieu (comprenant la honte, la désespérance, l'inhibition affective et cognitive), le syndrome d'auto exclusion de Furtos, le syndrome de grande exclusion décrit par Emmanuelli, le syndrome psychotique-like, le syndrome de Cottard social de Csermack ou encore le syndrome d'anorexie sociale de Simmonet. La diversité clinique est telle que la prise en charge ne peut s'effectuer qu'au cas par cas. L'étiquette diagnostique, forcément remaniée à la rue nous intéresse peu. Watzlawick estime que « le psychiatre est formé pour aborder un cas particulier avec un modèle de maladie mentale (...) Bateson ne s'est pas demandé pourquoi cette personne-ci se comporte de manière folle. Il s'est demandé dans quel système humain, dans quel contexte humain, ce comportement peut faire sens » (48).

#### **1.4.2. De la demande au problème**

L'accès aux soins suppose une demande à un moment donné, émanant de la personne ou d'un médiateur. Le symptôme, objet de la demande, est souvent confondu avec le problème posé. Un problème global crée une demande partielle. Ainsi plusieurs demandes peuvent émaner d'un problème mais ne suffisent pas à le résumer. La démarche thérapeutique s'efforce d'identifier la demande pour remonter au problème. On peut ainsi reconsidérer les demandes croisées, les erreurs d'adressage. Au niveau individuel, il faudra s'efforcer d'envisager le symptôme dans sa globalité sociale et interrelationnelle et pas seulement

intrapSYchique. La systéMie envisage le symptôme au sein des interrelations entre l'individu et son environnement et s'intéresse à l'aspect social du symptôme. On voit bien comment agir sur l'environnement peut alléger le symptôme, notamment dans les troubles anxio-dépressifs secondaires à la situation d'exclusion. Pour Don Jackson, cette vision marque une rupture avec une vision médicale classique : « quand on fait du symptôme un point de départ, le problème se complique du fait que la nosologie, où le système psychiatrique de classification de la déviance, non seulement se fonde sur l'individu mais se développe en circuit fermé, sans se référer à l'observation du comportement. Les psychiatres se soucient plus souvent d'épingler une étiquette sur le patient que d'étudier comment il en est arrivé à se faire épingler » (49).

Cependant, l'exclu peut échapper au système habituel de communication. En d'autres termes il ne se plaint pas d'un symptôme, il est un symptôme. Neuburger en 1984 distingue les discours des patients formulant leur demande de soins, selon qu'ils se présentent avec le verbe « être » ou le verbe « avoir ». Par un glissement conceptuel, il estime que « avoir un symptôme renvoie à la structure individuelle, donc à la psychanalyse et être le symptôme renvoie à un système groupal qui indique une thérapie systémique ». Il faut se rappeler que la pensée systémique ne conçoit le symptôme que dans une situation interrelationnelle et un contexte social donné. Le patient est désigné en ce sens qu'il est porteur d'un comportement social différentiel, reconnu comme déviant par rapport à une norme (50).

Pour se maintenir à l'équilibre, le système dysfonctionnel (état, institutions publiques) entretient l'exclusion et génère des symptômes non seulement chez ceux qu'il exclut mais également en son sein, au risque de voir émerger un exclu-désigné. Ainsi conçu, le symptôme devient un marqueur attestant des efforts entrepris par le système pour maintenir son fonctionnement habituel, l'homéostasie qui n'est pas synonyme de bien être pour les individus appartenant au système. L'exclu-symptôme va alors être le témoin d'une interaction sous forme de lutte entre des forces assurant la cohésion du système et d'autres forces visant à modifier son fonctionnement. Ces forces antagonistes souvent situées à différents niveaux vont délivrer des injonctions paradoxales ou l'amorce d'une double contrainte.

#### **1.4.3. Désamorçage de l'onirisme social : la demande et la non demande**

La demande sociale peut masquer une demande de soins et vice versa. A partir de demandes concrètes (un lit, un sandwich, une douche...), un suivi peut être amorcé. La mythomanie à la rue, que l'on pourrait qualifier d'onirisme social n'est autre que l'inflation dramatisée de l'imaginaire. Pour être entendu, le patient va devoir réinventer son histoire, s'imaginer une identité. La véritable histoire reste inaudible. Il apparaît alors indispensable de prendre conscience de ce processus qui risque de mettre à mal le système d'affiliation. Découvrir la vérité sur des fabulations va entraîner un rejet de la part du soignant, qui se sentira alors trahi, comme si ce rejet venait confirmer la nécessité d'abandon. Encore une fois, se décentrer de la demande pour envisager le problème d'une manière plus large va pouvoir prévenir ces conséquences néfastes sur la relation. De même qu'on tentera de s'intéresser moins au contenu de la demande, à l'histoire du patient qu'au contenant, au processus en cours. Il s'agit là de ne pas se centrer sur les détails de l'histoire pour ne pas entretenir le phénomène d'inflation. Le génogramme imaginaire (51-54) est un outil intéressant pour souligner au patient que le processus thérapeutique peut s'envisager en dehors d'une vérité factuelle.

#### **1.4.4. Niveaux d'émergence du symptôme et souffrance évolutive**

Dans une vision systémique, on retrouve plusieurs niveaux dans l'émergence du symptôme. On va tenter de mettre en parallèle les étapes d'émergence du symptôme au processus de clochardisation ou de désocialisation décrit par Vexliard (55). La première étape correspond à une réponse adaptative au stress, qui se chronicise : c'est un processus de sélection amplifié par des mécanismes de rétrocontrôle que l'on peut comparer à la « phase d'agression » de Vexliard en réponse au stress, après un choc. La deuxième étape est celle de l'amplification où le symptôme hésite à s'ancrer dans la durée que Vexliard nomme « phase régressive » où l'individu tente de se familiariser avec sa nouvelle condition de vie. La troisième étape est celle de la cristallisation-pathologisation où le symptôme se maintient par le jeu de phénomènes rétroactifs complexes qui s'opposent à sa disparition alors que le sujet se sent de plus en plus mal : c'est la « phase de fixation » de Vexliard. La quatrième étape systémique est celle de l'enkystement qui correspond au compromis entre plusieurs forces et

acteurs, qui coïncide à la dernière phase de Vexliard : celle de « l'abandon » dans le sens d'une clochardisation par résignation : la situation est acceptée (55).

Les tableaux cliniques évoluent selon le lieu de la rencontre et l'interlocuteur (à la rue, à l'hôpital, dans les hôtels...). Au-delà de la dimension relationnelle, ces fluctuations dépendent du contexte de la rencontre. Face à une situation récente, il y a urgence à agir tant que la réalité reste acceptable. Plus tard, quand les personnes ne parviennent plus à subvenir à leurs besoins élémentaires, on parle « d'assistance acceptée ». Parallèlement au sentiment de solitude et d'ennui, apparaissent les conduites addictives ou les décompensations somatiques, et enfin des stratégies d'errance (poly toxicomanie, stratégies de survie, passivité anxiogène, passage à l'acte suicidaire). Face à une chronologie inéluctable allant de la rupture à l'exclusion totale, il est indispensable de considérer l'absence de demande comme un signe de gravité avec l'émergence de symptômes négatifs tels que la négligence, l'anesthésie aussi bien physique que psychique, l'agnosie, l'aboulie, l'apragmatisme. Les difficultés à s'adapter à des horaires ou un cadre, l'écrémage par l'absence de domiciliation, la dégradation du prendre soin et la difficulté à maintenir le lien entraînent le rejet et entretiennent le processus d'exclusion. La phase d'exploration est aussi le moment de considérer, la gravité du processus en cours à partir des facteurs de vulnérabilités. Nous nous intéresserons donc aux facteurs de risques des migrants et à la prévalence des pathologies rencontrées.

#### **1.4.5. Epidémiologie médicale : Troubles psychiques chez les exilés**

La santé des exilés et des migrants précaires est profondément affectée d'une part par l'expérience de l'exil et les événements qui l'ont provoqué (violences, conflits, ruptures multiples), d'autre part par les conditions de vie et les difficultés de compréhension du fonctionnement dans le pays d'accueil. Malgré la difficulté à recueillir des données épidémiologiques fiables, les enquêtes de terrain et les sciences humaines nous éclairent sur certains facteurs de vulnérabilités des migrants. Le travail d'exploration tend à identifier ces facteurs de risque afin de proposer des stratégies adaptées.

## a) Facteurs de risque et vulnérabilités

L'observatoire international de MDM s'appuie sur le concept de « vulnérabilités en santé » afin de considérer les facteurs dans leur multiplicité (psychologique, social, juridique et médical) dont le cumul fait la spécificité de cette population (28). Les principaux facteurs de vulnérabilités des migrants précaires peuvent être différencier : d'un côté ceux propre à l'individu (fragilités psychologiques, antécédents de torture et de violence), d'un autre côté ceux liées à la migration et au déracinement et enfin ceux propres aux conditions d'accueil et à la difficulté d'intégration (barrière de la langue, difficultés de compréhension du fonctionnement du pays, difficultés administratives et sociales prioritaires, opacité du système de soins aux primo-arrivants ; difficultés de communication avec les professionnels de santé avec une confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie. A ces facteurs de risque, s'ajoutent ceux liés à la précarité sociale et administrative.

### Vulnérabilités psychiques

Les troubles psychiques des migrants s'inscrivent dans un contexte d'exil, parfois de déracinement marqué par des ruptures, source de déséquilibre de tous ordres. L'enquête réalisée par l'ORSPERE (Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) décrit trois zones de fragilisation pour les personnes ayant effectué une demande d'asile : « la situation d'étranger, qui renvoie au vécu d'exil, la dimension individuelle, dans laquelle s'inscrit le psycho traumatisme, et l'accueil précaire, que les auteurs rattachent au parcours chaotique, à la précarité des liens sociaux, à l'incertitude d'accès à l'hébergement spécifique, et l'expérience des procédures administratives » (31).

L'exil est défini par une situation où quelqu'un est expulsé ou obligé de vivre hors de sa patrie, être condamné à l'exil, c'est subir une sentence, partir, réaliser sa peine pour continuer à vivre. Rappelons les étymologies latines : *exilium* qui signifie bannissement et *exille* qui signifie détresse, malheur et tourment. L'exil c'est aussi se jeter dans l'incertitude avec le risque d'échouer et de rester apatride, clandestin ou sans domicile fixe. La dimension traumatique ne doit pas être négligée puisqu'elle vient potentialiser les facteurs de

vulnérabilité. La prévalence d'antécédents traumatiques décrite par le COMEDE est alarmante : 60 % de violences physiques, 51 % de mort violente d'un proche, 39 % de détention 31 % de torture et retrouve une prévalence diagnostique tout à fait préoccupante : 30 % de troubles psycho traumatiques, 23% de troubles anxio-dépressifs, 15 % de troubles anxieux généralisés et 13 % de troubles dépressifs 13% (30).

L'exil signifie également trouver la protection, chercher la liberté, la sécurité et vivre dans la dignité, aller à l'école, se soigner, vouloir faire venir sa famille, continuer de rêver que liberté finisse par se lever dans le pays d'origine. La migration n'est pas toujours synonyme de traumatisme, pourtant elle est un facteur de vulnérabilités psychiques pour celui qui la vit. La perte parfois brutale des étayages culturels peut précipiter une décompensation psychique quel que soit le profil psychopathologique antérieur. Marie-Rose Moro nous rappelle que « la migration peut constituer une fracture profonde dans ce qui constitue la base des rapports humains, au niveau individuel, collectif et culturel » (56). Le guide du COMEDE nous rappelle que « pour les demandeurs d'asiles ou réfugiés : l'exil est d'abord une fuite sans possibilité de retour, face à la violence, aux persécutions, à la torture » (37). Mais la migration peut également être porteuse d'une dynamique de création et de transformation et il ne faut pas minimiser les potentialités de résilience dont peuvent faire preuve les personnes.

### **Précarité administrative, un risque pour la santé mentale des exilés**

La précarité sociale dans laquelle sont plongés un grand nombre de migrants renforce la vulnérabilité inhérente à l'épreuve de migration. En 2007, une étude de l'INPES montrait qu'ils sont davantage exposés à la précarité que le reste de la population, « revenus inférieurs de 32 %, niveau de vie inférieur de 26 %, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables » (57). Leur statut administratif constitue un obstacle supplémentaire dans l'accès à l'hébergement et à l'emploi mais les rend également plus vulnérables aux discriminations en particulier dans le domaine de l'accès aux soins. Le parcours du migrant et le processus thérapeutique sont rythmés par les réponses, entretiens et convocations des instances d'attribution du statut du réfugié, dans une « attente angoissée, sentiment de ne pas être prêt à parler, effondrement lorsque les demandes sont rejetées,

sentiment de reconnaissance et de soulagement lorsque le statut de réfugié ou la protection subsidiaire est accordé (...). Il est parfois nécessaire de « multiplier les entretiens de psychothérapie à l'approche des convocations, pour contenir l'angoisse, ou parce que la perspective de prendre la parole précipite le processus d'élaboration psychique ». Dans certains cas, quand « la possibilité de parler a été ébranlée par l'expérience traumatique et la mise en mots de l'expérience replonge dans un vécu de tristesse intense » (37), un certificat médical devra être établi pour expliquer les difficultés d'expression, voire la prématurité de la comparution devant des instances administratives ou judiciaires.

La multiplication des procédures, les entretiens et les convocations sont autant d'épreuves que le demandeur d'asile devra affronter avec toujours le risque de dévalorisation, la crainte de vivre sans papier, l'angoisse de ne pas avoir de place, pouvant aller jusqu'au « désabritement psychique, la mélancolisation du lien aux autres et au monde par le déni de la possibilité d'être inscrit légalement et socialement dans un lieu » (37).

La loi du 29 Juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile intègre dans son article 21 L744-6, une nouvelle variable : celle de la vulnérabilité (58,59). Elle propose une évaluation de la vulnérabilité par les agents de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) après un entretien personnel avec le demandeur d'asile « afin de déterminer, le cas échéant, ses besoins particuliers en matière d'accueil. Dans la mise en œuvre des droits des demandeurs d'asile et pendant toute la période d'instruction de leur demande, il est tenu compte de la situation spécifique des personnes vulnérables.

L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines. »

## **Focus sur la violence : conséquences sur la santé**

Les personnes en grande précarité ont vécu dans leur passé plus de violences et subissent au cours de leur vie plus de violences que la population générale, et ce d'autant plus chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves (36). Au cours de la vie, les violences psychologiques ou morales répétées rapportées sont cinq fois plus importantes qu'en population générale. Les violences sexuelles sont aussi particulièrement élevées, quatre fois plus pour les femmes et près de dix fois plus pour les hommes, comparé à la population générale. La présence de troubles mentaux est une vulnérabilité accrue aux violences subies. D'après l'étude Samenta, « les personnes atteintes de troubles psychotiques ont vécu plus de violences au cours de la vie en particulier psychologiques ou morales (six personnes sur dix), et sexuelles (quatre personnes sur dix) » (36).

Les migrants précaires sont plus susceptibles d'y avoir été confronté, dans leur pays d'origine, pendant le parcours migratoire ou encore dans le pays d'accueil au regard de la situation de précarité et des discriminations, y compris des violences perpétrées par la police ou les forces armées. L'observatoire international de médecins du monde rappelle que plus de 1,3 millions de personnes dans le monde meurent chaque année des conséquences de la violence sous toutes ses formes (auto-infligée, interpersonnelle et collective), soit 2,5% de la mortalité mondiale. Pour les personnes âgées de 15 à 44 ans, la violence est la quatrième cause de décès dans le monde. 26% des patients interrogés en Europe par MDM déclarent avoir subi des violences psychologiques (28). En 2013, « 68% des patients du COMEDE déclaraient des antécédents de violence, 17% des antécédents de torture, et 14% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle » (37).

Le diagnostic d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) et de syndromes psycho-traumatiques graves sont directement corrélés aux antécédents de violences subies avant le départ, pendant le parcours migratoire et à l'arrivée dans le pays d'accueil. Il est important de repérer que la fréquence des antécédents de violence est plus élevée parmi les personnes les plus démunies tant sur le plan de l'hébergement que sur l'isolement relationnel. Les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale sont multiples et peuvent apparaître jusqu'à plusieurs années après, majorées par les autres facteurs de vulnérabilité.

## **b) Prévalence des pathologies rencontrées : syndromes psycho traumatiques et dépression**

Les résultats des bilans de santé proposés par le COMEDE à vingt mille patients exilés, suivis entre 2000 et 2006, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies : psycho-traumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques. Dans l'observation du COMEDE, les pathologies psychiques sont les plus fréquemment rencontrées, devant les maladies cardiovasculaires, l'infection à VHB et le diabète. Alors qu'elles constituent la première cause de suivi médical et psychologique, les questions de santé mentale des migrants restent pourtant « négligées dans la plupart des services de santé, quand elles ne sont pas renvoyées à leurs représentations essentiellement culturelles » (30). Les études scientifiques ont montré que l'état de santé perçu est une mesure valide, associée au déclin fonctionnel, à la morbidité et à la mortalité. Le COMEDE montre que « 23,7% des patients considèrent leur santé physique comme mauvaise ou très mauvaise, et cette proportion atteint 24,7% lorsqu'il s'agit de leur santé mentale » (37). Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois et qui ont répondu à l'enquête du Samu Social, 57% présentent au moins un symptôme psychologique (le plus souvent des troubles du sommeil), 36,5% présentent un symptôme récurrent depuis plus d'un mois (27). Les problèmes de santé mentale sont sous diagnostiqués dans les dispositifs de MDM, 4,3 % des personnes déclarent être venues pour des problèmes de santé mentale.

Les migrants présentent des antécédents significativement plus fréquents d'attaque de panique et d'ESPT (57). Dans l'observation du COMEDE : le premier motif de suivi concerne les troubles psychiques notamment psycho traumatismes et dépressions avec une prévalence plus élevée chez les femmes et chez les personnes originaires d'Afrique centrale, Europe de l'Est et Afrique de l'Ouest (supérieur à 200‰ chez les femmes et 100‰ chez les hommes alors que la prévalence ponctuelle en France en 2004 d'ESPT était estimée à 7‰, versus 3,7‰ estimé en population générale par l'OMS (37,60). Face aux limites des classifications nosographiques, il est apparu nécessaire dans certains dispositifs spécialisés de considérer plus largement la catégorie des syndromes psycho traumatiques regroupant l'ESPT, les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques (37). En effet, les patients suivis au COMEDE souffrent le plus souvent de « syndromes psycho traumatiques, dans lesquels

dominant cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration, hyper vigilance, mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique et asthénie (37). Ces syndromes peuvent prendre la forme d'épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur.

Certains patients traversent des « états de détresse psychiques intenses, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires » (37). Mais cette acception du psycho traumatisme, plus vaste que celle de l'état de stress post-traumatique, ne permet pas de comparer au sens strict les résultats avec ceux d'études de prévalence en population générale. Une fois que nous avons exploré ces éléments, il s'agit de les mobiliser dans un processus d'interaction.

## **1.5. Interactions et enjeux de la psychothérapie transculturelle**

L'interaction est un processus dynamique, circulaire en constante évolution et auquel le thérapeute doit s'adapter. La phase d'interaction permet d'adapter la distance relationnelle de l'aidant qui oscille parfois entre fascination et rejet. Le temps est nécessaire pour contractualiser les soins et maintenir le lien au fil des rencontres. Face à un public migrant, l'interaction est aussi le moment d'appréhender la culture et le travail d'élaboration psychique autour du parcours migratoire, de son potentiel traumatique mais également d'envisager les opportunités d'intégration et de métissage.

### **1.5.1. Interactionnisme versus interventionnisme**

Pendant la phase des interactions, on tente d'améliorer la circularité des échanges et de favoriser les interactions entre les partenaires. Le système apparaît comme le produit constamment redéfini de ses compositions multiples à partir des relations interindividuelles. L'intervention systémique est un processus actif où le thérapeute entre et s'engage dans le système du patient dans un processus d'accompagnement circulaire avec des rétrocontrôles permanents. Pour Guy Ausloos : « un système ne peut se poser de problème tel

qu'il ne soit capable de le résoudre » (61). Tout se passe donc comme si le patient-exclu désigné était le symptôme d'une réalité mondiale.

Cependant si l'interactionnisme se veut être un processus actif, il ne doit pas être confondu avec un interventionnisme humanitaire, notamment en situation de précarité. Cette idée soulève la question de l'interventionnisme à la rue devant le refus d'assistance des sans-abris (62,63). On préférera une mutualisation des compétences au maintien d'une assistance qui s'essouffle, se sature et perd pied dans la compassion saisonnière. Plus largement, on peut évoquer la notion d'autruicide de Maisondieu (64) opposée à celle d'altruisme, où la réalité de l'autre est reniée. Nier l'existence des migrants en leur refusant l'accès au droit commun permet de mettre à distance une réalité qu'on ne veut pas voir. Il faut veiller à ne pas renforcer les solutions ayant déjà échouées, en ce sens qu'elles constituent pour Alberne « une solution homéostatique de non changement » (41,65). La coordination est indispensable pour éviter le harcèlement d'assistance. Mercuel dénonce « un militantisme des certitudes extrêmes » à la rencontre d'une « neutralité des éthiques extrêmes » (9). L'approche systémique propose une pratique de réseau « flexible, adaptable, souple, entourant sans contraindre » (5) et vise à faire émerger les ressources de chaque membre du système autant que ses qualités émergentes.

### **1.5.2. Concept de culture et psychopathologie**

L'interaction est également culturelle. Moro et Baubet rappellent la complexité du concept de culture, se référant « aux appartenances multiples métissées et mouvantes des patients et pas à une prétendue culture d'origine qui leur serait assignée » (29). En cela, « la psychiatrie transculturelle n'est pas une curiosité exotique, il ne peut exister de théorie ni de pratique de la psychiatrie qui ne soit pas culturelle » (29). La question de la distance culturelle entre le patient et le clinicien, aussi bien que les interférences du contexte social et politique avec la souffrance psychique doivent être intégrées au dispositif d'évaluation et de soin. La relation thérapeutique s'appuie sur des implicites culturels partagés par ceux qui l'engagent. Lors de la psychothérapie avec des migrants, ces présupposés ne sont pas nécessairement partagés, ce qui nécessite « une complexification de nos manières de faire permettant de

construire, ce qui d'habitude est premier et implicite, le contenant même de l'interaction : la culture » (29). Pour Georges Devereux, la culture est également porteuse de signification, « dans une situation donnée, les hommes ne se conduisent pas en fonction de ce que cette situation est en réalité, mais en fonction du sens qui lui est attribuée » (66).

#### a) Clinique de l'altérité et temporalité

Le travail de psychothérapie transculturelle s'appuie sur le concept d'altérité, à partir de son acception psychanalytique « étranger à nous même », qui implique que cette différence existe à l'intérieur de nous « l'énigme qui nous habite ». Paradoxalement cette perception du concept d'altérité contribue à établir un socle commun où thérapeute et « étranger », vont pouvoir se rejoindre (56). L'ethnopsychanalyse avance l'idée que « la différence culturelle est avant tout une différence par rapport à l'autre, au sens de quelque chose qui nous différencie mais aussi qui nous relie. C'est ce qui fait la singularité d'un être ou d'une culture » (29).

La magie fait partie de la réalité de la consultation transculturelle (djinn, mauvais œil, possession, filtre d'amour...). Les étiologies traditionnelles sont d'abord un principe de narrativité qui permet de retracer l'ensemble de l'histoire à travers un récit. L'étiologie traditionnelle, aussi éloignée soit elle de ce qui fait sens pour le thérapeute, doit être respectée pour restituer une position active au patient ou à sa famille. Il s'agit de redonner du sens à partir d'une lecture étiologique qui existe collectivement au sein du système d'origine.

Les notions d'anthropologie clinique vont aider le thérapeute à comprendre certaines théories étiologiques à partir d'une approche rationnelle. En changeant de prisme, il tente de se décentrer et de comprendre la logique de l'autre (logique de l'effraction, de la violence de l'exclusion), (56). Ainsi on peut entrevoir la désignation de l'enfant sorcier comme une projection du groupe sur l'enfant. Ces apports convoquent un autre matériel dans le récit individuel (exemple : « j'ai été touché par la sorcellerie parce que j'étais très fragile au moment du décès de mon père, je me sentais perdu ») et constituent un véritable levier thérapeutique.

Ces théories alimentent un processus dynamique au sein d'un travail collectif. Elles sont amenées à se partager et à se transformer au cours de la thérapie. L'ethnopsychiatrie nous permet d'appréhender certaines conceptions religieuses jusque-là considérées comme un matériel anthropologique, sociologique ou familial, susceptibles d'enfermement. Le patient projette de nombreuses significations qu'il s'agit d'explorer avec lui en respectant leur fonction de contenants psychiques. Devereux propose la notion de contre-transfert culturel (66). Une relation se construit autant à partir des affiliations et appartenances qu'à partir des affects, des projections, des sensations, des perceptions qu'elle induit. C'est l'idée selon laquelle, face à une différence de langue ou d'aspect physique, tout être humain aura une réaction pouvant aller de la fascination au rejet lorsque la différence est perçue comme menaçante. A partir de cette rencontre et dans le cadre d'une thérapie, il s'agit de repérer ces mouvements contre transférentiels pour en faire émerger un processus créatif.

#### **b) Evaluation clinique en situation transculturelle : entretien de formulation culturelle**

Les classifications nosographiques internationales issues d'une catégorisation statistique s'appuient sur des descriptions syndromiques occidentales. Elles ne permettent pas d'élaborer tout le matériel clinique propre à la situation transculturelle, notamment la notion d'état de stress post traumatique, semble trop réductrice pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques et de la singularité des parcours. On peut discuter l'opportunité d'une évolution de définition, nécessaire pour appréhender la réalité et la diversité du psycho traumatisme, même si cela entrave la comparaison épidémiologique.

Le DSM V propose un outil pertinent dans ses modalités d'utilisation en situation transculturelle à travers le guide d'entretien de formulation culturelle (EFC), (67,68). Cependant, on peut déplorer que le concept de culture ne soit pas préalablement défini afin de distinguer la culture d'origine de la culture d'accueil. L'acte migratoire à travers ses déterminants et son vécu n'est pas représenté. Marie Rose Moro pointe le risque de « figer les théories étiologiques qui pourraient alors faire écran si on perd l'idée d'une construction à un instant donné qui doit être envisagée dans un processus dynamique qui implique différentes matrices culturelles » (29).

### 1.5.3. Travail d'élaboration psychique

La phase d'interaction soutient également le travail d'élaboration psychique, considérant les incidences de l'acte migratoire afin que le patient puisse l'intégrer à sa trajectoire de vie. La migration constitue un acte au déterminisme complexe et aux conséquences multiples : « la migration peut révéler une pathologie antérieure, qui était soit compensée, soit tolérée par l'environnement familial et social et comprise par le cadre culturel » (29). Parfois la crise identitaire marquée par les deuils et les traumatismes psychiques, est telle qu'émergent des troubles psychiques de novo.

Certains deuils liés à la migration n'ont pas pu être élaborés et l'impossibilité d'assurer les rituels adéquates précipitent parfois certaines décompensations tant « les événements traumatiques sont susceptibles d'entrer en résonance avec le traumatisme migratoire, et parfois des traumatismes antérieurs » (29). L'exploration du vécu pré migratoire, du voyage et de la vie dans le pays d'accueil sera toujours nécessaire face à la souffrance psychique d'un migrant dans la mesure où ses troubles suivent la temporalité de l'individu et peuvent apparaître tout au long de la vie. L'impact de la situation d'exil est singulier et variable dans le temps : face à un effondrement psychique, il s'agit de comprendre la temporalité dans lequel il s'inscrit et de le confronter aux conditions d'accueil.

