



LES RESSOURCES DE SOINS EN SANTÉ PSYCHIQUE POUR LES PERSONNES EXILÉES EN GRANDE PRÉCARITÉ

ENSEIGNEMENTS DE LA PERMANENCE PSYCHOSOCIALE
DE MÉDECINS DU MONDE ET PANORAMA PARISIEN

Rapport scientifique

LES RESSOURCES DE SOINS EN SANTÉ PSYCHIQUE POUR LES PERSONNES EXILÉES EN GRANDE PRÉCARITÉ

**ENSEIGNEMENTS DE LA PERMANENCE PSYCHOSOCIALE
DE MÉDECINS DU MONDE ET PANORAMA PARISIEN**

Rapport scientifique

Remerciements

Merci à toutes les personnes exilées rencontrées à la Permanence Psy de Médecins du Monde, pour leurs témoignages précieux et leurs apports indispensables pour la compréhension et l'analyse.

Merci à toute l'équipe de la Permanence Psy de la Veille, pour son accueil bienveillant et nos échanges fondamentaux pour la réalisation de la recherche.

Merci à tou-tes les profession-nelles du soin psychique qui ont accepté de me rencontrer et de me livrer leurs importants retours d'expérience.

Merci au pôle Recherche et Apprentissages et Marion Mottier, Référente Santé, de Médecins du Monde, ainsi qu'au Laburba, pour leur engagement dans cette démarche partenariale et leur soutien pour le développement de la recherche. Merci aussi au laboratoire Géographie Cités au sein duquel j'étais accueillie en délégation CNRS durant une partie de la recherche.

Autrice

Camille Gardesse, Maîtresse de conférences
École d'urbanisme de Paris-Laburba, Université
Paris-Est-Créteil. Affiliée Institut Convergence
Migrations

Comité de Rédaction

Juan Diego Poveda, Référent Sciences sociales ;
Paul Alauzy, Coordinateur Veille sanitaire
migrants et permanence psy.

Conception graphique et mise en page :
Christophe Le Drean.

Document publié en décembre 2024.

SOMMAIRE

Acronymes et abréviations	4		
INTRODUCTION	5	CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXION	52
MÉTHODOLOGIE	7	RÉFÉRENCES	54
1. Une démarche méthodologique qui croise plusieurs techniques d'enquête sur un temps long	7	ANNEXES	56
2. Enjeux éthiques et dispositif mis en place pour éviter les risques de réactivation de traumatismes	7	1. Lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé	56
3. Limitations de l'étude	9	2. Panorama des ressources de soins en santé	58
		3. Avis du comité d'éthique	62
RÉSULTATS	10		
1. La Permanence Psy : un espace d'accueil et d'écoute collectif, adapté aux exilé·e·s très précaires et en constante expérimentation	10		
2. Des violences corrélées à la condition d'exilé·e·s au fondement des problématiques de santé psychique	23		
3. Panorama des ressources de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires à Paris	36		
4. Difficultés communes et enjeux transversaux : le poids des politiques migratoires	39		

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de la Santé
BPI	Bénéficiaire de la Protection Internationale
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
CPA	Centre de Premier Accueil
CPOA	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
DNA	Dispositif National d'Accueil
EFT	Emotional Freedom Technique
EMDR	Eyes Movement Desensitization and Reprocessing
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
ISM	Inter Service Migrants
MdM	Médecins du Monde
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PP	Permanence Psy. Permanence d'accueil et d'écoute psychologique et juridique de Médecins du Monde
TSPT	Troubles de Stress Post-Traumatique

INTRODUCTION

Depuis presque une décennie, des chercheur·e·s et des observatrice·s documentent les manifestations d'une « crise institutionnelle de l'accueil » (Akoka, Schmoll, 2018), dans le cadre de l'arrivée de personnes exilées dont beaucoup demandent l'asile en France. En 2015, à Paris, c'est l'apparition de paysages urbains de campements, habités par des personnes exilées en situation de grande précarité (Gardesse, Piva, Runet, 2022), qui a participé à rendre visible ce déficit de l'action publique. L'accès à l'hébergement en est de fait un des symptômes majeurs : d'autres problématiques les composent : parmi elles se trouvent la santé psychique des personnes exilées et leur possibilité d'accès au soin, dont nous parlons dans ce rapport.

En effet, dans les modalités de la dite « politique d'accueil » en France, les facteurs de détresse psychique des personnes exilé·e·s, tout comme les modalités qui permettent leur prise en charge, sont peu appréhendés. Les dispositifs organisés par l'Etat ne s'occupent pas – ou très peu – de ces problématiques (Saglio-Yatzimirsky, Wolmark, 2018), alors même que l'on sait depuis longtemps déjà que les conditions de vie dans le pays d'accueil sont susceptibles de provoquer des aggravations de leur santé psychique (Baubet et al, 2004 ; D'Halluin, 2009), et que la précarité et l'isolement peuvent amplifier le poids de traumatismes passés (Jusot et al., 2019, in Prieur et al, 2022 ; Vignier et al., 2017).

Les ajustements locaux, notamment par l'investissement d'associations et la mobilisation d'habitant·e·s, se révèlent alors centraux pour organiser l'accès aux soins des exilé·e·s, en particulier les plus précaires (Hoyez, 2011).

À Paris, depuis 2018, dans le cadre de ses actions de veille sanitaire auprès des personnes exilées à Paris, Médecins du Monde (MdM) a mis en place une « Permanence d'accueil et d'écoute psychologique et juridique », que ses membres appellent couramment la « Permanence Psy » (PP) – nous appellerons ainsi dans ce rapport. Toute

personne exilée, sans condition de statut administratif, peut s'y rendre et demander une consultation avec un·e psychiatre ou un·e psychologue, une rencontre avec un·e juriste ou un·e chargé·e de mission pour des questions administratives ou sociales, ou encore s'installer dans une salle pour boire un café, échanger avec des bénévoles ou d'autres exilé·e·s, ou simplement se reposer.

Le présent rapport s'appuie sur une enquête ethnographique menée au sein de la Permanence Psy entre 2021 et 2024. Cette démarche s'inscrit dans un processus de recherche-action élaboré conjointement entre l'équipe de la PP et moi-même en tant que chercheuse en sociologie urbaine. La recherche a également comporté une démarche d'enquête auprès d'autres dispositifs permettant l'accès aux soins en santé psychique des exilé·e·s à Paris.

Du point de vue académique, ce travail se situe au croisement de travaux portant sur les thématiques d'accueil local (Agiar, 2018 ; Babels 2018, Gardesse, Le Courant, Masson Diez,, 2022 ; Gardesse Lelevrier 2021) et de ceux centrés sur les questions de santé des personnes exilé·e·s (Fassin, 1996 ; D'Halluin, 2009 ; Wang, 2018, Saglio-Yatzimirsky, 2018 ; Pestre, 2019). Le projet de recherche avait pour objectif de comprendre concrètement les ressorts des problématiques de santé psychique de personnes exilées en situation de grande précarité, mais aussi ce qu'elles révèlent des politiques et des pratiques d'accueil, ce qu'elles disent de l'hospitalité en ville.

Ce travail comporte également des objectifs opérationnels et de plaidoyer, co-construits avec Médecins du Monde. Le premier besoin de l'équipe de la Permanence Psy était de documenter les situations de personnes exilées patientes, en particulier les plus complexes ou les plus idéaltypiques. En effet, les divers·e·s professionnel·le·s mobilisé·e·s tous les mardis à la PP ne peuvent pas, en plus de leurs activités dédiées à l'accueil des exilé·e·s, dégager suffisamment de temps pour recueillir formellement les témoignages,

qu'ils concernent des situations de vie et de souffrance psychique, des orientations institutionnelles vers Médecins du Monde, ou au contraire des déficits de prise en charge par les pouvoirs publics. Dans ce cadre, ce rapport permet aussi de mettre en valeur les retours d'expériences de tou-te-s les membres de Médecins du Monde rencontré-e-s.

Enfin, ce rapport propose un élargissement de la réflexion sur la prise en charge des problématiques de santé psychique des personnes exilées, au travers d'un panorama cartographié de l'offre de soins accessible à Paris. En effet, tant du point de vue des praticien-ne-s à l'intérieur de la PP, que pour renforcer le plaidoyer, il y a un enjeu à avoir une vision claire de ce qui est effectivement accessible pour les exilés en termes d'accès aux soins de santé psychique à l'échelle parisienne et francilienne. D'un point de vue opérationnel, cette cartographie de l'offre permet non seulement de situer la PP dans son champ d'intervention et de réfléchir aux orientations de patient-e-s, mais aussi d'envisager des partenariats.

MÉTHODOLOGIE

1. UNE DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE QUI CROISE PLUSIEURS TECHNIQUES D'ENQUÊTE SUR UN TEMPS LONG

Dans un premier temps, l'enquête a reposé sur une observation participante qui correspond à mon implication au sein de la Permanence Psy (PP) durant deux périodes de 5 mois, à 2 ans d'écart 2 entre octobre 2021 et février 2022 (15 sessions), puis entre octobre 2023 et février 2024 (10 Sessions). J'ai ainsi été présente les mardis après-midi, en ayant un rôle de bénévole-accueillante lors des 3 heures de permanence et en étant présente lors des réunions de briefing et de debriefing et celles de supervision collective. J'ai également participé à des veilles sanitaires mobiles, se déplaçant vers des lieux de vie de personnes exilées (campements de rue, squats, interstices urbains...)

Pour compléter cette démarche d'observation, j'ai mené en 2021-2022 une série de 15 entretiens semi-directifs avec les salariés – coordinateur-trice-s, chargé-e-s de mission – les bénévoles – médecins généralistes, psychiatres, psychologues, juristes – et les interprètes professionnels de la PP, afin d'identifier non seulement les problématiques de santé psychique qu'ils et elles rencontrent, mais aussi les modalités qu'ils et elles développent pour les prendre en charge. Des temps de présentation de la recherche et de restitution des résultats ont été organisés avec les membres de l'équipe de la PP, ce qui m'a permis d'enrichir les analyses à partir de leurs retours.

Parallèlement à l'observation participante, j'ai également mené une série d'entretiens avec des personnes exilées, sur les raisons et le chemin qui les ont conduites à venir à la PP. J'ai procédé de deux manières : soit par des entretiens semi-directifs formels et parfois enregistrés, après avoir informé les personnes exilées des objectifs et modalités de la recherche, notamment grâce au formulaire de consentement : soit par des entretiens plus informels et non enregistrés, mais pour

lesquels je précisais tout de même mon statut de chercheuse et l'objet de la recherche. Cette démarche m'a permis de formaliser 39 situations de personnes exilées aux profils sociodémographiques variés. Ces situations sont présentées dans le rapport sous la forme de courts récits, puisant à la fois dans des discussions lors d'observations et dans des entretiens formels.

