

La santé mentale des demandeurs d'asile

Estelle d'Halluin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/447>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.447

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Pagination : 66-75

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Estelle d'Halluin, « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes & migrations* [En ligne],

1282 | 2009, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : [http://](http://journals.openedition.org/hommesmigrations/447)

journals.openedition.org/hommesmigrations/447 ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.447

La santé mentale des demandeurs d'asile

Par Estelle d'Halluin,
maître de conférences en sociologie, chercheur au Centre nantais
de sociologie (CENS)



Paris, 2009, Kader Benamer © Dominique Langoutte-photographies

Au tournant des années deux mille, la santé mentale des demandeurs d'asile a fait l'objet d'une attention croissante, tant dans l'espace public que dans le champ scientifique. Des études ont mis en valeur la souffrance psychique de cette population, les spécificités de sa prise en charge et l'insuffisance des moyens alloués pour les soins. Placée sur l'agenda des politiques européennes et nationales, cette reconnaissance n'est pas dénuée d'ambiguïtés : le souci sanitaire est mis à l'épreuve des politiques sécuritaires en matière de régulation des flux migratoires.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, les populations qui fuient la violence exercée dans leur État d'origine se voient reconnaître le "droit d'avoir des droits", selon la formule canonique d'Hannah Arendt⁽¹⁾. Dans les pays dits "du Sud", ils deviennent l'objet d'une politique d'assistance internationale, essentiellement menée par des associations humanitaires, pilotées par le Haut Commissariat aux réfugiés des Nations unies.

Dans les démocraties européennes et nord-américaines, cette assistance est régulée par les États qui conservent, sur leur territoire, le monopole de l'administration sanitaire et sociale des exilés. Pour les exilés, l'obtention d'une protection légale dépend de l'évaluation que font les administrations nationales de leur histoire, au regard notamment de la Convention de Genève sur le statut de réfugié de 1951 amendée par le protocole de New York.

À la fin des années soixante-dix, cette procédure d'attribution du statut de "réfugié" est devenue plus longue et plus tatillonne. Nombre d'exilés ont désormais été soupçonnés d'emprunter la voie de l'asile pour contourner les mesures restrictives adoptées depuis la crise économique et sociale en matière d'immigration de travail. La catégorie administrative du "demandeur d'asile"⁽²⁾ a alors fait son apparition dans le champ social, correspondant au statut transitoire, liminal, dans lequel l'étranger est placé le temps que son dossier de demande de statut de réfugié soit examiné.

En matière de procédure d'asile, d'assistance sanitaire et sociale, d'hébergement, les droits dont cette catégorie peut se prévaloir ont été progressivement spécifiés et leur mise en œuvre modèle désormais en partie l'expérience de ces populations. S'intéresser à la santé mentale des demandeurs d'asile, c'est donc tout à la fois prendre acte de la construction sociale de cette catégorie, de sa dimension administrative qui implique des droits et une prise en charge spécifique, mais aussi de ses frontières perméables et de son lien fondamental avec l'expérience des autres populations labellisées différemment par l'État à d'autres étapes de leur parcours (migrants en situation irrégulière, réfugié, déboutés du droits d'asile...).

L'identification récente d'enjeux spécifiques autour de la santé mentale des demandeurs d'asile procède en réalité d'une histoire longue : celle de la constitution d'un domaine d'expertise autour de la santé mentale des réfugiés et du traumatisme psychique. Au sein de ce domaine d'expertise, examinons comment en

L'identification récente d'enjeux spécifiques autour de la santé mentale des demandeurs d'asile procède en réalité d'une histoire longue : celle de la constitution d'un domaine d'expertise autour de la santé mentale des réfugiés et du traumatisme psychique.