#### a) Vécu pré migratoire et motif de migration

La compréhension du projet migratoire, les motivations conscientes ou inconscientes ainsi que les attentes des personnes avant le voyage doivent être explorées puisque c'est en cela que l'on peut retracer la singularité du parcours et donc de l'individu. On distingue classiquement plusieurs motifs de migration : socio-économique, politique, psychologique, familial, une soif de liberté individuelle ou d'aventure. Ces motifs, loin d'être exclusifs peuvent parfois se confondre. Il est intéressant de saisir à l'intérieur du récit migratoire, la manière dont les motivations sont retracées par l'individu mais aussi par son entourage. On parle plus volontiers d'exil que de migrations pour les demandeurs d'asiles dans la mesure où pour échapper à une menace vitale dans le pays d'origine (persécutions, tortures), l'urgence imposée par la fuite n'a pas pu être élaborée et ne s'accompagne d'aucune

projection. La rupture dans ce contexte est précipitée et dramatique ; « les événements traumatiques pré migratoires vont modifier la manière dont l'expérience de l'exil est vécue » (29). L'ethnopsychanalyse distingue les motivations conscientes comme l'aboutissement d'un rêve dans un futur pays hautement idéalisé. Les difficultés du projet ont souvent été sous-évaluées. Dans la migration économique, Massaoui et Ferrey montrent que « le départ du migrant est autant une quête de soi-même, qu'une tentative de reconquête de sa dignité par le travail et l'argent » (69). Les motivations inconscientes sont plus complexes mais devront pouvoir être travaillées en psychothérapie puisqu'il peut se rejouer dans le pays d'accueil des enjeux ayant précipité la migration (contexte familial dysfonctionnel, emprise parentale, refus des valeurs familiales...) à l'œuvre dans l'intégration sociale et la transmission familiale. Parfois le traumatisme lié à la migration vient faire écran à un traumatisme plus ancien et auquel le thérapeute ne pourra avoir accès que s'il parvient à rencontrer l'individu au-delà du migrant. L'histoire familiale est également remaniée par l'acte migratoire sans oublier qu'elle l'a aussi façonné. Si la rupture familiale a motivé le départ dans une optique de résolution de conflits familiaux, on peut aisément imaginer les conséquences d'une trajectoire de rupture et le risque d'acculturation à l'intérieur de son propre pays. Le sujet non encore intégré dans le pays d'accueil se retrouve alors sans culture, ce qui accentue le potentiel traumatique de la migration.

#### **b) Voyage, deuil et potentiel traumatique**

Une migration implique un voyage dont les étapes participent à la construction identitaire au travers la rencontre de l'altérité. Andolfi nous rappelle que « l'immigration se profile bien souvent comme une expérience traumatique, une crise, qui mine le vécu identitaire et culturel du migrant surtout si le projet migratoire originel est éloigné de la réalité vécue » (1). Parfois, « l'expérience de la confrontation à la différence culturelle peut amener à vivre ce qui a été nommé un choc culturel, se référant au sentiment d'anxiété provoqué par le fait de se retrouver plongé dans un contexte à la fois étranger et étrange, donnant une impression d'inquiétante étrangeté » (29,70). L'impossibilité d'anticiper les événements et la perte des symboles familiers de son cadre habituel peuvent entraîner un état de tension psychique, de

désorientation, un sentiment de perte et une peur d'être rejeté. Il faut distinguer « la notion de choc culturel normal, propre à l'expérience du voyage, et la confrontation à l'étrangeté des manifestations psychopathologiques avérées » (70) qui peuvent se manifester par des troubles psychiques parfois spectaculaires avec notamment l'émergence de bouffées délirantes aiguës, dont le pronostic est plutôt favorable. Ces syndromes ont également été décrits chez les voyageurs (syndrome de Stendhal, de Jérusalem, de Paris, de l'Inde...).

Dans le contexte psychothérapique, le travail d'élaboration psychique doit permettre un double travail autour du deuil d'une part et d'une reliaison post-traumatique d'autre part. Les renoncements qu'impliquent le fait de laisser derrière soi famille, amis, métier, statut social et la terre de ses ancêtres, associés à d'autres facteurs de vulnérabilité comme la précarité sociale, peuvent devenir tout à fait inacceptables. « Les phases de ce processus sont : les sentiments initiaux de douleur intense pour ce qui a été perdu, accompagnés de désorganisation anxieuse dans un sentiment de détresse, de solitude, d'abandon, laissent progressivement la place à des affects dépressifs et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une minimisation ou une dénégation du changement survenu » (29).

L'événement migratoire est également un acte psychique. Tobie Nathan nous rappelle que par la rupture du cadre externe qu'elle implique, la migration entraîne par ricochet une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient (71,72). Plusieurs dimensions du traumatisme migratoire ont pu être décrites. La psychanalyse reconnaît trois significations à la notion de traumatismes : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celles de conséquences sur l'ensemble de l'organisation avec l'impossibilité ni d'élaborer ni de refouler l'afflux pulsionnel dans le chaos du choc migratoire. Le cadre culturel interne à partir duquel était décodé la réalité externe n'est plus opérant et fait place à un « traumatisme intellectuel ou non-sens » (29).

Au-delà d'un certain degré de perte de relation avec la famille, les amis, du paysage, de la nation, le guide du COMEDE nous rappelle que c'est un « ensemble d'idéaux, de convictions et d'activités qui définissent une façon d'être au monde et avec les autres » (37). Il s'agit d'un deuil multiple réel ou symbolique qui parfois fait du disparu un mort et vivant

toujours présent. La perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs liée à l'exil entraîne une difficulté à assumer une autre identité que celle d'exilé : le temps présent est vécu comme « une parenthèse entre le passé mythifié et le futur représenté par l'illusion du retour. La culpabilité et le châtement de soi sont un risque permanent » (37): culpabilité d'être en vie, d'avoir abandonné des proches parfois morts sous leurs yeux. La culpabilité est également tournée vers les enfants par la « dévalorisation sociale et l'impossibilité d'offrir un modèle d'identification fiable et solide, ce qui pourra entraîner à son tour des troubles d'identité chez les enfants » (37). Le COMEDE rappelle qu'une migration économique imposée par des conditions d'extrême pauvreté, peut entraîner des troubles psychologiques comparables à ceux des demandeurs d'asile et « le retour au pays de ces travailleurs migrants est d'autant plus difficile à envisager que, dans un contexte de crise économique, les revenus ne sont pas à la hauteur des attentes et des besoins des proches restés au pays » (37).

Le traumatisme migratoire peut être aggravé par les facteurs de vulnérabilités sociales et une fragilité psychique pré morbide, mais, les effets pathogènes peuvent également être limités et le traumatisme devenir structurant jusqu'à sublimer une nouvelle dynamique pour l'individu : « germe de métamorphose et source d'une nouvelle créativité ; la migration peut aussi être source de potentialités créatrices (29) ». Il s'agit de repérer les facteurs aussi bien aggravant que protecteurs et le potentiel de résilience de l'individu en s'appuyant sur les ressources internes mais aussi familiales et collectives. Les demandeurs d'asile ayant fui la persécution n'ont bien souvent pas eu la possibilité de faire leurs adieux, la rupture et la perte entraînent un deuil d'autant plus difficile qu'il doit se faire à l'étranger et parmi les étrangers. Si l'on déplore les freins administratifs à ouvrir des droits aux exilés, la procédure d'ouverture de droit est toujours une épreuve sur le plan psychique, y compris parfois lorsqu'elle est accordée, la protection peut exacerber des sentiments de honte et de déshonneur. Faire aboutir une demande d'asile n'est pas synonyme de quiétude et ne parvient pas à elle seule à panser les traumatismes. Il faut veiller à ce que cette demande ne devienne pas un objectif écran car le parcours migratoire se poursuit au-delà de la régularisation administrative vers un processus d'intégration.

#### **1.5.4. Migration et intégration**

Les questions relatives à l'intégration doivent être envisagées de façon globale et prendre en compte les événements extérieurs, susceptibles de miner les équilibres émotionnels et familiaux au-delà des capacités d'adaptation et des ressources de la famille. Trois modalités adaptatives ont été décrites par Khoa et Van Deusen à partir d'une évaluation cognitivo-comportementaliste: old line pattern ou le refus de s'adapter que l'on retrouve plutôt chez les migrants âgés, assimilative pattern avec l'abandon des anciennes habitudes au profit de celle du pays d'accueil, notamment chez les jeunes migrants, et bicultural pattern avec une adoption sélective de nouvelles valeurs, tandis que des valeurs de la culture d'origine sont préservées (29). Lin a décrit cinq catégories de coping en 1982 à partir de l'observation de vietnamiens immigrés aux États-Unis : marginalisation névrotique, marginalisation déviante, traditionalisme, suracculturation, biculturalisation (73).

L'intégration va solliciter un certain degré d'adaptation dans différents domaines tels que l'environnement, le langage, les styles de communication, la perte du réseau social, la modification des rôles sociaux et familiaux, les possibilités de pratique religieuse, les règles et lois en vigueur (notamment la polygamie), les éventuels conflits de loyauté politique (position du pays d'accueil envers les événements survenus dans le pays d'origine) mais aussi les réactions des ressortissants du nouveau pays, parfois teintés de préjugés, de rejet et de racisme qui peuvent contraster avec les attentes d'un pays parfois idéalisé. Fernando et McKenzie rappellent l'impact du racisme de la société hôte sur la santé mentale des migrants (74). Si l'intégration tend à être facilitée par l'école (ce qui n'est pas toujours le cas), cela peut conduire à des déséquilibres au sein de la famille avec une inversion des rôles parents/enfants notamment dans la maîtrise de la langue. Nous nous intéresserons aux conséquences de la migration sur la filiation.

#### **1.5.5. Migration et filiation**

La séparation familiale et l'affranchissement de ses premières appartenances engage la descendance ainsi que la transmission familiale : « ceux qui naîtront dans cet ailleurs qu'il soit doux, amer, tranquille ou douloureux » (29). « Le trauma migratoire est vécu

directement par les parents et transmis aux enfants sous forme d'un récit idéalisé, souvent d'un récit tronqué, parfois encore sous l'apparence d'une nécessité alors qu'il s'agissait d'un choix et trop souvent sous forme d'un non-dit douloureux, voire destructeur car non symbolisable » (29). Ainsi on voit bien l'incidence intergénérationnelle de l'acte migratoire et l'intérêt d'accompagner la transmission parentale puisque « pour les enfants de migrants, ce nœud de l'histoire parentale va constituer une matrice de fantasmes, d'hypothèses, de constructions en miroir des fantasmes parentaux, souvent riches et créateurs mais parfois aussi névrotiques et stérilisants » (29).

La grossesse est une « épreuve existentielle dans toutes les cultures qui implique des remaniements psychiques et représente un moment de transition vers la parentalité » (70). Alors que la jeune mère s'interroge sur ses compétences, peuvent apparaître des questionnements sur sa propre filiation ou encore la reviviscence de ses propres conflits infantiles. Une femme en situation d'exil ne pourra pas s'appuyer sur l'étayage qu'elle aurait trouvé dans sa culture d'origine (présence des femmes de la famille, rituels culturels), ce qui peut amener une perte de confiance dans ses capacités à être mère dans un monde qui n'est pas sécurisant pour elle : « une confusion peut s'installer dans la manière de se représenter l'enfant et d'en prendre soin » (70).

La structuration psychique de l'enfant qui s'opère dans les premières années est primordiale, et basée sur la transmission parentale. Dans un contexte d'exil et de perte il est extrêmement difficile pour les mères de présenter à leur enfant un monde qu'elles ne se sont pas appropriées, d'autant plus si elles sont déprimées. Elles ne parviennent plus à percevoir les besoins de l'enfant et des perturbations dans la dyade mère-bébé peuvent émerger et se manifester chez le bébé par des pertes de tonus, des troubles somatiques, un repli autistique qui peuvent conduire à des troubles psychomoteurs, un retard de développement ou de l'acquisition du langage. Une agitation psychomotrice chez l'enfant doit alerter sur l'anxiété. Il ne faut pas négliger l'impact de certains traumatismes psychiques également vécus par l'enfant et leur impact potentiel sur le développement.

Si elle n'est pas portée par le groupe ou la société d'accueil, la transmission parentale ne va pas de soi. Les parents doivent trouver suffisamment d'estime et de forces à

l'intérieur d'eux-mêmes pour pouvoir transmettre. En France, on constate que moins de 10% des enfants de migrants ont appris leur langue maternelle (versus 60 % en Angleterre). On peut regretter la manière dont l'extérieur, (école, médias, membres de la société) freine la transmission parentale en ne reconnaissant pas cette compétence aux parents migrants qui plus est s'ils cumulent des difficultés sociales. Certains migrants vont même jusqu'à demander l'autorisation d'être parents comme ils l'entendent avec leurs représentations individuelles, familiales et culturelles. La culture est un formidable réservoir d'éléments de transmission (croyances, mythes, rituels, histoires familiales) à condition d'en maintenir l'accès et que les parents ne soient pas eux même dans une acculturation de leur pays d'origine (75). C'est dans le passage critique de l'adolescence, à la conquête de la séparation-individuation que sont exacerbés les manques dans la transmission parentale.

Il est fréquent qu'au cours d'une consultation transculturelle les enfants entendent pour la première fois le récit migratoire des parents et « combien c'est un acte de courage de tout perdre pour reconstruire ailleurs, de quelle détermination ils ont fait preuve » (56). Le simple fait de le raconter dans une consultation peut modifier le regard que les enfants portent sur leurs parents et par la même rétablir une hiérarchie familiale inversée. On voit bien comment le regard porté sur les enfants de migrants à l'école ou dans la société peut également encourager leur créativité à partir de leur différence et fait appel aux capacités qu'ils ont dû développer pour vivre entre plusieurs mondes.

S'il n'y a pas de pathologie spécifique des enfants de migrants, on observe, souvent en lien avec une situation précaire, davantage d'angoisses, d'épisodes dépressifs et de difficultés d'apprentissage. Marie-Rose Moro décrit dans ses observations cliniques d'enfants de migrants, un certain nombre de pathologies de l'effacement qui témoignent vraisemblablement de difficultés de construction identitaire se traduisant par un mutisme extra familial, l'enfant est comme suspendu à l'école quelle que soit la langue. Ils n'arrivent ni à s'appuyer sur leur langue maternelle pour parler le français, ni à investir le monde dans lequel ils sont, pouvant aller jusqu'à des angoisses d'anéantissement (enfants qui se dessinent sans colonne). Pour encourager le récit de l'histoire familiale, l'approche systémique propose de s'appuyer sur des outils appelés objets flottants.

### 1.5.6. Objets flottants et appel à la créativité

Les objets flottants issus des méthodes d'entretien systémique proposent un cadre à la fois pour le patient et pour l'intervenant. Philippe Caillé décrit l'objet flottant comme ayant « une force communicative propre, une magie différente de celle des mots (...), un espace de liberté dans le sens où il permet à ceux qui se rencontrent de sortir du conventionnel » (76,77). Ces méthodes appellent à la créativité y compris dans les situations de précarité : « l'objet est flottant justement parce qu'il élargit le champ, allume les coins sombres, révèle les résonances sans pousser dans aucune direction, ni décider de l'heure. Il n'est pas un levier pour forcer au changement, il augmente le nombre des possibles et le système change à son heure et selon ses propres modes » (76). La méthodologie systémique propose une dizaine d'objets flottants : le génogramme et ses dérivés (filiatif, imaginaire, paysager...), la chaise vide du plus-un, les sculptures, le jeu de l'oie systémique, le conte systémique, les masques, le blason familial, l'équipe réfléchissante, la carte familiale, l'historiogramme, la ligne de vie. Ils peuvent être utilisés aussi bien en thérapie individuelle que familiale ou groupale ou encore dans le travail de supervision.

L'entretien avec un migrant en situation de précarité appelle à la créativité devant la diversité des situations, des demandes et des possibilités d'intervention. Il faudra parfois être inventif pour outrepasser la barrière de la langue et les demandes croisées (demande de logement au psychiatre et expression de la souffrance psychique au travailleur social). Il faut s'efforcer d'accueillir, de réinvestir ces demandes, sans les ignorer. L'approche systémique nous invite tous en tant que citoyen appartenant à un système, à relire nos comportements. Devant la complexité des situations d'exclusion, il est primordial de garder une certaine flexibilité et la possibilité de créer afin de continuer à travailler avec l'insupportable. La créativité est donc une lutte : celle de toujours garder espoir dans les qualités émergentes d'un système.

## 2. Différents niveaux d'hypothèses systémiques

Après avoir retracé les étapes de l'intervention systémique, nous proposerons ici les hypothèses, non exclusives et complémentaires, qui nourrissent l'approche systémique.

### 2.1. Hypothèse structurale de Minuchin

La thérapie structurale est née dans les années soixante avec Salvador Minuchin à partir de son travail dans un quartier défavorisé de New York (78). Il lui apparaît nécessaire de créer une approche thérapeutique adaptée aux besoins d'une population marginalisée (79). Minuchin s'inspire de la notion de structure sociale de Claude Levi-Strauss (58) pour ses travaux afin de relier le symptôme à des configurations relationnelles ou des structures familiales dysfonctionnelles. Pour Minuchin, une famille, à l'instar d'un organe vivant, ne peut fonctionner que si sa structure est fonctionnelle (79). Une structure familiale saine est définie par des frontières clairement délimitées entre les individus et les générations. Il s'intéresse ainsi aux règles familiales, à la composition des sous-systèmes, les distances interpersonnelles, la complémentarité et l'adaptation aux changements. « La thérapie familiale structurale est une thérapie d'action » (79) basée sur une approche organisationnelle : il s'agit de modifier un état actuel sans revenir sur le passé c'est à dire de changer au présent et dans les formes interactionnelles positives.

En s'affiliant au système, le thérapeute fait appel à ses propres ressources. La structure familiale est vue comme « le réseau invisible d'exigences fonctionnelles qui organise la façon dont interagissent les membres de la famille » (79). Ces modes transactionnels régulent le comportement des membres du groupe dans lequel l'individu interagit. Ces structures sont capables de s'adapter quand les circonstances internes ou externes changent. Les changements internes exigent la participation relativement coordonnée des sous-systèmes existants, comme la dyade conjugale. La théorie structurale est régie par un certain nombre d'axiomes. Le contexte tient un rôle majeur, en ce sens qu'il influence les processus internes : la famille traverse un certain nombre de stades qui exigent une restructuration pour s'adapter et maintenir la continuité, tout en favorisant la croissance psychosociale de chaque membre.

Les changements collectifs induisent un retentissement personnel, on parle alors de complémentarité pour rendre compte des ajustements réciproques des membres d'un groupe.

Le système général est régi par des lois de hiérarchie et d'interdépendance. Un système spécifique témoigne de l'attente particulière de chaque membre dans une dynamique de réciprocité, entraînant des contrats implicites. Les sous-systèmes, selon la génération, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à accomplir sont séparés par des frontières dont la fonction va être de protéger la différenciation du système. On repère une intensification du sentiment d'appartenance lorsque les frontières ne sont pas claires, induisant un fléchissement de l'autonomie. A l'opposé, une trop grande distance conduit à une indifférence et donc un désengagement. Dans une optique structurale : le véritable problème est « celui des schèmes interactionnels dysfonctionnels qui découlent de frontières mal définies, de conduites insatisfaisantes, en réalité d'une malformation structurale, elle-même partie pour tenter d'assurer la survie du système » (5). En situation de précarité, la structure familiale est bien souvent remaniée et peut amener à des systèmes dysfonctionnels (80,81).

On peut faire une analogie entre règles familiales et règles politiques, elles-mêmes régies par des enjeux hiérarchiques pour la question de la migration. On voit bien comment la plupart des gouvernements européens n'ont pas réussi à transformer la solidarité internationale en une réalité, puisqu'il a été impossible de s'accorder sur des règles communes permettant de fournir une réponse positive et respectueuse des besoins des personnes fuyant des conflits, des guerres et des situations menaçant leur vie.

## **2.2. Hypothèse stratégique**

L'approche stratégique développée par Jay Haley puis Cloé Madanes et Mara Selvini Pazzoli, est centrée sur le changement et la prescription de directives. Elle s'intéresse au rapport de pouvoir et aux hiérarchies inversées et vise à modifier l'organisation relationnelle du système. Le thérapeute doit œuvrer de façon active, directive et avec habileté tout en se montrant chaleureux et respectueux. Il doit effectuer un travail sur lui-même afin de prendre conscience de ses propres supposés sur la santé mentale. La thérapie stratégique est un modèle pragmatique tourné uniquement vers l'intervention clinique. Elle est basée sur deux théories : la première rend compte de ce qui entretient le problème, la deuxième, du

changement. Une stratégie spécifique est mise au point pour chaque problème et développe des approches différentes selon la variété des contextes.

Haley propose une grille de lecture à travers l'acronyme PUSH (Protection Unité Séquence Hiérarchie). La thérapie stratégique invite à bien repérer avec qui on travaille et les objectifs à atteindre, c'est à dire « le contrat synallagmatique dans lequel chacun s'engage » (5). Pour rassurer le patient on peut être amené à proposer un objectif minimal ou bien une prescription paradoxale d'absence de changement. L'hypothèse stratégique bannit le recours à des généralisations globalisantes qu'elle juge stérile. Les directives doivent amener le système à faire l'expérience de nouveaux modes d'interaction et qu'il puisse s'y adapter. Les moyens utilisés peuvent être des injonctions comportementales, des techniques de directives paradoxales, c'est à dire assigner à une tâche allant à l'encontre de son habitude ou encore la technique du recadrage qui permet de proposer une autre vision en changeant le contexte cognitif ou émotionnel pour offrir un nouveau cadre conceptuel au problème (5).

### **2.3. Hypothèse intergénérationnelle**

L'approche intergénérationnelle comporte trois courants portés par M. Bowen, I. Bozormenyi-Nagy et M. Andolfi. Bowen considère que la santé mentale d'un individu donné est liée au degré de différenciation qu'il est capable d'atteindre avec sa propre famille. Nagy relève l'impact de loyautés intergénérationnelles sur l'apparition des symptômes. Il invite les patients, à travers la thérapie contextuelle, à se libérer des loyautés invisibles. Enfin Anfolfi admet que le patient est le pivot existentiel des conflits interpersonnels et propose d'élargir l'unité d'observation à la famille trigénérationnelle. A partir des travaux de René Kaëz : Pierre Benghozi distingue la transmission intergénérationnelle de la transmission transgénérationnelle. Dans la transmission intergénérationnelle, le matériel psychique serait métabolisable pouvant être transformé et transmis à la génération suivante, alors que dans la transmission transgénérationnelle : le matériel psychique n'est pas symbolisé.

Le risque serait de tomber dans une approche trop déterministe. Szondi dénonce le déterminisme social et décrit l'existence de « choix » répétitifs transgénérationnels, en

termes de « destin pulsionnel » (82). De même que la généalogie des conjoints semble tout aussi importante que celles de nos propres familles. On peut retracer les filiations honteuses avec une répétition de trajectoires violentes, addictives, incestueuse, dépressive, etc. Nagy a développé la thérapie contextuelle. L'identité d'une personne est inséparable de son contre-point : l'autre. Seule la relation permet l'accès à l'individuation et à l'autonomie. Le respect d'un principe d'équité et de réciprocité constitue le ciment de toute relation proche et qui est à la base de la dimension éthique des relations interpersonnelles (5). Quatre groupes de déterminants influencent la réalité relationnelle : la dimension des faits, la dimension de la psychologie individuelle, la dimension systémique et la dimension éthique. La dimension de l'éthique relationnelle permet l'intégration de modèles d'intervention systémique individuel ou groupal. Le contrat thérapeutique prend en compte l'intérêt de chacune des personnes qui pourraient directement ou potentiellement être affectées par les résultats du traitement. La stratégie est définie par une « partialité multidirectionnelle » (5). Le but est d'accéder à une autonomie véritable, inséparable de la capacité pour un individu de tenir compte de manière réaliste des besoins d'autrui et d'assumer sa part de responsabilité dans les relations. La dimension intégrative de ce modèle peut s'appliquer aux minorités ethniques et communautaires. Il évoque la notion de « légitimité constructive ou destructive » (83), et affirme que la solidarité intergénérationnelle est la seule réponse possible à une exploitation accélérée des générations futures au niveau familial (maltraitance, inceste) mais aussi général (exploitation anarchique des ressources naturelles, risque de destruction globale).

## **2.4. Hypothèse expérientielle**

L'approche expérientielle est issue des travaux de Carl A. Whitaker et de Virginia Satir. Elle part du postulat que la croissance de l'individu survient au décours de l'expérience émotionnelle, dans l'ici et maintenant, hic et nunc. L'épanouissement du patient à travers l'expérience que vivent les différents membres du système thérapeutique est capitale. Virginia Satir relie la pathologie à une difficulté à s'épanouir dans son propre potentiel de développement (84). Elle affirme que les thérapeutes doivent se consacrer à créer de nouvelles possibilités pour les membres de la famille et non se soucier de ce qu'ils pensent bon

pour la famille. On peut aisément appliquer ce modèle aux sans-abris dans la mesure où le rôle du soignant n'est pas de chercher ce qu'il croit bon pour lui (trouver un logement, le faire hospitaliser) mais d'offrir un maximum de possibilités. La notion de « subjectivité actualisante » (84) repose sur le fait que c'est l'expérience subjective de l'ici et maintenant qui fonde la dynamique thérapeutique. La compréhension intellectuelle d'un phénomène est beaucoup moins importante que l'affectivité qui lui est liée. Satir propose un modèle holistique du soi avec une dimension physique, intellectuelle, émotionnelle, sensuelle, interactionnelle, nutritionnelle, contextuelle et spirituelle (5,84). La primauté est donnée à l'expérience. Le moteur de la thérapie est d'ordre inconscient et émotionnel. La personnalité du thérapeute est essentielle pour le processus thérapeutique, le passé n'est abordé qu'à travers l'expérience du présent et le but de la thérapie n'est pas de résoudre un problème spécifique mais de permettre l'épanouissement du patient (5).

## 2.5. Constructivisme et constructionnisme

Heinz von Foerster insiste sur la relation entre système observateur et système observé, les deux étant inséparables (85). Réalité et communauté vont de pair. L'autonomie de l'observateur tient une place centrale. « Maturana et Varela (..) ont démontré que ce nous voyons n'existe pas, en tant que tel, à l'extérieur de notre champ d'expérience, mais résulte de l'activité interne que le monde extérieur déclenche en nous »(5) . L'hypothèse constructiviste met en avant que la construction mutuelle du réel compte davantage en psychothérapie que la recherche de la vérité ou de la réalité.

L'approche constructiviste révèle quatre dimensions capitales dans la pratique thérapeutique. Une psychothérapie réussie n'implique pas que le thérapeute a eu raison mais que la construction qu'il a édifiée avec les membres du système thérapeutique est opératoire. L'intervention du thérapeute, au lieu de viser à faire émerger une quelconque vérité prétendument profitable au système ou à ses membres doit plutôt tendre à élargir le champ des possibles. Ceux qui comme Foerster refusent de séparer l'observateur du système observé sont automatiquement confrontés au paradoxe autoréférentiel qui nécessite de reformuler le problème : comment est-il possible de parler d'une situation à laquelle nous participons sans

que nos descriptions soient entachées de nos ressentis personnelles ? Le fait de percevoir modifie au fur et à mesure la perception elle-même. La réalité perçue n'est qu'une interprétation construite par et à travers la communication, conditionnée par l'affectivité, et est différente d'un individu à l'autre.

Toute construction thérapeutique, bien qu'elle « se réfère subjectivement à la subjectivité du thérapeute émerge en fonction du système. Ainsi que l'affirme Korzybski « la carte n'est pas le territoire » (86). Une des stratégies dite de « la double alternative » va consister à attribuer une connotation positive à la description donnée par le système en la définissant comme utile pour maintenir l'homéostasie du système, tout en prescrivant une solution alternative qui va dans le sens du changement (5). L'approche constructiviste de la relation d'aide vise à organiser un espace intermédiaire lors de la rencontre thérapeutique entre famille et thérapeute, où les représentations de l'un et de l'autre au sujet de la famille se découvrent peu à peu, favorisant une réflexion propice au changement.

## 2.6. Paradoxe et double contrainte

L'injonction paradoxale est définie par l'imposition de deux messages non congruents à deux niveaux logiques différents, avec impossibilité de méta-communiquer, d'où une perplexité de celui qui, recevant le message, ne sait pas à quoi s'en tenir. Le concept de double bind s'étend bien au-delà du spectre restreint des schizophrénies pour s'appliquer à l'émergence et au maintien de tout comportement symptomatique quel qu'il soit.