Dans un deuxième temps, en 2023 et 2024, j'ai travaillé à élaborer un panorama cartographié des structures et des dispositifs permettant l'accès aux soins en termes de santé psychique et de prise en charge des symptômes de stress post-traumatique de personnes exilées à Paris, afin de comprendre l'offre mobilisable et la répartition des rôles entre action publique et associative (voire habitante), mais aussi de mettre en lumière les difficultés, obstacles et limites rencontrés par la PP dans l'orientation des personnes pour une prise en charge en santé psychique adaptée. Cette démarche m'a conduite à mener des entretiens auprès de praticien-ne-s d'autres structures de soins en santé psychique, mais aussi des gestionnaires de lieux de l'accueil de jour, à Paris ou en proche banlieue. J'ai rencontré 34 enquêté-e-s dans 21 structures.

2. ENJEUX ÉTHIQUES ET DISPOSITIF MIS EN PLACE POUR ÉVITER LES RISQUES DE RÉACTIVATION DE TRAUMATISMES

Les principaux risques de cette recherche, qui m'ont conduite à demander un avis au comité d'éthique de la recherche de l'Université de Paris, sont ceux liés à une possible réactivation, lors des entretiens, de traumatismes ou à une majoration de l'angoisse que pourraient ressentir certaines personnes exilées venant consulter à la PP. De plus, il s'agit de personnes qui sont régulièrement contraintes de raconter leurs histoires, personnelles et migratoires, dans des relations asymétriques

de pouvoir (lors des procédures administratives, devant des travailleur·se·s sociaux·les...). Il est fréquent qu'elles souffrent de ces injonctions répétées au récit des violences qu'elles ont dû surmonter. Par ailleurs, elles peuvent préférer, en toute circonstance, l'évitement de certains aspects de ces histoires, pour se protéger psychologiquement.

Plusieurs dispositions ont été prises pour minimiser ces risques :

- Afin de nous assurer du plus complet consentement possible des personnes exilées, les entretiens et la recherche ont été présentés à plusieurs reprises et par plusieurs personnes : une première fois par un salarié de MdM ou un·e psychologue ou psychiatre de la PP, puis une seconde fois par la chercheuse. Enfin, un temps était laissé à la personne pour prendre connaissance de la lettre d'information prévue pour que le consentement soit le plus éclairé possible.
- Ces explications, tout comme les entretiens, ont pu être menées avec la présence d'un·e interprète professionnel·le, pour s'assurer que la personne avait bien eu accès à toutes les informations délivrées et était le plus à l'aise possible pour exprimer son consentement ou, au cours de l'entretien, sa volonté de ne pas répondre à certaines questions.
- La grille d'entretien a été réfléchiée avec une psychologue. Certaines questions sont volontairement très courtes et sans relances, pour bien laisser les personnes raconter uniquement ce qu'elles veulent dire. Il était prévu dès le départ de l'enquête de totalement respecter leurs limites et, à l'inverse d'autres entretiens sociologiques plus classiques, de ne pas relancer les personnes systématiquement, même si je pouvais avoir le sentiment de manquer d'informations.
- L'objet de la recherche et la grille d'entretien n'ont pas pour finalité de faire parler les

personnes exilées sur les dimensions traumatiques qui les affectent : celles-ci ont éventuellement été évoquées en fin d'entretien, si les personnes le souhaitaient – car il était aussi possible que certaines aient précisément besoin d'en parler ou d'être à nouveau écoutées à ce sujet. Les questions portaient davantage sur leurs expériences de Paris, la manière dont elles ont connu et accédé à la PP, et leur fréquentation concrète de celle-ci. In fine, mais de manière spontanée, la plupart des personnes exilées avec qui j'ai mené un entretien et/ou avec qui j'ai échangé de manière plus informelle m'ont parlé de leur souffrance psychique et des raisons pour lesquelles elles venaient à la PP.

- Les entretiens ont été réalisés dans les locaux de Médecins du Monde et durant la PP du mardi après-midi. Dans la majorité des cas, ils ont été faits après les consultations prévues avec un·e psychiatre/psychologue, qui étaient donc également présente·s à l'issue des entretiens.

L'enregistrement des entretiens semi-directifs a été conditionné au consentement explicite de la personne concernée. Lorsque celle-ci a refusé d'être enregistrée, il a été possible de prendre des notes écrites pour faciliter les analyses par la suite. En tant que chercheuse, j'étais la seule à avoir accès aux enregistrements. Ceux-ci ont été utilisés exclusivement dans le cadre des analyses et ont été supprimés à la fin du processus.

La demande de consentement a ainsi systématiquement fait l'objet d'un échange oral avec la personne afin d'assurer la bonne compréhension des informations. Cet échange a été mené en cas de besoin avec l'appui d'un·e interprète, qui a pu traduire toute la lettre d'information éclairant le consentement. La lettre d'information servait ainsi de support pour s'assurer qu'aucun élément essentiel n'avait été oublié.

Cependant, avec Médecins du Monde, nous avons estimé que nous ne pouvions pas demander à des personnes en situation de grandes précarités administratives et de détresse psychique causée précisément par leurs difficultés administratives d'apposer leur signature sur un document officiel pour valider ce consentement. Cela serait une demande potentiellement génératrice d'angoisse pour ce public, qui est contraint en permanence à se plier à des demandes administratives comportant la signature de documents qu'il ne maîtrise pas vraiment. C'est pourquoi nous avons proposé que la lettre d'information soit aussi celle du consentement éclairé. Au demeurant, il est très fréquent que les personnes exilées refusent les enregistrements, précisément par crainte de pouvoir être identifiées ou de laisser trop de traces – raison pour laquelle je ne saurai leur demander une signature, alors que tout au long de leur parcours elles subissent des injonctions de ce type.

Par ailleurs, tout au long de la recherche, et plus particulièrement lors de la rédaction de ce rapport, l'anonymat des personnes est strictement respecté et aucune donnée ou information potentiellement identifiante n'est mentionnée. Dans les verbatims présentés dans ce rapport, les noms des personnes ont été ainsi remplacés par des pseudonymes afin de protéger leur identité.

3. LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Les principales limitations de l'étude se situent dans la difficulté à retracer pleinement les trajectoires et les expériences des personnes exilées.

En premier lieu, les enjeux éthiques et la vigilance à ne pas générer trop de réminiscences douloureuses conduisent l'enquêtrice à ne pas insister sur certains aspects biographiques, pour respecter les limites de personnes vulnérables psychologiquement et sans cesse soumises à une injonction au récit de soi.

Par ailleurs, il faudrait pouvoir revoir de manière plus systématique les personnes exilées rencontrées, refaire des entretiens avec elles à plusieurs mois de distance, pour comprendre précisément leurs trajectoires résidentielles, sociales et administratives et les évolutions de leur santé psychique. Si cela a été rendu possible pour certaines personnes grâce au dispositif d'immersion dans la Permanence Psy, d'autres, qui ne sont pas ou peu revenues à Médecins du Monde, n'ont pas pu être rencontrées plusieurs fois. Une approche longitudinale, en recontactant les personnes un ou deux ans après, serait ainsi pertinente – mais reste compliquée à mettre en place avec des enquêté·es qui sont beaucoup en mouvement, par choix ou par contrainte.

RÉSULTATS

1. LA PERMANENCE PSY : UN ESPACE D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE COLLECTIF, ADAPTÉ AUX EXILÉ·E·S TRÈS PRÉCAIRES ET EN CONSTANTE EXPÉRIMENTATION

1.1. Un dispositif construit empiriquement

Historique : création de la PP après une expérience dans le Centre de Premier Accueil de la Ville de Paris

Durant l'année 2015, des véritables paysages de campements de rue sont apparus dans des espaces publics relativement centraux de Paris, autour des stations Stalingrad, Jaurès et La Chapelle sous la ligne 2 du métro. Des personnes exilées en situation de grande précarité, pour beaucoup demandeuses d'asile, arrivaient quotidiennement à Paris et s'établissaient là faute de pouvoir accéder à l'hébergement institutionnel (Gardesse, Piva, Runet, 2022).

Peu de temps après, Médecins du Monde a mis en place des veilles mobiles d'accès aux soins pour aller vers ces personnes : le camion médicalisé de la veille sanitaire et sociale se déplaçait dans ces campements et proposait des consultations médicales à leurs habitant·e·s. Dans ce cadre, comme le racontent en entretiens les personnes présentes à ce moment-là à Médecins du Monde, il est très rapidement apparu aux intervenant·e·s sociaux et médicaux que les personnes exilées rencontrées avaient des besoins forts en termes de santé psychique. Mais lorsque des consultations psychothérapeutiques ont été testées durant les veilles dans les espaces publics, elles n'ont pas bien fonctionné, notamment parce que la confidentialité des échanges ne peut être assurée sous un barnum dans la rue.

« Et en fait on se rend compte que dans la rue y a trop de bruit y a trop de passage et que même si on consacre un barnum euh... à la personne en fait euh il fait froid, on entend tout le monde extérieur,

y a toutes les pressions, c'est pas du tout apte à dévoiler l'intime, à créer ce lien important. »

— Antoine*, salarié chargé de mission puis coordinateur, entretien du 09 novembre 2021.

En 2016, lors de l'ouverture de ce qu'elle a appelé le « Centre de Premier Accueil » (CPA) à Porte de la Chapelle, la Mairie de Paris a sollicité Mdm pour participer au pôle Santé prévu à l'intérieur et géré par le Samu Social. Mdm avait déjà refusé à plusieurs reprises les interventions en tant qu'opérateur pour la Mairie de Paris. Toutefois, à ce moment-là, l'association était la seule à avoir une expérience de soins mobile auprès des exilé·e·s dans les campements, ce qui a conduit les chargés de mission à proposer aux bénévoles d'essayer d'intervenir dans cette nouvelle structure, en particulier autour des dimensions psychologiques. Les psychiatres déjà impliqués chez Mdm dans des consultations ponctuelles étaient plutôt réticents à cette idée, parce que le CPA ne devait pas permettre de voir les personnes plus d'une fois, ce qui les interrogeait sur la qualité des soins possible. Dans le même temps, ils et elles étaient tout à fait conscient·e·s du besoin existant.

Finalement, la solution retenue collectivement a été de proposer une intervention de Mdm calibrée dès le départ pour ne durer que 6 mois (Mdm restera finalement 8 mois) et de partir du CPA en faisant des recommandations en termes de dispositifs d'accès aux soins en santé psychique. Les psychiatres et psychologues de Mdm devaient être plutôt en observation avec la possibilité, le cas échéant, de recevoir ponctuellement des exilé·e·s dans un bureau privé. Mais une fois sur place, les

* Les noms et prénoms des personnes interviewées dans ce rapport ont été remplacés par des pseudonymes.

« psys »² ont été très sollicité·e·s par des exilé·e·s et ont finalement enchaîné les consultations.

Malgré ce besoin important, les bénévoles de MdM expliquent avoir trouvé beaucoup de limites dans le dispositif alors mis en place, notamment autour des problématiques d'interprétariat. Ils et elles disent s'être senti·e·s « instrumentalisés dans un mode d'approche qui n'étaient pas celui de MdM » (entretien Bernard, bénévole psychiatre, 19 octobre 2021). De plus ils et elles racontent avoir alors identifié le problème leurs manques de connaissances en termes administratifs et de procédures liées au droit d'asile et plus largement au droit des étranger·e·s, alors même que c'est un sujet essentiel pour les exilé·e·s reçues en consultation. De fait, au sein du CPA, ils et elles étaient régulièrement interpellé·e·s sur les situations administratives des personnes rencontrées, sans pouvoir leur apporter de réponses.