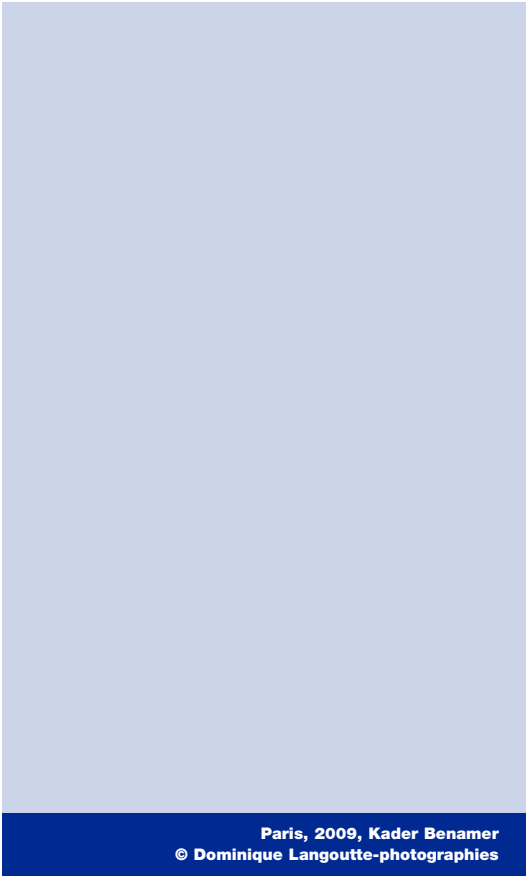
France⁽³⁾ – à l’instar des pays d’Amérique du Nord et d’Europe du Nord⁽⁴⁾ – s’opère progressivement la spécification de différents publics auxquels une clinique particulière est associée (victimes de torture, demandeurs d’asile).

Une clinique des migrants longtemps aveugle aux effets psychiques de la violence sur les réfugiés

Jusqu’à la fin des années soixante-dix, la santé mentale des populations migrantes a été réduite à deux courants, souvent aveugles aux effets psychiques de la violence collective sur les populations et envisageant différemment la question de leurs différences culturelles. Didier Fassin et Richard Rechtman⁽⁵⁾ ont mis en valeur les

deux modèles de filiation de la psychiatrie des migrants en France.

D’un côté, le modèle universaliste du système de santé mentale, développé dans la métropole après la Seconde Guerre mondiale, a rejeté *a priori* toute idée de singularité ethnique ou culturelle dans l’appréhension des pathologies. Autour de François Tosquelles, Lucien Bonnafé, Georges Daumezon, il s’est avant tout construit contre les dérives de l’institution asilaire, de ses pratiques de classification et d’enfermement, indifférent à la question de la différence culturelle. Sur le continent, la santé mentale des immigrés a ainsi longtemps été appréhendée uniquement à travers la question de la “sinistrose”, terme qui



désigne la résistance psychique de sujets accidentés du travail à accepter leur guérison. Comme l'a montré Abdelmalek Sayad⁽⁶⁾, la relation litigieuse qui se nouait entre le travailleur immigré, la médecine et la Sécurité sociale a été l'occasion de multiples investigations et d'un abondant discours sur le corps de l'immigré, à commencer par celui des psychiatres.

De l'autre côté, la psychiatrie des migrants a aussi hérité en France d'une psychiatrie coloniale imprégnée de préjugés culturalistes et racistes. Les travaux de John Colin Carothers ou d'Antoine Porot durant l'entre-deux-guerres ont, quant à eux, exploré les différences culturelles, mais pour les constituer en signes d'infériorité. Dans ces traditions françaises parallèles, les effets de la violence et de la guerre sur les populations étrangères ont longtemps été négligés (en métropole) ou relativisés (dans la psychiatrie coloniale).

Une reconnaissance des effets psychiques de la violence à travers la catégorie du traumatisme

Bien sûr, il existe des expériences marginales, comme l'attention portée dès le sortir de la Seconde Guerre mondiale par le psychiatre Eugène Minkowski à la souffrance psychique des réfugiés d'Europe de l'Est. En région parisienne, un centre de santé mentale a alors été créé et s'est rapidement ouvert aux immigrés venus d'autres régions du monde : il défend la pratique d'une "clinique de l'exil". Néanmoins, dans les camps de réfugiés comme dans les pays d'accueil, il fallut attendre les années soixante-dix pour que les effets psychologiques de la violence sur les réfugiés fassent l'objet d'une reconnaissance élargie à travers la catégorie du traumatisme psychique. À partir de la fin des années soixante-dix, à l'initiative de professionnels de santé réunis en association, des centres de soins spécialisés dans la prise en charge médicale et psychologique des exilés ont en effet vu le jour en France, et plus largement dans de nombreux pays d'Amérique et d'Europe du Nord. Au début des années quatre-vingt, la notion d'"état de stress post-traumatique", inscrite dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) de la puissante Association américaine de psychiatrie, a connu une diffusion internationale rapide qui a participé de la mobilisation accrue des acteurs autour des effets traumatiques potentiels de la violence endurée par les réfugiés. En France, l'accueil largement critique de cette catégorie s'est néanmoins accompagné de tentatives pour caractériser le syndrome observé parmi ces populations, qu'il soit qualifié d'état de stress post-traumatique, de névrose post-traumatique ou de traumatisme psychique...