Il coexiste deux ou plusieurs personnes dont l'une se manifeste comme « victime » désarçonnée. L'expérience vécue par la victime est répétitive, habituelle et attendue. Elle subit une première injonction négative. Puis une deuxième injonction nie la première : elle peut être véhiculée par le ton de la voix, des gestes ou des postures et se montre en opposition avec la précédente. Une troisième injonction va interdire à la victime d'échapper à la situation. Finalement l'ensemble des ingrédients n'est plus nécessaire quand la victime a appris à percevoir son univers en ces schèmes de double lien. Ainsi presque tout élément peut être alors suffisant pour induire la panique ou la rage de la victime. Les

situations de double lien sont très fréquentes chez les personnes en situation de précarité, tant chez les usagers avec des demandes non congruentes et contradictoires qu'au niveau des structures sanitaires, sociales, ou administratives avec plusieurs triades hiérarchiques simultanées et discordantes.

## 2.7. Résonance

La théorie de la résonance apporte une autre dimension par les liens transversaux qu'elle établit entre les différents niveaux. La résonance se situe à l'intersection de différents systèmes, permettant de penser leur articulation autrement qu'en termes d'inclusion. La notion de résonance évoque les ponts émotionnels entre différentes personnes, qu'une expérience commune fait « vibrer sur la même longueur d'onde » (5). Pour Mony Elkaim, la résonance est une « sorte de point nodal, d'intersection entre différents systèmes, portant sur une ou plusieurs singularités partagées. Elle naît dans la construction mutuelle du réel qui s'opère entre celui qui la nomme et le contexte dans lequel il se découvre entraîné de la nommer » (5). Le concept de résonance demande au thérapeute d'utiliser son vécu sans pour autant renforcer sa propre construction du monde ni celle des membres de la famille ou du couple. Le soignant devrait toujours s'interroger sur ce que lui fait vivre la situation particulière de l'entretien. Son vécu particulier va pouvoir servir au patient à condition que le soignant soit à même de le décrypter.

A partir de ce tour d'horizon systémique de la souffrance psychique des migrants précaires, nous décrivons les résultats de l'observation d'une pratique clinique originale à Rome.

# RÉSULTATS : A propos de l'expérience de la fondation Silvano Andolfi à Rome

## 1. Description de l'expérience

### 1.1. Contexte d'observation

Depuis 1993, la fondation Silvano Andolfi à Rome (3) travaille avec les familles immigrées avec une approche originale issue du modèle systémique. Après quelques jours d'immersion dans leur travail à Rome du 11 au 16 juillet 2016, nous décrivons comment ils accompagnent la souffrance psychique des familles immigrées avec une attention particulière à la dimension transculturelle et en quoi cette expérience pourrait enrichir notre pratique clinique en France auprès de ce public. La fondation est étroitement en lien avec l'académie de psychothérapie familiale de Rome dirigée par l'un des pionniers de la thérapie familiale : Maurizio Andolfi (1,87) garant à la fois de la formation et de l'expérience des thérapeutes auprès des familles. Le choix de décrire cette expérience est apparu d'autant plus pertinent qu'elle se déroule en Italie, terre d'immigration qui a vu en 45 ans le nombre d'immigrés passer de 100000 en 1970 à 4 000 000 en 2008. La fondation Silvano Andolfi propose une démarche de soins originale en santé mentale et a vocation à être un espace d'étude et de recherche sur la famille, au sein d'une population marginalisée, majoritairement issue de l'immigration avec une attention particulière à la dimension transculturelle.

La présence et l'accueil de Lorena Cavalieri, directrice de la fondation de 1998 à 2012, a favorisé la réalisation de ce projet, soulignant l'intérêt de la structure et de ses membres pour la recherche, l'accessibilité à leur travail, et le désir de partage et d'échanges autour de leurs pratiques. Pour faciliter la compréhension de leur activité, Lorena Cavalieri et Constanze Giordani, psychologue se sont efforcées de traduire en direct chacune des interventions et des thérapies en français et/ou en anglais. Il a été possible de suivre le travail de la fondation pendant une semaine et d'assister à une dizaine de séances de thérapie, derrière la glace sans tain au côté des thérapeutes et des étudiants, ainsi qu'aux réunions, supervisions et feed back avec l'équipe. La fondation est située au 22 via Venturi à Rome et accueille les personnes quel que soient leur domiciliation. Elle est ouverte quatre demi-journées par semaine y compris le samedi : trois jours sont consacrés aux thérapies et un

jour à la supervision de 13h à 17h qui réunit tous les thérapeutes et les étudiants.

L'objectif initial de ce travail était de découvrir comment fonctionnait le dispositif auprès des migrants précaires. Rapidement est apparue la richesse des échanges cliniques à travers les dimensions transculturelles et familiales. Il faut souligner la compétence et l'humanité des thérapeutes, leur capacité d'affiliation et de créativité, nous autorisant à porter un autre regard sur la souffrance psychique des migrants précaires a priori exclus de tout système. Ce travail s'inscrit plus largement dans le champ de la psychothérapie systémique et nous tenterons de le confronter à notre expérience pour souligner l'intérêt auprès des populations marginalisées et enrichir notre travail clinique et nos pratiques de réseaux.

## **1.2. Le dispositif**

La fondation assure plusieurs missions auprès des migrants d'une part avec des soins entièrement gratuits destinés aux personnes sans revenus et d'autre part une consultation transculturelle individuelle ou familiale avec des soins payants et des tarifs ajustés aux ressources des consultants. Par ailleurs la fondation effectue un travail de réseau dans les structures sociales et les écoles autour de la question de l'intégration multiculturelle. Elle répond à des appels à projet de la ville de Rome qui assure ainsi une partie du financement de la structure. Certaines situations cliniques peuvent être repérées comme nécessitant la mise en place d'une thérapie.

Les thérapeutes sont tous bénévoles. La fondation sollicite un certain nombre de médiateurs culturels qui interviennent soit de façon bénévole soit dans le cadre de leur mission de service public dans les centres sociaux. La fondation est aussi un lieu de formation intégrant des étudiants dans le travail clinique et administratif. Les étudiants en psychologie ne sont pas rémunérés mais assurent un travail de logistique : prise de rendez-vous avec les personnes, ouverture du centre, accueil des familles et des consultants. Ils assurent la restitution des échanges cliniques à la fin de chaque séance et également à partir des enregistrements filmés. La fondation est également un lieu de formation pédagogique où il est demandé aux étudiants de s'intéresser à certains aspects spécifiques de la communication lors des entretiens (communication verbale, non verbale...). Avant les entretiens, les étudiants en psychologie

restituent un résumé des séances précédentes aux thérapeutes. Il faut compter deux à quatre séances par demi-journée. Les séances se déroulent avec un ou deux thérapeutes et sont filmées et retranscrites en direct. Cinq à dix thérapeutes et étudiants se tiennent derrière la glace sans tain. Un téléphone peut être utilisé afin de rentrer en contact avec le thérapeute en séance. Lors de la pause il rejoint ses collègues derrière la glace sans tain afin d'établir ensemble une conclusion et une éventuelle prescription de tâches. Il n'y a aucun contact entre les thérapeutes derrière la glace et la famille, qui s'installe avant. La fin des séances est marquée par un feedback entre thérapeutes où sont formulées des hypothèses de travail.

## **1.3. Préalables**

### **1.3.1. Quelle famille pour quelle thérapie ?**

Les migrants reçus en thérapie à la fondation peuvent se présenter seuls, en couple ou en famille. Le point commun des personnes accueillies est d'avoir entrepris une expérience migratoire ou être issus d'une famille immigrée. Les personnes sont pour la majorité en demande de soins mais certains peuvent également être contraintes à un travail psychothérapique suite à une prescription judiciaire. Maurizio Andolfi nous rappelle que les familles sont « engagées dans un processus d'intégration dont l'issue dépend, certes, du contexte socio-politique et juridique italien, mais aussi et surtout des comportements de leurs membres face à un tel processus de transformation » (1). La nouvelle réalité sociale et culturelle dans laquelle le migrant se retrouve plongé, accentue un vécu de déracinement par rapport à sa famille d'origine et à ses appartenances. Un comportement qui oscille parfois entre le désir et le refus d'appartenir. Plus ces oscillations sont dyshomogènes au sein de la famille, plus les équilibres familiaux en souffrent (1). Le travail de la fondation Andolfi s'attache à accueillir des familles migrantes en situation de précarité mais également des migrants isolés ou encore des couples mixtes. La question de l'intégration est un pivot central dans le travail psychothérapique y compris après une régularisation de la situation administrative.

### **1.3.2. Espace et temporalité**

Le bâtiment de la fondation situé au 22 via venturi à Rome est composé de deux étages comprenant un hall d'accueil, un secrétariat, une salle de conférence et la salle de thérapie équipée d'un dispositif d'enregistrement, d'un téléphone de part et d'autre de la glace sans tain. La salle de thérapie est aménagée de façon circulaire, décorée par des tableaux, des photographies, des cartes du monde, des livres et des objets issus de divers pays. Il y a aussi un globe terrestre, un paperboard, et un coin pour les enfants.

L'organisation des séances se fait toujours en dehors d'une situation d'urgence aussi bien matérielle que sanitaire et ne peut être envisagée qu'en complémentarité d'une prise en charge médico-sociale. La démarche psychothérapique se construit et nécessite une relative disponibilité psychique pour honorer les rendez-vous et s'engager dans le processus. La majorité des migrants qui consultent ont une maîtrise suffisante de la langue italienne qui ne nécessitera donc pas forcément de recourir à des interprètes. Si la détresse psychosociale est bruyante dans les semaines qui suivent l'arrivée sur le territoire, le travail psychothérapique peut venir soutenir un processus d'intégration qui perdurent les mois et les années suivantes ou encore à chaque événement du cycle de vie.

### **1.3.3. Intervenants, un collectif soignant**

Les thérapeutes, psychologues et psychiatres de la fondation sont le plus souvent bénévoles et travaillent ou étudient en parallèle à l'académie de thérapie familiale de Rome avec l'approche de Maurizio Andolfi. Le fonctionnement est basé sur un travail collectif avec des professionnels présents, en séance, derrière la glace et en supervision. Des thérapeutes différents peuvent intervenir selon les jours mais suivent chacun du début à la fin les séances qu'ils ont entamé avec les familles. La pièce derrière la glace sans tain peut accueillir jusqu'à une quinzaine de personnes.

Le collectif soignant se réunit dans son ensemble une fois par semaine lors des réunions de supervision. Au-delà de ce temps institutionnel, la notion de collectif est l'essence même du travail clinique. En effet un thérapeute n'est jamais seul dans une prise en charge grâce à la présence de co-thérapeutes ou de superviseurs derrière la glace sans tain qui

assistent à la thérapie en direct avec des interventions dynamiques via le téléphone avec le thérapeute en séance. La pause lors des séances vient réunir les thérapeutes autour de la situation afin de proposer ensemble une conclusion, éventuellement une prescription de tâches, d'énoncer un certain nombre d'observations à renvoyer à la famille ou pour éclairer le thérapeute sur sa place dans les interactions familiales ainsi que les résonnances qui pourraient freiner le travail psychothérapique. Toutes les réflexions et observations sont soumises au groupe et l'on voit bien la densité que peut prendre ce travail au regard de la mutualisation des idées et sa force créatrice en séance. La réunion de supervision rassemble tous les thérapeutes et les étudiants chaque jeudi après-midi soit une vingtaine de personnes. La première partie est davantage tournée vers l'aspect organisationnel et logistique. Sont évoqués les appels téléphoniques reçus au cours de la semaine ainsi que les nouvelles demandes de prise en charge afin d'en étudier les préalables. Deux à quatre situations cliniques en cours de thérapie sont également présentées et discutées.

#### **1.3.4. Parcours de la demande et enjeux**

La majorité des familles ou des individus sont adressés par les services sociaux de Rome mais aussi par les professionnels de santé (psychiatres, addictologues, services d'urgences) ou suite à une prescription de soins par le juge. Certaines situations préoccupantes peuvent également être repérées lors du travail de la fondation dans les écoles. Les personnes peuvent également interpeller directement la structure sans être nécessairement orientées par un professionnel.

Les parcours des demandes sont rigoureusement étudiés afin d'identifier les partenaires et optimiser un travail de réseau en repérant les éventuels dysfonctionnements ou incohérences. Cet éclairage permet parfois de proposer des réorientations à des structures de soins plus adéquates ou de compléter l'étayage autour d'une situation. Par exemple la mise en place d'un suivi en addictologie pour un membre de la famille en amont (ou en parallèle) de l'accompagnement familial.

## 2. Une lecture de la souffrance

A travers son dispositif, la fondation Andolfi propose une approche originale de la dimension transculturelle par le prisme du système familial. Nous développerons ici les principaux éléments théoriques.

### 2.1. Impact de la culture dans la thérapie familiale

A partir du moment où l'on estime que la différence de culture entre l'individu et le thérapeute n'est plus un obstacle, on va pouvoir s'appuyer sur l'intérêt que l'on porte à la culture de l'autre pour créer un lien et en faire une force dans le processus transculturel. En prenant l'hypothèse que l'on peut considérer les valeurs familiales comme un concept universel, on est amené à explorer avec l'individu ou la famille, la trame de son histoire. M. Andolfi et L. Cavalieri ont développé leur modèle d'intervention en psychothérapie transculturelle avec les familles étrangères à partir de deux idées directrices : la première est « la conviction que l'élément culturel est une variable fondamentale aussi bien dans les processus d'intégration que dans la construction des liens thérapeutiques » (1); la deuxième repose sur l'idée que « le processus migratoire et le processus psychothérapeutique engagent et incluent tous les deux plusieurs générations » (1). Il apparaît nécessaire d'apporter un éclairage du symptôme ou d'une souffrance, non seulement à la lumière des événements mais aussi de la culture et de la famille.

Derrière le terme de culture, plusieurs acceptions sont possibles. D'une part, il s'agit d'un ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation. D'autre part, on utilisera volontiers le terme de culture pour un groupe social avec un ensemble de signes caractéristiques du comportement d'un individu (langage, gestes, vêtements, etc.) qui le différencient d'un autre appartenant à une autre couche sociale.

En 1997, Di Nicola s'intéresse à la perspective culturelle en thérapie familiale : la thérapie familiale culturelle. Il s'appuie sur Falicov et sa perspective synthétique entre thérapie familiale et psychiatrie transculturelle (88,89). Di Nicola soutient que « la culture est la clé des

relations humaines; elle est l'instrument par excellence pour comprendre l'esprit, le soi et l'identité » (89). Les travaux de Nathan s'appuient sur la multiplicité des appartenances, à la fois professionnelles, linguistiques, religieuses ou culturelles (71,72). Cependant, ces expériences restent marginales, on déplore que l'exploration de la culture ne soit pas suffisamment considérée comme un élément majeur dans la relation thérapeutique (surtout, mais pas exclusivement, avec les familles dont les appartenances culturelles sont différentes de celles du thérapeute). En effet, il a longtemps été considéré que les paramètres culturels étaient plus ou moins partagés par l'ensemble du monde occidental « de sorte que l'on s'est peu soucié de savoir si ces facteurs pouvaient jouer un rôle quelconque même lorsqu'ils entraient en jeu dans les contextes les plus pauvres et les plus marginaux, là où effectivement bon nombre de familles provenaient d'autres réalités culturelles et raciales » (1).

L'apparition récente d'une nouvelle forme d'immigration et la prise en charge des familles immigrées ont montré l'importance de prendre en compte les aspects culturels dans la relation thérapeutique. « Ce voyage à travers les cultures pose les questions essentielles à tout psychothérapeute : comment entrer en contact avec les autres cultures, comment reconnaître ses préjugés et avoir la motivation et les compétences nécessaires pour soutenir les familles immigrées en difficultés » (1). Andolfi et Cavalieri mettent en perspective la notion de culture au travers de l'histoire familiale : « la culture est en quelque sorte la trame sur laquelle les événements familiaux viennent se greffer et, ensemble, culture et événements familiaux forment l'histoire de chaque famille » (1). Ils proposent ainsi d'introduire la culture comme l'un des éléments majeurs dans la relation thérapeutique « essentiel si l'on veut construire une nouvelle manière de penser et de pratiquer la thérapie familiale qui réintroduirait les sentiments, les affects et les racines dans le paradigme systémique » (1).

Andolfi avance que « l'intégration n'est possible que si l'on tient compte des besoins des émigrants. Non seulement de leurs besoins individuels, en tant que sujets travailleurs ayant des droits et des devoirs, mais surtout de leur besoin de trouver, dans les institutions et dans le contexte social du pays d'accueil, une reconnaissance et une acceptation de leurs valeurs familiales et de leurs traditions culturelles et religieuses auxquelles ils sont fortement attachés précisément parce qu'ils les ont laissés derrière eux dans leur pays de

provenance » (1). Les personnes immigrées peuvent témoigner de « la négation ou du désintérêt que, selon eux, la culture d'accueil manifeste à l'égard de leurs valeurs familiales. Comme si celles-ci n'éprouvaient pas la moindre curiosité pour ce qui, aux yeux de l'étranger, est un bien précieux et fondamental dans sa vie » (1). Nous formulons alors l'hypothèse que manifester de la curiosité à l'égard de l'altérité est non seulement nécessaire à l'affiliation mais fait partie intégrante du processus psychothérapique dans ce sens qu'il contribue à rétablir la dignité de la personne humaine.

Bateson nous rappelle que puisque la diversité est le premier élément constitutif des relations humaines, c'est précisément à travers les différences que nous pouvons accroître notre connaissance de la réalité qui nous entoure (6,43). En abordant les aspects culturels, on accède au monde émotionnel et on peut réintroduire les sentiments, les affects et les émotions liés aux appartenances. Le langage constitue alors un élément incontournable, auquel on doit prêter une attention particulière. « Dans l'expérience migratoire l'apprentissage de la nouvelle langue précède l'attribution des aspects émotionnels aux signifiés, creusant ainsi encore davantage le fossé entre les mots et ce qu'ils suscitent à un niveau émotionnel, la relation thérapeutique peut être utilisée comme un moyen pour rétablir un dialogue entre les codes symboliques-interprétatifs et le registre émotionnel » (1).

### **2.1.1. Structures familiales selon le pays d'origine**

Il apparaît fondamental de s'intéresser à la structure même de la famille et de mettre les outils du courant structural au profit de la psychothérapie transculturelle. Selon la terminologie proposée par Falicov, les dyades dominantes à l'intérieur de la famille, varient parfois en fonction du pays de provenance (88). En effet, la famille nucléaire est l'image la plus prégnante dans les pays occidentaux avec une dyade mari-femme comme noyau fondamental, à partir duquel les relations familiales se construisent. En revanche, d'autres cultures marquées par une empreinte religieuse forte, ainsi que dans les couches les plus pauvres des sociétés développées, la dyade parent/enfant domine, souvent sur plusieurs plans générationnels. D'autres cultures placent l'influence de l'oncle maternel au-dessus de celle du père. Il faut connaître et respecter le code d'organisation de chaque culture si l'on veut éviter

de commettre des erreurs d'évaluation. On considère comme transculturel, la valeur que les personnes attribuent aux relations familiales quelle que soit la forme de leur organisation (80).

Les images sont également un outil précieux : « la métaphore peut jouer un rôle de détonateur émotionnel mais elle peut aussi avoir une valeur transculturelle si elle est utilisée comme telle en thérapie » (1). Bateson affirmait que l'une des fonctions importantes de la métaphore est de faire apparaître les transcontextual gifts, autrement dit d'arriver à déceler les ressemblances entre des contextes différents en vue de résoudre la confusion transcontextuelle typique chez les familles dysfonctionnelles (6). Elle fait apparaître les ressemblances entre des cultures différentes et nous aide à résoudre un certain degré de confusion (transculturelle) grâce à l'utilisation d'images universellement partagées. Pour Andolfi, la métaphore est un puzzle incomplet, où dans un espace commun, peuvent venir converger des images issues de la famille, afin d'en comparer les significations. L'incertitude quant à pouvoir partager les images avec la famille laisse place à la possibilité de construire des espaces évocatoires.

### 2.1.2. A travers les générations

Plusieurs générations peuvent être touchées par la question de l'immigration : la première génération d'immigrés dont les enfants peuvent être nés dans le pays d'origine ou d'accueil, des familles multiethniques nées d'un couple mixte ou encore des familles immigrées dites de deuxième génération nées d'un mariage entre immigrés de deuxième génération. « Sans oublier des immigrations qui remontent à quatre ou cinq générations et où il existe une troisième culture métissée entre celle d'origine, oubliée, niée ou encombrante et la culture dominante du pays d'accueil » (1).

Lorsqu'on rencontre un individu qui a migré seul, il faut s'efforcer, malgré son absence, de prendre en considération le rôle de la famille d'origine, quant au choix de partir, au projet migratoire, à la modalité et à la qualité de l'insertion du migrant. En 1993, Scabini a défini le rôle du « mandat familial » parfois imposé à celui qui émigre : « lourd d'attentes et d'investissements à son égard. Le poids du mandat peut devenir insoutenable quand la perspective d'un éventuel retour prend des allures d'échec et est, par là même, tout

simplement impensable » qui place l'individu dans une situation d'impasse qui peut aller jusqu'à l'émergence d'un épisode dépressif caractérisé. Pour Scabini, « celui qui choisit de quitter son pays d'origine reçoit le soutien de sa famille et de ses amis à travers des aides concrètes. Mais en contrepartie, il doit remplir sa fonction qui est d'aider économiquement sa famille. Dans ce cas, le migrant est le dépositaire de ce que nous pourrions appeler un mandat familial qui l'investit d'une tâche envers le noyau familial tout entier. Il faut entrer dans cette dimension d'échanges de loyautés pour comprendre ces liens familiaux qui survivent à la distance ainsi que la signification de l'émigration qui n'est jamais vécue exclusivement de manière individuelle. La condition de déracinement partiel, ou parfois total, liée aux processus migratoires, produit souvent un état d'inquiétude existentielle » (91).

Le modèle tri-générationnel propose d'inviter trois générations lors de la thérapie, physiquement lorsque cela est possible, ou en simulant leur présence à travers l'utilisation de chaises vides. Cela signifie aussi explorer « les mythes familiaux dont les générations se transmettent indirectement les significations » (1). Bien que le plus souvent absente, la famille de l'immigré prend beaucoup de place à l'intérieur du contexte thérapeutique : « la distance n'efface ni les affects ni les déceptions et le passé que l'histoire familiale renferme est toujours présent dans les parcours migratoires ; des parcours faits de coupures émotionnelles, de dettes de loyauté et de sentiments de culpabilité » (1). Parfois clairement exprimées dans le discours du migrant, ces notions peuvent apparaître en creux, sous forme de négation du passé ou des origines. Il s'agira de mettre en relation les liens émotionnels entre les générations mais aussi d'explorer les différents modèles culturels et leur conséquence sur les choix et les équilibres de la famille.

## **2.2. Processus transculturel dans la vie familiale**

Les questions relatives à la migration, de part ce qu'elles représentent dans leurs expériences affectives doivent être intégrées au travail psychothérapique. « L'événement migratoire occupe donc une large place à l'intérieur du cycle de vie familiale et requiert un long temps d'absorption. Les familles immigrées sont constamment soumises à des tensions de réorganisation entre leur façon de faire et d'être famille, d'une part, et l'image de la famille et

les modèles culturels proposés par la société où ils ont atterri, d'autre part » (1). Parfois, c'est à l'intérieur même des relations familiales que ces tensions prennent une place majeure. L'émigration peut être vécue comme un événement stressant qui pèse lourdement dans l'apparition de conflits familiaux. Le choix migratoire peut être motivé par une volonté de coupure émotionnelle avec la famille d'origine : la distance émotionnelle se cache alors derrière la distance géographique.

En 1979, Bowen a décrit le concept de coupure émotionnelle comme un « attachement émotionnel non résolu où la distance physique remplace la distance émotionnelle (distance nécessaire pour construire une relation équilibrée et jouir d'une indépendance émotionnelle par rapport à la famille d'origine) et où l'indépendance n'arrive à être atteinte qu'en mettant un océan et beaucoup de kilomètres entre sa famille et soi » (92). Selon Andolfi, « l'intérêt de la thérapie avec la famille est qu'elle permet de reconstruire activement les liens intergénérationnels ainsi que les territoires des affects qui ont été marqués par des coupures émotionnelles lesquelles, n'ayant jamais été élaborées, sont sources de mal-être et de tensions relationnelles dans le rapport aux autres » (1).

Andolfi nous invite à regarder comment le thérapeute se place dans la relation : « en détachant son attention de la reconstruction de l'histoire clinique ou personnelle de la personne qu'il a en face de lui, il apprend parfois certaines choses qui vont au-delà de son histoire personnelle : sa langue, son écriture, le sens d'un nom, d'une fête ou le système de valeurs dans lequel elle a grandi. Ceci peut contribuer à rapprocher le thérapeute des membres de la famille qu'il appréhende et aussi à stimuler leur curiosité dans un jeu de demandes réciproques, susceptible de consolider l'entretien (1). Si la valeur reconnue aux relations familiales est une valeur commune à toutes les cultures, c'est la structure et l'échelle des valeurs des liens qui change (1).

Andolfi décrit « la troisième planète » comme un territoire nouveau où les thérapeutes et la famille ont pu se rencontrer et aborder les difficultés avec une plus grande confiance mutuelle : les compétences sont davantage partagées puisqu'il n'y a plus de barrière entre celui qui soigne et qui détient le savoir, et celui qui va mal et par conséquent ne sait pas quoi faire. La psychothérapie peut être considérée comme un processus transculturel en soi, «

à l'intérieur duquel il est possible de « réélaborer les coupures émotionnelles, les sentiments de perte et de déracinement, les conflits de loyauté, les doubles appartenances des deuxièmes générations ou des enfants des couples mixtes » (1).

Haber a proposé d'utiliser les amis comme ressources en thérapie (93). En situation transculturelle, les amis sont appelés à offrir leur compétence pour éclairer le thérapeute. L'invitation des amis et leur présence en entretien offre des perspectives à différents niveaux : émotionnel par l'accès à l'intimité, politique par la déconstruction de liens hiérarchiques entre la culture dominante et tout ce qui lui est étranger et enfin au niveau cognitif car la famille dispose d'une mémoire historique face aux thérapeutes qui sont désireux de construire ensemble un espace pour se rencontrer et partager les cultures et les valeurs différentes, tout en respectant les différentes fonctions en jeu. « Il est encore plus extraordinaire de constater l'incroyable valeur thérapeutique que revêt ce genre d'entretiens, comme s'il existait un lien directement proportionnel entre la réactivation de l'identité sociale d'une famille et la réduction des symptômes du patient (1). Pour illustrer notre propos, nous nous appuyerons sur certaines vignettes cliniques observées au décours des séances de psychothérapie.

### **3. Vignettes cliniques**

#### **3.1. Meriem et sa famille**

Parmi les séances de thérapies observées : nous allons rapporter la situation de Meriem et sa famille. Le suivi a commencé par une thérapie familiale il y a quelques semaines. Meriem a depuis entamé une thérapie individuelle au sein de la fondation avec une autre thérapeute. Au cours de la semaine d'observation, Meriem a été rencontrée en thérapie individuelle le premier jour, son histoire a été rapportée en supervision clinique le troisième jour et elle a été vue en thérapie familiale avec sa mère et ses deux sœurs le dernier jour. Cette illustration nous paraît d'autant plus pertinente qu'elle illustre différents dispositifs: la psychothérapie individuelle d'orientation systémique, la thérapie familiale et la supervision.

### **3.1.1. Thérapie individuelle : Meriem**

Meriem est une jeune femme âgée de 18 ans, d'origine Egyptienne qui vit avec sa mère et ses deux sœurs. La famille a migré en Italie depuis une dizaine d'années. Son histoire familiale est marquée par la violence du père et la révélation d'abus sexuels sur la plus jeune sœur de Meriem. Le père est actuellement en prison suite aux violences faites à la mère. Lors de la séance, Meriem parle d'une colère, souvent refoulée mais parfois explosive. La mère lui renvoie alors que son comportement ressemble à celui de son père. Leur relation est conflictuelle et Meriem met en avant un sentiment de rejet par sa famille. Lors de la pause, plusieurs hypothèses sont évoquées, notamment l'idée que Meriem pourrait également avoir été victime d'abus sexuels. La fonction de la colère chez Meriem est aussi interrogée du côté d'un bénéfice à la coalition entre la mère et la sœur cadette pour protéger la mère de la solitude. Les répétitions dans la relation mari-femme et mère-fille à travers des relations violentes sont difficiles à appréhender. Une tâche est prescrite à la fin de la séance, il est demandé à Meriem de lister les ressources lui permettant de faire face à ce climat de violence.