« Y avait quand même plein de sujets administratif sur lesquels on avait pas de réponses, et en gros beaucoup étaient là sur... est-ce que j'suis en sécurité ?, est-ce que euh c'est quoi Dublin, est-ce que c'est bien si je donne mes empreintes ?, est-ce qu'il faut pas ?, j'avais aller en Angleterre, où est-ce qu'il faut que j'aïlle ?, est-ce que c'est bien d'être orienté ?, et que dans les angoisses qui ressortaient y avait beaucoup d'angoisses liées à leur statut et à leur situation administrative, sur lesquelles les psys avaient plutôt zéro compétence. »

— Benoît*, salarié et coordinateur, entretien du 21 mars 2022.

Mais selon elles et eux, le bilan de cette expérience dévoilait également, à nouveau, l'intérêt voire la nécessité de proposer du soin en santé psychique à ces personnes exilées en grande précarité. Les psychiatres et psychologues ont constaté l'importance, pour les exilé·e·s de ce moment de consultation totalement ouvert, où ils et elles peuvent parler de ce qui leur vient spontanément, sans que ce soit corrélé à des attentes administratives ou à des formes de soupçons.

« Ce discours qu'était revenu plusieurs fois, des personnes qui étaient euh... presque un peu déçues d'avoir quelqu'un en face d'elles qui n'avait pas de questions et qui ne prenait pas de notes, qui ne faisait pas de recueil de données,

avec un peu ce discours de... voilà on a souvent l'impression d'être des chiffres ou de servir de statistiques et que voilà les gens nous demandent "alors vous êtes passés par la Libye, vous avez eu des violences ? Quel type de violences ?", et que voilà on a l'impression que les gens s'intéressent pas forcément à nous mais euh à leur à leur vision des choses et à leurs stats, et là... on a quelqu'un en face de nous qu'a rien à nous dire, et qui nous écoute, et avec qui finalement on se sent... assez libre d'expliquer pourquoi on dort pas, on fait des cauchemars, on... a des maux de tête, on se nourrit pas, on a des angoisses, on est pas à l'aise en collectivité, ceci ou cela, et un peu sous forme de... plutôt de conseil euh... et d'écoute le truc s'avère assez... pertinent. »

— Benoît*, salarié et coordinateur, entretien du 21 mars 2022.

C'est donc fort·e·s de cette expérience que psys et salariés de MdM discutent lors de leur départ du CPA de la possibilité de monter une initiative propre de soins en santé psychique, en partant de ce double constat de la pertinence de proposer des moments d'écoute et de soin psy et de la nécessité de l'articuler avec un soutien social et juridique.

Mais parce que cette initiative est précisément issue de la volonté de combler un manque, celui de la prise en charge des personnes exilées très précaires, il n'a pas été simple d'en définir les contours. Les expériences professionnelles antérieures de certain·e·s bénévoles ont alors été très importantes, en plus de l'expérience collective du CPA, pour définir certains incontournables, en particulier : l'importance de travailler en équipe et en pluri-disciplinarité, pour ne pas être laissé·e·s seul·e·s face à des situations complexes au plan administratif mais aussi psychique et émotionnel ; la nécessité d'avoir recours à des interprètes professionnel·le·s avec la capacité d'écouter avec bienveillance et distance.

Organisation et fréquentation de la Permanence Psy depuis 2018 : plusieurs modalités selon le contexte sanitaire mais une stabilité dans le temps

La permanence d'accueil et d'écoute psychologique et juridique a été initialement conçue comme un espace offrant à la fois :

² J'utilise ici l'expression « psys » telle qu'elle est mobilisée par l'équipe de la Permanence, pour désigner à la fois les psychologues et les psychiatres.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Permanences tenues	40	40	24	47	46	43
File active	84	149	171	151	183	156
Personnes inscrites à la permanence	452	530	353	623	740	831
Personnes venues à la permanence	325	463	337	489	546	806
Consultations individuelles	252	277	326	413	420	484

Tableau 1. Données sur les consultations de la Permanence Psy, 2018-2023

- un accueil collectif dans une salle dédiée, dans laquelle a été installé un grand mur d'expression, des jeux de société, des livres et de quoi dessiner ;
- la possibilité d'être reçu·e·s en consultation individuelle, par des psychiatres, des psychologues, mais aussi des médecins généralistes et des juristes – tous ces rdvs se déroulant avec la présence d'un·e interprète professionnel·le.

Ces consultations sont, dans la plupart des cas, sur rendez-vous, mais il est également possible de venir sans rendez-vous à la PP, simplement pour être dans l'accueil collectif et aussi pour demander si une consultation est possible – ce qui est presque toujours le cas.

Les salarié·e·s MdM jouent un rôle d'accueillant·e·s sociaux·ales et, grâce à l'implication de l'association dans une interorga parisienne plus large, ils et elles peuvent orienter vers différents dispositifs comme des accueils de jour, de l'aide alimentaire ou même de l'hébergement, mais aussi concrètement donner des tentes ou des kits d'hygiène.

Ce fonctionnement initial a été bouleversé par la crise sanitaire de 2020, le premier confinement puis les restrictions successives notamment en termes de jauges. La Permanence Psy, après avoir fermé quelques mois, a pu rouvrir en septembre 2020, mais pas l'accueil collectif initial : en 2021 et 2022 (lors de la première période d'observation) les exilé·e·s prennent des rendez-vous à l'avance sur des créneaux horaires précis et viennent pour leur consultation. La salle dédiée à l'accueil collectif ne peut plus être utilisée et le premier accueil puis l'attente avant les consultations se font dans le hall d'entrée de MdM, avec des chaises qui souvent ne se font pas face pour éviter trop d'interactions. Il n'y a plus d'animation de groupes ni d'activités proposées aux exilé·e·s, ce qui est un grand

regret des membres de l'équipe, qui ont remis en place cette dimension informelle collective dès que cela a été possible en 2022. Les années suivantes, 2023 et 2024 (lors de la seconde période d'observation) cet accueil de groupe est à nouveau pleinement intégré au dispositif de la PP.

Depuis son ouverture en 2018, la PP accueille entre 300 et 500 personnes par an et le nombre de consultations individuelles a augmenté entre 2018 et 2022.

Parmi les personnes venues consulter, 22 n'étaient pas inscrites au préalable pour un rendez-vous. Parmi les 546 personnes venues à la PP en 2022, certaines viennent depuis des mois voire des années, d'autres n'ont fait qu'un seul rdv.

Les taux de rdv honorés sont **particulièrement élevés pour un public en errance qui souffre d'instabilité résidentielle et de grande précarité économique** : en 2021, c'est 3 patients sur 5 qui ont honoré leurs rdvs psys : 623 rdvs ont été donnés et 379 ont été honorés, soit 60 %, contre 65 % en 2020.

Ce taux est d'autant plus positif que la PP, située dans le 12^e arrondissement de Paris, est éloignée des centralités quotidiennes des personnes exilées, qui sont plutôt polarisées dans le Nord-Est parisien voire au-delà de Paris (Gardesse, Piva, Runet, 2022).

La majorité des personnes qui viennent à la PP sont orientées depuis les veilles sanitaires mobiles de Médecins du Monde, au cours desquelles sont présents les mêmes chargés de mission et souvent les mêmes médecins généralistes et les mêmes traducteurs. Il y a ainsi une continuité forte de l'action de MdM entre les veilles mobiles et la PP.

Les chargés de mission de MdM jouent en particulier un rôle primordial dans la venue des personnes exilées qu'ils rencontrent directement dans la rue, car c'est le premier lien qu'ils établissent avec ces derniers qui permet de construire la confiance les amenant à se déplacer jusqu'à la PP.

Mais d'autres voies d'accès existent : parmi les 22 % de personnes qui viennent sans être inscrites au préalable, beaucoup sont des ami·e·s d'exilé·e·s déjà inscrit·e·s, qui les emmènent directement. Il existe aussi ponctuellement des orientations faites par d'autres associations voire par des institutions publiques.

1.2. Le fonctionnement de la PP : flexibilité, pluridisciplinarité et dimension politique

La volonté de s'adapter aux contraintes du public

Une caractéristique fondamentale de ce dispositif est une forme de flexibilité qui permet à l'équipe de s'adapter au public reçu et aux nombreuses contraintes qui s'imposent à lui. Ainsi, un certain cadre est posé, des règles de fonctionnement, des horaires de consultation, des modalités de régulation des interactions, mais les membres de la PP sont toujours attentifs à pouvoir adapter ce cadre aux situations qui se présentent à elles et eux. L'adaptabilité du cadre est de fait assurée par leur attention constante aux besoins des exilé·e·s.

Cette flexibilité est explicitement reconnue et même revendiquée par plusieurs membres de la PP, car elle apparaît comme « une plus-value » par rapport à d'autres dispositifs d'accès aux soins en santé psychique :

« On s'arrangeait avec euh... avec la réalité telle qu'elle se présentait, c'est vrai que la réalité telle qu'elle se présentait c'était que les exilés qui étaient venus, parfois arrivaient avec des copains, soit migrants, soit de l'hôtel où ils étaient hébergés, c'est-à-dire que le truc un peu policé qui avait été imaginé au départ n'était plus comme ça mais qu'en même temps le nombre qu'on était permettait de s'adapter. »

— Christiane*, bénévole et psychologue, entretien du 07 décembre 2021.

L'adaptabilité apparaît aussi dans la rapidité de l'accès au soin, particulièrement importante et adaptée aux temporalités du public. Dans les

faits, il n'y a aucun ou quasiment pas de délai pour avoir un rendez-vous : les personnes peuvent être reçues en consultation quelques jours après avoir été orientées ou le jour même en venant directement à la PP.

« Pour les patients qu'on rencontre sur la veille, c'est important qu'ils aient un rdv dès le lendemain ou les jours qui suivent, qu'ils comprennent ce qui se passe, dès le lendemain quand c'est encore tout chaud. »

— Jacqueline*, bénévole et médecin généraliste, réunion d'équipe du 10 octobre 2023.

Durant la période de restriction liée à la crise sanitaire Covid, cette flexibilité est présentée comme moindre par les membres de l'équipe : pour autant, elle continue d'exister dans les faits. On peut ainsi observer une souplesse constante durant les après-midis de permanence : si des personnes exilées ayant rdv avec une psy ne viennent pas mais que d'autres, devant voir une autre psy surchargée attendent, la première psy propose de les recevoir s'ils en sont d'accord. Si des personnes viennent sans rdv et qu'il y a peu de psys disponibles, ces dernier·e·s s'arrangent pour les recevoir tou·te·s, quitte à ne voir certain·e·s que 10 minutes pour amorcer la relation – ce qui peut parfois les placer en contradiction avec certains de leurs principes de praticien·ne·s. Même s'il a été dit lors de la réunion de briefing, en début d'après-midi, que des personnes n'ayant pas rdv avec un généraliste ne pouvait pas être reçues, les médecins s'arrangent fréquemment au cours de l'après-midi pour recevoir une personne dans cette situation qui semble en grande souffrance physique.