La critique des dérives possibles d'une approche clinique réductrice

Dans un second temps, la question des effets traumatiques des parcours d'exil a ainsi été placée au cœur du discours des cliniciens. Toutefois, parmi ces derniers, quelques voies se sont élevées, confortées par des chercheurs en sciences sociales, pour souligner les risques de réification et de réduction inhérents à une approche de l'expérience des réfugiés sous l'angle exclusif du traumatisme.

Premièrement, des études ont mis en évidence le double écueil du culturalisme, d'une part, et du déni de la dimension culturelle, d'autre part. Les travaux de Baubet et Moro, Muecke ou Summerfield⁽⁷⁾ ont souligné les risques de réification d'une pluralité d'expériences culturelles à un modèle d'interprétation biomédical unique – le PTSD –, dont le travail d'Allan Young⁽⁸⁾ a bien montré qu'il était une production historiquement et culturellement située. Ensuite, d'autres ont insisté sur la complexité de l'articulation entre traumatisme, expérience collective des événements et vécu subjectif⁽⁹⁾. Enfin, ils ont mis en valeur les dangers de la pathologisation du vécu des réfugiés : tous ne développent pas des symptômes⁽¹⁰⁾ et une partie des souffrances psychiques observées ne relève pas du traumatisme, mais est associée à l'environnement et l'accueil vécu par les populations, autrement dit au stigmatisme, au rejet et au racisme auxquels les réfugiés sont souvent confrontés dans les pays d'installation⁽¹¹⁾.

En définitive, quand, dans les années deux mille, des cliniciens s'attachent à définir les *“spécificités cliniques et thérapeutiques du trauma psychique chez les demandeurs d'asile”*⁽¹²⁾, c'est cette littérature qui est finalement revisitée en se recentrant sur la catégorie administrative des demandeurs d'asile, devenue dans les pays occidentaux plus visible que la faible minorité de réfugiés reconnus. En France, plus de 80 % des demandeurs sont reconnus réfugiés dans les années soixante-dix contre moins de 20 % au tournant du millénaire. La mobilisation des professionnels pour une meilleure prise en charge des demandeurs d'asile s'appuie donc sur la sophistication du discours et la multiplication des initiatives prises pour prendre en charge la souffrance psychique des exilés depuis les années soixante-dix.

La tension entre logique de soins et logique de sélection et de dissuasion

La reconnaissance des effets traumatiques de la violence n'a pas seulement été portée par les professionnels de santé, mais aussi par d'autres militants et des décideurs politiques. En effet, les associations accueillant les exilés ont revendiqué une

amélioration de la prise en charge psychologique et pris des initiatives à cet effet. Des administrations comme la Direction générale de la santé ont soutenu les dispositifs créés. Les centres de soins spécialisés sont ainsi financés par des fonds publics. Une administration régionale comme la DRASS de Lyon⁽¹³⁾ soutient financièrement recherches et actions en vue d'améliorer le dispositif de prise en charge de cette population. Les élites nationales et européennes ont pris acte de la nécessité d'une prise en charge des demandeurs d'asile victimes de traumatismes⁽¹⁴⁾, comme elles l'avaient progressivement fait dans les années quatre-vingt pour les réfugiés. Cependant, cette politique de la reconnaissance de la souffrance psychique des réfugiés et des demandeurs d'asile se heurte à une autre logique politique, celle des politiques restrictives en matière d'immigration et d'asile.