### **3.1.2. Supervision**

La situation de Meriem est évoquée en séance de supervision à partir du constat qu'à chaque fois que plane la question de l'inceste et des abus sexuels en thérapie individuelle ou familiale, l'entretien s'arrête et le thérapeute tourne autour de cette thématique sans pouvoir l'aborder. Le processus psychothérapique semble suspendu autour de la colère qu'éprouve Meriem à l'égard de sa famille. Le temps de latence entre les thérapies est également important, Meriem a envoyé des mails à la thérapeute familiale depuis la dernière séance, lui signifiant qu'elle devait lui venir en aide « vous devez m'aider, vous êtes la seule personne pouvoir rentrer dans la tête de ma mère ».

Les thérapeutes remarquent la répétition familiale du vécu d'isolement et de rejet qu'amène notamment Meriem en séance individuelle et l'exclusion de la mère de la communauté égyptienne après avoir porté plainte contre son mari pour des faits de violence. En se séparant et en portant plainte, la mère a fait un effort de différenciation et s'est retrouvée seule. La thématique de la solitude se rejoue à différents niveaux dans la famille. Une autre hypothèse est celle que dès que la mère essaie de sortir de la famille et faire des

choses pour elle : les filles entrent en conflit, ce qui réactive la fonction protectrice de la mère, et la maintient dans le cercle familial. L'isolement que Meriem décrit en thérapie individuelle n'est pas retrouvée en thérapie familiale où Meriem a plutôt une position centrale. Les thérapeutes s'intéressent davantage à l'intensité émotionnelle dans cette famille où les relations ne peuvent être que fusionnelles.

Finalement deux pistes apparaissent pour les séances à venir pour pouvoir rentrer dans la famille en s'appuyant sur ce que Meriem amène en thérapie individuelle : aller chercher du côté du vécu de honte et de culpabilité de Meriem pour appréhender la question des abus sexuels. Quand Meriem a-t-elle ressenti pour la première fois le sentiment de solitude et de culpabilité ? Il est également proposé à la thérapeute qui reçoit Meriem en individuel d'assister à la prochaine séance de thérapie en s'intéressant à la dynamique globale de la famille à travers la communication non verbale.

### **3.1.3. Thérapie familiale : Meriem, sa mère et ses sœurs**

La séance de thérapie regroupe Meriem, sa mère et ses deux sœurs de quinze et cinq ans. Elle démarre autour d'une proposition de Meriem d'évoquer la diminution des disputes avec sa mère, après qu'elle lui ait présenté des excuses sur son comportement. Sara, la fille de cinq ans a du mal à rester assise durant la séance, mais son agitation survient toujours dans les moments de tension notamment autour de la question de la solitude de la mère, rejetée de la communauté égyptienne après avoir porté plainte contre son mari pour violences conjugales. Elle parvient à divertir l'attention en faisant rire la famille. La thérapeute s'appuie sur la fonction de Sara au sein de la famille et l'interroge, « Sara c'est quand la dernière fois que cette famille a joué ensemble », ce à quoi Meriem répond « on n'a jamais joué tous ensemble ». La thérapeute propose à Sara de l'aider à faire jouer sa mère. L'échange est timide entre mère et filles. Les superviseurs derrière la glace sans tain appellent le thérapeute en séance et lui propose de lancer une peluche en forme de coccinelle : celui qui la réceptionne doit dire une chose positive à celui qui lui envoie. La thérapeute est incluse dans le jeu. Les phrases tournent d'abord autour d'une nostalgie de leur relation passée « j'aimais bien quand on jouait ensemble » puis les sœurs et la mère finissent par se dire à quel point elles

comptent les unes pour les autres, toutes parviennent à se dire qu'elles s'aiment. Les superviseurs rappellent alors la thérapeute et lui demande de proposer à la deuxième sœur de faire une sculpture de la famille en train de jouer. Sara et la mère sont positionnées autour d'un jeu, Meriem et sa cadette, au second plan se disputent un gros ours en peluche avec des regards alternant entre complicité et rivalité.

Plusieurs outils ont été utilisés lors de cette séance. La thérapeute demande à la plus jeune des sœurs de l'aider à faire jouer sa mère. Ainsi à partir d'une peluche, elle amorce des échanges entre elle et les membres de la famille dans un souci de circularité. A partir de là, la mère s'autorise à utiliser des références culturelles notamment pour décrire son affection envers ses filles « un trésor devant mes yeux ». Le jeu permet au thérapeute de réenclencher et de rentrer dans la communication intra familiale, alors qu'elle était décrite jusque-là comme inexistante. On assiste à une représentation très dynamique de cette communication en séance, générant des émotions dans l'ici et maintenant avec un moment de partage et de rires, dans une famille marquée par les traumatismes de l'inceste et des violences. L'équipe de supervision derrière la glace sans tain propose d'aller plus loin du côté émotionnel grâce à la sculpture de la famille, illustrant notamment les distances relationnelles et les rivalités entre les sœurs aînées.

Cette séance a également pu être envisagée du côté de la communication non verbale, puisque la thérapeute qui suit Meriem en individuel, se tenait derrière la glace sans tain avec les superviseurs et les étudiants. Elle garde un casque audio pour se détacher du contenu des échanges et appréhender le climat familial dans une dynamique globale. Il en ressort une vision plus implicite de l'affectif entre les membres de la famille avec notamment le regard protecteur et aimant de la mère, qui contraste avec le vécu qu'avait pu amener Meriem en thérapie individuelle de se sentir isolée et rejetée. Le feedback à l'issue de la séance reprend l'idée de s'appuyer davantage sur les références culturelles amenées par la mère rejetée de la communauté égyptienne après avoir porté plainte contre son mari. La mère exprime d'ailleurs que sa vie s'est arrêtée en Egypte au moment du mariage forcé mais qu'elle a repris aussitôt son cours à la naissance de ses filles en Egypte. Il est proposé d'aborder les prochaines séances sur le rapport à la communauté égyptienne de cette famille.

## **3.2. Outils et stratégies en pratique clinique**

Lors des séances de thérapie observées, un certain nombre d'outils sont mobilisés, souvent dans une approche stratégique pour servir au processus psychothérapeutique.

### **3.2.1. Question de l'identité culturelle : demander de ramener un objet**

Lors d'une séance il a été proposé à chacun des membres d'une famille d'origine polonaise d'apporter un objet qui symbolise pour lui la Pologne. Le fils rapporte une photo de sa grand-mère paternelle restée au pays. La mère ramène un livre de recettes polonaises à faire avec un robot et nous explique qu'au-delà des spécialités culinaires qu'elle garde de son pays, c'est le robot qu'elle a voulu apporter, symbolisant selon elle le progrès social. Le père ramène une photo du couple prise avant leur migration et qui représente selon lui la force de son couple, ce qui contraste aujourd'hui avec le ressenti de la mère qui ne se sent pas soutenue par son mari. On voit bien que les objets diffèrent d'un membre de la famille à l'autre, soulignant des appartenances et des rapports différents au pays d'origine. L'utilisation d'objets illustre cette différence et permet d'appréhender un travail d'individuation des membres de cette famille à partir de leur rapport à la migration, dans une thérapie où la demande initiale était d'aider le fils à prendre son autonomie vis-à-vis de ses parents.

### **3.2.2. Reconnaître les compétences**

En séance les thérapeutes s'attardent à valoriser les compétences de l'individu, notamment les compétences relationnelles. Laritza est une jeune femme de 25 ans d'origine cubaine. Elle a deux enfants de deux et cinq ans. Elle a divorcé après avoir dénoncé des actes de violence pour lesquels une procédure judiciaire est en cours. Elle avait rencontré son mari italien à Cuba et a migré avec lui. Elle vit dans un foyer pour les jeunes mères victimes de violence et a réussi à trouver du travail. Elle envisage de sortir du centre mais elle n'a encore jamais vécu seule avec ses enfants. Lors de la séance, le thérapeute va l'amener à interroger ses ressources personnelles et sa volonté de changement, notamment sa résolution d'apaiser les relations avec son ex-mari jusqu'alors très conflictuelles pour que ses enfants puissent construire un lien mais dont elle redoute la violence.

Elle aimerait pouvoir partir à Cuba pour rendre visite à sa famille mais son ex-mari l'empêche de quitter l'Italie avec les enfants. Lors de la séance, elle déplore le manque de relations avec son père et le sentiment ancien de n'avoir jamais été digne d'intérêt à ses yeux, elle n'a emporté aucun souvenir de lui à son décès aujourd'hui elle réalise avec beaucoup d'émotions l'importance d'un père pour ses enfants, ce qui la valorise dans sa compétence à être mère et à prévenir les répétitions transgénérationnelles.

On voit bien comment on peut avec un seul individu mettre en mouvement les relations qui gravitent et faire reconnaître les compétences de l'individu. Le travail systémique individuel permet de faire un travail approfondi sur la personne à partir de son réseau relationnel tout en bénéficiant de l'étayage d'une réflexion collective pour permettre de recadrer et faire évoluer le travail psychothérapique tout au long des séances.

### **3.2.3. Appartenance et individuation**

La thérapie individuelle travaille également la question des appartenances et de l'individuation. Une femme d'origine péruvienne est adressée par les services sociaux pour évoquer la relation mère-fils. Son fils refuse jusqu'alors de venir en séance avec elle. Les frontières dans la relation mère-fils sont mal définies, au point qu'il lui arrive de surprendre son fils se masturber dans le couloir de l'appartement. Elle est très en difficulté pour affirmer ses positions et recherche l'approbation de l'autre dans chacun de ses comportements, alimentant la représentation de sa famille d'origine, comme quoi elle serait toujours incapable de se débrouiller seule. Elle pense que son fils est homosexuel mais n'a jamais pu aborder ce sujet avec lui.

Le thérapeute lui demande si c'est la partie italienne ou la partie péruvienne qui est mal à l'aise avec cette question. Elle estime qu'elle est plus mal à l'aise du fait de ses appartenances péruviennes puisque cela viendrait confirmer l'opinion de sa famille vis-à-vis d'elle : ses sœurs la décrivent comme quelqu'un de ralentie, stupide, ayant manqué son rôle d'éducation. A partir du génogramme travaillé quelques séances plus tôt, le thérapeute met en évidence sa difficulté à s'individuer de sa famille d'origine.

### **3.2.4. L'importance de la clôture**

Catelyne est une jeune femme de 25 ans, d'origine Roumaine, arabe et tzigane qui arrive au terme de sa thérapie. Son grand-père tzigane aurait assassiné sa grand-mère en Roumanie. Elle revendique ses appartenances arabes héritées de son père et qu'elle a matérialisé par un tatouage sur son dos. A l'âge de quinze ans elle a une fille qu'elle laisse en Roumanie après que sa mère l'ait envoyé en Italie un an plus tard. A son arrivée, Catelyne est enrôlée dans un réseau de prostitution et se demande si sa mère ne l'aurait pas vendu. Catelyne est sortie de ce réseau après quelques années mais le père de sa fille refuse de lui donner de ses nouvelles. Catelyne a réussi à trouver un travail et s'est séparée d'un compagnon violent. L'idée de clôturer la thérapie est douloureuse pour elle, c'est un espace qu'elle a investi et sur lequel elle s'est appuyée pour sortir de ses difficultés. La thérapeute propose à Catelyne de choisir comment et quand se séparer avec l'idée que la clôture est un moment essentiel de la thérapie, en lui offrant la possibilité de se réapproprier le processus de séparation, de faire l'expérience à travers la fin de la thérapie de la possibilité de se quitter, d'en choisir les modalités et le moment, de ne plus se positionner en victime des ruptures répétées. Lors de la pause, les thérapeutes proposent une prescription de tâches : celle de matérialiser le travail accompli lors de la thérapie en rassemblant les différents morceaux qui construisent son identité aussi bien du côté culturel (tzigane, arabe, roumaine, italienne) que des événements de vie qu'elle a traversés. Pour cela il lui est demandé de ramener des objets ou des écrits, afin d'être rassemblés lors de la séance suivante, dans un support aux contours de femme, comme différents morceaux de son identité, ses appartenances et ses ressources. En s'appuyant sur des rituels, on peut ainsi anticiper la séparation en thérapie.

### **3.2.5. L'objet comme support émotionnel**

Lors d'une séance de thérapie d'un couple mixte, Lorena Cavalieri montre le pouvoir de l'objet pour accéder à l'émotion et au vécu psychique. Chris est australien, sa femme Christina est italienne, ils se sont rencontrés au Japon. Dans ce couple la différence est devenue source de conflit. Les thérapeutes proposent de convoquer les appartenances notamment australiennes au sein du couple. Lorena Cavalieri, qui a elle-même cette double appartenance italienne et australienne, fait passer un bracelet où sont représentés des

animaux australiens. Le thérapeute demande au patient de le décrire à son épouse, et de convoquer dans ses souvenirs, ce qui lui manque de l'Australie. Pour la première fois depuis le début des séances, il se montre très ému. Il évoque la nostalgie de son pays, son inquiétude pour ses parents vieillissants. « I miss my friends, I miss the beach, I miss to be relax and take life the good way, I miss my energy ». Afin de poursuivre le travail, les thérapeutes demandent à Chris de faire venir ses parents lors de la prochaine séance de thérapie, afin de faire entrer la culture australienne dans le couple.

Au terme de cette observation, l'expérience italienne nous amène un certain nombre de pistes que nous allons discuter pour enrichir notre pratique clinique auprès des migrants.

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Actualité, santé mentale des migrants : l'affaire de qui ?

Plusieurs éléments de l'actualité soulignent la pertinence d'une réflexion autour de la prise en charge de la souffrance psychique des migrants avec d'une part la question de l'accueil des exilés, soulevée entre autres par le conflit syrien et d'autre part la question de la radicalisation. L'accompagnement de la souffrance psychique des exclus est incontournable avant d'évoquer la question de leur intégration. En Europe, l'année 2015 a été marquée par un afflux d'exilés fuyant les conflits et les tortures dans leur pays d'origine, le plus souvent après un voyage migratoire éprouvant. Au total, 3 771 migrants sont morts en 2015, lors de leur traversée en mer Méditerranée, plus de 3000 personnes étaient portées mortes ou disparues en septembre 2016. Le 13 mai 2015, la commission européenne a créé une communication majeure visant à prendre des mesures immédiates pour éviter d'autres pertes humaines. La société civile européenne, les nombreux bénévoles, les organisations et les autorités locales se sont largement mobilisées pour soutenir les migrants dans tous les pays. Les choix en matière de politiques migratoires ont été au centre de débats agités entre les pays et au sein même des gouvernements. Si la question de l'intégration n'est pas traitée de façon univoque par les pays, y compris au sein de l'union européenne, on s'aperçoit qu'elle clive également les citoyens, souvent d'une même commune, selon les appartenances de chacun.

### 1.1. Limites épidémiologiques

Les migrants en situations précaires constituent une population très hétérogène et difficile à caractériser, en raison notamment du déficit de données démographiques lié à la précarité administrative. Plus d'un million de personnes en France sont concernées comprenant les personnes bénéficiant du droit d'asile, les ressortissants des pays-tiers à l'Espace économique européen titulaires d'un titre de séjour précaire, les demandeurs d'asile et les étrangers en séjour irrégulier. Selon les rapports des enquêtes de terrain, des profils très différents apparaissent selon le lieu de recueil : une population majoritairement jeune,

masculine et originaire du Soudan, d'Erythrée et Afghanistan dans les campements, une majorité de familles avec un parcours migratoire dans les hôtels sociaux, une majorité de femme d'origine française et avec un parcours de placement dans l'enfance parmi les 18-25 ans dans l'enquête SAMENTA. Les biais dans le recensement et le recueil des données entraînent certaines incohérences. Ils accentuent la méconnaissance de cette population et peuvent précipiter la prise de mesures inadaptées aux besoins réels. Les enquêtes ont été réalisées en Ile-de-France et ne reflètent donc pas l'ensemble du territoire et ses disparités. Pour autant, malgré les limites épidémiologiques, seul le croisement entre différentes enquêtes de terrain avec des stratégies et des lieux de recueil différents nous permettront de caractériser cette population et de proposer des dispositifs adaptés.

## **1.2. Segmentation des dispositifs et disparités géographiques**

La solidarité internationale a montré ses limites en termes de coordination des dispositifs médicaux, sociaux, administratifs, associatifs et des différents niveaux d'action : individus, institutions, ONG, initiatives d'État. La segmentation des champs d'accueil, d'accompagnement social ou du soin, altère la lisibilité des dispositifs, tant auprès des usagers que des professionnels avec des manques et des doublons. D'autant que la réalité des dispositifs varie d'un territoire à l'autre en termes d'accueil, d'accompagnement et d'accès aux soins. Ce dernier a été globalement facilité pour les français et étrangers en situation régulière, mais au détriment d'une exclusion des étrangers en séjours précaires. L'obtention d'une protection maladie intégrale est théoriquement possible après trois mois sur le territoire, mais la complexité de la réglementation, la méconnaissance sur les actions du système de santé, l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore le refus de soins de certains professionnels à l'encontre des bénéficiaires de l'AME montrent une autre réalité. Les difficultés financières restent un frein à l'accès aux soins ainsi que la peur d'être arrêté qui limite le déplacement de certains exilés. Les manquements de règles communes dans les institutions engendrent un système dysfonctionnel.

### 1.3. Accompagnement des mineurs étrangers isolés

L'accueil et l'accompagnement des mineurs étrangers isolés illustrent tout à fait les enjeux et les failles de l'accompagnement de migrants vulnérables en souffrance psychique. Les circonstances de départ et les contraintes dans le pays d'origine doivent être considérées (crise politique, régime liberticide, famine, guerre...) puisqu'elles précèdent un processus de déracinement au pays natal chez des jeunes dont l'identité en construction se heurte au rejet et à l'exclusion dans le pays d'accueil. Ceci alimente un sentiment permanent d'être isolé, vulnérable et insécurisé. A tout le parcours migratoire et les traumatismes subis, viennent s'ajouter le développement intrinsèque de l'enfant et de l'adolescent. L'adulte a une responsabilité majeure dans ce temps de vulnérabilités et de dépendances.

Veïsse nous rappelle qu'il est fondamental de proposer un accueil sécurisant aux jeunes migrants et « une bienveillance absolue dès les premiers instants » (30) tant il peut être déterminant dans le processus d'intégration au nouveau pays. « Ne pas agir sur le climat d'accueil reviendrait alors à soigner des personnes dans un contexte de crise ce qui nous conduirait à imaginer des modalités d'accompagnement en santé mentale de type humanitaire mais en France » (30). L'interprétariat professionnel est indispensable pour ne pas faire de l'acquisition de la langue un présupposé inéluctable à la prise en charge en santé mentale. Le commissaire aux droits de l'homme du conseil de l'Europe rappelle que « les MIE doivent comme les autres pouvoir jouir de tous les droits accordés aux enfants, en particulier les droits d'accès à l'enseignement et aux soins » (94).

Les difficultés dans la prise en charge des jeunes hébergés en hôtels avec notamment des délais d'attente en CMP de plusieurs mois, nécessitent de construire des dispositifs mobilisables dès les premiers temps. L'équipe de MDM en Normandie propose par exemple un accès facilité et gratuit à un psychologue. Une connaissance plus fine des déterminants socio-culturels du pays d'origine permettrait d'ajuster au mieux l'accompagnement à travers son identité et ses appartenances : l'histoire de son pays, ses codes, ses références, ses principes, sa culture, ses coutumes. L'état d'épuisement psychique, parfois de terreur, de solitude radicale voire de psycho-traumatisme doivent être pris en considération. Les silences qui révèlent la sidération et le désarroi paralysant peuvent conduire

à un processus d'auto exclusion et d'invisibilisation qu'il est urgent de repérer, tant sa pérennisation peut laisser des séquelles irréversibles. Il s'agit de faire face au refus radical d'un lien, d'une place, d'une histoire, d'une existence. « On croise dans ce climat déstructurant qui n'a de cesse de chercher à débusquer les fraudeurs, des jeunes abandonnées dans des foyers parfois pendant plusieurs années sans accompagnement ni protection, sans personne qui ferait référence ni même un interlocuteur à qui s'adresser » (28). Les institutions psychosociales, elles-mêmes en souffrance, se défaussent avec de réelles mises en danger pour leurs usagers à travers une violence institutionnelle généralisée et banalisée. La situation d'urgence ne doit pas justifier cette maltraitance. Quel rapport au monde est possible lorsque ce monde, au détour de ces pratiques et de ces discours ne cessent de vous signifier qu'il n'y a pas de place possible ?

On retrouve des manifestations cliniques identiques à celle des demandeurs d'asile avec des dimensions dépressives allant parfois jusqu'à une sidération de la pensée. Face à ce désarroi, et s'ils ne sont pas suffisamment accompagnés, un certain nombre de professionnels peuvent éprouver des symptômes similaires. Une consultation « jeunes isolés étrangers » a été créée à la maison des adolescents d'Avicenne à Bobigny pouvant mettre en place un suivi ou donnant accès à un groupe transculturel. Il ne s'agit pas là de créer un dispositif spécifique aux étrangers mais bien d'utiliser les représentations culturelles comme des outils facilitant l'accès au vécu psychique.

#### **1.4. Nouveaux repères, intégration et métissage**

De nombreux économistes ont démontré les bénéfices sociaux et économiques de l'accueil et de l'intégration des migrants sur le long terme. Pour autant le climat de xénophobie et de racisme, reste un frein à leur intégration. L'ensemble des réfugiés souffrent de la mauvaise organisation des dispositifs d'accueil dans les pays d'arrivée et de transit. Malgré l'implication de certains gouvernements et organisations humanitaires, l'observatoire des droits de l'homme, déplore que les conditions d'accueil ne soient pas adaptées aux besoins des réfugiés, souvent confrontés à un environnement hostile (17). Les conditions d'accueil doivent être considérées, le guide du COMEDE avance que «la négation de l'impact des

conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences constituerait un déni pouvant faire penser aux patients que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée » (37). L'expérience de la faim et des violences psychologiques dans le pays d'accueil sont largement sous évaluées voire déniées. Par conséquent le soutien psychique aux victimes est insuffisant, ce qui aggrave leurs vulnérabilités et entrave leur capacité d'adaptation et donc d'intégration. Des actions coordonnées en matière de protection, de sécurité et d'accès aux soins sont indispensables.

Parce qu'il permet de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans renoncer à aucune d'elles, le métissage culturel apparaît comme synonyme d'intégration au sens premier : assembler les parties pour former un tout. Assembler contribue à maintenir le sentiment de continuité de soi, de son rapport aux autres, de son identité au-delà d'une réalité marquée par les ruptures. Le destin des migrants va être de se métisser, au carrefour de différents mondes, langues, manières de penser qu'il peut faire coexister au sein de son identité, encore faut-il reconnaître comme siennes les couches qui la composent. Les enfants de migrants vont incarner le processus de métissage puisqu'ils devront apprendre à composer avec différentes langues et parfois faire l'interface entre plusieurs réalités culturelles. Le métissage s'exprime de différentes manières selon l'âge des enfants (bébé, enfants, adolescents) mais il y a l'idée que ces enfants doivent « s'inscrire dans une filiation, dans une transmission qui est celle de leurs parents » (56). L'enjeu du processus de construction identitaire des enfants va être de pouvoir articuler de façon plurielle et harmonieuse : filiation et affiliation à des dosages divers ; afin qu'ils n'aient pas à séparer ni cliver les mondes dans lesquels ils évoluent.

La fondation Andolfi travaille la question du métissage autour de l'accompagnement des couples mixtes et met en évidence les risques d'une rencontre entre « deux orphelins psychosociaux avec l'illusion de combler des vides, typique de la rencontre entre deux solitudes surtout chez celui qui a mis un océan entre lui et sa famille » (1). La migration est un événement individuel et collectif que ce soit pour échapper à des menaces ou par opportunité économique. C'est un acte profondément courageux dont les effets concernent l'ensemble de la personne mais aussi sa famille (ayant migré ou non). Le type de relation que

l'on parvient ou non à maintenir mobilise la structuration familiale. La migration est également un acte collectif au sens qu'elle implique également les acteurs du pays d'accueil et les personnes qui vont partager avec la personne son expérience de migration. Les conditions d'accueil des migrants sont souvent très ambivalentes oscillant entre fascination et rejet (79).

## **1.5. Question de la radicalisation à l'interface de la justice et de la psychiatrie**

Nous ne pouvons faire l'économie d'évoquer le phénomène de radicalisation tant il traverse tristement notre actualité. L'intrication avec l'intégration des migrants semble malheureusement scellée. Cela nous donne l'occasion de distinguer la notion de souffrance psychique des migrants qui nécessite la mise en place de soins adaptés, de la notion de radicalisation, sous couvert d'un extrémisme religieux et pour laquelle un recours aux soins psychiatrique est sollicité, le plus souvent par l'entourage. Il faut noter que la prise en compte des processus psychologiques à l'œuvre dans la radicalisation et dans les efforts de déradicalisation sollicite une coordination, à l'interface de la justice, la psychiatrie et l'accompagnement social. L'enjeu autour de la radicalisation est également intergénérationnel dans la mesure où la souffrance est le plus souvent exprimée par les parents ou des membres de la famille. On peut s'autoriser à penser que dans une certaine mesure, le processus de radicalisation questionne l'échec de l'intégration, notamment des jeunes générations. L'intégration des générations d'enfants de migrants se retrouve alors par défaut au centre de la scène médiatique. « Nous ne pouvons nous contenter d'imposer aux milliards d'humains désemparés le choix entre l'affirmation outrancière de leur identité et la perte de toute identité, entre l'intégrisme et la désintégration (95).

## **2. Limites et apports de la systémie en psychothérapie transculturelle**

Nous discuterons ici les limites et apports de la théorie systémique mais également différents dispositifs qui semblent pertinents dans notre population.

## 2.1. Limites

La principale critique que l'on pourrait adresser à l'approche systémique, serait que la trop grande généralité de la notion de système pourrait se retourner contre elle. Edgar Morin nous rappelle que « trop d'unification risque de devenir simplification abusive, puis idée fixe, recette de pensée » (96). Une transposition trop simpliste de modèles ou de lois biologiques à la société risquerait de rendre stérile toute tentative d'appréhender la complexité. Pour Rosnay, « l'un des plus grands dangers qui menacent l'approche systémique, c'est la tentation de la théorie unitaire, du modèle englobant ayant réponse à tout, capable de tout prévoir. L'utilisation du langage mathématique-par nature et par vocation généralisateur peut conduire à un formalisme qui isole l'approche systémique au lieu de l'ouvrir sur le pratique » (97).

## 2.2. Psychothérapie tournée vers l'opérationnel

Afin d'éviter les pièges de l'approche systémique, il faut rester attentif à ce qu'elle conduise à une approche opérationnelle en favorisant l'acquisition des connaissances et en permettant d'améliorer l'efficacité de nos actions. Une approche opérationnelle évite « les dangereux écueils du réductionnisme paralysant et du systémisme englobant. Elle débouche sur la transmission de la connaissance, l'action et la création » (97).

A partir du cadre de référence conceptuel et des règles pour affronter la complexité, l'approche systémique aide à organiser les connaissances, renforce leur mémorisation et facilite leur transmission. Elle apprend à situer et hiérarchiser les éléments sur lesquels se fondent les décisions. « L'approche systémique est le support de la pensée inventive, elle catalyse l'imagination, la créativité, l'invention » (97,98). S'il est utile de rappeler que par définition, le comportement d'un système est imprévisible, irreproductible et irréversible, on ne peut nier l'apport d'une approche analytique. Dans le cas de la psychothérapie transculturelle, l'apport de la systémie doit être envisagé dans sa complémentarité avec l'approche analytique. Elle s'appuie, pour les faire progresser, sur les apports théoriques issus de l'ethnopsychanalyse au carrefour entre la psychanalyse, la psychiatrie et l'anthropologie. Sans reprendre les critiques de l'ethnopsychiatrie adressées à

Tobie Nathan (71,99) il apparaît primordial de saisir les enjeux sociétaux et la portée politique d'une pratique clinique qui va bien au-delà d'un débat d'idées sur l'orientation psychothérapique. Ainsi l'approche systémique permet au-delà de la pratique clinique, de saisir la complexité de cette démarche tant sur le plan sanitaire, social, anthropologique que politique.