De fait, le fonctionnement décidé en interne au moment du lancement de la PP, en 2018, n'a en réalité jamais vraiment cessé d'évoluer, et ses membres parlent d'une « expérimentation permanente », « fonctionnement constamment remis en question », « d'un questionnement » qui a toujours existé.

Profil·s militants et engagés des membres de l'équipe

Les réflexions et les positions autour du fonctionnement et des enjeux d'un tel dispositif peuvent largement se comprendre à l'aune des profil·s des personnes qui le constituent. En effet, les entretiens réalisés avec les membres de la PP en 2021 et 2022 et les discussions informelles lors des

observations entre 2021 et 2024 révèlent des postures politisées et engagées.

Chez les médecins bénévoles – psychologues, psychiatres, généralistes – les entretiens donnent à voir des trajectoires anciennes « d’engagement » ou de politisation, et ce sont plutôt ces termes – « engagement » et « politique » – qui sont préférés par les médecins à celui de « militantisme ». La plupart des bénévoles « psys » sont retraité·e·s ou en fin de carrière, et ont vécu celle-ci comme un engagement de longue durée. Celui-ci s’est traduit à la fois par leurs pratiques et par les lieux où ils et elles ont choisi d’exercer : tou·te·s ont travaillé dans des institutions publiques ou associatives, souvent auprès de publics précaires ou minorisés. Par ailleurs, à côté de leur parcours professionnel, beaucoup ont eu des engagements politisés dès leurs plus jeunes âges.

« Écoute il se trouve que quand j’étais jeune j’étais membre de... pour le dire très très vite un peu en rigolant de l’aile marxiste d’un parti politique de gauche (...) en fait pour moi la question de l’engagement politique s’est toujours posée. »

— Catherine*, bénévole et psychiatre, entretien du 23 novembre 2021.

« Moi déjà mon métier était une forme d’engagement, par exemple je suis restée Convention 1 parce que je voulais que tout le monde puisse avoir accès à des consultations. »

— Dominique*, bénévole et psychiatre, entretien du 21 décembre 2021.

« Je me suis toujours engagée dans des partis, des associations donc l’idée c’était de faire disparaître, de gommer la précarité... enfin j’ai toujours vécu avec cette préoccupation et donc quand j’étais au lycée j’ai commencé à aller vers des groupes qui avaient cette préoccupation en tête. »

— Jacqueline*, bénévole et médecin généraliste, entretien du 26 janvier 2022.

En ce qui concerne les médecins et thérapeutes plus jeunes et/ou pas encore retraité·e·s (ayant par exemple une activité en libéral), cet engagement est tout autant explicite. Il est par ailleurs repérable dans le fait qu’ils et elles prennent du temps sur leurs autres pratiques rémunérées pour ce travail bénévole.

Pour tou·te·s, le choix de s’engager à Médecins du Monde est également expliqué par la dimension politique que l’organisation comporte. La

structure permet même à certain·e·s de pratiquer leur profession et leur engagement au même endroit, ce qu’ils et elles ne s’autorisent pas nécessairement dans d’autres espaces – ou n’en ont pas l’occasion.

« Ça aurait pas pu être n’importe quelle association, il aurait pas suffi que je puisse recevoir des réfugiés, il faut que ça s’inscrive dans un questionnement politique, dans une action politique... intervenir à Médecins du monde c’est une façon de militer, sauf que quand je reçois les patients, là... c’est plus en tant que militante. »

— Catherine*, bénévole et psychiatre, entretien du 23 novembre 2021.

« C’qui fait que pour moi euh la Permanence Psy, c’est un espace qui est éminemment politique aussi. Dans l’sens où y a cet engagement d’être là auprès de ceux qui sont rejetés partout ailleurs et qui ne sont pas reconnus comme des sujets de droit. »

— Mathilde, bénévole et psychologue, entretien du 21 décembre 2021.

Ainsi, les ressorts de l’engagement à MdM, s’ils sont multiples, reposent en grande partie sur l’identification claire de l’organisation comme un espace où le politique et l’action (médicale et humaine) sont conjointement possibles.

Autre particularité, **la majorité des bénévoles sont des femmes** (8 femmes et 2 hommes en 2021-22 ; 8 femmes et 4 hommes en 2023-24). Plus largement, nous avons déjà constaté cette caractéristique parmi les personnes mobilisées en soutien aux exilé·e·s à Paris depuis 2015 (Gardesse, Masson Diez, 2022), tout comme d’autres chercheur·es l’avait remarqué dans le champ de « la cause des étrangers » (Mathieu, 2010 ; Pette, Eloire, 2016). Cette dimension genrée s’explique notamment par le fait que ces mobilisations engagent des registres perçus comme féminins (Fillieule et Roux, 2009) : soigner, nourrir, protéger, héberger des personnes vulnérables, toutes activités relevant du care (Paperman et Laugier, 2011) et assignées traditionnellement aux femmes.

Les salarié·e·s de la PP présentent un profil sensiblement différent de celui des bénévoles : ils sont plus jeunes (autour de 30-35 ans) et sont majoritairement des hommes (3 sur 3 en 2020-2021 ; 2 sur 3 en 2021-2022, 3 sur 3 en 2023-2024). Leurs rôles sont différents de ceux des médecins bénévoles : leurs pratiques sont davantage orientées

vers l'extérieur, que ce soit par une présence plus régulière sur le terrain en dehors de la PP, mais aussi par des actions de communication et de plaidoyer.

Par ailleurs, ils et elles ne sont pas médecins, et ont donc des formations tout à fait différentes, plutôt ancrées dans les sciences sociales et politiques, avec plusieurs parmi eux qui viennent de Science-Po Paris. La plupart des salarié-e-s parlent assez directement de leurs postures « militantes », et c'est bien ce terme qu'ils et elles choisissent (à l'inverse des bénévoles). D'ailleurs, ils et elle se déclarent militant-e-s tout aussi bien au sein de leur travail à MdM qu'en dehors de celui-ci.

Les profils des interprètes régulier-e-s sont également singuliers dans la mesure où plusieurs d'entre elles et eux ont eu des parcours migratoires, administratifs et matériels similaires à ceux des exilé-e-s qui viennent consulter. Leur implication peut aussi se comprendre à l'aune de cet écho personnel, mais elle est avant tout liée à leurs postures professionnelles. En effet, MdM veille à ce que ces interprètes soient suffisamment expérimentés et/ou formés aux questions migratoires pour pouvoir encaisser les éventuelles réminiscences que la traduction des problématiques des exilé-e-s peuvent provoquer en eux et elles. Mais ces interprètes sont très conscient-e-s de ne pas être dans un cadre classique d'interprétariat et des enjeux particuliers qui ont cours à la PP.

Ibrahim* est arrivé en France depuis le Tchad il y a 20 ans. Lorsque nous évoquons les récits des patient-e-s, bien qu'il considère que ce sont des histoires éloignées de la sienne parce que ce ne sont pas tout à fait les mêmes situations, il explique qu'il a lui aussi connu l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) mais qu'il estime qu'il faut qu'il prenne sur lui pour ne pas montrer ces possibles résonances : *« on arrive plus ou moins à comprendre la situation : des fois ça résonne mais on peut pas afficher. On est humains, mais il faut savoir se retenir. »*

Sami* est un interprète Afghan qui vit en France depuis 2014. Il exerçait déjà la même fonction en Afghanistan. Lorsqu'il en est parti, il est venu en Europe pour aller aux Pays-Bas rejoindre de la famille : mais, en passant par la France, il a été dubliné et contraint de rester. Il a finalement obtenu un statut de réfugié, après avoir été sans domicile fixe pendant 3 ou 4 mois. Il a donc un parcours très proche de celui

des personnes afghanes qui viennent à la PP, et explique qu'il *« l'avait un peu oublié, mais que depuis qu'il travaille pour ISM et à MdM, il l'a retrouvé. »* *« C'est difficile parce que ça rappelle des souvenirs »,* explique-t-il, *« des fois, tu es fier, tu te dis : je l'ai fait. Mais quand tu vois quelqu'un qui pleure devant toi, ça rappelle ton histoire. »*

L'importance de la dimension collective, dans le travail en équipe et dans l'accueil

La dimension collective de la permanence a toujours existé, même lorsque la crise sanitaire a nécessité des réorganisations. Elle est fondamentale à plus d'un titre ; non seulement l'équipe est pluridisciplinaire, mais de plus elle travaille concrètement de manière collective.

Ce qui constitue fortement le travail en équipe, ce sont les briefings et les débriefings qui ont lieu au début et à la fin de chaque après-midi de PP, ainsi que les séances de supervision collective qui se tiennent mensuellement. Ces temps permettent aux membres de l'équipe d'échanger sur les patient-e-s rencontré-e-s, sur leurs problématiques tant psychiques, médicales qu'administratives ou matérielles, de décharger aussi les émotions difficiles que suscitent les interactions avec des exilé-e-s en grande détresse psychique et sociale. Ces réunions sont aussi des moments propices pour aborder une autre échelle, celle plus macro de la politique et des dimensions législatives qui encadrent et contraignent fortement les expériences des patient-e-s.

Par ailleurs, certaines consultations ont lieu à plusieurs : c'est bien sûr le cas des consultations impliquant des interprètes, qui donne lieu à des interactions à trois, au sein desquelles les interprètes sont plus que de simples traducteurs et jouent pleinement un rôle de médiation et d'accompagnement au soin. Il a également été instauré que la toute première consultation se faisait en binôme médecin généraliste-psychologue ou psychiatre. Ce binôme médecin généraliste – psy, peu pratiquée dans les dispositifs de soins en santé psychique de manière générale, est particulièrement bénéfique dans le cadre de cette permanence : il permet d'aborder de manière connexe les dimensions psychiques et physiologiques de la détresse psychique, au sein de laquelle ces dimensions sont bien souvent intriquées. D'ailleurs, il est fréquent que les personnes reçues parlent avant tout de maux somatiques, comme cet homme Afghan, monsieur Masjidi, qui vient

en octobre 2021 pour parler de son mal de cou, mais raconte tout son parcours et sa vie actuelle pendant une heure et demie; ou encore monsieur Zabeeh, un autre Afghan, qui arrive en octobre 2023 en disant qu'il a mal aux dents et à la tête, mais finit par confier que chaque soir il a du mal à dormir parce qu'il pense à tout ce qui lui est arrivé en Afghanistan (observations PP, octobre 2021 ; octobre 2023).

Ce caractère collectif est primordial pour tou-te-s les membres de l'équipe de la PP. C'est même ce qui, selon elles et eux, définit la spécificité de cet espace. Le travail mené à la PP est exigeant en raison des publics et problématiques rencontrés, ce qui rend d'autant plus nécessaire de travailler en équipe.

En effet, ce fonctionnement collaboratif permet une « mise en commun » des situations et des problématiques rencontrées, un « soutien mutuel » et des échanges qui permettent « d'apprendre les uns des autres ». Les psys savent qu'ils et elles peuvent s'appuyer sur les salariés de MdM ou sur les juristes pour certaines questions administratives ou matérielles qui dépassent leurs prérogatives, ce qui peut leur permettre d'évacuer certaines questions au moment des consultations pour les dédier à un échange sur des problématiques proprement psychiques.