En effet, si les exilés bénéficient de garanties juridiques, puis d'un dispositif d'accueil et du droit à une assistance sanitaire et social à partir du milieu des années soixante-dix⁽¹⁵⁾, des dispositions ont cependant été régulièrement prises pour en limiter la portée. Dans une perspective de dissuasion, des mesures politiques ont été adoptées en Europe sans que leurs détracteurs ne parviennent à peser suffisamment dans le débat : liste de pays sûrs, baisse des droits sociaux, limitation et contrôle de l'entrée et du droit au séjour.

À cet égard, en France, la suppression de l'autorisation systématique du droit au travail, décidée en 1991, a eu des effets dévastateurs sur les conditions de vie des demandeurs d'asile et les a enfermés ainsi dans l'alternative des circuits de l'assistance et/ou du travail au noir. L'amélioration de l'offre d'hébergement et de l'assistance, présentée comme la contrepartie de cette mesure, n'a pas été suffisante pour assurer des conditions d'accueil égalitaire et une assistance à tous les demandeurs d'asile. Au début des années quatre-vingt-dix, les gouvernants déploraient que le droit au travail constitue un facteur attractif ; aujourd'hui privés de ce facteur d'intégration, c'est le coût de leur assistance sociale⁽¹⁶⁾ qui est rigoureusement examiné et le nombre de foyers d'accueil demeure insuffisant.

Certes, d'un point de vue sanitaire, le droit à la Couverture maladie universelle offre depuis 1999 un meilleur accès aux soins. Néanmoins, les difficultés pour l'obtenir persistent. Elle reste juridiquement inaccessible aux demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire et, pour ceux qui l'obtiennent, des refus de soins perdurent, à l'instar des autres populations précaires. Le soutien financier aux

En France, la suppression de l'autorisation systématique du droit au travail, décidée en 1991, a eu des effets dévastateurs sur les conditions de vie des demandeurs d'asile.

centres de soins spécialisés dans l'accueil de ces populations demeure également limité et fragmenté, soumis à des efforts répétés de justification et de mobilisation. Cette politique d'accueil signifie pour beaucoup de demandeurs d'asile l'expérience de conditions de vie précaires, alors même qu'ils sont confrontés à la complexité d'une procédure d'asile au cours de laquelle il leur faut assumer la lourde charge de la preuve⁽¹⁷⁾. Tout en œuvrant à combler les besoins élémentaires de leur existence (hébergement, alimentation...), ils doivent, pour obtenir le statut de réfugié, travailler à convaincre les représentants de l'État français du bien-fondé de leur demande, raconter en détail leur histoire, exposer la matière intime de leur existence, préciser les menaces, les violences et les souffrances endurées.

Violence structurelle de l'accueil et souffrance psychique

En premier lieu, une telle politique d'accueil est le terreau d'une "violence structurelle", pour reprendre une expression de l'anthropologue Paul Farmer⁽¹⁸⁾ qui insiste sur la violence produite quotidiennement par les inégalités liées au statut ethnique, économique et au genre. Traduite dans l'expérience de la précarité, de l'injustice et de

l'intolérance, une telle violence ne fait que renforcer la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile.

En effet, dans les régimes dictatoriaux fuis par les réfugiés, le corps physique et psychique des membres de la communauté est progressivement colonisé.

Depuis les années deux mille, les travaux se multiplient, tant de la part de chercheurs en sciences sociales⁽¹⁹⁾ que de cliniciens, qui tentent de mettre en évidence les effets psychologiques des conditions d'accueil aux frontières et dans les pays d'accueil. En définitive, l'inflation du discours sur les spécificités de la souffrance psychique des

demandeurs d'asile ne fait que traduire cette équation fondamentale selon laquelle leur santé mentale, tout comme leur santé, est une production intimement liée à leurs conditions de vie passées et présentes, à leur expérience objective et subjective d'une violence dans le pays d'origine ou au cours de leur fuite, mais aussi à une violence structurelle dans le pays d'accueil. Autant de conditions qui sont produites par les choix politiques régionaux, nationaux, voire internationaux, des instances gouvernant les différents territoires d'origine, de passage ou d'installation. En creux, l'évolution du discours psychiatrique nous rappelle cette logique sociale

fondamentale : la santé mentale, mais plus largement la santé, est liée à la condition sociale, aux conditions objectives de l'existence matérielle et à l'expérience subjective, personnelle, qui en est faite⁽²⁰⁾. Une constante de l'ordre politique est en effet précisément de s'inscrire dans les corps et dans la psyché. Le pouvoir s'y montre et s'y démontre, et les demandeurs d'asile constituent à cet égard une figure paradigmatique.