Afin de ne pas retomber dans les travers d'accusation d'influence mais bien de redéfinir nos missions dans l'accompagnement de la souffrance psychique de l'individu, quelle que soit sa culture, on fait l'hypothèse que s'intéresser davantage à l'individu dans ses réseaux d'appartenance, au-delà du symptôme psychique permettrait une meilleure intégration sociale et peut être une moindre souffrance psychique. Il s'agit là de sortir d'une causalité linéaire mais bien de rendre compte d'une vision circulaire avec des interactions évolutives et des rétrocontrôles permanents, tels qu'Edgar Morin a pu les définir dans sa méthode pour appréhender la pensée complexe. La psychothérapie d'orientation systémique met à disposition un certain nombre de modèle de supervision, d'outils ou objets flottants permettant l'exploration et la mise en place de stratégies. L'Entretien de Formulation Culturelle apparaît un outil intéressant à la croisée des champs systémiques, culturels et nosographiques.

## **2.3. Pratique de réseau, articulation des dispositifs**

### **2.3.1. Intervention en réseau, groupes multifamiliaux**

L'intervention en réseau social de Ross Speck et Carolyn Attneave revendique une défamiliarisation de la thérapie systémique. Ils proposent en effet à travers une critique sociale, culturelle et politique de « ne pas s'enfermer dans un familiarisme trop réductionniste » (100) puisque les situations humaines rencontrées comprennent des éléments économiques, sociaux et culturels. L'intervention en réseau social en situation de crise avance l'idée qu'il ne faut pas limiter à la famille le cadre de compréhension des problèmes de santé mentale et de marginalisation. Ce mouvement postule que pour guérir un sujet il faudra le replacer dans un autre cadre religieux ou ethnique, un groupe aux systèmes de valeur différentes qui va permettre de susciter un sentiment d'adhésion ou d'appartenance. Elle comporte six phases que sont la retribalisation, la polarisation, la mobilisation, la résistance-

dépression, le sentiment de la percée créatrice et la phase d'épuisement, exaltation, plénitude. L'équipe thérapeutique d'intervention comprend un chef d'équipe, un intervenant, un expert en technique de groupe et deux ou trois membres nommés consultants. Les séances de groupes réunissent une microsociété autour du patient, comprenant quarante à cent individus de l'entourage du patient désigné (famille, amis, voisins) à raison d'une à six séances de trois à quatre heures pendant deux à trois mois. Le réseau se compose d'un secteur primaire (parents, voisins, collègues, connaissances, commerçants...) et d'un secteur secondaire (agents de soutien social, travailleurs sociaux, propriétaires...). Le réseau propose un intermédiaire entre les familles et les structures sociales, économiques, politique et culturelles.

L'association Réseau-alternative à la psychiatrie affirme que « le changement microsocial est inséparable d'un changement macrosocial et inversement » (5). Les acteurs de ces interventions revendiquent une limitation de l'hospitalisation en psychiatrie jusqu'à 80 % des cas. Cependant dans un cas sur cinq : « l'explication des phénomènes qui empêchent le patient d'évoluer doit être cherché hors de la famille ». En 1979, Elkaim et Felix Guattari définissent les pratiques de réseaux comme des tentatives « à un niveau individuel ou à un niveau collectif de déconstruire des éléments de quadrillage que nous imposent une lecture et une pratique réductionniste, d'avoir une lecture transversale en dehors de stratifications » (100,101). Elkaim nous montre par son expérience dans les quartiers pauvres du sud du Bronx que « les problèmes individuels qu'affrontaient les membres de ces familles était très souvent liés aux contradictions auxquelles étaient en proie les membres de la communauté. C'est de ce constat qu'est née l'idée de créer des réseaux de solidarité incluant des familles confrontées à un même type de problème et de même extraction socio-économique ou culturelle, y compris à destination des familles souffrant d'exclusion sociale associés à des problèmes de santé mentale. El Farricha promeut la thérapie multifamiliale pour la promotion des familles précaires (102-104). La pratique de réseau peut également être envisagée avec les EMPP.

### **2.3.2. EMPP, secteur public, un outil systémique ?**

Les équipes mobiles psychiatrie précarité vont à la rencontre des personnes en souffrance psychique en situation de précarité et d'exclusion. Elles ont également un rôle de

soutien aux équipes sanitaires et sociales. C'est un dispositif complémentaire aux secteurs, dont la vocation est de s'adapter aux problématiques des personnes ne formulant pas d'emblée de demande(s) de soins. La circulaire du 23 Novembre 2005 définit un certain nombre de principes pour une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (105), et s'appuie sur les données du rapport Strohl-Lazarus de 1995 (22). Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics. On pourrait aussi retracer les recommandations issues de l'enquête SAMENTA (36) visant à prévenir l'exclusion sociale des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère ; mieux repérer les personnes sans logement en souffrance psychique, amener vers un soin durable grâce à une coordination entre acteurs de la rue et structures psychiatriques, accompagner le parcours d'hébergement en promouvant le programme housing first (106), former les personnes en premières lignes pour lutter contre la violence subie et la stigmatisation (105).

L'équipe mobile se doit en direction des personnes en situation de précarité ou d'exclusion d'assurer des permanences dans les lieux sociaux, des interventions mobiles, des entretiens individuels mais aussi l'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers une prise en charge de droit commun, la mise en place de groupes d'échanges ou groupes de paroles et enfin la création d'ateliers thérapeutiques. En direction des acteurs de premières lignes, l'équipe mobile doit organiser des formations, des actions d'échanges de pratique, mettre en œuvre un travail en réseau à partir de situations cliniques, assurer un soutien aux équipes comprenant informations, conseils et supervisions. Les équipes mobiles ont également une fonction d'interface entre les secteurs psychiatriques et les équipes sanitaires et sociale pour une prise en charge coordonnée et globale. L'EMPP a pour objectif de centraliser la coordination intersectorielle en fonction de la réalité locale aussi bien en termes de politique territoriale que de ressources associatives et s'appuie sur les conseils locaux de santé mentale pour une meilleure lisibilité des ressources du territoire.

A partir de ses prérogatives, les hypothèses systémiques permettent d'envisager une prise en charge globale et opérationnelle : envisager l'accompagnement individuel avec

une orientation systémique, s'appuyer sur le concept de résonance pour accompagner les acteurs de première ligne mais aussi tenter de repérer les injonctions paradoxales qui court-circuitent l'accompagnement. Par sa fonction d'interface l'EMPP constitue un pivot central pour une action cohérente, qui ne se contente pas de rapprocher les entités d'un système dont la complexité annihilerait toute action. Il apparaît au terme de ce travail que la théorie issue de modèles systémiques puisse nourrir et enrichir la pratique de réseau des EMPP.

## **2.4. Dispositifs**

### **2.4.1. PIOS : Psychothérapie individuelle d'orientation systémique**

La psychothérapie systémique, si elle est volontiers familiale ou groupale peut aussi proposer un travail individuel, la PIOS ou psychothérapie individuelle d'orientation systémique (45). Il faut cependant veiller à ne pas renforcer l'individualisme en minimisant les dynamiques d'appartenance. Il ne s'agit pas de se priver de la dynamique de groupe mais de pouvoir faire sans une présence physique en séance, parfois impossible à réunir. L'apport de la cybernétique de second ordre permet d'envisager l'élément-individu en lien avec son groupe d'appartenance. Dans la littérature, on retrouve quatre sources principales. A Palo Alto, Watzlawick et Weakland travaillent avec des individus sur un modèle interactionnel (107). Puis Bowen propose une « psychothérapie familiale avec un seul membre de la famille » (92) qui permet un travail sur la différenciation du soi à partir du « moi collectif familial indifférencié » (92). La PIOS en situation de précarité invite à travailler sur le relationnel en situation hic et nunc (ici et maintenant) alors même que l'individu est vu seul. Elle souligne l'importance du soi comme expérience d'appartenance à différents systèmes. « Le soi n'existe qu'en actes, en train de se constituer au carrefour des logiques émotionnelles et langagières propres à chacun des systèmes d'appartenance du sujet » (5). La PIOS est pertinente en situation d'exclusion puisque l'exclu est rencontré seul la plupart du temps. C'est justement la rupture de lien de ces « sans liens fixes » qui va pouvoir faire l'objet d'un travail psychothérapique. Ainsi l'approche systémique peut être compatible avec un travail individuel dans la mesure où celui-ci envisage la personne dans ses appartenances, sa globalité sociale, économique et culturelle.

#### **2.4.2. Familles précaires et thérapie familiale**

Si la vision systémique de l'exclusion sociale propose d'ouvrir ses grilles de lectures et sa technologie au-delà des barrières familiales, il n'en reste pas moins que les populations précaires évoluent. La précarisation touche les familles. C'est là le constat des rapports SAMENTA et ENFAMS. La santé n'apparaît pas comme une priorité pour ces familles. L'école joue un rôle majeur dans la socialisation de l'enfant. Pour ce qui concerne la santé mentale de l'enfant, les scores montrent qu'un quart des enfants en situation de précarité ont des scores globaux hors normes à type de difficultés émotionnelles, troubles du comportement ou encore hyperactivité (25). A partir du constat qu'on ne peut pas séparer les familles des contextes socio-économiques et culturels dans lesquelles elles évoluent, la thérapie familiale systémique, prend sens en situation d'exclusion, pour prévenir certaines formes de maltraitance et maintenir un lien avec les familles tout en protégeant l'enfant. La thérapie systémique trouve également des applications dans le champ communautaire que nous allons développer.

#### **2.4.3. Thérapie communautaire intégrative systémique (TCIS)**

La santé mentale communautaire envisage l'intégration des soins psychiatriques à la cité. La thérapie communautaire est systémique, dans la mesure où elle s'efforce de relier les difficultés individuelles aux interactions sociales. Ainsi l'individu n'est pas vu de manière isolée mais est considéré comme membre d'un réseau relationnel capable d'autorégulation, de progression et de croissance. Elle se dit intégrative car elle tend à lutter contre l'isolement et l'exclusion pour promouvoir la diversité des cultures, des savoirs faire et des compétences. La TCIS développée par Adalberto Barreto au Brésil s'appuie sur cinq axes : la pensée systémique, la théorie de la communication, l'anthropologie culturelle, la pédagogie de Paulo Freire et la résilience par la valorisation des expériences personnelles. La formation en TCIS est devenue partie intégrante des objectifs du ministère de la santé au Brésil (108).

Barreto propose de renforcer les modalités d'aide et de soutien à partir des compétences des habitants : « toute personne possède en elle des ressources et savoirs utiles aux autres quelques soient ses conditions sociales et sa culture » (108). Le projet Quatro

Varas s'articule autour de différentes activités : l'art thérapie, la maison de santé communautaire, le théâtre, la pharmacie vivante. A partir d'une situation problème, le groupe stimule et favorise la croissance des individus pour acquérir un plus grand degré d'autonomie, de conscience et de responsabilité collective. Depuis plus de vingt ans, l'expérience brésilienne met à disposition cet instrument précieux d'intervention psychosociale et de prévention à travers un espace d'expression libre et d'accueil des souffrances en soins primaires.

L'approche communautaire s'intéresse aux remaniements au sein de la société, ceux qui restent, doivent composer avec le départ ou la perte d'un certain nombre de membre de leur communauté afin de redéfinir une identité propre. « Il s'agit de récupérer le capital socio-culturel du groupe, pour que celui-ci soit coparticipant des décisions et des politiques sociales. » La communauté agit là où la famille et les politiques sociales sont défailtantes. Le migrant est confronté à une série de pertes vis à vis de sa communauté d'origine : perte du lien avec sa terre, sa famille, avec les valeurs de sa propre culture. « Ces pertes privent le groupe des éléments fondamentaux qui nourrissent l'identité culturelle, et garantissent la cohésion de la communauté. » Alors émerge le sentiment d'être abandonné, d'être orphelin générant chez certains individus ou familles une situation d'exclusion sociale inenvisageable dans leur communauté d'origine.

Barreto estime que ces contextes « exigent la création de nouveaux paradigmes capables de promouvoir une action thérapeutique créative et effective » nous permettant d'appréhender l'homme et sa souffrance au sein d'un réseau relationnel, de voir au-delà du symptôme, de ne pas tant identifier la gravité de la pathologie que le potentiel de celui qui souffre, de faire que la prévention et la promotion de la santé soit une préoccupation constante et l'œuvre de tous (108). L'intervention psychosociale cible la souffrance et non la pathologie. Il s'agit de voir au-delà des déficiences pour s'appuyer sur les compétences acquises par l'expérience de vie, et faire surgir le potentiel de résilience chez celui qui souffre. Elle est organisée autour de quatre étapes : l'accueil, la contextualisation, la problématisation et la clôture. La TCIS s'efforce de sortir d'un modèle qui engendre la dépendance, pour un modèle qui nourrit l'autonomie et la coresponsabilité, de promouvoir l'horizontalité des relations, de déconstruire une attitude de méfiance envers l'autre et croire davantage dans les capacités de

l'autre. Pour promouvoir une conscience critique et citoyenne, il faut rompre avec le cloisonnement du savoir scientifique et du savoir traditionnel. La TCIS est régie par l'éthique des relations dans un souci d'égalité, de justice et de citoyenneté.

L'accueil vise à créer un climat propice à l'échange et à la circularité des informations, à veiller à l'horizontalité des relations. Le climat d'affectivité et d'intimité, renforce le sentiment d'union et de soutien mutuel. L'attitude corporelle de soutien renforce la construction d'un réseau humanisant (108). Lors de la contextualisation : le groupe tente de décentrer la difficulté rapportée de l'individu et de l'envisager dans son contexte à la manière de Watzlawick: « un phénomène devient incompréhensible quand le champ d'observation n'est pas suffisamment vaste pour qu'en lui soit inclus le contexte" (48) . On s'intéresse davantage au processus qu'aux résultats afin de rendre possible la prise de conscience de sa responsabilité dans toute relation. A partir du partage d'expériences de vie, émerge la phase de problématisation : le partage de situations-problèmes similaires et les stratégies mises en place. Il faut légitimer les ressources socioculturelles disponibles dans le réseau tout en respectant les différences dans le mode d'expression. Enfin, le moment de la clôture révèle la portée des expériences vécues afin de faciliter le renouvellement et le changement. Les séances se terminent par des rituels d'agrégation où les participants partagent leur ressenti sur la séance, c'est le moment où sont reconnues les qualités émergentes. Le thérapeute reconnaît, et valorise les interventions. Les échanges ont une véritable portée transformatrice. La construction d'un réseau de soutien social peut alors commencer.

Les bénéfices de la TCIS touchent à des niveaux différents les participants, les professionnels et la communauté. L'individu est valorisé, à travers sa prise de parole sur la portée de son expérience mais également par la constitution d'un réseau relationnel et le sentiment d'appartenance à un groupe. Les recherches effectuées sur la construction de réseaux solidaires montrent des effets non négligeables sur les déterminants sociaux de la santé pour la communauté. Les professionnels sont confrontés à des enjeux nouveaux, faisant appel à leur adaptabilité vis à vis de la dynamique de groupe, la reconnaissance et la valorisation des connaissances personnelles et culturelles, et pas seulement scientifiques. Mettre en évidence les qualités et compétences d'un individu au sein du groupe devient un

outil de transformation pour l'ensemble du groupe.

Pour Barreto, envisager la santé comme un processus dynamique, à travers un prisme d'interactions complexes, de déterminants sociaux et culturels, permet l'émergence de mesures préventives notamment en termes de santé mentale. Elle évite l'écueil de médicaliser les problèmes sociaux et vice versa, mais aussi de donner des réponses individuelles à des problèmes collectifs. Elle mobilise la communauté autour de solutions participatives en s'appuyant sur les ressources des personnes précaires et la diversité culturelle. Il dénonce le constat qu'il ne suffit pas de savoir traiter les maladies mentales ou avoir des outils sociaux pour lutter contre la précarité. Il propose d'investir davantage dans « les liens qui intègrent que dans les lieux qui excluent et stigmatisent et sortir d'un modèle qui génère la dépendance pour aller vers un modèle que promeut l'autonomie, apprendre à penser ensemble et établir un espace de construction collective sous une forme participative et démocratique » (108).

A partir du concept de santé communautaire, se sont créés un certain nombre de projets dans le monde. Depuis déjà plusieurs décennies, la Belgique et le Québec travaille la question d'une santé communautaire à travers la construction de maisons de santé communautaire et de centres de service communautaire, autant de structures soucieuses d'une articulation cohérente entre sanitaire, social et action politique car « c'est notre perception du monde qui définit notre conduite, justifie nos attitudes et détermine notre action » (108). L'OMS définit la santé communautaire comme « un processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (60). Cette vision communautaire de la santé rejoint la promotion de la santé de la charte d'Ottawa, elle engage soignants et soignés à un partage collectif des savoirs afin de réduire des inégalités sociales de santé, notamment par la mobilisation collective des populations.

Après ce panorama des thérapies communautaires, nous allons maintenant discuter les points de convergence et la complémentarité des dispositifs de consultations transculturelles psychanalytiques et systémiques.

#### **2.4.4. Dispositif spécifique de consultation transculturelle : comparaison Avicenne et Andolfi**

##### **a) Ethnopsychanalyse et consultation groupale**

La consultation Avicenne est constituée de thérapeutes d'origines et de formations différentes face à l'altérité des patients migrants. Une dizaine de thérapeutes sont présents en séance et proposent leurs interprétations devant le récit du patient ou de la famille. En 1979, Tobie Nathan, élève de Devereux crée la première consultation transculturelle. Il s'agissait d'abord d'une expérimentation destinée à la première génération de migrant. Le dispositif a évolué et s'est ouvert, grâce au travail de Marie-Rose Moro, à la deuxième génération, ceux qui sont nés en France et n'ont pas vécu directement la migration mais qui la porte dans leur histoire familiale. La thérapie groupale accueille d'abord la famille qui détermine elle-même quel membre est présent puis les professionnels. Un thérapeute au moins a suivi le patient en individuel et intervient en co-thérapie avec le thérapeute principal. La consultation transculturelle s'intègre dans la continuité, et parfois en parallèle, des soins amorcés avec d'autres thérapeutes. Celui qui dirige la consultation doit ouvrir et fermer la consultation. Il est l'interlocuteur de la famille à qui il retranscrit les interventions des autres thérapeutes. C'est un groupe de thérapeutes expérimentés de formations psychanalytiques, anthropologiques et formés à l'ethnopsychanalyse qui font l'armature de la consultation. Ils pensent ensemble et en direct du récit familial. Il s'agit d'un groupe ouvert où viennent s'ajouter des thérapeutes en formation. La consultation de groupe est limitée à quelques situations par semaine.

La langue est essentielle, il est indispensable d'en saisir les nuances et les connotations, l'interprétariat est déterminant. Pour cela des traducteurs sensibilisés à la clinique et aux discours paradoxaux sont indispensables au sein du groupe. Ils doivent être prêts à accueillir et supporter l'angoisse au décours d'une phrase et à la retranscrire le plus fidèlement possible. Le patient doit pouvoir repasser par sa langue maternelle si cela lui est nécessaire pour exprimer certaines choses, il s'agit de mobiliser toutes ses ressources. Marie-Rose Moro, compare les interprètes à des « passeurs d'un monde à l'autre » (56), auxquels les enfants vont parfois pouvoir s'identifier pour faire des ponts entre les mondes. La consultation thérapeutique peut se transformer en thérapie individuelle au long cours alors que cela n'aurait

pas été envisageable avant la consultation transculturelle. Celle-ci sert d'espace intermédiaire où les problématiques vont se dénouer en intégrant la langue, les affiliations, la notion de métissage et d'altérité, à l'articulation entre l'intrapsychique et le collectif.

## **b) Dispositifs complémentaires**

Au-delà de pratiques distinctes issues d'orientations théoriques différentes, on retrouve un certain nombre d'analogies entre la consultation transculturelle d'Avicenne et la fondation Silvano Andolfi. Il semble intéressant de croiser ces deux modèles pour enrichir notre pratique clinique. Les analogies concernent l'intérêt pour le projet migratoire, le parcours et le voyage, le recours à des médiateurs culturels. Si l'ethnopsychanalyse s'efforce d'envisager la lecture traditionnelle du symptôme, l'approche systémique tente d'articuler approche traditionnelle et rôle du symptôme dans le système notamment familial afin de distinguer ce qui appartient à la clinique transculturelle, de ce qui appartient à l'histoire familiale.

Les deux consultations font appel à un collectif soignant avec l'idée que le groupe est un lieu d'expérimentation et d'inventivité (109) et qu'il fait lien avec une approche groupale de la santé dans les sociétés traditionnelles. « La logique du groupe, sa multiplicité, la circulation de parole est souvent bien connue par les familles migrantes (notamment Afrique de l'ouest, Maghreb, Inde) et renoue du côté anthropologique à une communauté thérapeutique (arbre à palabre, réunion des anciens) » (56). Pourtant la pratique de groupe qui réunit toutes deux une dizaine de personnes est différente dans ces deux expériences. Lors des consultations groupales d'ethnopsychiatrie : le groupe est présent au sein de la consultation transculturelle et intervient devant la famille, alors qu'à Rome, le collectif soignant reste derrière la glace sans tain. Un ou deux thérapeutes seulement sont en contact direct avec la famille. Les thérapeutes derrière la glace vont pouvoir interpeller les thérapeutes en séance via un téléphone dans la salle de thérapie. Au moment de la pause, il rejoint ses collègues pour définir les modalités de clôture de l'entretien et la prescription de tâches dans une approche stratégique.

Le groupe présent lors des consultations d'ethnopsychanalyse prend une place de groupe soignant, à l'image de certaines sociétés traditionnelles, mais dans ce modèle la circularité est parfois moins aisée, les thérapeutes s'adressent essentiellement au thérapeute principal qui redistribue la parole dans un second temps auprès du patient et de sa famille. La position hiérarchique des soignants est maintenue vis à vis de la famille. Le choix des membres de la famille présents en consultation est laissé aux patients dans la consultation d'Avicenne, alors qu'il est anticipé et parfois prescrit par les systémiciens. Il peut être demandé au patient de convoquer ses parents voire grands parents, sa fratrie, son entourage amical.

En termes d'organisation, les consultations groupales transculturelles durent environ deux heures tous les deux mois sur une moyenne de deux ans, tandis qu'elles durent plutôt une heure toutes les quatre semaines pendant six à huit mois à la fondation Andolfi. Une autre distinction importante repose sur le financement de la structure avec d'une part un fonctionnement associatif à but non lucratif de la fondation Andolfi et d'autre part sur une consultation en secteur public au sein d'un hôpital universitaire. Tous deux parviennent à promouvoir la recherche, accueillent et forment des étudiants en psychothérapie transculturelle à Avicenne et en thérapie familiale avec une approche transculturelle à Rome. Les thérapeutes italiens sont pour la plupart bénévoles et l'organisation logistique est confiée aux étudiants en psychologie, alors que les thérapeutes principaux interviennent à Avicenne dans le cadre de leur fonction. Cette distinction entraîne des contraintes différentes notamment autour des frais de gestion et du recours plus ou moins systématique à des services payants de médiation culturelle et d'interprétariat professionnel.

On peut regretter que l'expérience de thérapie familiale auprès des migrants précaires ne puisse être intégrée au secteur public et universitaire qui pourrait faire progresser la recherche et l'investissement d'un certain nombre de professionnels au-delà du statut de bénévole. La fondation doit répondre à un certain nombre d'appels à projets de la ville de Rome pour assurer son financement, même si Lorena Cavalieri semble plutôt défendre, au contraire, l'idée que le fonctionnement associatif et bénévole de ses thérapeutes, garantie sa pérennité par son indépendance vis à vis des financements des services hospitaliers. La fondation encourage le travail de recherche en psychothérapie du côté de la thérapie avec les

familles en situation transculturelle. Lors de l'observation, un projet de recherche a été soumis aux thérapeutes afin de mener une étude comparative sur les la différence entre les modèles d'action dans la thérapie avec des familles migrantes en Australie et en Italie.

On peut souligner la richesse des échanges et l'émergence de la créativité au sein des deux groupes. Dans les deux organisations, les étudiants sont intégrés au processus psychothérapique, dans un but de transmission expérientielle, avec en plus une charge logistique propre au fonctionnement associatif. Il s'agit de lieux ouverts qui développent une clinique spécifique dans un soucis de formation des thérapeutes et de promotion de la recherche. La complémentarité de ces approches se retrouvent dans certains dispositifs. C'est le cas de l'association AFALAC au Mans.

#### **2.4.5. AFALAC : un dispositif innovant**

L'association AFALAC (Association Familles Langues Cultures), cofondée par Brigitte Lemattre (pédopsychiatre et thérapeute familiale au Centre Soins-Etudes de Sablé sur Sarthe) et Françoise Leclaire (psychopédagogue et praticienne-chercheuse à l'Université de Maine) propose un dispositif innovant à la croisée entre didactique, sociolinguistique, ethnopsychiatrie et thérapie familiale, à partir de questionnements de praticiens de terrain (83,110). Les professionnels du secteur éducatif rencontrent des familles pour lesquelles l'expérience migratoire a provoqué un bouleversement psychique, économique, social, créant un état de vulnérabilité dans les dynamiques familiales, le développement de l'enfant et les apprentissages. En effet les enfants de migrants n'ont souvent pas vécu le voyage migratoire mais portent en eux le vécu de leurs parents et leurs difficultés à appréhender un monde inconnu, amenant le plus souvent les enfants à cliver les mondes et pouvant développer des stratégies de repli allant d'un mutisme sélectif à de véritables troubles du spectre autistique.

L'association AFALAC œuvre depuis plusieurs années dans l'accompagnement d'enfants de migrants présentant des troubles de la relation. « Relier, se réapproprier ses propres ressources et savoirs, se sentir reconnus dans leur langue première et leur être sont nos objectifs pour qu'enfants et familles trouvent leur place dans la classe, l'école et la société » (111). Les enfants sont rencontrés à l'école et dans des ateliers parents-enfants. Une

médiation transculturelle leur est proposée, issue de « la transposition d'une approche didactique à un contexte thérapeutique » (110) s'appuyant sur l'éveil aux langues (EAL). L'EAL est une approche comparative des langues fondée sur l'altérité linguistique, elle a été développée en réponse à l'échec scolaire des enfants de migrants en situation de précarité. Sa mise en place au sein du dispositif AFALAC a révélé de nombreux changements pour les enfants suivis et leur famille avec une réelle possibilité de travail à partir des ressources de la famille, favorisant ainsi son affiliation. Seul la consolidation des liens et l'étude des dynamiques familiales à l'œuvre pourront prévenir le risque de répétition d'une génération à l'autre.

## **2.5. Refaire du lien, prévenir les répétitions transgénérationnelles**

Le travail psychothérapeutique qui s'élabore autour d'une approche systémique propose d'ancrer la personne dans son tissu relationnel, y compris lors des entretiens individuels. L'accompagnement par un collectif permet de resituer l'individu dans son schéma d'interactions relationnelles et familiales même à plusieurs milliers de kilomètres de distance. La clinique psychosociale développée par l'ORSPERE estime que seule « l'écologie du lien social serait à même de briser les inégalités sociales de santé et d'empêcher l'effondrement massif de segments entiers de populations souffrant socialement, psychologiquement, somatiquement et pouvant amener les plus fragiles au syndrome d'auto-exclusion décrit par Jean Furtos » (112-114). Une rupture active de lien entraîne un vécu de deshabitation de soi, auquel s'ajoute une altération de la perception du corps et un émoussement des affects mais aussi des troubles importants de la préoccupation parentale : celui qui déshabite son être semble perdre le souci de ses enfants. C'est ainsi que certains enfants, laissés à l'abandon s'adultifient en prenant soin de leurs parents, mais peuvent aussi entrer en délinquance, en prostitution, rompre avec l'école, avec des tableaux de dépression plus ou moins marqués. Il s'agit de repérer le désinvestissement parental et se soucier du vécu des parents (et pas seulement des enfants) pour accompagner la famille. La mouvance du type de population à la rue nous amène à prendre en charge des familles et leur souffrance psychique dans la globalité de leur fonctionnement et de leur histoire et pas seulement par la prise en compte des symptômes de chacun de ses membres. Envisager les ressources de l'individu à travers un prisme relationnel

peut permettre au thérapeute de ne pas se positionner comme seul dépositaire d'une souffrance. Le processus psychothérapique s'attelle à recréer du lien et à convoquer le tissu relationnel chez les personnes qui souffrent d'exclusion, parfois suite à un parcours migratoire, avec parfois une d'étrangeté psychique, où le lien relationnel est attaqué par la maladie mentale.