Fondamentalement, **les psychiatres et psychologues de la PP se réclament largement de la « psychothérapie institutionnelle »** (Oury, 1993 ; Delion, 2014) : c'est la constellation des pratiques présentes qui permettent l'accueil et le soin. Le collectif (l'équipe) et l'institution (l'association) ont une fonction transférentielle et permettent le soin psychique pour les exilé-e-s et le sentiment de pouvoir travailler pour les psys.

Par ailleurs, il est essentiel pour les membres de la PP de ne pas « réduire » (pour reprendre les termes de certain-e-s) ce dispositif aux consultations : il est aussi – voire avant tout pour certain-e-s – **un espace d'accueil collectif**, et c'est ainsi qu'il a été pensé dès le début. Par « collectif » il faut à nouveau entendre l'importance pour les personnes exilées de pouvoir s'étayer non seulement sur un-e médecin ou un-e psy, mais aussi sur un collectif constitué de bénévoles, de salarié-e-s de MdM, ainsi que d'autres exilé-e-s, compatriotes ou non. La dimension « accueil » correspond à l'instauration d'un espace intermédiaire

entre la rue et les consultations, espace qui puisse faire office de repère sûr et stable dans le temps.

Concrètement, cela signifie qu'une salle – appelée Amazonie – est réservée à des échanges, plutôt informels, soit entre les exilé-e-s soit entre exilé-e-s et membres de l'équipe. Entre une et trois bénévoles (selon les périodes) sont spécifiquement dédiées à cet espace.

Au début de la permanence, elles disposent les tables pour faire apparaître trois espaces distincts dans la salle (qui accueille les réunions le reste du temps) : un pour les jeux collectifs, un pour des jeux plus individuels, un pour les livres, carnets, feutres. Des chaises sont disposées autour de ces tables. Sur une autre, le long d'un mur, sont installés les thermos de thé et de café, les assiettes contenant des gâteaux secs, des morceaux de fruits. Ensuite, « on laisse faire » explique l'une d'elles (Muriel, bénévole accueillante, Réunion 28 novembre 2023). Elles accueillent chaque nouveau·lle entrant·e en leur présentant l'endroit et en leur proposant quelque chose à boire ou à manger. Elles renouvellent cette offre régulièrement durant l'après-midi, circulent parfois avec les assiettes d'une table à l'autre. Les exilé-e-s, surtout celles et ceux qui viennent régulièrement, se servent aussi tou-te-s seul-e-s. Tout au long de l'après-midi les accueillantes discutent avec l'un, jouent au mikado avec d'autres ; des bénévoles et des interprètes viennent dans la salle, se mêlent aux discussions ou aux jeux, ou prennent simplement un thé avant de repartir en consultations. Certain-e-s exilé-e-s ont juste besoin d'être posé-e-s, un peu à l'écart, sans parler : « être là, même seul avec son thé, c'est déjà sortir de l'isolement » (Catherine, réunion 10 octobre 2023). D'autres se saisissent des crayons et de feuilles, essaient d'échanger quelques mots en français avec les accueillantes, en prenant des notes ; d'autres encore discutent avec des compatriotes, prenant des nouvelles ou se partageant des bons plans. Dans la plupart des cas, les exilé-e-s présent-e-s dans l'accueil collectif y passent du temps avant et/ou après leurs consultations, mais ils et elles peuvent y venir même s'ils et elles n'ont pas de rdv spécifique ou ne souhaitent pas être reçu-e-s en consultation.

Un point de premier accueil est installé dans le hall d'entrée, derrière un comptoir qui permet aux accueillant-e-s de MdM (salariés ou bénévoles) de

noter les arrivées des exilé·e·s, de vérifier leurs rendez-vous et de leur en donner de nouveaux, de tamponner leurs cartes violettes MdM. Ainsi, quand les patient·e·s franchissent la porte de MdM, ils et elles sont accueilli·e·s directement au comptoir afin de faire les formalités administratives. C'est également là que se trouvent les classeurs et les dossiers papiers (orientations médico-sociales, ordonnanciers, fiche de circulation). Ainsi, c'est dans cet espace de premier accueil que peuvent être formulées et traitées les demandes d'ordre administratif ou matériel, par exemple les besoins en titres de transport, en kits d'hygiène, voire en tente et duvet. D'ailleurs, les exilé·e·s peuvent aussi rester dans cette première salle d'accueil et d'attente, et certain·e·s s'y installent tout l'après-midi. L'accueil collectif, dans la salle Amazonie, est différent car il est davantage pensé comme le lieu qui permet aux exilé·e·s de socialiser, de partager des ressources et de développer des possibilités d'entraide; les discussions informelles autour d'un café ou d'un jeu peuvent y conduire. D'autre part, en se saisissant du matériel de dessin ou de lecture à disposition, certain·e·s exilé·e·s peuvent développer des activités qui valorisent leurs aptitudes par la création et peuvent ainsi renforcer la confiance en soi.

Nous l'avons dit, l'accueil collectif a dû être suspendu pendant plusieurs mois, en 2020 et 2021, durant la crise sanitaire liée au covid. Cette interruption a été l'occasion pour l'équipe de repréciser les enjeux et le fonctionnement de l'espace, au travers de discussions informelles et de réunions. Il a semblé nécessaire de reformuler clairement les principes de cet accueil collectif avant d'envisager de le rouvrir, notamment pour éviter qu'il ne soit investi comme un « groupe de parole ». Finalement, en novembre 2021, c'est en ces termes que le projet est validé par l'équipe :

« Le principe de proposer un lieu ouvert, sécurisant, où des échanges sont possibles mais pas obligatoires peut être retenu pour l'accueil collectif MdM. La particularité liée au fait d'être un lieu de soins est soulignée par plusieurs bénévoles. »

La philosophie de l'accueil collectif repose sur l'idée de ne rien imposer aux personnes présentes, mais de leur laisser la possibilité d'être présente, simplement. Elles peuvent (ou non) participer à des activités, en proposer, discuter avec les accueillant·e·s. Elles peuvent simplement rester en retrait, observer. Elles peuvent ne pas faire la même chose d'une semaine à l'autre. L'important est de les laisser choisir. (...)

Un endroit dont chacun peut se saisir en fonction de qu'il souhaite, et où pourront émerger des formes inattendues d'échanges et de création.»

— Document Projet d'accueil collectif Médecins du Monde, novembre 2021.

L'accueil collectif a été remis en place à l'automne 2022. **La flexibilité et le caractère expérimental du dispositif font que des discussions existent toujours sur cet espace collectif.** Sa fonction et ses modalités sont régulièrement à nouveau questionnées par l'équipe, au cours d'échanges informels tout autant que de réunions dédiées.

Ainsi, en octobre et novembre 2023, des échanges ont à nouveau lieu à ce sujet. Ils semblent nécessaires à une partie de l'équipe pour repréciser certaines dimensions essentielles, en particulier autour de l'idée de ne rien imposer aux personnes exilées dans cet espace, et surtout pas le fait de devoir parler ou se raconter. Les membres de l'équipe insistent sur « l'effet rassurant, protecteur et contenant » du lieu, qui repose sur le fait qu'il n'y a « pas d'injonction à la parole » (Catherine, réunion du 28 novembre 2023).

« Le grand enjeu de cet espace, c'est la légèreté ! parce qu'ici, tu peux flotter, simplement. »

— Félix*, salarié et chargé de mission.

« Ici c'est un lieu Winnicottien, un espace transitionnel où il n'est pas nécessaire de prendre la parole. C'est aussi un espace de créativité, et ça fait partie de ce qui est recherché en thérapie. »

— Véronique*, bénévole et psychiatre, réunion du 28 novembre 2023.

Ce qui leur paraît également fondamental, c'est qu'il fait pleinement partie de la PP en tant que dispositif de soin en santé psychique. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un moment de soin, et c'est pourquoi l'informalité du lieu est importante, mais il ne s'agit pas non plus d'un espace d'attente – le hall d'entrée remplit plutôt cette fonction. « C'est un espace intermédiaire, un espace autour des questions psy » explique un psy (Samuel, bénévole psychiatre, réunion Octobre 2023), qui peut permettre aux exilé·e·s de déposer voire de transformer leurs souffrances.

1.3. « Pas de soin sans hospitalité » : les dimensions hospitalières de la PP

Un « safe-space » : espace de sécurité psychique et physique

Les termes mobilisés par les membres de l'équipe pour qualifier la PP renvoient largement à l'idée d'hospitalité : elle est conçue comme un « safe-space », un « moment d'hospitalité », un lieu « où les gens peuvent se poser », où ils ont « la possibilité d'avoir un corps au repos » ; un lieu « protecteur, bienveillant, accueillant, qui fait que les gens viennent aussi pour se retrouver ici » (entretiens, octobre 2021 – février 2022).

La PP doit ainsi être, selon elles et eux, un espace de sécurité, à la fois psychique et physique. Ce dernier aspect n'est pas du tout anecdotique, au regard des conditions de vie des personnes exilées qui y sont reçues. **L'enjeu d'un tel lieu est de permettre aux exilé·e·s de se poser, voire de lâcher quelques temps l'hypervigilance dans laquelle nombre d'entre elles et eux vivent dans la rue.**

« Y a le côté safe space quoi... le campement c'est hyper violent, c'est la rue c'est hyper violent, si un après-midi dans la semaine j'peux être dans un endroit où potentiellement j'm'endors sur une table et on va pas me voler mon téléphone si potentiellement j'peux me confier à quelqu'un et on m'voit en tant que personne... y a tout ce truc aussi de de... on restructure un peu les gens en tant que... en tant qu'humains et pas juste en fait... le matin j'me lève et donc j'suis réveillé par les flics comme indésirable, ensuite j'avais faire la queue à un p'tit déjeuner et j'suis dans une file d'attente et j'dois faire la queue pour obtenir un p'tit déjeuner dégueulasse dans le froid, ensuite j'avais à l'accueil de jour et faut faire la queue à l'accueil de jour, et dans tous les services de l'accueil, et toute ma journée j'suis un ticket, j'suis dans l'attente d'un truc, si nous on arrive à avoir un espace un peu englobant et un peu humanisant bah ouais j'pense ça donne aux gens envie de venir quoi. »

— Antoine*, chargé de mission puis coordinateur, entretien du 09 novembre 2021.

Durant la période où l'accueil collectif ne pouvait être organisé, les conditions d'attente étaient moins confortables ; pourtant, même dans le hall d'accueil rendu peu amène, chaque semaine, des exilé·e·s restaient à la PP bien au-delà de leur temps de consultation. **Les dimensions matérielles de la**

permanence, même très sommaires, leur permettent précisément de reposer leurs corps.