En effet, dans les régimes dictatoriaux fuis par les réfugiés, le corps physique et psychique des membres de la communauté est progressivement colonisé. L'anthropologue Michael Taussig a bien montré comment, dans les dictatures d'Amérique du Sud, la terreur reposait sur la diffusion de la suspicion au sein d'une communauté, transformait l'individu persécuté en paria pour avoir été en contact avec le pouvoir répressif et générait des logiques paranoïaques à son encontre chez les seuls êtres à même de le secourir⁽²¹⁾. Quant aux conflits contemporains, le territoire corporel de l'ennemi y est l'objet d'assauts répétés. Il en est ainsi des "viols politiques" contre les civils devenus une arme de guerre⁽²²⁾. Enfin, dans les sociétés d'accueil pacifiées et démocratiques s'exerce une forme de violence moins visible et les inégalités n'en continuent pas moins d'être incorporées. Les demandeurs d'asile en font rapidement l'expérience.

Une sophistication de l'expertise évincée par des logiques administratives

En second lieu, si un champ d'expertise sophistiqué s'est constitué autour de la complexité de l'expérience des réfugiés et des facteurs de vulnérabilités psychiques, la logique administrative tend à fonctionner sans prendre en compte ces discours savants. Même si, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les travaux insistent sur le traumatisme comme obstacle à la verbalisation et à la construction du récit de demande d'asile, les agents de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides et les juges de la Cour nationale du droit d'asile (l'instance d'appel) restent peu formés et inégalement attentifs à ce paramètre.

De leur côté, les médecins et les professionnels de la santé mentale, eux-mêmes pris dans des relations de pouvoir, eux-mêmes soucieux de développer des tactiques pour défendre la cause des exilés, ont répondu à la demande d'expertise médicale dans les procédures et mis en œuvre des techniques de certification pour soutenir les exilés dans leur quête de reconnaissance. Les personnes qui les sollicitent (exilé, avocat, parfois officier de protection ou juge) les tiennent en quelque sorte pour des spécialistes des modes d'incorporation de la violence, des séquelles qu'elle génère et

des soins qui les soulagent. Les professionnels de la santé sont devenus des acteurs essentiels au nom de leur savoir sur les maux des sujets, sans pouvoir être sûrs pour autant que leur discours expert brise le soupçon qui pèse sur le demandeur d'asile dont ils examinent les traumatismes.

En outre, dans l'utilisation de leur savoir clinique, ils épousent les logiques propres à l'administration dans le but de mieux convaincre. Les qualifications des séquelles psychologiques tendent à insister sur le diagnostic du traumatisme et taire les éventuels antécédents psychiatriques du patient ou l'aggravation des troubles par les conditions de précarité rencontrées en France, quand, pourtant, la littérature sur la question souligne précisément l'imbrication de ces différents aspects. Dans d'autres pays européens, l'exploration du traumatisme fait une place grandissante au dépistage par des questionnaires standardisés centrés sur la catégorie du PTSD, effaçant là encore la complexité des expériences subjectives.

Conclusion

Ainsi, loin de se résumer à une question sanitaire, la santé mentale des demandeurs d'asile est au cœur des enjeux politiques contemporains en matière de politique migratoire. La reconnaissance progressive des effets psychologiques de la violence dans la psychiatrie des migrants, la mobilisation des acteurs de santé pour leur prise en charge et le soutien des décideurs politiques en la matière ont engendré la reconnaissance de cet enjeu dans l'espace public et permis une relative évolution des dispositifs de prise en charge des exilés.