Les troubles de la préoccupation parentale que l'on retrouve en situation d'exclusion risquent de renforcer le « destin pulsionnel » des enfants de migrants précaires (82), avec le risque de répétitions transgénérationnelles, auquel vient s'ajouter une histoire familiale parfois tronquée chez les enfants de migrants. La plus grande adaptabilité des enfants à la culture et à la langue peut engager un processus d'inversion hiérarchique au sein de la famille, au risque que ces enfants propulsés en position haute se retrouvent tout à fait insécurisés et développent une souffrance psychique ou des comportements qui freinent leur intégration. Les transformations évolutives d'une famille ont un potentiel curatif extrêmement important et durable dans le temps. Nous faisons l'hypothèse que prévenir la souffrance psychique des enfants de migrants en s'intéressant au vécu d'exclusion de leur parent, à leur parcours migratoire et à l'histoire familiale permettrait une meilleure intégration des générations ultérieures. Il s'agit également de considérer les appartenances.

## **2.6. Considérer les appartenances**

L'éclairage d'Amin Maalouf sur la question des appartenances donne lieu à une conception plurielle tout à fait pertinente. « L'identité de chaque personne est constituée d'une foule d'éléments qui ne se limitent évidemment pas à ceux qui figurent sur les registres officiels. Il y a bien sûr pour la grande majorité des gens, l'appartenance à une tradition religieuse, à une nationalité, parfois deux ; à un groupe ethnique ou linguistique ; à une famille plus ou moins élargie ; à une profession ; à une institution ; à un certain milieu social... Mais la liste est bien plus longue, virtuellement illimitée, on peut ressentir une appartenance plus ou moins forte à une province, un village, à un quartier, à un clan, à une équipe sportive ou professionnelle, à une bande d'amis, à un syndicat, à une entreprise, à un parti, à une association, à une paroisse, à une communauté de personnes ayant les mêmes passions, les

mêmes préférences sexuelles, les même handicaps physiques, ou qui sont confrontés aux mêmes nuisances. (...) Si chacun de ces éléments peut se rencontrer chez un grand nombre d'individus, jamais on ne retrouve la même combinaison chez deux personnes différentes, et c'est justement cela qui fait la richesse de chacun, sa valeur propre, c'est ce qui fait que tout être est singulier et potentiellement irremplaçable » (95). La psychothérapie explore les appartenances de l'individu et de sa famille avant de les mobiliser comme ressources au sein du tissu relationnel. Lors du processus d'affiliation, le thérapeute confronte ses appartenances à la famille pour construire un espace commun : « c'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard qui peut les libérer » (95). La question de l'affiliation et des appartenances est également soulevé par Philippe Caillé (77).

Magyd Cherfi raconte dans son livre « Ma part de Gaulois », sa perpétuelle oscillation entre intégration et dissidence, acceptation et rejet de sa double identité franco-algérienne (115). Dans son combat pour le métissage, il témoigne du constat que lui et les siens ne font toujours pas parti du récit français. Il identifie son conflit de loyauté quand il ose dénoncer l'oppression des siens sur les femmes. Il revendique sa part de gaulois sans renier ses autres identités (115). Réactiver le sentiment d'appartenance au pays d'origine chez tous les membres de la famille, c'est remettre la famille avec son histoire et ses pertes au sein de la thérapie et favoriser la reconstruction identitaire en situation d'exclusion. Cependant, la clinique de l'altérité nous renvoie à la complexité du concept de culture. Elle se réfère aux appartenances multiples, métissées et mouvantes des patients et pas à une prétendue culture d'origine qui leur serait assignée.

## **2.7. Altérité, résonance, effets sur les soignants et accompagnement**

La distance culturelle entre le patient et le clinicien doit être considérée dans la construction du processus psychothérapique, de même que les retentissements du contexte social sur la souffrance psychique. La relation psychothérapique s'établit à partir d'un travail d'affiliation et de calibrage en prenant en compte les résonances à l'œuvre dans la relation. Les effets sur les soignants doivent être considérés, notamment dans les situations d'exclusion avec un « ressenti extrêmement douloureux quand il s'agit par exemple de recevoir des mères

migrantes avec leurs enfants vivant à la rue ou dans des conditions d'extrême précarité » (28), (37). Les soignants sont habités par la souffrance de « celui ou celle qui est en position de non appropriation (non habitation) de sa propre souffrance ; cela entraîne des affects d'impuissance et de culpabilité térébrants, par identification et par empathie massive » (29). Il s'agit de prévenir le risque de rejet lié à l'épuisement psychique des soignants, de les aider à pouvoir élaborer ces situations sans les désinvestir, établir « un cadre sain et une hiérarchie qui protège ce travail subjectivement très difficile » (116).

Le soutien aux acteurs de premières lignes doit être valorisé avec des supervisions, des formations, des groupes de parole. Comment concevoir des plans d'accompagnements pérennes si l'avenir de ceux qui les mettent en place n'est pas assuré. On peut citer le programme housing first qui de par son statut d'expérimentation place les aidants au même titre que les usagers en attente que leurs contrats soient ou non reconduits (106).

La demande d'accueil et de soins doit être considérée au regard du contexte social, administratif et politique dans lequel elle s'exprime. La faiblesse des moyens à disposition des professionnels accentue leur sentiment d'impuissance. « Le désespoir des patients peut aussi sembler logique, cohérent et sans issue. On peut alors perdre de vue le sens d'un accompagnement social, médical ou psychologique » (37). Pour les professionnels, le risque de « traumatisation par contagion ou par identification se pose avec une symptomatologie qui s'apparente à celle des syndromes psycho traumatiques mais sans la présence d'un sentiment d'intrusion constitué : troubles du sommeil, sentiment de vulnérabilité et d'insécurité, troubles somatoformes, perte d'estime de soi sur le plan personnel et professionnel, sentiment de détresse et d'impuissance » (37). Le dysfonctionnement et le clivage des équipes soignantes reproduit les éléments des problématiques rencontrées par les patients à travers une perte de confiance mutuelle, un manque de circularité de la parole à l'origine d'une agressivité et d'une suspicion permanente envers les patients. C'est le principe d'isomorphisme développé par les systémiciens, ou comment les soignants répètent en institution les problématiques des patients et des familles.

Afin de libérer l'expression des ressentis et émotions, des espaces de supervision d'équipes doivent être aménagés à destination des soignants et des acteurs de premières

lignes La présence d'un tiers régulateur lors des temps d'échange entre professionnels peut permettre une prise de distance par l'élaboration des affects et des représentations en jeu. De même que l'organisation de réunions pluridisciplinaires, autour des situations cliniques permettent de « consolider la responsabilité clinique collective, la prise de distance et la compréhension des rôles de chacun » (37). Le COMEDE rappelle que « la solidarité interprofessionnelle doit être favorisée, comme le partage et l'appropriation par tous les intervenants du sens politique et clinique de l'action auprès des exilés pour éviter que les liens humains et de pensée ne soient attaqués par l'action par ricochet du traumatisme » (37). La question du soutien des professionnels doit être étendue au regard de la balance entre l'accueil dans le droit commun et la construction de dispositifs spécialisés.

### **3. Balance bénéfiques/risques de l'accueil dans le droit commun versus dispositifs spécialisés**

Le rapport de l'observatoire international de MDM confirme l'exclusion des systèmes de santé de droit commun pour les plus précaires, et ce malgré les trois mois requis de résidence stable sur le territoire, pour prétendre à la protection universelle maladie (28), (38). A côté de la question des obstacles à l'accès aux soins dans le droit commun que nous avons développé plus haut, se pose la question relative à la mise en place de dispositifs de soins spécifiques adaptés aux populations migrantes précaires. Cet aspect interroge plus largement la question d'une psychopathologie universaliste ou relativiste. La frontière entre pratique clinique et question politique est étroite tant autour de l'accompagnement de la souffrance psychique des individus en situation précaire que sur la question de l'accueil des migrants, notamment de l'étranger dans les dispositifs de santé publique.

#### **3.1. Tabou lié à la prise en charge de l'étranger dans les dispositifs de santé publique**

La frontière entre approche spécifique et discriminations est si tenue que la prise en charge de l'étranger dans les dispositifs de santé publique est sujet à controverse, avec

d'un côté ceux qui prônent la nécessité d'une consultation spécialisée, ceux qui proposent de considérer les aspects culturels dans les actes diagnostiques et thérapeutiques en aménageant le cadre thérapeutique, et ceux qui considèrent que l'idée même d'adapter ou de créer une consultation spécifique est en soi source de discriminations. Néanmoins, la notion d'approche spécifique dans le champ de la santé des migrants questionne également une forme de discrimination positive. Ce débat peut cliver les équipes professionnelles et retentir sur l'accueil des migrants dans les unités de soins de droit commun.

La lutte contre le VIH, longtemps restée dans l'angle mort des politiques publiques, nous éclaire sur comment, sous l'effet conjugué d'alertes épidémiologiques répétées et de la mobilisation des associations de malades, il a fallu battre « en brèche les tabous liés à la prise en compte de l'étranger dans les politiques de santé publique. Aujourd'hui, les pouvoirs publics en charge de la prévention, dont l'INPES, s'engagent sur la voie d'une approche spécifique étendue à d'autres pathologies auxquelles les migrants sont particulièrement exposés, afin de mieux prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilité de ces populations » (57). Ainsi, s'oppose un traitement différentiel, généralement perçu comme illégitime, au principe d'égalité de tous les citoyens tel qu'il est défini dans la constitution.

Dans ce sens, certaines mesures préférentielles peuvent être privilégiées vis à vis de la vulnérabilité des migrants, « à condition toutefois que l'impact de la mesure ne soit pas disproportionné par rapport au but visé et que les retombées négatives potentielles, notamment le fichage ou la stigmatisation, demeurent maîtrisées » (57). C'est le cas notamment des politiques de vaccination ou des campagnes de prévention ciblées dans le champ des maladies infectieuses, mais qui laisse à distance les questions de santé mentale et notamment des psycho-traumatismes, « s'appuyant tantôt sur le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt sur la nécessité de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, ignorant ainsi les particularités épidémiologiques, linguistiques ou juridiques des migrants » (57).

### **3.2. Limites de la sectorisation en psychiatrie**

Les migrants précaires sont soumis aux mêmes difficultés de prise en charge

dans les secteurs psychiatriques, du fait de l'instabilité de leur hébergement. La territorialisation en secteur des soins en psychiatrie qui promeut une amélioration de l'accès et de la continuité des soins sur une zone géographique donnée montre ses limites face à l'instabilité résidentielle des migrants précaires dont les parcours sont marqués par de nombreuses ruptures sur le plan de l'hébergement. La limite de la sectorisation du territoire pour les soins psychiatriques est d'abord liée à l'absence d'hébergement fixe pour les plus démunis. A cette question liée à la précarité sociale, vient s'ajouter l'hétérogénéité des dispositifs d'un territoire à l'autre avec notamment de la question de l'interprétariat (tant dans sa disponibilité que dans son financement).

D'autre part, on déplore la crainte du secteur d'être instrumentalisé à des fins d'hébergements ou de certifications, ce qui témoigne plutôt d'une méconnaissance des spécificités liées à la précarité, à la migration et à la clinique du psycho-traumatisme. Au-delà des questions financières, ces conditions sont peu propices à l'accueil et à l'aménagement de dispositifs au sein du secteur publique comme la création d'un service d'interprétariat professionnel dont la compétence et la neutralité sont pourtant indispensables. D'autant qu'une orientation systématique vers des structures spécialisées dans une approche interculturelle ou dans les pathologies psycho-traumatiques pourrait majorer le phénomène de désengagement des secteurs (117). Ces troubles nécessitent pourtant une prise en charge psychiatrique adaptée et ne peuvent pas être réduits au prisme de la situation sociale.

Il est paradoxal de constater que le cumul de vulnérabilités chez les migrants, induisant une prévalence accrue de troubles psychiques, ne facilite pas l'accès au droit commun mais semble le rendre encore plus inaccessible. Au regard de la prise en charge des migrants précaires, on peut être amené à questionner nos pratiques et à voir comment celles-ci nous permettent de concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité. « La pratique de la psychothérapie auprès des migrants nous invite à changer de paradigme et à réinterroger la psychopathologie et nos pratiques psychothérapeutiques en général » (72). Toutefois, les secteurs doivent appréhender cette difficulté à travers des groupes de travail.

### **3.3. Groupe migrant**

Devant les limites de la sectorisation pour l'accueil de la souffrance psychique

des migrants précaires, des dispositifs intersectoriels doivent être construits. Le CESAME, centre hospitalier psychiatrique regroupant sept secteurs de psychiatrie adulte et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Maine et Loire, a mis en place un groupe de travail sur cette question. Le groupe réunit la directrice adjointe de l'établissement, un médecin et une psychologue de l'équipe mobile psychiatrie précarité (DIASM, dispositif d'appui en santé mentale), une pédopsychiatre, deux assistantes sociales et deux psychologues qui travaillent en secteurs enfants et adulte. Le groupe migrant se réunit tous les deux mois et a vocation à être un espace de réflexion, de recherche et d'enseignement vers les professionnels sur la question de la souffrance psychique des migrants. Sont abordés les changements législatifs, ainsi que l'organisation territoriale de l'accueil des migrants, leur parcours administratif, les rapports entre hôpital, instances administratives départementales et régionales, l'ARS, l'OFPRA mais aussi la question du financement des médicaments pour les plus précaires avec la construction d'un partenariat avec la PASS du CHU pour la délivrance de psychotropes. Le groupe a proposé l'organisation de deux journées de formations permanentes pour les professionnels de l'établissement courant 2017, à partir d'une demande des professionnels, notamment autour de la question de la certification.

### **3.4. Enjeux autour de la demande de certificat**

Si la certification fait partie intégrante du travail de psychiatre notamment autour des modalités du consentement au soins, elle questionne davantage quand il s'agit d'établir un certificat donnant accès à une carte de séjour pour soins psychiatriques. Elle fait ressortir les subjectivités, dans la mesure où elle mobilise la part du citoyen derrière le certificateur. Elle soulève un certain nombre d'enjeux éthiques, face auxquels certains praticiens peuvent répondre par l'évitement jusqu'à l'esquive de l'accueil du migrant ou par la diminution du temps de séjour nécessaire au rétablissement psychique.

Le certificat soulève une foule de questions déontologiques, éthiques, voire idéologiques. Dans la rédaction même, faut-il s'en tenir à un constat symptomatique, assorti certes de considérations psychodynamiques mais dont on peut reprocher un détachement assumé de la situation humaine, ou, au contraire, vouloir convaincre face à une situation

dramatique de l'opportunité et de l'urgence d'une régularisation de la situation administrative ? Cela impose d'abord « un choix parmi de nombreuses situations analogues sans qu'on ne dispose d'outils objectifs pour affirmer un surcroît de gravité chez l'une ou l'autre » (114) alors que la part de subjectivité du médecin, dans l'établissement du pronostic, est aisément décelable et expose au rejet, au risque d'être suspecté d'idéologie pro-immigration. « Le Médecin de l'Agence Régionale de Santé a la redoutable tâche d'en stériliser toute singularité, réduisant les descriptions les plus détaillées et les convictions les plus étayées, à quatre réponses fermées » (57).

Attention à ne pas confondre « certificat médical pour l'asile » (Ofpra) et « rapport médical pour le séjour » (préfecture) (118). Le second, délivré en cas de « maladie grave », est d'ailleurs préjudiciable pour la demande d'asile en laissant croire que l'exil aurait été motivé par des raisons médicales (37). Le certificat médical est facultatif pour la reconnaissance du statut de réfugié. Le rapport médical pour le droit au séjour des étrangers malades et la demande de carte de séjour pour raisons psychiatriques doit faire l'objet d'une évaluation médico-psycho-juridique. Elle doit tenir compte de la disponibilité du traitement psychotrope dans le pays d'origine, du risque d'aggravation de l'état psychique du patient, notamment du risque suicidaire, de la perte de chance de l'amélioration de son état psychique en cas de rupture de la continuité des soins, du risque de traumatisme secondaire par ré-immersion contrainte dans l'environnement traumatogène pour les personnes ayant subi des violences à l'origine de leur exil, du risque de rejet et de violences dans des sociétés particulièrement stigmatisantes vis à vis des troubles psychiques (26).

#### **4. Construction d'une nouvelle réalité hic et nunc : politiques publiques à inventer**

A partir d'une approche systémique, tournée vers l'opérationnel, nous allons pour finir, tenter de proposer ce qui au terme de ce travail pourrait permettre de construire une nouvelle réalité dans « l'ici et maintenant » pour des migrants suspendus entre « l'ici et là-bas ». Comment à partir des recommandations des enquêtes de terrain, utiliser notre créativité dans la proposition de politiques de santé publique ? Il s'agit d'appréhender le

rapport dialectique entre micro et macro social, des situations qui dépassent, sans les renier le système familial et les politiques publiques. L'articulation complexe de niveaux complémentaires, nourrie par des corrélations circulaires entre individu et système, oscille entre le niveau synchronique de l'ici et maintenant et le niveau diachronique de l'histoire du système. C'est à ce prix, que système soignant et système soigné pourront anticiper l'un et l'autre la construction d'une nouvelle réalité qui promet un accès équitable aux soins et une meilleure intégration des migrants précaires sur le long terme.

L'accès aux soins de santé des migrants se déplaçant en Europe devrait être considéré comme une priorité majeure dans une perspective de justice sociale et de santé publique. L'observatoire de MDM questionne une opportunité unique pour étendre la portée des droits humains basée sur l'expérience des migrants. Parmi les changements législatifs récents, la France a adopté en Janvier 2016 la protection maladie universelle qui remplace la CMU de base et qui stipule que quiconque travaille ou vit légalement en France de façon continue depuis plus de trois mois a le droit d'obtenir une couverture maladie. Ce changement vise à renforcer la continuité de la couverture santé lors de changements de situation (type d'emploi, études, etc.). Mais on déplore qu'elle complexifie les procédures administratives de l'accès à la couverture maladie des migrants bénéficiant d'une autorisation de séjour de courte durée. Ils peuvent alors se retrouver pendant de longues périodes sans couverture santé (au moment d'un renouvellement de titre de séjour par exemple).

Le réseau MDM appelle les états membres de l'union européenne à autoriser les demandeurs d'asile à déposer leur demande dans le pays de leur choix mais aussi de garantir que « le droit à la réunification familiale permise aux demandeurs d'asile dans le règlement soit appliqué de façon active et rapide » (28). Au terme de ce travail, encourager la réunification familiale nous semble primordial mais cela nécessite également que des mesures soient prises dans l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des familles en souffrance psychique. Il s'agit de prendre en compte la dimension familiale et relationnelle de l'individu afin qu'il puisse se réapproprier un certain degré de dignité humaine.

De même, une collaboration active entre les différents secteurs, notamment entre les gouvernements et les nombreux acteurs non gouvernementaux impliqués dans le

processus migratoire est nécessaire à partir d'une expérience de réseau. Les mesures doivent s'adapter à l'évolution du profil des populations précaires. Les difficultés liées à la considération des mineurs étrangers isolés doivent impérativement être traitées afin de prévenir le risque de répétitions transgénérationnelles et s'intéresser au destin pulsionnel de ces enfants isolés. La détention des enfants (qui n'est jamais dans l'intérêt supérieur de l'enfant) devrait être immédiatement stoppée afin de mettre en place des structures aptes à assurer leur protection.

Il faut développer davantage de réseaux de soutien aux femmes en exil, prévenir les risques d'abus sexuels et de prostitution, mieux articuler la prévention et les soins autour de la question de la périnatalité, leur accès à la contraception, à l'IVG, en s'appuyant sur la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000 (Article 34 sur la sécurité sociale et l'aide sociale). L'accès aux soins des femmes enceintes pour mettre en place un suivi et assurer un accouchement sans risque doit être renforcé. La périnatalité doit constituer une période d'opportunité dans l'accompagnement des femmes migrantes et de leurs enfants.

#### **4.1. Populations migrantes, angle mort de la précarité, interprétariat**

Ce travail illustre la spécificité des populations migrantes au sein des personnes en situation de précarité et d'exclusion. On voit bien comment le cumul de vulnérabilités qui renforce l'exclusion pourrait les rendre invisibles et comment la frontière tenue entre approche spécifique, aménagement du droit commun, discriminations et discrimination positive, annihile parfois toute action. Pourtant l'aménagement d'un espace de droit apparaît primordial et doit pouvoir se construire à partir d'une approche communautaire, c'est à dire en favorisant les ressources du système et ses qualités émergentes. Tout système a en soi les ressources nécessaires pour affronter les problèmes qu'il se pose afin d'envisager un retour à l'équilibre, non pas par un retour en arrière mais par la considération des nouvelles données, propre à l'évolution et aux flux migratoires des populations d'un système mondial dont chacun porte la responsabilité. Ainsi concilier protection des plus vulnérables et égalité ne paraît plus un obstacle mais un objectif à atteindre.

Le langage s'il est porteur d'un ensemble de codes liés à la culture, peut devenir

un véritable obstacle dans la relation dans le processus d'intégration et d'élaboration psychique. Andolfi rappelle « qu'un langage différent ne correspond pas seulement à une langue différente mais aussi à une structure mentale propre à une culture (...) la nouvelle langue parlée souffre de certaines lacunes moins grammaticales qu'émotionnelles: à l'intérieur d'une expérience migratoire, où l'apprentissage de la langue se fait plutôt rapidement, le processus d'attribution de valeurs émotionnelles aux signifiés se fait plus lentement et peut cacher des difficultés plus profondes» (1). L'interprétariat est absolument nécessaire dans l'accompagnement.

## **4.2. Temporalité de la crise humanitaire versus temporalité de l'intégration**

Afin d'élaborer des stratégies opérationnelles dans l'ici et maintenant, il faut distinguer deux temporalités, celle de la crise humanitaire qui appelle à une coordination globale et urgente des dispositifs et celle d'un accompagnement vers une intégration psychosociale sans nier ses appartenances sur le long terme. Le risque serait de ne considérer que l'une ou l'autre sans espace intermédiaire et sans continuité, ce qui aurait un effet désastreux tant sur le plan humain, que sur le plan économique, entraînant des vagues de répétitions sans tirer profit de l'expérience migratoire. « L'ensemble de ces recommandations ne saurait être déconnectée d'une vision plus large des difficultés d'accueil des familles, à la croisée de la politique d'hébergement et des politiques migratoires. D'un côté, le système héberge gratuitement ou contre de faibles contreparties une population croissante de migrants. De l'autre, et sous couvert du caractère urgent et censé être provisoire de leur mise à l'abri, il organise une vulnérabilité tout à fait préjudiciable pour les familles, en plus d'être coûteuse pour la collectivité. L'inconditionnalité de l'accueil des familles dans le système d'hébergement semble ainsi se payer par une réduction de celui-ci à son strict minimum. Repenser la question des migrants et des conditions de leur prise en charge pourrait être une piste de travail pour tenter de résoudre ce paradoxe. Une conférence de consensus permettrait de lancer un débat public à ce sujet » (15).

Il faut être vigilant à ce que la protection du migrant ne se précarise sur un

registre humanitaire, au risque de faire exploser les cadres cliniques et organisationnels. D'autant, qu'au niveau individuel, la temporalité de celui qui souffre d'exclusion, avec parfois un vécu de déréalisation, de deshabitation de soi, apparaît peu compatible avec la rigueur d'un cadre institutionnel, notamment autour des horaires des rendez-vous, de la régularité des rencontres. Dans un contexte de plusieurs mois d'attente du traitement de la situation administrative pour les demandeurs d'asile, la priorité est rarement donnée aux soins et ils doivent composer avec l'urgence d'assurer les besoins vitaux, le plus souvent à la rue, via le 115, sans garantie d'hébergement en structure ou en CADA. Pourtant les deux temporalités se croisent et les démarches sont rendues plus ardues au fur et à mesure que se majore un sentiment d'insécurité et de méfiance, alors que la souffrance psychique s'amplifie.

### **4.3. Lecture de la complexité et mise en place d'actions**

La pratique de réseau permet d'envisager une collaboration active entre différents secteurs, gouvernements, ONG, secteur sanitaire et social. Sur le plan de la santé mentale, la création de conseils locaux de santé mentale (CLSM), permet une meilleure considération des problématiques de santé mentale dans les politiques publiques à partir d'une logique territoriale afin d'établir de nouvelles pratiques locales dans la cité et non plus seulement dans les institutions. Le CLSM est un « outil opérationnel de démocratie participative, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé en cours d'examen au Parlement. Le CLSM aboutit à des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, cycles de formation...) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public. Roelandt le définit comme un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant l'empowerment pour les personnes ayant des troubles psychiques » (40). Les principales activités des CLSM rapportées par l'état des lieux du CCOMs de Lille sont : la mise en place d'une cellule de cas complexe pour réfléchir une meilleure coordination locale des différents acteurs et la gestion de situation d'urgence, une commission logement et habitat et une commission information en santé mentale à partir d'une observation territoriale de santé et favorise l'accès aux soins et la promotion de l'accès à la citoyenneté et à la culture des usagers. Seuls 7 % des CLSM en

France ont mis en place un groupe autour de la précarité et la souffrance psychique. La question de la migration n'était pas soulevée dans l'état des lieux fait en Juin 2015. Pourtant on voit bien comment ce type de dispositif pourrait être pertinent dans l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires. Cela interroge les difficultés rencontrées par l'opérationnalité et la pérennité des démarches avec un manque de temps de coordination, un manque de soutien par les ARS, la lenteur institutionnelle en psychiatrie, le manque d'interlocuteur, le manque de coopération de certains bailleurs sociaux, les enjeux de rivalité entre élus et acteurs du secteur social et enfin la grande disparité des territoires notamment ruraux. Les CLSM apparaissent comme « le chaînon manquant de la sectorisation psychiatrique pour toutes les actions de prévention dans la cité. Ils permettent à tous les acteurs du champ de la santé mentale d'être véritablement et concrètement engagés dans la prévention et la coordination des réponses » (40).

Il s'agit bien d'identifier les ressources déjà existantes et de promouvoir la créativité en leur sein afin de promouvoir une collaboration active et un collectif soignant qui s'appuie sur une pratique de réseau. La recherche et la formation en santé mentale dans le champ transculturel doit être développée afin de pérenniser les actions et l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires.