Lors de sa première venue à la PP, en novembre 2021, Madame Diabate*, qui est arrivée en France depuis la Côte d'Ivoire en 2017, dort seule dans la rue depuis plusieurs mois. Elle montre un grand besoin de parler, elle est épuisée et souffre beaucoup de son isolement. Madame Diabate trouve à la P-P. un endroit salubre pour se poser quelques heures. L'espace de la PP lui offre un abri temporaire, au chaud et en sécurité : elle y reste souvent presque jusqu'à la fermeture. Elle s'y endort un peu, même sur une chaise peu confortable. En partant, elle m'explique qu'elle doit aller travailler à l'autre bout de Paris (pour faire le ménage dans des bureaux) puis qu'elle a réussi à obtenir une place d'hébergement via le 115, mais que c'est encore à l'opposé géographique, à Porte de Montrouge, et qu'elle ne peut pas y aller tout de suite. La PP a une fonction essentielle pour elle : c'est un lieu où elle peut recharger son téléphone – Madame Diabate insiste pour souligner qu'il n'y a pas de prises dans le tunnel Sigmund Freud où elle dort en ce moment – et, par la même occasion, sa propre énergie, en se posant et se reposant un peu.

— Observations Permanence Psy novembre et décembre 2021 ; entretien réalisé le 7 décembre 2021.

La sécurité psychique est bien sûr tout aussi fondamentale : elle passe par l'instauration de la confiance dès les premiers échanges avec les accueillant·e·s, par les précautions prises par les psys et les médecins autour de la parole des exilé·e·s, mais aussi par le dispositif lui-même. **Ce lieu dédié à l'écoute, offrant un espace confidentiel où les exilé·e·s peuvent déposer ce qui leur pèse trop, permet en effet de restaurer de l'intime**, alors que la vie dans la rue, dans les campements ou bien dans des structures d'hébergement collectif contraint les personnes exilées à une vie exposée.

« Y a quand-même ce moment qu'est hyper important où pendant 45 minutes une heure on va tout lâcher, tout dévoiler, être écouté, où on va... on va restaurer de l'intime justement, redevenir une personne en tant que telle. »

— Antoine*, chargé de mission puis coordinateur, entretien du 09 novembre 2021.

La présence d'interprètes professionnel-le-s participe totalement de ce caractère sécurisant et contenant pour les exilé-e-s. En effet, elle leur permet d'être réellement entendu-e-s, de pouvoir concrètement déposer leurs angoisses en sachant qu'elles seront exprimées dans leurs mots.

L'exemple de Monsieur Sayyid le montre bien. Cet homme Afghan souffre de dépression : il a des idées noires, il pense parfois au suicide. Ces symptômes sont liés à des traumatismes vécus en Afghanistan, mais aussi durant son trajet migratoire : il a notamment été violemment battu en Bulgarie. Par ailleurs, il a actuellement cinq enfants bloqués en Afghanistan et il a très peur pour elles et eux. Sa situation résidentielle et administrative, extrêmement instable, ne lui permet pas de faire diminuer ses angoisses. Récemment, il a été consulter à l'Hôtel-Dieu pour de fortes douleurs à la tête. Il y a été bien examiné, mais il n'y avait pas de traduction approfondie de ses discussions avec l'équipe de soins, qui n'a donc pas pu faire de liens directs entre ces symptômes et des troubles dépressifs. Il a entendu dire qu'il y avait des interprètes à Médecins du Monde, c'est pour cela qu'il est venu. Il est suivi par ailleurs à Paris par un psychiatre, avec un interprète, mais c'est dans un lieu où il n'y a pas de généraliste. Finalement, ce n'est que lors de sa consultation à Médecins du Monde, grâce à un entretien long et à l'interprétariat précis, que le généraliste a pu lui diagnostiquer une maladie chronique très douloureuse. Les symptômes somatiques de celle-ci peuvent aggraver la dépression. De plus, c'est une maladie qui s'est déclarée après la mort de la sœur et du frère de Monsieur Sayyid ce que le psychiatre qui le voit en consultation travaille parallèlement avec lui.

— Entretien réalisé le 26 octobre 2021.

Une écoute ouverte, sans injonction à la parole

L'enjeu d'hospitalité se retrouve dans l'importance accordée à l'écoute totalement ouverte : **alors que les personnes exilées reçues sont souvent en situation de ne devoir dire que certaines choses ou bien de devoir en raconter précisément d'autres, lors des entretiens administratifs et juridiques qui ponctuent les procédures, l'écoute qui leur est proposée à la PP n'a aucun pré-requis.** Ils et elles peuvent exprimer ce qui leur vient spontanément, et non pas pour expliquer ou justifier leur situation. Le corollaire, très important dans les principes de la PP, est qu'il ne

faut pas qu'ils et elles subissent la moindre injonction à la parole : l'écoute ouverte implique aussi qu'ils et elles puissent ne pas parler.

Cet enjeu est essentiel dans les consultations, mais aussi dans l'accueil, que ce soit dans le hall d'entrée ou dans l'espace collectif.

« Les exilés sont constamment dépossédés de la possibilité de dire non : donc si on leur pose des questions, je suis sûr qu'ils répondent. Alors que ici, c'est un des rares endroits où on va pas traiter les personnes juste comme des exilés à qui on demande de raconter une histoire. »
— Antoine*, salarié et chargé de mission puis coordinateur, réunion d'octobre 2023.

Mais il n'est pas aisé d'en définir précisément les contours : en effet, pour certaines bénévoles, il y a quand même une nécessité d'un minimum de communication, notamment dans l'espace collectif. Les membres de l'équipe en discutent longuement pour parvenir à adopter la posture la plus sécurisante pour les personnes exilées. Certain-e-s arguent d'un informel nécessaire pour que les corps et les esprits puissent se reposer, d'autres estiment que l'accueil collectif est « parfois trop dans le sans-mots », notamment parce que les interprètes ne sont pas toujours présents pour traduire.

« C'est délicat et compliqué parce que c'est pas seulement un espace où on s'installe là... On ne peut pas être dans le complètement informel : ça ne remplace pas une consultation, mais dans l'espace les personnes parlent aussi de leur capacité à vivre, il faut qu'on puisse le percevoir (...) ils nous montrent autre chose qu'en consultation. »
— Caroline*, réunion d'équipe d'octobre 2023.

Plusieurs des bénévoles estiment aussi qu'il est possible de communiquer autrement que par des mots.

« Même quand on ne parle pas la même langue, on se débrouille, il y en a un qui traduit. »
— Muriel*, bénévole accueillante.

« La communication c'est pas forcément verbal. On peut se regarder et se sourire. »
— Adèle*, interprète et salariée ISM, réunion d'équipe PP d'octobre 2023.

Au sein de la permanence, l'écoute n'est pas seulement le fait des bénévoles mais aussi celle des salarié-e-s accueillant-e-s., qui sont souvent les premier-e-s à rencontrer les exilé-e-s lors des veilles sanitaires mobiles. L'écoute commence ainsi bien souvent en dehors et en amont de la PP. La possibilité même pour les exilé-e-s de pouvoir commencer à être écouté-e-s de manière ouverte dans la rue, dans un espace public qui est bien souvent synonymes pour elles et eux de violences et de mise en mouvement (cf. ci-dessous), est une première étape vers le soin en santé psychique. **La PP peut alors se penser comme un dispositif d'hospitalité qui est micro-localisé à l'intérieur des locaux de Médecins du Monde, dans le 12^e arrondissement, mais qui peut aussi se déployer spatialement par l'aller-vers, dans la géographie spécifique des exilé-e-s très précaires à Paris.** Celle-ci recoupe à la fois les localisations des grands campements de rue, mais aussi des squats et d'autres espaces interstitiels plus cachés : autrement dit les différents lieux dans lesquels se rend de fait la veille mobile de MdM.

Les conditions spatiales en tant que caractéristiques matérielles spécifiques qui découlent de ces différentes localisations ont aussi un rôle spécifique dans les possibilités d'écoute et donc de parole. Lors des veilles mobiles, le barnum ou le camion peuvent offrir un certain espace fermé.

Le périmètre même de l'intervention de MdM, ne serait-ce que par le cordon qui le délimite devant le camion, ou encore les gilets blancs marqués du sigle MdM que portent les accueillant-e-s peut être contenant et sécurisant. Mais ce cadre est nécessairement limité par le contexte : celui de l'espace public, du bruit de la circulation, du nombre de personnes présentes autour du dispositif ou attendant pour être reçues en consultation. Emmener symboliquement les personnes exilées jusqu'à la PP elle-même permet alors de les conduire dans un autre cadre matériel, plus sécurisant et permettant davantage d'intimité pour parler et être écoutées.

Poser un cadre rassurant et considérer les exilé-e-s comme des personnes

S'il est vrai que le cadre de la PP est en permanente évolution, soumise à différents aléas (crise sanitaire, évolutions des politiques migratoires, disponibilité des bénévoles, etc..), ce qui est essentiel aux yeux des membres de l'équipe est que ce cadre soit, de manière permanente, contenant :

« Le cadre qui doit être posé c'est un cadre rassurant, protecteur, pour créer un endroit où les gens sont en confiance, peuvent venir sans risques. »

— Catherine*, bénévole et psychiatre, entretien du 23 novembre 2021.



Installation de la veille sanitaire devant l'Hôtel de Ville de Paris. Rapport veille sanitaire MdM, 2022.



Camion médicalisé et barnums aménagés de la veille sanitaire. Rapport veille sanitaire MDM, 2022.

À l'intérieur de ce cadre, la capacité d'adaptation des membres de l'équipe et du dispositif lui-même, dont j'ai parlé plus haut, repose sur la nécessité de considérer les personnes qui viennent comme des individus, ayant chacun-e leurs histoires mais aussi leurs défenses propres. Ainsi, un enjeu revient régulièrement dans les discours des bénévoles et dans certains documents de cadrage de l'activité de la PP: « ne pas réduire l'identité du sujet à son histoire migratoire mais le reconnaître dans sa singularité et l'accueillir tel qu'il est » (doc novembre 2021).

Les termes mêmes utilisés pour expliciter cette approche donnent à voir la posture psychanalytique qui réunit les psychiatres et psychologues du dispositif: les personnes reçues à la PP sont considérées comme des « êtres de désirs ». **La formation psychanalytique de la majorité des psys de l'équipe les conduit à accorder une importance fondamentale au « sujet » que représente chaque exilé:** « il y a en chacun un sujet à entendre », Catherine (entretien 23 novembre 2021). Ceci a pour conséquence de s'efforcer sans cesse de « ne pas les voir que comme des exilés », ne pas « réduire leurs problématiques au fait qu'elles sont exilées ». Cette posture, que Catherine appelle « l'éthique du sujet » s'articule avec l'inconditionnalité de l'accueil inhérent à la PP.

Elle est associée à ce qu'elle nomme « la disponibilité au transfert »: le fait pour les praticien-ne-s d'être toujours prêt-e-s à recevoir les demandes et les besoins des patient-e-s, qu'ils soient.

Mais cette position est parfois difficile à tenir, car les membres de la PP sont extrêmement conscient-e-s des situations particulières des personnes, qui renvoient précisément à leurs conditions d'exilé-e-s précaires. Autrement dit, ils et elles ne peuvent ignorer que leurs patient-e-s sont des êtres de désirs avec des besoins très présents, qu'il n'est pas possible – et pas souhaitable selon les psys – de nier. Cette conscience exacerbée de leurs difficultés les place en situation de « responsabilité », en particulier parce qu'ils et elles se situent précisément comme privilégié-e-s au plan social par rapport aux exilé-e-s.