D'abord essentiellement centré sur la catégorie du traumatisme psychique, le discours des cliniciens et des chercheurs s'est ensuite attaché à mieux décrire la complexité de l'articulation entre traumatisme, subjectivité, culture et condition sociale, d'une part, et les interférences entre les dimensions passées et présentes de l'expérience, d'autre part. Les écueils du culturalisme, de la pathologisation et de la victimisation ont ainsi progressivement intégré le discours critique sur la santé mentale des demandeurs d'asile.

Néanmoins, au moment où l'expertise se sophistique, où la politique de santé affirme la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés comme une priorité, les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles. La violence structurelle des politiques d'accueil accentue la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile. La complexité de l'expérience des sujets devient difficilement audible dans l'arène d'une administration soumise à l'accélération de ses procédures d'évaluation. ■

Notes

1. Hannah Arendt, *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*, Paris, Éditions du Seuil, 1982.
2. Dans le droit français, le terme apparaît pour la première fois dans la circulaire Laurent Fabius du 17 mai 1985, JO du 23 mai 1985.
3. Didier Fassin et Estelle d'Halluin, "Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies", in *Ethos*, n° 35, 2007.
4. Kelly McKinney, "Breaking the Conspiracy of Silence: Testimony, Traumatic Memory and Psychotherapy with the Survivors of Political Violence", in *Ethos*, n°35, 2007.
5. Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.
6. Abdelmalek Sayad, *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Le Seuil, 1999, p. 257.
7. Thierry Baubet et Marie-Rose Moro. "Trauma et culture", in *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 2000 ; Marjorie A. Muecke, "New Paradigms for Refugee Health Problems", in *Social Science and Medicine*, n°35, 1992 ; Derek Summerfield, "A Critique of Seven Assumptions behind Psychological Trauma Programmes in War-Affected Areas", in *Social Science and Medicine*, n°48, 1999.
8. Allan Young, *The Harmony of Illusions: Inventing the Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
9. Richard Rechtman, "L'intraduisible culturel en psychiatrie", in *Migrations Santé*, n°78, 1994 ; Richard Rechtman, "Stories of Trauma and Idioms of Distress: from Cultural Narratives to Clinical Assessment", in *Transcultural Psychiatry*, n° 37, 2000 ; Laëtitia Atlani et Cécile Rousseau, "The Politics of Culture in Humanitarian Aid to Women Refugees who have experienced sexual violence", in *Transcultural Psychiatry Review*, n°37, 2000.
10. Derek Summerfield, "The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category", *British Medical Journal*, 322, 2001, p.13.
11. Cécile Rousseau, "Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale", *Criminologie*, n°33, 2000 ; Charles Watters, "Emerging Paradigms in the Mental Health of Refugees", *Social Science and Medicine*, n°52, 2000.
12. Thierry Baubet, Tahar Abbal et al., "Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques", in *Le journal international de victimologie*, 2004.
13. Financée par la DRASS, des initiatives sont menées en région lyonnaise. Voir la "Recherche clinique sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Réfugiés et autres publics issus de la demande d'asile".
14. Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.
15. Jean-Pierre Massé, "L'institutionnalisation de l'accueil : vers une gestion collective des réfugiés", in *Les réfugiés en France et en Europe. Quarante ans d'application de la Convention de Genève. 1952-1992*, Paris, OFPRA, 1992.
16. C'est ce dont témoigne l'insistance de différents hommes politiques sur l'augmentation du coût de l'accueil des demandeurs d'asile au cours du débat du 5 juin 2003 à l'Assemblée nationale portant sur la réforme du droit d'asile.
17. Estelle d'Halluin, *Les épreuves de l'asile. De la politique du soupçon à la reconnaissance des réfugiés*, thèse de sociologie, Paris, EHESS, 2008.
18. Paul Farmer, "On Suffering and Structural Violence: A View from Below", in A. Kleinman, V. Das et M. Lock (ed.), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 1997.
19. Derrick Silove, Zachary Steel et al., "Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers", in *Journal of American Medical Association*, 284:5, 2000.
20. Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
21. Michael T. Taussig, *The Nervous System*, New York, London, Routledge, 1992.
22. Véronique Nahoum-Grappe, "L'usage politique de la cruauté : l'épuration ethnique (ex-Yougoslavie 1991-1995)" in F. Héritier (ed.), *De la violence*, Paris, Odile Jacob, 1996.