## CONCLUSION

La croissance du nombre de migrants en situation de précarité, l'augmentation des familles marginalisées, la détresse psychosociale qu'elle génère et les limites de l'accès aux soins nous obligent à repenser la manière dont on peut accompagner cette souffrance. L'approche systémique semble apporter un éclairage tout à fait pertinent sur les exclus, rejetés a priori de tout système. Elle permet de penser la complexité autour d'un individu, de retisser la toile de ses racines, de ses appartenances et ses interactions sociales. Elle soulève les questions autour de la position et de la fonction du soignant. Mais surtout elle met à disposition une technologie systémique tout à fait pertinente, riche de ses principes, ses outils et ses différents champs d'application. La thérapie familiale systémique avec les migrants précaires est tout à fait complémentaire des consultations transculturelles d'ethnopsychanalyse, et l'approche systémique ne renie en rien l'apport de l'ethnopsychiatrie. De nombreux dispositifs se construisent à partir de cette complémentarité pour enrichir la pratique clinique et la pratique de réseau avec une approche communautaire mais aussi la création d'équipe mobile et une approche territoriale à partir des conseils locaux de santé mentale. Libre à chacun de faire preuve de créativité pour aménager ces concepts et parvenir à créer du lien avec ceux qui semblent couper de tout. La thérapie systémique nous invite à ouvrir nos perspectives, à repenser la précarité, la migration, le soin, la solidarité, la santé mentale en termes d'actions collectives où chacun trouve sa place, puisque chacun fait partie intégrante du système. Il est urgent d'avoir une vision qui appréhende la complexité de ces situations afin de coordonner les soins, les politiques d'hébergement, les règles juridiques et administratives pour l'accueil des migrants. Peut-être pourrions-nous alors voir émerger une clinique psychosociale engagée où chacun porte la responsabilité du système.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Andolfi M, Cavaliere L. Familles immigrées et psychothérapie transculturelle. Chapitre 17. In: Les nouvelles familles. De Boeck Supérieur; 2014. p. 369-87.
2. D'Amore S. Les nouvelles familles. De Boeck Supérieur; 2010.
3. Fondazione Silvano Andolfi [Internet]. [cité 10 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.fondazioneandolfi.it/>
4. Bardou D. Pouvait-on sauver Van Gogh? *Thérapie Fam.* 2002;23(3):207.
5. Elkaim M. Panorama des thérapies familiales. Paris Seuil. 1995;
6. Bateson. Vers une écologie d'esprit, tome 1. Paris: Seuil; 1995. 299 p.
7. Durand G. L'abécédaire systémique du travailleur social. 3e Revue et corrigée. Paris: Editions Fabert; 2010. 216 p.
8. Amiguet O, Julier C. L'Intervention Systemique Dans le Travail Social. Repères Epistemolog Iques, Ethiques et Methodologiques. Institut d'études sociales; 2013.
9. Mercuel A. Souffrance psychique des sans-abri: Vivre ou survivre. Paris: Odile Jacob; 2012. 221 p.
10. Gilbert S, Lussier V. Les paradoxes de la relation d'aide établie avec les jeunes adultes itinérants. *Can Rev Soc Policy.* 2006;(58):84.
11. Gilbert S, Lussier V. Le génogramme libre au service de l'élaboration auprès de jeunes parents à risque de maltraitance envers leur enfant. *Divan Fam.* 2013;31(2):195.
12. GILBERT S, LUSSIER V. L'aide en itinérance: L'interface de deux souffrances. *Rev Québécoise Psychol.* 2005;26(2):129-150.
13. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976. 688 p.
14. Donzelot J. Face à l'exclusion: Le modèle français, de l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Paris: Esprit; 1991. 137-168 p.
15. Morin E. Introduction à la pensée complexe. [Nouv. éd.]. Paris: Seuil; 2005. 158 p.
16. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137:535-44.
17. Kaufman J. Depressive disorders in maltreated children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30(2):257-265.
18. Zucca SQ, Emmanuelli X. Je vous salis ma rue : Clinique de la désocialisation. Paris: Stock; 2007. 186 p.
19. Castel R. Le roman de la désaffiliation: À propos de Tristan et Iseut. *Le Débat.* 1990;61(4):155.
20. Castel R. Les pièges de l'exclusion. *Lien Soc Polit.* 1995;(34):13-21.
21. Castel R. La montée des incertitudes : Travail, protections, statut de l'individu. Paris: Points; 2013. 457 p.
22. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport [Internet]. La documentation française. 1995 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954050300/index.shtml>
23. Kovess-Masféty V. Précarité et santé mentale. Rueil-Malmaison, France: Doin; 2001. 103 p.

24. Declerck P. Les naufrages avec les clochards de Paris. Paris: Pocket; 2003. 464 p.
25. Enfams: Enfants et familles sans logement en Île-de-France [Internet]. Observatoire du Samu Social de Paris. 2014 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.samusocial.paris/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-en-ile-de-france>
26. Brunet L, Carpentier sandrine, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité [Internet]. Observatoire du samu social de Paris. Rapport à la direction générale de la santé. 2005 [cité 8 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapgyn1005w.pdf>
27. Guisao A, Jangal C, Riou F. Profil socio-sanitaire et besoins de suivi sanitaire des personnes migrantes et réfugiées accueillies dans les centres d'hébergement d'Ile-de-France. Observatoire du samu social de Paris. Rapport à la direction générale de la santé; 2015.
28. Médecins du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe 2016 [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016>
29. Baubet T, Moro M-R. Psychopathologie transculturelle, 2ème édition. Elsevier Masson; 2013. 297 p.
30. Veïsse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers: mieux caractériser pour mieux soigner. Santé Recours Aux Soins Migr En Fr Bull Épidémiologique Hebd. 2012;(2-3):4.
31. Les mineurs isolés étrangers, quels accompagnements, quelle adolescence? ACTES de la 8ème journée d'étude de L'Orspere-Samdara [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://www.infomie.net/IMG/pdf/orspere-samdara\\_actes\\_journee\\_d\\_etude\\_mie\\_juin\\_2015.pdf](http://www.infomie.net/IMG/pdf/orspere-samdara_actes_journee_d_etude_mie_juin_2015.pdf)
32. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. Etat des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers (dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation) [Internet]. Legifrance. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029206302&dateTexte=20140708>
33. Arab C. Le troisième âge: le « migrant inutile ». Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires. 1 juill 2013;(1303):47-55.
34. Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France [Internet]. Cellule statistique et études sur l'immigration, Insee; 2014 [cité 10 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>
35. Statistiques sur la migration et la population migrante [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr)
36. Samenta: Santé Mentale et Addictions chez les sans domicile franciliens [Internet]. Observatoire du Samu Social de Paris. 2009 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.samusocial.paris/samenta-sante-mentale-et-addictions-chez-les-sans-domicile-franciliens>
37. COMEDE, Comité pour la santé des exilés. Migrants, étrangers en situation précaire: soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. [Internet]. Inpes; 2015 [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/obsssp\\_migrants\\_rapport\\_30\\_aout\\_2016.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/obsssp_migrants_rapport_30_aout_2016.pdf)
38. La mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMA) au 1er janvier 2016 [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016 [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie-puma-au-1er-janvier-2016>

39. Les accords de Schengen - [Internet]. 2013 [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/approfondissements/accords-schengen.html>
40. Roelandt J-L. Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux [Internet]. Lille; 2015 Juin [cité 2 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>
41. Alberne K, Alberne T. Les thérapies familiales systémiques. 4e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 336 p.
42. Bateson G. The position of humor in human communication. In: *Cybernetics, ninth conference*. 1953.
43. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci*. 1956;1(4):251-264.
44. Pluymaekers J, Nève-Hanquet C. Travail sur les familles d'origine et génogramme paysager. *L'Histoire Vie Au Risque Rech Form Thérapie Études Sémin*. 1992;8.
45. Duruz N. La psychothérapie individuelle d'orientation systémique : une thérapie sans famille? *Thérapie Fam*. 2011;32(3):331.
46. Moreno JL, Lesage H, Maucorps P-H, Schützenberger AA, Moreno ZT. *Fondements de la sociométrie*. JSTOR; 1954.
47. Lima M, Manovich L, Cukier J. *Cartographie des réseaux: L'art de représenter la complexité*. Paris: Eyrolles; 2013. 272 p.
48. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D-D, Morche J. *Une logique de la communication*. Points; 2014. 280 p.
49. Jackson DD. L'étude de la famille. In: P. Watzlawick, J.H. Weakland, *Sur l'interaction*. Paris, Seuil; 1977.
50. Neuburger R. *L'Autre demande: Psychanalyse et thérapie familiale*. Nouv. éd. augm. Paris: Payot; 2003. 208 p.
51. Duret I. Aux confins de la recherche et de la thérapie: le génogramme imaginaire pour explorer et transformer les héritages familiaux traumatiques. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 11 févr 2015;(53):85-95.
52. Ollié-Dressayre J, Mérigot D, Caillé P. *Le génogramme imaginaire: Lens du sang, liens du coeur*. Paris: ESF Editeur; 2012. 127 p.
53. Garnier A-M, Mosca F, Benoit J-C, Cabié M-C, Collectif. *Génogrammes: Mille et un contes de familles*. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005. 210 p.
54. Tuil S. De l'emploi du génogramme libre en entretiens familiaux à visée thérapeutique. *Dialogue*. 2005;168(2):115.
55. Vexliard A, Mucchielli L. *Le clochard*. Nouvelle. Paris: Desclée de Brouwer; 1998. 493 p.
56. Petit-Jouvet L. *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*. Abacaris Films; 2012.
57. Stanojevich EA, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. *Santé L'homme*. 2007;392:21-24.
58. l'Intérieur M de. Guide du demandeur d'asile en France [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>

59. LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile | Legifrance [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/7/29/INTX1412525L/jo>
60. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.
61. Ausloos G. La compétence des familles. Temps, chaos, processus. Ramonville Saint-Agne: Eres; 1995. 173 p.
62. Noirot M-N, Descarpentries F, Mercuel A. Refus d'assistance des sans-abri. Psychopathologie et éthique: liberté ou interventionnisme? *Evol Psychiatr (Paris)*. 2000;65(4):763-771.
63. Arveiller J-P, Mercuel A, Collectif. Santé mentale et précarité: Aller vers et rétablir. Paris: Médecine Sciences Publications; 2011. 108 p.
64. Maisondieu J. L'autricide, un problème éthique méconnu. *Laennec*. 2010;58(1):18.
65. Albernhe K, Albernhe T. Applications en thérapie familiale systémique. 2e édition revue et augmentée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 248 p.
66. Devereux G. Psychothérapie d'un indien des Plaines. Paris: Fayard; 2013. 680 p.
67. DSM 5. Formulation culturelle | MMHRC [Internet]. Centre de ressources multiculturelles en santé mentale. 2016 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/>
68. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
69. Moussaoui D, Ferrey G. Psychopathologie des migrants. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1985. 96 p.
70. Moro M-R. Nos enfants demain : Pour une société multiculturelle. Paris: Editions Odile Jacob; 2010. 247 p.
71. Nathan T, Stengers I. Nous ne sommes pas seuls au monde : Les enjeux de l'ethnopsychiatrie. Paris: Points; 2015. 311 p.
72. Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Editions Odile Jacob; 2001. 312 p.
73. Lin K, Masuda M, Tazuma L. Adaptational problems of Vietnamese refugees: III. Case studies in clinic and field: Adaptative and maladaptive. *Psychiatr J Univ Ott*. 1982;
74. McKenzie K, Bhugra D, Bhui K. Racism and mental health: Prejudice and suffering. Jessica Kingsley Publishers; 2002.
75. Cucciniello R. La filiation à l'épreuve de la migration : une transmission controversée? *Enfances Psy*. 29 août 2011;n° 50(1):108-18.
76. Rey Y, Caillé P. Les objets flottants - Méthodes d'entretiens systémiques. 5e édition revue et augmentée. Fabert; 2012. 212 p.
77. Caillé P. De l'étrange et du familier Appartenance culturelle et affiliation linguistique en psychothérapie. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2002;28(1):8.
78. Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S, Camdessus B. Travailler avec les familles démunies. ESF éd.; 2000.
79. Minuchin S. Familles des bidonvilles. Basic Books; 1967.

80. Marteaux A. La fragilisation de la fonction paternelle dans le processus migratoire. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2002;28(1):157-64.
81. Jamouille P. Hommes et pères de milieux populaires. Transformations des paternités en milieux précaires. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2015;n° 54(1):145.
82. Szondi L. Contributions to « fate analysis »: An attempt at a theory of choice in love. *Acta Psychol (Amst)*. 1937;3:1-80.
83. Boszormenyi-Nagy I, Krasner B. Glossaire de thérapie contextuelle. *Dialogue*. 1991;111:31-44.
84. Satir V, Destandau-Denisov A. *Thérapie du couple et de la famille : Thérapie familiale*. Paris: Desclée de Brouwer; 2006. 251 p.
85. Von Foerster H. *Observing systems*. Intersystems Publications; 1984.
86. Korzybski A. *Une carte n'est pas le territoire: prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale*. Éditions de l'Éclat; 1998.
87. Andolfi M, Macciocchi T: A. *Histoires d'adolescence : Expériences de thérapie familiale*. Première Édition. Bruxelles: De Boeck; 2013. 250 p.
88. Falicov CJ. Training to think culturally: a multidimensional comparative framework. *Fam Process*. 1995;34(4):373-388.
89. DiNicola VF. *A stranger in the family: culture, families, and therapy*. WW Norton & Co; 1997.
90. Andolfi M, Cavalieri L. Les nouvelles familles. Familles immigrées et psychothérapie transculturelle. *Carrefour Psychothérapies*. 2010;P369 à 387.
91. Scabini E, Donati P. *La famiglia in una società multietnica*. Vol. 12. Vita e pensiero; 1993.
92. Bowen M. *Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio Roma. 1979;143.
93. Haber, Andolfi M. With a little help from my friends. In: *Please, help me with this family*. Brunner/Mazel, New York; 1994.
94. Rapport par Nils Muiznieks, Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, suite à sa visite en France du 22 au 26 septembre 2014 [Internet]. *InfoMIE.net*. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <https://infomie.net/spip.php?article2021>
95. Maalouf A. *Les Identités meurtrières*. Paris: Le Livre de Poche; 2001. 189 p.
96. Morin E. *La méthode : Tome 1, La nature de la nature*. Paris: Points; 2014. 400 p.
97. Rosnay J de. *Le Macroscopie . Vers une vision globale*. Paris: Points; 2014. 352 p.
98. Caillé P. Nouveaux défis pour l'intervenant au sein d'une société postmoderne. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2014;n° 53(2):145.
99. Fassin D. L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses*. 1999;35(1):146-71.
100. Elkaim M. Les pratiques de réseau : Santé mentale et contexte social. *ESF*. Paris: ESF Editeur; 1987. 158 p.
101. Elkaim M. *Réseau Alternative à La Psychiatrie*. Union Générale d'Édition; 1977.
102. El Farricha M. La thérapie sociale multifamiliale: pour la promotion des familles précaires. Chapitre 12. In: *Thérapies multifamiliales*. ERES; 2007. p. 299-332.

103. Cook-Darzens S. Thérapies multifamiliales. ERES; 2007.
104. El Farricha M, Cook-Darzens S. Thérapies multifamiliales: des groupes comme agents thérapeutiques. Erès; 2007.
105. Circulaire no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Bulletin Officiel N°2006, Annonce N°69 juin 9, 2014.
106. Housing First : le projet « Un chez soi d'abord » d'Aurore [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <http://aurore.asso.fr/aurore-travaille-sur-le-programme-un-chez-soi-dabord>
107. Elkäim M. Entretien avec Paul Watzlawick le 12 juillet 1990. Résonances. 1991;1:16.
108. Barreto A de P. La Thérapie Communautaire - Pas à pas. Escalquens: Dangles; 2012. 374 p.
109. Selvini M, Palazzoli MS. La consultation en équipe: un outil indispensable pour le progrès de la connaissance. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 1993;15:211-231.
110. Leclaire F, Lemattre B, Bodineau D. Transmission culturelle et troubles de la relation chez les enfants de migrants : un dispositif expérimental pour une co-construction des liens. L'Autre. 2015;16(1):38.
111. Leclaire F, Perregaux C. Répertoires langagiers: une base pour un travail d'aides. 13ème Colloque FNAME; 2015.
112. Orspere. Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes Modalités cliniques et inter partenariales [Internet]. ORSPERE. 2005 [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports\\_RECHERCHE\\_Orspere\\_Samdarra/Sante\\_mentale\\_et\\_Demandeurs\\_d\\_asile\\_en\\_Region\\_Rhone-Alpes\\_V\\_Colin-C\\_Laval\\_Mars\\_2005.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Rapports_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Sante_mentale_et_Demandeurs_d_asile_en_Region_Rhone-Alpes_V_Colin-C_Laval_Mars_2005.pdf)
113. SAMDARRA O. Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n48-le-migrant-precaire-entre-bordures-sociales-et-frontieres-mentales/le-migrant-precaire-entre-bordures-sociales-et-frontieres-mentales-1341.html>
114. Furtos J, Laval C, Queyranne J-J, Benasayag M. La santé mentale en actes: De la clinique au politique. Eres; 2005. 357 p.
115. Cherfi M. Ma part de Gaulois. Arles: Actes Sud Editions; 2016. 256 p.
116. SAMDARRA O, Furtos J. Quelques aspects inhabituels de l'habiter chez les migrants précaires [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n48-le-migrant-precaire-entre-bordures-sociales-et-frontieres-mentales/quelques-aspects-inhabituels-de-l-habiter-chez-les-migrants-precaires-1-1353.html>
117. Léandre N. Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil? Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2002;28(1):129.
118. Le statut de réfugié | OFPRA [Internet]. 2017 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
119. Plateforme de services aux migrants. PARCOURS DU DEMANDEUR D'ASILE A COMPTER DU 1ER NOVEMBRE | [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.psmigrants.org/site/parcours-du-demandeur-dasile-a-compter-du-1er-novembre/>

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Définition et grandes étapes de l'intervention systémique .....</b>	<b>4</b>
1.1. Approche systémique .....	4
1.1.1. Définition de la systémie .....	4
1.1.2. Intérêt de cette approche en situation de précarité et articulation à la clinique biopsychosociale .....	5
1.2. Les préalables .....	7
1.2.1. Définition d'une population cible.....	7
a) Qui sont les précaires? .....	7
b) Evolution des populations à la rue, migrants précaires : cumul des vulnérabilités .....	8
c) Profil sociodémographique des migrants précaires .....	10
Conditions de vie et liens sociaux.....	10
Exil, périnatalité et précarité .....	11
Enfants et adolescents .....	11
Mineurs étrangers isolés .....	12
Migrants âgés et migrants vieillissants.....	13
1.2.2. Contexte : flux migratoire Insee (Quand ?) .....	14
1.2.3. Souffrance psychique des migrants précaires (Quoi ?) .....	16
a) Précarité et troubles psychiques .....	16
b) Troubles psychiques des mères et des enfants .....	16
c) Nouveaux enjeux pour les familles.....	17
1.2.4. Recours aux soins et santé mentale : dispositif, obstacles, parcours thérapeutique (A qui ?).....	18
1.2.5. Migrations et régulation (Pour qui ? Contre qui ?) .....	20
1.2.6. Recommandations issues des enquêtes de terrain (Pour quoi faire ?).....	21
1.3. Affiliation : synchronisation et calibration .....	23
1.3.1. La position de l'aidant .....	23
1.3.2. Affiliation du thérapeute au système et engagement .....	24
1.3.3. Confort relationnel, question des places .....	25
1.3.4. La bonne distance : collision entre deux systèmes .....	26
1.3.5. Construction commune d'un espace de soins, soigner l'accueil .....	26
1.4. Exploration : reformulation inductive vers l'accès aux soins .....	28
1.4.1. État des lieux, sociogramme, outils, cartographie .....	28
1.4.2. De la demande au problème .....	29
1.4.3. Désamorçage de l'onirisme social : la demande et la non demande .....	31
1.4.4. Niveaux d'émergence du symptôme et souffrance évolutive.....	31
1.4.5. Epidémiologie médicale : Troubles psychiques chez les exilés.....	32
a) Facteurs de risque et vulnérabilités.....	33
Vulnérabilités psychiques .....	33
Précarité administrative, un risque pour la santé mentale des exilés.....	34
Focus sur la violence : conséquences sur la santé.....	36
b) Prévalence des pathologies rencontrées : syndromes psycho traumatiques et dépression .....	37
1.5. Interactions et enjeux de la psychothérapie transculturelle .....	38
1.5.1. Interactionnisme versus interventionnisme .....	38
1.5.2. Concept de culture et psychopathologie .....	39
a) Clinique de l'altérité et temporalité .....	40
b) Evaluation clinique en situation transculturelle : entretien de formulation culturelle .....	41
1.5.3. Travail d'élaboration psychique .....	42
a) Vécu pré migratoire et motif de migration .....	42
b) Voyage, deuil et potentiel traumatique .....	43
1.5.4. Migration et intégration .....	46
1.5.5. Migration et filiation .....	46
1.5.6. Objets flottants et appel à la créativité.....	49
<b>2. Différents niveaux d'hypothèses systémiques .....</b>	<b>50</b>

2.1.	Hypothèse structurale de Minuchin .....	50
2.2.	Hypothèse stratégique .....	51
2.3.	Hypothèse intergénérationnelle .....	52
2.4.	Hypothèse expérientielle .....	53
2.5.	Constructivisme et constructionnisme .....	54
2.6.	Paradoxe et double contrainte.....	55
2.7.	Résonance .....	56
<b>RÉSULTATS : A propos de l'expérience de la fondation Silvano Andolfi à Rome .....</b>		<b>57</b>
<b>1.</b>	<b>Description de l'expérience .....</b>	<b>57</b>
1.1.	Contexte d'observation.....	57
1.2.	Le dispositif.....	58
1.3.	Préalables .....	59
1.3.1.	Quelle famille pour quelle thérapie ? .....	59
1.3.2.	Espace et temporalité .....	60
1.3.3.	Intervenants, un collectif soignant.....	60
1.3.4.	Parcours de la demande et enjeux.....	61
<b>2.</b>	<b>Une lecture de la souffrance.....</b>	<b>62</b>
2.1.	Impact de la culture dans la thérapie familiale .....	62
2.1.1.	Structures familiales selon le pays d'origine .....	64
2.1.2.	A travers les générations .....	65
2.2.	Processus transculturel dans la vie familiale .....	66
<b>3.</b>	<b>Vignettes cliniques .....</b>	<b>68</b>
3.1.	Meriem et sa famille.....	68
3.1.1.	Thérapie individuelle : Meriem.....	69
3.1.2.	Supervision .....	69
3.1.3.	Thérapie familiale : Meriem, sa mère et ses sœurs .....	70
3.2.	Outils et stratégies en pratique clinique .....	72
3.2.1.	Question de l'identité culturelle : demander de ramener un objet .....	72
3.2.2.	Reconnaître les compétences .....	72
3.2.3.	Appartenance et individuation .....	73
3.2.4.	L'importance de la clôture.....	74
3.2.5.	L'objet comme support émotionnel .....	74
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>		<b>76</b>
<b>1.</b>	<b>Actualité, santé mentale des migrants : l'affaire de qui ? .....</b>	<b>76</b>
1.1.	Limites épidémiologiques.....	76
1.2.	Segmentation des dispositifs et disparités géographiques .....	77
1.3.	Accompagnement des mineurs étrangers isolés .....	78
1.4.	Nouveaux repères, intégration et métissage .....	79
1.5.	Question de la radicalisation à l'interface de la justice et de la psychiatrie .....	81
<b>2.</b>	<b>Limites et apports de la systémie en psychothérapie transculturelle .....</b>	<b>81</b>
2.1.	Limites .....	82
2.2.	Psychothérapie tournée vers l'opérationnel.....	82
2.3.	Pratique de réseau, articulation des dispositifs.....	83
2.3.1.	Intervention en réseau, groupes multifamiliaux .....	83
2.3.2.	EMPP, secteur public, un outil systémique ?.....	84
2.4.	Dispositifs .....	86
2.4.1.	PIOS : Psychothérapie individuelle d'orientation systémique .....	86
2.4.2.	Familles précaires et thérapie familiale .....	87
2.4.3.	Thérapie communautaire intégrative systémique (TCIS) .....	87
2.4.4.	Dispositif spécifique de consultation transculturelle : comparaison Avicenne et Andolfi .....	91
	a) Ethnopsychanalyse et consultation groupale .....	91
	b) Dispositifs complémentaires.....	92
2.4.5.	AFALAC : un dispositif innovant.....	94
2.5.	Refaire du lien, prévenir les répétitions transgénérationnelles .....	95
2.6.	Considérer les appartenances .....	96
2.7.	Altérité, résonance, effets sur les soignants et accompagnement.....	97

<b>3.</b>	<b>Balance bénéfiques/risques de l'accueil dans le droit commun versus dispositifs spécialisés</b>	<b>99</b>
3.1.	Tabou lié à la prise en charge de l'étranger dans les dispositifs de santé publique .....	99
3.2.	Limites de la sectorisation en psychiatrie .....	100
3.3.	Groupe migrant .....	101
3.4.	Enjeux autour de la demande de certificat.....	102
<b>4.</b>	<b>Construction d'une nouvelle réalité hic et nunc : politiques publiques à inventer .....</b>	<b>103</b>
4.1.	Populations migrantes, angle mort de la précarité, interprétariat .....	105
4.2.	Temporalité de la crise humanitaire versus temporalité de l'intégration .....	106
4.3.	Lecture de la complexité et mise en place d'actions.....	107
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>110</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>116</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>I</b>
<b>1.</b>	<b>Annexe 1 : Définitions issus du guide Soins et accompagnements, Migrants/ Etrangers en situation précaire du COMEDE .....</b>	<b>I</b>
<b>2.</b>	<b>Annexe 2 : Guide de formulation culturelle DSM 5, (67) .....</b>	<b>II</b>
<b>3.</b>	<b>Annexe 3 : Modèle de certificat, Guide INPES COMEDE 2015 .....</b>	<b>IV</b>
<b>4.</b>	<b>Annexe 4 : Parcours d'un demandeur d'asile à partir du 1er Novembre 2015, Plateforme de service aux migrants (119).....</b>	<b>V</b>
<b>5.</b>	<b>Annexe 5 : Demandes d'asiles et conditions d'accueil, Lemonde, Eurostat, 2015 .....</b>	<b>VI</b>
<b>6.</b>	<b>Annexe 6 : Le système migratoire mondial, Gildas Simon, 2008.....</b>	<b>VII</b>

# ANNEXES

## 1. Annexe 1 : Définitions issus du guide Soins et accompagnements, Migrants/ Etrangers en situation précaire du COMEDE

### Définitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.

---

- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

---

- **Exilé** : terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

---

- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

---

- **Migrant** : au sens de *migrant international*, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.

---

- **Réfugié** ou « **protégé subsidiaire** » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

---

- **Ressortissants de pays tiers** : hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.

---

- **Sans-papiers ou clandestin** : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans papiers ») de la présence de la personne.

## 2. Annexe 2 : Guide de formulation culturelle DSM 5, (67)

### ENTRETIEN DE FORMULATION CULTURELLE (EFC)

#### Recommandations pour la mise en œuvre de l'EFC

L'entretien de formulation culturelle (EFC) consiste en un ensemble de seize questions que les cliniciens peuvent utiliser lors d'une évaluation de santé mentale afin d'obtenir de l'information sur l'incidence de la culture sur les principaux aspects de la présentation clinique d'une personne et de ses soins. Dans l'EFC, *par culture* on entend :

- les valeurs, orientations, connaissances et pratiques que les individus retiennent de leur appartenance à divers groupes sociaux (à ex., communautés ethniques, groupes confessionnels, associations professionnelles et d'anciens combattants);
- les aspects des antécédents d'une personne pouvant affecter sa vision des choses, tels que son origine géographique, son histoire de migration, sa langue, sa religion, son orientation sexuelle ou sa race/origine ethnique;
- l'influence de la famille, des amis et des autres membres de la communauté (le *réseau social* de la personne) sur l'expérience qu'il a la personne de sa maladie.

L'EFC est axé sur l'expérience du patient et les contextes sociaux pertinents au problème clinique. L'EFC adopte une approche d'évaluation culturelle centrée sur la personne en interrogeant le patient afin de recueillir ses opinions et celles des membres de son réseau social. Cette approche vise à éviter les stéréotypes, car les connaissances culturelles des individus influencent la façon dont ils interprètent l'expérience de la maladie et orientent leur recherche d'aide. Puisque l'EFC concerne les opinions du patient, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ces questions.

L'EFC est mise en page en deux colonnes de texte. La colonne de gauche contient les instructions relatives à la réalisation de l'EFC et décrit les objectifs de chaque domaine couvert par l'entretien. Les questions de la colonne de droite illustrent la façon d'explorer ces domaines, mais elles n'ont pas la prétention d'être exhaustives. Des questions de suivi, ou sous-questions peuvent s'avérer nécessaires afin de clarifier les réponses des patients. En outre, les questions peuvent être reformulées au besoin. L'EFC se veut avant tout un guide pour l'évaluation culturelle et devrait être utilisée avec souplesse afin d'assurer un rythme naturel à l'entretien et une bonne relation avec le patient.