« Le danger serait de faire la psy sans tenir compte des conditions de précarité. Celles-ci n'empêchent pas le travail psychanalytique: on doit considérer que c'est toujours possible. Ils ne sont pas que des êtres de besoins. Mais on ne peut pas nier les besoins. »

— Catherine*, bénévole et psychiatre, entretien du 23 novembre 2021.

Selon cette psychiatre, comme pour la plupart des praticien·ne·s engagées à la PP, **la qualité même du travail psychique réalisé avec les exilé·e·s ne peut se construire en mettant de côté leurs conditions de vie.**

Ainsi, plusieurs pysys se sentent « en permanence sur le fil » et se demandent sans cesse s'il·elle·s s'occupent « essentiellement d'un être humain à part entière, avec des désirs aussi valides » que les leurs, ou s'il·elle·s interviennent surtout dans un contexte de grande précarisation d'individus contraints par leurs conditions sociales d'exilé·e·s. Le caractère expérimental de la PP sert alors à s'adapter aux besoins des exilés, pour les sécuriser. Ainsi, les psychiatres et psychologues peuvent accepter de modifier les conditions de consultation si la situation spécifique d'un·e exilé·e semble l'indiquer. Dès lors, certains échanges peuvent avoir lieu en dehors d'un box fermé, comme le raconte Christiane au sujet d'un jeune homme qui ne supportait pas de se sentir enfermé dans une pièce trop petite.

« Ce jeune homme il ne pouvait pas supporter, alors on a appris après qu'il avait été... euh torturé en Roumanie, arrêté en Roumanie, la prison, frappé euh... et ce jeune homme, je n'ai jamais pu le voir dans un bureau, il est devenu mon patient, mais je n'ai jamais pu le voir dans un bureau, donc c'est pour te dire hein c'qu'on aménage... c'est-à-dire que on avait une petite table au fond de la salle d'accueil là... bon il venait, il s'installait, alors il perdait du sang régulièrement effectivement... Et puis euh il s'installait à la table, avec l'interprète, moi, moi j'me mettais dos à la... à la porte pour qu'il puisse voir la porte. »

— Christiane*, bénévolé et psychiatre, entretien du 07 décembre 2021.

Des postures d'hospitalité contre les politiques de non-accueil : l'inconditionnalité de l'accès au dispositif et ses difficultés

Un autre élément confère selon les membres de l'équipe un caractère d'hospitalité à la PP : le fait de placer l'accent sur **l'accueil ouvert et inconditionnel, détaché de toute question administrative ou sécuritaire.**

La question du statut administratif n'est pas pour autant écartée, elle compte aussi dans la prise en charge, mais ce qui importe aux membres de la PP est d'accompagner les personnes reçues dans

l'espoir qu'elles obtiennent une stabilité administrative.

« On s'occupe pas de quel est leur statut hein, parce qu'on travaille au contraire avec l'assistante juridique, pour voilà essayer de trouver des solutions pour qu'ils obtiennent des papiers quoi. »

— Bernard*, bénévolé et psychiatre, entretien du 19 octobre 2021.

L'inconditionnalité de l'accueil représente ainsi, aux yeux des membres de l'équipe, un élément essentiel du caractère hospitalier de la PP : non seulement toute personne exilée peut y venir sans avoir à se justifier, mais par ailleurs tout le monde peut être accueilli, même si ce n'est pas pour une consultation psy.

Cependant, **cette question de l'inconditionnalité apporte aussi son lot de questionnements et d'arbitrages, pas toujours aisés à réaliser.** En effet, la PP a été construite avec l'idée de répondre aux besoins des exilé·e·s non statutaires, c'est-à-dire les plus précaires en raison de leurs situations administratives – en demande d'asile, dubliné·e·s ou débouté·e·s de l'asile, en attente d'un titre de séjour. Par conséquent, une fois un statut plus pérenne obtenu (souvent celui de BPI, bénéficiaire de la protection internationale), les exilé·e·s ne devraient plus être reçu·e·s dans le dispositif. Or il est fréquent que des exilé·e·s ayant obtenu un statut plus pérenne ou des conditions de logement plus stables souhaitent continuer de venir consulter à la PP.

Si l'absence de possibilité d'orientation vers le droit commun est une explication majeure de cette continuité de soins, c'est aussi le lien de confiance qui s'est créé avec Mdm et les membres de l'équipe, en particulier leurs thérapeutes, la familiarité avec le lieu et de son fonctionnement et le besoin de stabilité qui les conduit à souvent préférer éviter des changements.

« Quand ils ont vécu tellement de séparation, je n'ai pas envie de faire une rupture supplémentaire. »

Dominique*, bénévolé et psychiatre, 10 octobre 2023.

De plus, le fait de considérer les personnes comme n'étant pas uniquement des exilé·e·s conduit les membres de la PP à faire perdurer l'inconditionnalité de l'accueil au-delà de l'obtention d'un statut,

puisque celui-ci n'est pas la seule dimension qui les définit. Au demeurant, l'accès à une stabilité administrative ne signifie pas la fin de la détresse psychique : si certaines causes d'anxiété sont minimisées, la nouvelle étape qui s'ouvre peut-être tout à fait angoissante et nécessiter précisément un fort travail psychique.

Le fait même de ne plus être dans une gestion quotidienne de l'ordre de la « survie » laisse la place à d'autres questionnements plus intimes, plus métaphysiques peut-être. Le temps est redéployé autrement, il n'est plus question de gérer concrètement où l'on va dormir ou manger le lendemain, mais il s'agit de parvenir à se projeter dans un avenir situé. La perspective même de rester en France plusieurs années bouscule les représentations éventuelles de sa trajectoire et son rapport avec celles et ceux qu'on a quitté·e·s. La pression peut être bien plus forte pour cette nouvelle étape, qui est censée s'accompagner d'une forme de réussite économique et sociale.

« Quand tu sors de la survie là d'un coup t'as plus d'objectif immédiat euh... qui écrase tout le reste et donc tu te retrouves un peu avec toi-même, de... bah qu'est-ce que j'avais faire... donc là boum tu te retrouves tout seul face à toi, alors que j pense qu'avant t'as aussi un exutoire de dire voilà il faut que j'aie les papiers, on me donne pas les papiers, pour des bonnes ou des mauvaises raisons, mais donc là... tu te retrouves devant un miroir et donc c'est aussi plus difficile. »

— Benoît*, salarié et coordinateur, entretien du 21 mars 2022.

Ces discussions autour de la continuité de l'inconditionnalité, au-delà de l'obtention ou non de statuts stabilisants, se poursuivent régulièrement durant les briefings et réunions d'équipe, entre 2021 et 2024 : certain·e·s considèrent qu'il faut s'adapter au cas par cas et assumer de poursuivre le travail avec des exilé·e·s statutaires, quand d'autres estiment au contraire qu'il faut davantage appliquer le cadre et encourager celles et ceux qui ont un statut à sortir du dispositif.

Au-delà du soin, le rôle de plaider : recueillir des témoignages au sein de la PP

Ce qui fonde « l'hospitalité cosmopolitique », telle que Kant la concevait, c'est sa dimension universelle, qui renvoie à l'inconditionnalité, mais aussi à son caractère politique (Agiar, 2018 ; Babels,

Agiar, Gerbier, Masson Diez, 2019). La PP est également un support de plaider pour MdM : l'intérêt d'un tel dispositif réside aussi dans la possibilité qu'il offre à la structure et à ses membres de recueillir des témoignages réguliers et concrets, et de se construire une légitimité forte à intervenir dans le débat public et face aux acteurs politiques.

« La PP c'est aussi une porte d'entrée, médiatique mais surtout d'observation... ça se voyait sur le nombre de sollicitations médias qu'on avait que y avait un sujet à témoignage sur le non accueil, les bisbilles politiques, les renvois les machins le cycle infernal et tout et le rôle de Médecins du monde c'est soigner et témoigner, et que donc... c'était aussi une porte d'entrée pour documenter et faire du plaider, et que sans cette mission c'était plus compliqué quoi. Quand on répond ou on accueille les médias, bah en fait on le fait en tant qu'acteurs de terrain, donc indirectement c'est notre légitimité qui est forte. »

— Benoît*, salarié et coordinateur, entretien du 21 mars 2022.

De fait, les positionnements des membres de l'équipe se construisent aussi en écho – et même en opposition – aux politiques migratoires nationales, et nous avons vu comment la PP est pour elles et eux « un espace éminemment politique ».

2. DES VIOLENCES CORRÉLÉES À LA CONDITION D'EXILÉ·E·S AU FONDAMENT DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ PSYCHIQUE

Dans ce lieu d'hospitalité qu'est la PP, des personnes exilées viennent consulter les psys, demander des renseignements aux juristes, passer du temps dans l'accueil collectif. Espace de soin psychique et psychosocial, la permanence leur permet de déposer, pour quelques temps, leurs problématiques quotidiennes. De fait, les exilé·e·s qui viennent sont dans des situations de détresse psychique importante, qui nous renseignent sur leurs expériences, notamment à Paris.

Les principaux symptômes conduisant les personnes exilées à venir consulter à la PP, ce sont des troubles du sommeil – les personnes ne parviennent pas à dormir, font des cauchemars (parfois toujours le même) – et des douleurs sans

causes identifiées (souvent à la tête, au thorax). Les symptômes somatiques et psychiques sont souvent intriqués. Les membres de l'équipe notent par ailleurs que même les personnes qui viennent à la veille mobile pour évoquer des problèmes physiologiques et à qui les médecins généralistes proposent un rdv psy acceptent la plupart du temps avec intérêt.

Les personnes exilées venant à la PP souffrent majoritairement de troubles d'anxiété et/ou de troubles dépressifs. S'y ajoutent pour certains des symptômes de stress post-traumatique, dont nous reparlerons, mais tous ne sont pas envahis par ceux-ci au moment de leur venue à la PP – ou, en tout cas, ne le mette pas en avant. Au demeurant, plusieurs études montrent que la prévalence des Troubles de Stress Post-Traumatique TSPT atteint 16 % parmi les personnes sans titre de séjour, tandis qu'elle est estimée entre 1 à 2 % en population générale en France (Vaiva et al., 2008 ; Darves-Bornoz et al., 2008). Mais les conditions de vie dans le pays d'accueil (Vignier et al., 2017) sont susceptibles d'exposer à des expériences traumatisantes supplémentaires, alors que la précarité et l'isolement peuvent amplifier le poids des traumatismes passés (Jusot et al., 2019) – in Prieur et al, 2022

2.1. Les conditions de vie quotidienne et les problématiques administratives : éléments fondamentaux des motifs de venue à la PP

Ce qui est mis en avant par les exilé·e·s pour expliquer ces différents symptômes et troubles renvoie très directement aux expériences de non-accueil vécues à Paris (Gardesse, Le Courant, Masson Diez, 2022). Les entretiens menés avec les bénévoles médecins et thérapeutes, d'une part, et avec les exilé·e·s, d'autre part, révèlent ce qui est majoritairement abordé en consultation, en tout cas dans un premier temps, et ce sont des éléments liés à leurs conditions de vie actuelles en France et à leur condition d'exilé·e·s en grande précarité.