L'EFC devrait être utilisé de préférence en conjonction avec des données démographiques recueillies avant l'entretien, de façon à pouvoir adapter les questions de l'EFC en vue de mieux cerner les antécédents et la situation actuelle de l'individu. Les aspects démographiques spécifiques qu'il convient d'explorer à l'aide de l'EFC varient selon les patients et les cadres cliniques considérés. Une évaluation complète peut inclure le lieu de naissance, l'âge, le sexe, la race/l'origine ethnique, l'état matrimonial, la composition de la famille, la scolarité, la maîtrise des langues, l'orientation sexuelle, l'appartenance religieuse ou spirituelle, la profession, l'emploi, le revenu et l'histoire de migration.

L'EFC peut être utilisé lors de l'évaluation initiale des patients dans n'importe quel cadre clinique, quels que soient les antécédents culturels du patient ou du clinicien. Quoique les patients et les cliniciens puissent sembler de prime abord partager la même culture, certaines différences peuvent néanmoins se révéler pertinentes au regard des soins. On peut utiliser l'EFC en entier ou intégrer seulement certaines de ses composantes à l'évaluation clinique, selon le besoin. L'EFC peut s'avérer particulièrement utile dans maintes situations, lorsque l'évaluation diagnostique présente des difficultés en raison de différences importantes entre les antécédents culturels, religieux ou socio-économiques du clinicien et du patient, lorsqu'un doute subsiste quant à l'adéquation entre des symptômes culturellement distincts et les critères diagnostiques, lorsqu'il s'avère difficile d'évaluer la gravité d'une maladie ou d'une incapacité, lorsque le patient et le clinicien sont en désaccord sur le parcours de soins, ou dans l'éventualité d'une participation et d'une observance limitée au traitement.

L'EFC met l'accent sur quatre domaines d'évaluation :

- Définition culturelle du problème : Questions #1-3.
- Perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien : Questions #4-10.
- Facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide : Questions #11-13.
- Facteurs culturels ayant une incidence sur la recherche d'aide actuelle : Questions #14-16.

Le processus entourant la réalisation de l'EFC ainsi que les renseignements qu'elle a pour but de recueillir visent à renforcer la validité culturelle de l'évaluation diagnostique, faciliter la planification du traitement, et promouvoir la participation et la satisfaction des patients. Pour atteindre ces objectifs, l'information obtenue grâce à l'EFC devrait être intégrée à tous les autres éléments cliniques disponibles dans le cadre d'une évaluation clinique complète et contextualisée.

Des modules complémentaires ont été développés permettant d'approfondir chaque domaine couvert par l'EFC, guidant ainsi les cliniciens qui souhaitent les explorer plus en détail. Des modules complémentaires ont aussi été développés à l'intention de populations ayant des besoins spécifiques telles que les enfants et les adolescents, les patients âgés, et les immigrants et réfugiés. Ces modules sont référencés dans l'EFC sous les sous-titres pertinents. Une version de l'EFC conçue à l'intention des informateurs recueille auprès des membres de la famille ou des soignants des renseignements supplémentaires touchant les domaines couverts par l'EFC. On peut trouver tous ces documents dans [SECTION APPROPRIÉE DU DSM-5].

### Entretien de formulation culturelle (EFC) LES MODULES COMPLÉMENTAIRES SERVANT À APPROFONDIR CHACUN DES SOUS-TITRES DE L'EFC SONT NOTÉS EN BLEUS

#### GUIDE DE L'INTERVIEWEUR :

Les questions suivantes visent à préciser les principaux aspects du problème clinique, envisagé de la perspective du patient et des autres membres de son réseau social (à ex., famille, amis ou autres personnes impliquées dans le problème actuel). Cela inclut notamment le sens du problème, les sources potentielles d'aide, et les attentes à l'égard des services.

#### DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

*Modele explicatif, Réseau de fonctionnement*

Veillez recueillir le point de vue du patient sur ses principaux problèmes et préoccupations dominantes. Veillez mettre l'accent sur comment le patient comprend le problème.

Dans les questions subséquentes, veuillez employer le terme, l'expression ou la brève description obtenu en réponse à la question 1 afin d'identifier le problème (à ex., *de conflit avec votre fils*).

Veillez demander au patient comment il présente le problème aux membres de son réseau social. Veillez mettre l'accent sur les aspects du problème qui revêtent le plus d'importance pour le patient.

#### PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

##### CAUSES

*Modele explicatif, Réseau social, Adultes âgés*

Cette question vise à préciser le sens que le patient donne à son problème, lequel peut être pertinent au regard des soins cliniques.

Veillez noter que les patients peuvent identifier plusieurs causes selon l'aspect du problème qu'ils envisagent.

Veillez mettre l'accent sur les perspectives des membres du réseau social du patient. Celles-ci peuvent être variées et différer de celles du patient.

##### STRESSSEURS ET SOUTIEN

*Réseau social, Soignants, Stressseurs psychosociaux, Religion et Spiritualité, Immigrants et Réfugiés, Identité culturelle, Adultes âgés, Adaptation et Recherche d'aide*

Veillez recueillir des renseignements sur le cadre de vie de la personne, en mettant l'accent sur les ressources, le soutien social et la résilience. Vous pouvez aussi examiner d'autres sources de soutien, à ex., les collègues de travail ou la pratique religieuse ou la vie spirituelle.

#### INTRODUCTION POUR LE PATIENT :

J'aimerais comprendre les problèmes qui vous amènent ici afin que je puisse vous aider plus efficacement. J'aimerais connaître votre expérience et vos idées. Je vais vous poser quelques questions afin de savoir ce qui se passe et comment vous y faites face. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

- Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui?  
**SI LE PATIENT FOURNIT PEU DE DÉTAILS OU MENTIONNE SEULEMENT DES SYMPTÔMES OU UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, VEUILLEZ INVESTIGUER :** Les gens ont souvent tendance à comprendre leurs problèmes à leur façon, ce qui peut être semblable ou différent de la manière dont les médecins décrivent le problème. Comment décrivez-vous votre problème?
- Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres membres de leur communauté. Comment leur décrivez-vous votre problème?
- Qu'est-ce qui vous préoccupait le plus à propos de votre problème?

- Selon vous, pourquoi cela vous arrive-t-il? À votre avis, quelles sont les causes de votre problème?  
**VEUILLEZ ELABORER D'AVANTAGE SI NÉCESSAIRE :** Certaines personnes pensent que leur problème résulte d'événements malheureux survenus dans leur vie, de problèmes avec les autres, d'une maladie physique, une raison spirituelle, ou de plusieurs autres causes.
- Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis ou autres personnes dans votre communauté pensent être la cause de votre problème?
- Y a-t-il des formes de soutien qui améliorent votre problème, telles que le soutien de votre famille, d'amis ou d'autres personnes?

Mettez l'accent sur les facteurs de stress dans l'environnement de l'individu. Vous pouvez aussi examiner, p.ex., les problèmes relationnels, les difficultés au travail ou à l'école, ou la discrimination.

7. Y a-t-il des formes de stress qui aggravent votre [PROBLÈME] telles que des soucis financiers ou des problèmes familiaux?

**RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE**  
*Identité culturelle, Stresseurs psychosociaux, Religion et Spiritualité, Immigrants et Réfugiés, Adultes âgés, Enfants et Adolescents*

Veillez demander au patient de réfléchir aux éléments les plus marquants de son identité culturelle. Utilisez cette information pour adapter les questions 9-10, le cas échéant.

Veillez tenter de cerner les aspects de l'identité qui amoindrent ou aggravent le problème.

Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p.ex., détermination clinique par suite de la discrimination fondée sur le statut de migrant, la race/ethnicité ou l'orientation sexuelle).

Tentez d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., problèmes liés à la migration, conflits intergénérationnels ou liés au rôle des genres).

Certains aspects des antécédents ou de l'identité d'une personne peuvent parfois amoindrir ou aggraver leur [PROBLÈME]. Par antécédent ou identité (entendez, à titre d'exemple, les communautés auxquelles vous appartenez, les langues que vous parlez, d'où vous ou votre famille êtes originaires, votre race ou origine ethnique, votre sexe ou orientation sexuelle, et votre foi ou religion.

8. Quels sont les aspects les plus importants de vos antécédents ou de votre identité?

9. Y a-t-il des aspects de vos antécédents ou de votre identité qui ont une incidence sur votre [PROBLÈME]?

10. Y a-t-il des aspects de vos antécédents ou de votre identité qui vous causent d'autres préoccupations ou difficultés?

**FACTEURS CULTURELS INFLUENÇANT L'AUTO-ADAPTATION ET LES ANTÉCÉDENTS DE RECHERCHE D'AIDE**

**AUTO-ADAPTATION**

*Adaptation et recherche d'aide, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Soignants, Stresseurs psychosociaux*

Veillez préciser quels sont les mécanismes d'auto-adaptation au problème.

11. Les gens ont parfois recours à différents moyens afin de faire face à leurs problèmes tels que [PROBLÈME]. Qu'avez-vous fait par vous-même pour faire face à votre [PROBLÈME]?

**RECHERCHE D'AIDE ANTÉRIEURE**

*Adaptation/Recherche d'aide, Religion/spiritualité, Adultes âgés, Soignants, Stresseurs psychosociaux, Immigrants/Réfugiés, Réseau social, Relation clinicien-patient*

Veillez tenter de cerner les diverses sources d'aide (p. ex., soins médicaux, soins de santé mentale, groupes de soutien, counseling en milieu de travail, guérison traditionnelle, counseling spirituel ou religieux, ou d'autres formes de médecine traditionnelle ou alternative).

Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « À quels autres sources d'aide avez-vous eu recours? »)

12. Souvent, les gens recherchent aussi de l'aide de nombreuses sources différentes, incluant de divers types de médecins, aidants ou guérisseurs. Dans le passé, à quels types de traitements, aida, conseils ou techniques de guérison avez-vous eu recours pour votre [PROBLÈME] ?

Veillez préciser l'expérience et l'appréciation qu'a le patient de l'aide obtenue antérieurement.

VEUILLEZ INVESTIGUER SI AUCUNE MENTION N'EST FAITE DE L'UTILITÉ DE L'AIDE OBTENUE : Quelles formes d'aide ou types de traitement étaient les plus utiles ? Étaient-ils inutiles ?

**OBSTACLES**

*Adaptation et recherche d'aide, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Stresseurs psychosociaux, Immigrants et Réfugiés, Réseau social, Relation clinicien-patient*

Veillez préciser le rôle des barrières sociales à la recherche d'aide, l'accès aux soins, et les problèmes liés à l'observance des traitements antérieurs.

13. Y a-t-il quelque chose qui vous a empêché d'obtenir l'aide dont vous avez besoin?

Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « Qu'est-ce qui a fait obstacle? »)

VEUILLEZ INVESTIGUER AU BESOIN : Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant votre langue ou vos antécédents?

**FACTEURS CULTURELS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE**

**PREFERENCES**

*Réseau social, Soignants, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Adaptation et recherche d'aide*

Veillez préciser la perception des besoins et des attentes actuels du patient en matière d'aide, au sens large.

Veillez tenter d'obtenir des précisions si seulement une forme d'aide est mentionnée (p. ex., « Quelles autres formes d'aide vous seraient utiles actuellement? »)

Veillez mettre l'accent sur les points de vue des membres du réseau social en regard à la recherche d'aide.

Maintenant, si vous le voulez bien, parlez de l'aide dont vous avez besoin.

14. Selon vous, quelles formes d'aide vous seraient les plus utiles actuellement pour votre [PROBLÈME]?

15. Votre famille, amis ou d'autres personnes ont-ils suggéré que d'autres formes d'aide vous seraient utiles maintenant?

**RELATION CLINICIEN-PATIENT**  
*Relation Clinicien-Patient, Adultes âgés*

Veillez tenter de cerner les préoccupations potentielles concernant la clinique ou la relation clinicien-patient, incluant les perceptions de racisme, les barrières linguistiques ou les différences culturelles pouvant compromettre la bonne volonté, la communication ou la prestation de soins.

Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « De quelle manière? »)

Veillez aborder la question d'éventuels obstacles aux soins ou les préoccupations concernant la clinique et la relation clinicien-patient soulignées précédemment.

Des mainteneurs surviennent parfois entre les médecins et les patients parce qu'ils sont issus de milieux différents ou ne partagent pas les mêmes attentes.

16. Êtes-vous préoccupé par cela et y a-t-il quoi que ce soit que nous puissions faire pour que vous receviez les soins dont vous avez besoin?

Dans ce document, le terme masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le contenu.

### 3. Annexe 3 : Modèle de certificat, Guide INPES COMEDE 2015



#### MODÈLE DE CERTIFICAT DESTINÉ À LA DEMANDE D'ASILE

Fait à ..., le ...

*Je soussigné(e) ..., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ..., [numéro de dossier s'il y a lieu], en vue de rédiger un certificat médical que l'intéressé(e) entend joindre à sa demande d'asile.*

**Déclarations du patient :**

utiliser le style conditionnel : *...Mme/M. évoque ses activités politiques, elle/il aurait été détenu(e), déclare avoir été frappé(e)...*

reprendre le motif des persécutions (ethnie, religion, nationalité, groupe social ou opinions politiques);  
reprendre les éléments en rapport avec les doléances et les constatations de l'examen. Cela peut concerner les circonstances et les conditions d'une détention ou des sévices torture et autres violences infligés par les persécuteurs;  
confronter si possible ces déclarations avec le récit écrit adressé à l'Ofpra ou à la CNDA pour la concordance des périodes et des faits.

**Constatations de l'examen clinique et/ou de la prise en charge :**

conclusions de l'entretien et doléances du patient : plaintes somatiques (douleur, handicap), ou psychologiques (troubles de la mémoire, troubles du sommeil, peurs, cauchemars, mauvaises nouvelles du pays);

s'il y a lieu, mention d'un syndrome psychotraumatique (*voir p. 397*) et/ou de dépression réactionnelle (*voir p. 400*);

conclusions de l'examen physique : localisation et caractéristiques des cicatrices et autres séquelles traumatiques, (préciser, s'il y a lieu : *...attribuée à un coup de botte, une brûlure par cigarette...*);

s'il y a lieu, conclusions des examens complémentaires (radios);

s'il y a lieu, mention de la prise en charge thérapeutique.

**Conditions de l'entretien :**

*L'entretien s'est déroulé en français/anglais, à l'aide d'un accompagnant/d'un interprète...*

s'il y a lieu, difficultés du patient (pudeur, émotions), de l'accompagnant ou de l'interprète.

*Ces constatations sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé(e).*

*Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.*

Signature

- Les mentions relatives au dossier Ofpra ou CNDA sont inutiles dans le cadre de cette expertise officielle.

- La retranscription du récit écrit du demandeur n'est pas indiquée.

- Attention aux erreurs de l'interprète ou du traducteur.

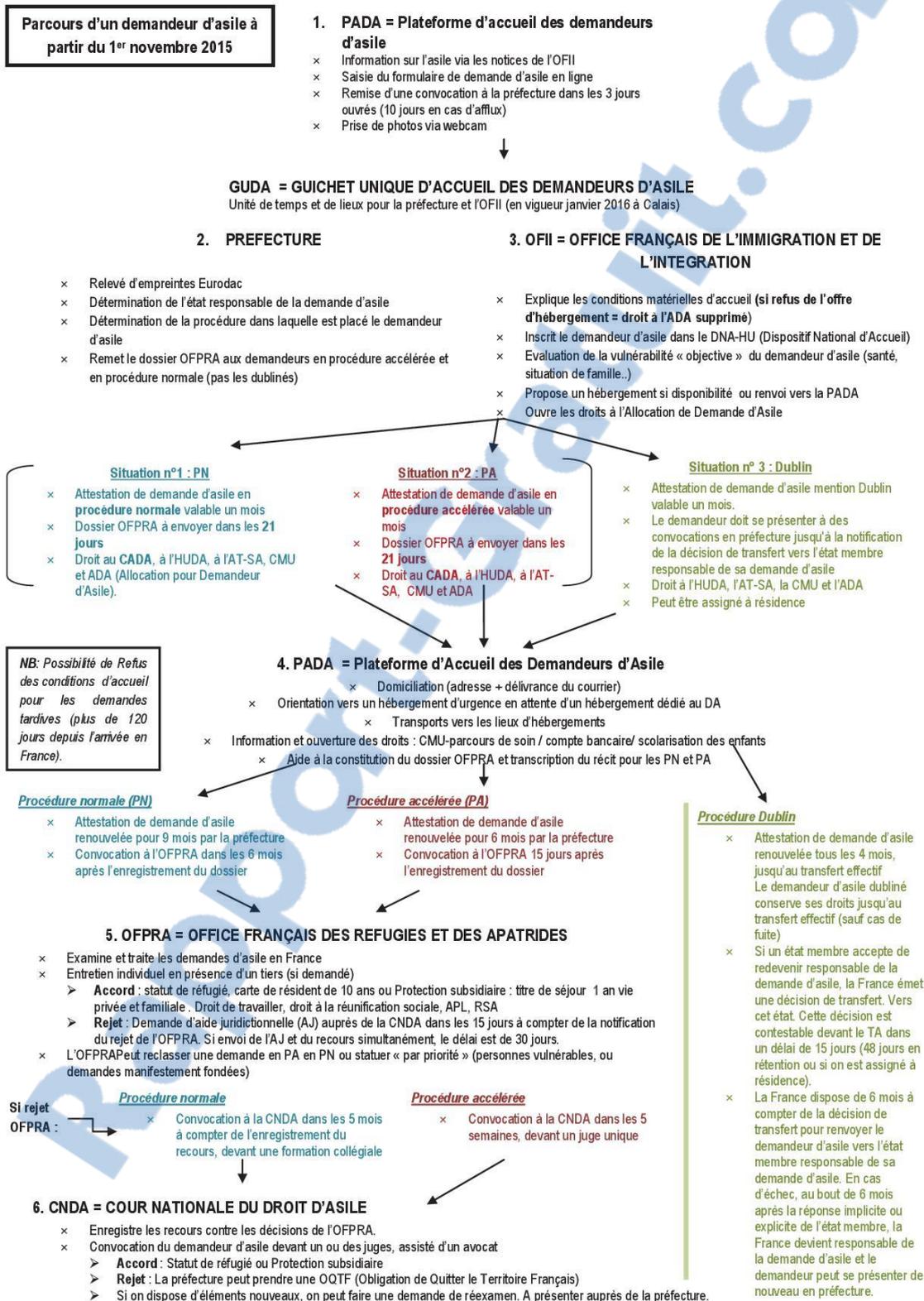
- La mesure centimétrique des lésions ne renforce pas la valeur probante du certificat.

- Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique.

- La mention d'éléments médicaux indépendants des persécutions subies est inutile, voire néfaste pour la demande d'asile.

- La mention « faire valoir ce que de droit » n'est indiquée que dans des certificats prescrits par des textes officiels.

## 4. Annexe 4 : Parcours d'un demandeur d'asile à partir du 1er Novembre 2015, Plateforme de service aux migrants (119)



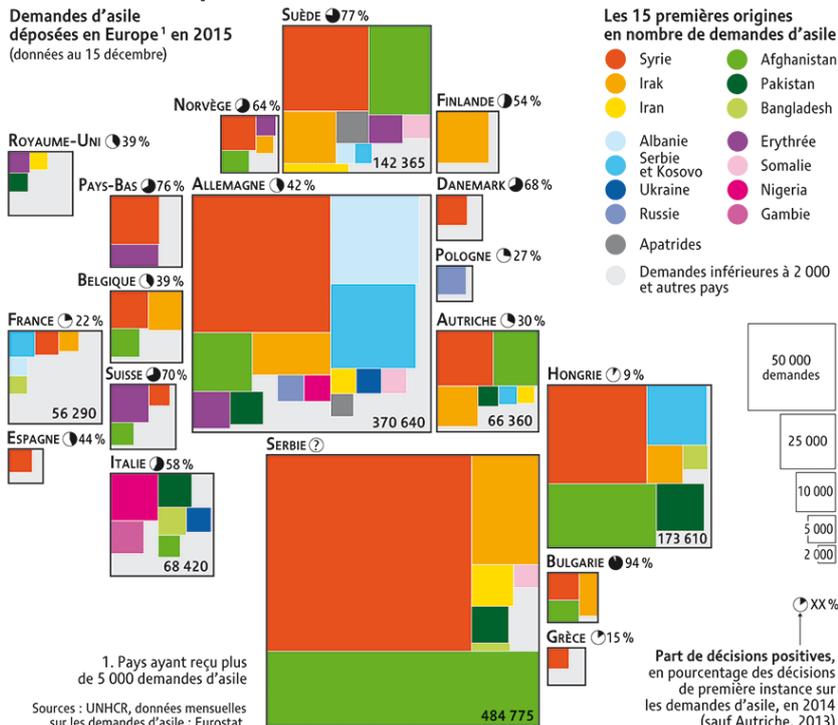
**NB: Possibilité de Refus des conditions d'accueil pour les demandes tardives (plus de 120 jours depuis l'arrivée en France).**

# 5. Annexe 5 : Demandes d'asiles et conditions d'accueil, Lemonde, Eurostat, 2015

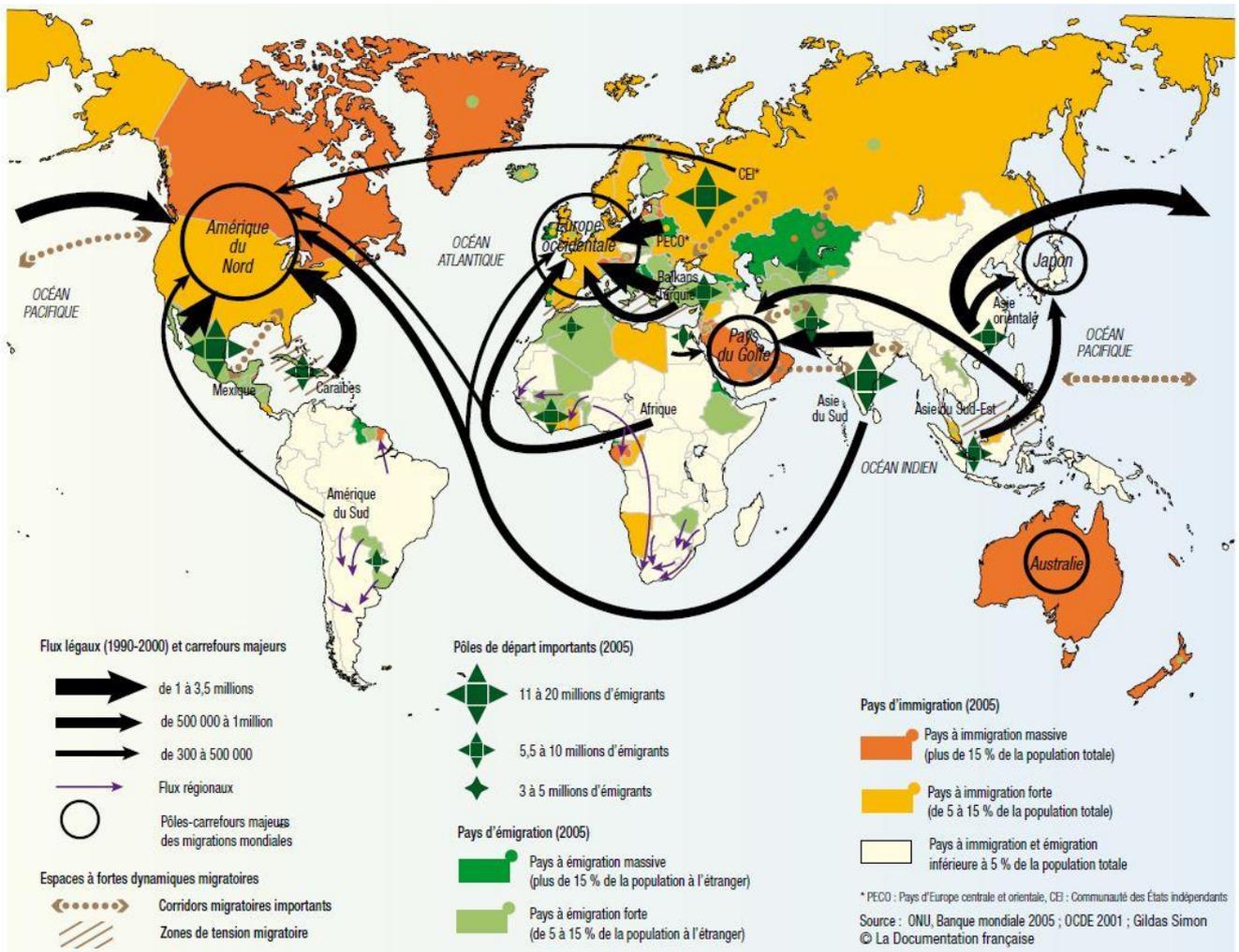


## Un si mince espoir

Demandes d'asile déposées en Europe<sup>1</sup> en 2015 (données au 15 décembre)



## 6. Annexe 6 : Le système migratoire mondial, Gildas Simon, 2008





**BOUTOT Céline**

## **Approche systémique dans la prise en charge de la souffrance psychique des migrants précaires**

### **RÉSUMÉ**

L'afflux de migrants en Europe questionne sur les stratégies politiques, sanitaires et sociales à adopter. On assiste à une augmentation du nombre de familles migrantes précaires avec une prévalence élevée de troubles psychiques. Si un certain nombre d'actions sont menées, on déplore l'absence de cohérence globale du système. Une approche systémique pourrait-elle nous aider à aborder la souffrance psychique des migrants précaires ?

La trame d'une intervention systémique permet d'appréhender le contexte et la complexité de l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants qui cumulent les vulnérabilités. Le concept d'affiliation permet de penser la construction commune d'un espace de soins tandis que la psychothérapie transculturelle appréhende le concept de culture et le travail d'élaboration psychique nécessaire autour du parcours du migratoire, ses deuils et potentiels traumatiques mais aussi la notion d'intégration, de métissage et de filiation. Le processus migratoire engage et inclut plusieurs générations.

A partir d'une semaine d'observation du travail de la fondation Silvano Andolfi à Rome en Juillet 2016, nous décrivons cette expérience de thérapie familiale avec une approche systémique et transculturelle auprès des migrants marginalisés. Les vignettes cliniques illustrent le processus d'intégration en replaçant l'événement migratoire dans le cycle de vie familiale. L'approche systémique, tournée vers l'opérationnel permet d'enrichir la pratique de réseau dans l'accompagnement de la souffrance psychique des migrants précaires

Un certain nombre de dispositifs favorisent la circularité entre les partenaires pour valoriser les ressources du réseau et proposent d'aménager l'accès aux soins de droit commun, en s'appuyant sur l'idée que tout système a en soi les ressources individuelles et collectives nécessaires à sa guérison. Libre à chacun de faire preuve de créativité pour aménager ces concepts en termes d'actions collectives où chacun trouve sa place, puisque chacun fait partie intégrante du système.

**Mots-clés : souffrance psychique, migrants précaires, approche systémique, thérapie transculturelle**

## **Systemic approach in the management of precarious migrants in psychological suffering**

### **ABSTRACT**

The recent European refugee crisis questions the political, health and social strategies to be adopted. There has been an increase in the number of precarious migrant families with a high prevalence of psychological disorders. While a number of actions are being taken, there is a lack of overall coherence in the system. Could a systemic approach help us address the psychological suffering of precarious migrants?

Systemic intervention provides a framework to understand the context and complexity of the accompaniment of the psychic suffering of migrants who cumulate vulnerabilities. The concept of affiliation makes it possible to think of the common construction of a care space. Transcultural psychotherapy apprehends the concept of culture and the work of psychic elaboration necessary during the migration process, its mourning and traumatic potentials but also the notion integration, interbreeding and filiation. The migration process involves and includes several generations.

Following a week of observation of the work of the Silvano Andolfi Foundation in Rome in July 2016, their experience of family therapy with a systemic and transcultural approach to marginalized migrants will be described. Clinical stories illustrate the process of integration by putting the migratory event back into the family life cycle. The systemic approach, geared towards the operational one, supplements network practice in the accompaniment of the psychic suffering of precarious migrants.

A number of mechanisms favor circularity between partners in order to exploit the resources of the network and propose to improve access to common-law care, based on the idea that any system has individual and collective resources necessary for his recovery. It is open to everyone to be creative in order to adapt these concepts in terms of collective actions where everyone finds their place, since each is an integral part of the system.

**Keywords : precarious migrants, psychological suffering, systemic approach, transcultural therapy**