« Ce qui vient en première instance c'est leur situation actuelle. »

— Christiane*, bénévole et psychologue, entretien du 21 décembre 2021.

« Ils abordent des souffrances qui sont liées au moment présent surtout. Et en fait généralement

elles sont déjà tellement envahissantes que ça prend beaucoup de place dans l'entretien. »

— Mathilde*, bénévole et psychologue, entretien 21 décembre 2021.

« Ils viennent raconter les histoires de... de papiers qui sont toujours centraux hein. La première souffrance de ces migrants, c'est d'être sans papiers, voilà, donc d'être invisibles, de ne pas être reconnus comme devant être là. »

— Bernard*, bénévole et psychiatre, entretien du 19 octobre 2021.

Problématiques d'habitat : vulnérabilités résidentielles, insécurité physique et psychique

Les problématiques d'habitat occupent une place centrale dans les souffrances psychiques des personnes qui viennent à la PP.

La majorité de ces exilé·e·s dorment à la rue, le plus souvent dans des campements collectifs mais parfois aussi dans des interstices urbains, cachés et isolés. Depuis 2015, l'action des pouvoirs publics – la municipalité parisienne et l'Etat via en particulier les forces de police – a engendré une marginalisation sociale et spatiale des campements de rue des personnes exilées. Entre 2015 et 2020, sous l'effet du harcèlement policier et de formes d'urbanismes dissuasif, les campements ont été déplacés depuis des quartiers relativement centraux comme Stalingrad/Jaurès, jusqu'aux portes de Paris, puis au-delà, dans le Nord-Est (Gardesse, Piva, RUNET, 2022). Depuis 2020, on assiste à un retour de campements à l'intérieur de Paris (Gardesse, Massion-Diez, Piva, 2023). Celui-ci peut s'expliquer d'une part par la mobilisation de collectifs et d'exilé·e·s qui utilisent l'installation dans l'espace public comme moyen de rendre visibles les situations de vie à la rue et d'obtenir des formes de mise à l'abri (Piva, Sebillotte, à paraître). D'autre part, les années 2023 et 2024 sont rythmées par des interventions policières dans les territoires qui vont accueillir des événements liés aux Jeux Olympiques en 2024, dans l'objectif de déplacer les personnes sans-abri (Rapport Revers de la Médaille, juin 2024). Enfin, si les campements continuent de se recréer dans certains quartiers de Paris comme La Chapelle, c'est parce qu'il s'agit, depuis longtemps, de « centralités immigrées » (Toubon, Messamah, 1990) offrant un certain nombre de ressources essentielles pour des primo-arrivant·e·s.

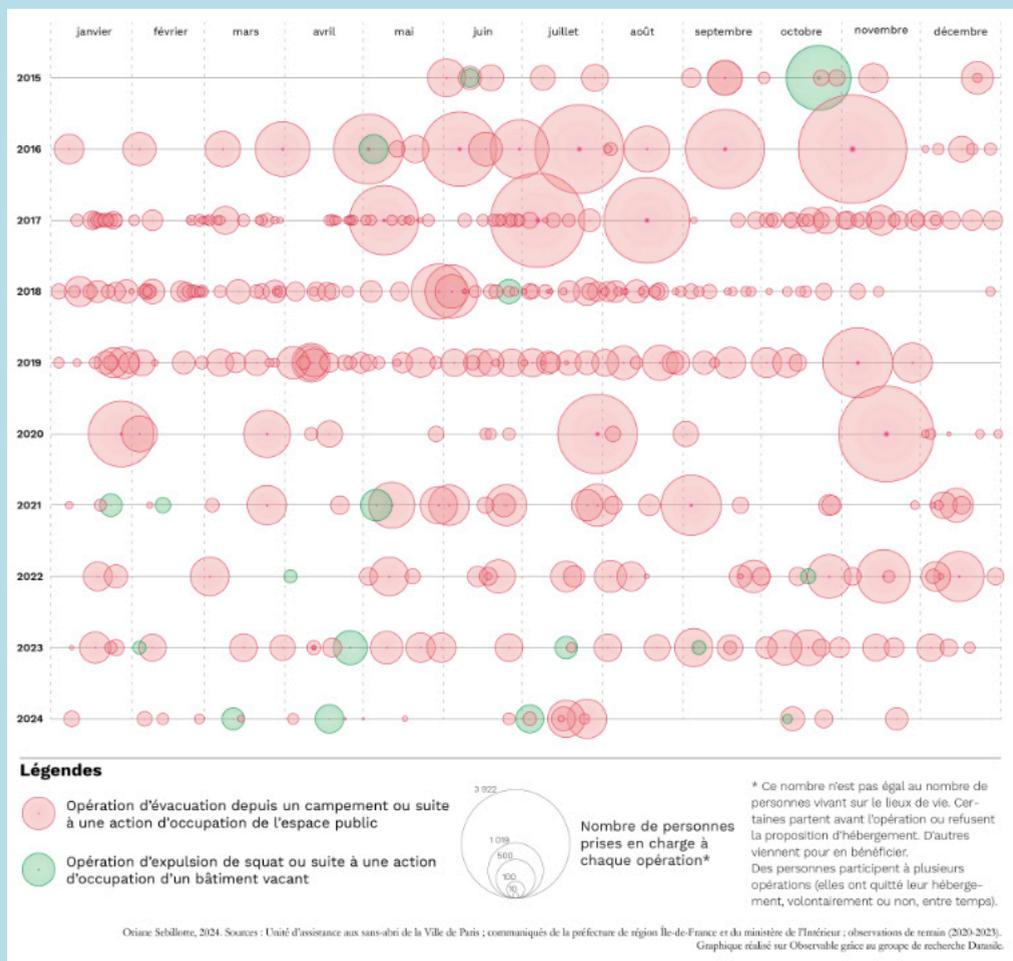


Figure 1. Les opérations d'évacuation réalisées chaque année à Paris et le nombre de personnes prises en charge à chaque opération. Réalisation Oriane Sebillotte, in « La condition des personnes exilées à Paris : huit années de violences policières et institutionnelles », rapport CAD 2023.

Toujours est-il que **le cycle des installations et évacuations de campements de rue de personnes exilées à Paris et dans sa proche périphérie n'a pas cessé depuis neuf ans**, comme le montre la chronologie présentée ci-dessous (figure 1) : **le passage par la rue est une étape quasiment incontournable** pour de nombreuses personnes arrivant en particulier d'Afghanistan, du Soudan, d'Erythrée, d'Éthiopie et demandant l'asile en France. Par ailleurs, même si certains campements apparaissent à nouveau dans Paris, **les actions des pouvoirs publics ont toujours comme conséquence d'obliger de nombreux·ses exilé·e·s à se disperser et à se cacher dans des espaces urbains peu visibles mais aussi peu accessibles** (Rapport CAD, 2023)

Ainsi, la plupart des personnes qui viennent à la PP en 2021 et 2022 sont à la rue depuis plusieurs mois – voire plusieurs années – et subissent de fait la marginalisation spatiale et sociale des campements. Elles expliquent alors à quel point celle-ci, tout comme la vie à la rue, les fragilisent, tant au plan psychique que physique.

Lors de sa première venue à la PP, en novembre 2021, Madame Diabate*, qui est arrivée en France depuis la Côte d'Ivoire en 2017, dort seule dans la rue depuis plusieurs mois. Elle montre un grand besoin de parler, elle est épuisée et souffre beaucoup de son isolement. Lorsqu'elle revient le 7 décembre 2021, pour voir une psychiatre en consultation, elle m'explique qu'elle dort à présent dans le tunnel Sigmund Freud, dans le 19^e arrondissement, au sein d'un campement de familles et de mineurs. Ce tunnel, qui passe sous le périphérique, est particulièrement à l'écart de la vie urbaine. Mais c'est une amélioration pour elle, car elle est seule sous une tente et entourée par plusieurs personnes. Elle évoque cependant les conditions très dures dans lesquelles elle continue de vivre : *« C'est très difficile, il fait froid, il y a la pluie. On a un peu de bois, on fait du feu pour se chauffer, mais c'est dangereux. Et puis il fait vraiment froid, même avec le sac de couchage : on s'assoit toute la nuit, on n'arrive même pas à dormir. »* Madame Diabate dit *« avoir peur »* dans ce campement, mais elle préfère y dormir plutôt que d'être totalement isolée et livrée à elle-même dans la rue.

Beaucoup des exilé·e·s qui viennent à la PP sont hébergé·e·s dans des structures institutionnelles collectives (centres d'accueil pour demandeurs d'asile [CADA], ou centres d'hébergement d'urgence

[CHU], ou de réinsertion sociale [CHRS] en particulier) – souvent après avoir été plusieurs mois à la rue. D'autres encore sont hébergé·e·s par des tiers, ami·e·s ou membres de la famille plus ou moins scrupuleux·ses, d'autres dorment dans des squats collectifs, d'autres n'ont pas trouvé d'autre solution que de louer des hébergements insalubres à des « marchands de sommeil ». **Chacune de ces situations de « vulnérabilité résidentielle » (Bouillon et al., 2018) engendre des difficultés quotidiennes liées au manque d'intimité et de confort, à l'insécurité et à l'instabilité résidentielle que ces types d'habitat impliquent – autant de facteurs de détresse psychique.**

C'est le cas par exemple des problèmes de cohabitation qui se posent spécifiquement dans les habitats collectifs institutionnels, qui occasionnent une grande promiscuité.

Les conditions résidentielles de monsieur Baridad*, jeune homme afghan qui vient depuis 2019 à la PP, sont particulièrement sources d'anxiété pour lui durant l'hiver 2021. Hébergé dans un dispositif institutionnel, il partage sa chambre avec un autre jeune Afghan avec qui il s'est autrefois très bien entendu. Monsieur Baridad raconte que ce monsieur fait des cauchemars atroces, hurle dans son sommeil, se réveille en grande panique, et que ça le met lui-même dans un état d'angoisse insoutenable. Il évoque même des idées suicidaires à cause de cette cohabitation forcée, qui dure depuis un an et demi. Auparavant, il avait passé deux années entières dans les campements de rue. *« Je suis désespéré »* répète monsieur Baridad, à tou-te-s.

Les hébergements chez un tiers ou les locations insalubres chez des marchands de sommeil engendrent également de l'insécurité et de la mise en danger, qui ont des conséquences psychologiques graves.

Monsieur Kouadio* est à Paris depuis bien plus longtemps, il est arrivé de Bamako en octobre 2004 et a peu connu la rue. Mais, en novembre 2021, il n'a toujours pas de titre de séjour et est donc contraint d'accepter des hébergements très précaires. Il m'explique *« être hébergé dans le 18^e à titre gratuit »*, mais je comprends qu'il doit quand même régulièrement verser un peu d'argent pour pouvoir rester. Là où il vit, il n'y a pas d'électricité, pas d'eau et pas de chauffage. Monsieur Kouadio vient à la PP car il a de très fortes angoisses : il est bouleversé d'avoir été amputé d'un doigt de pied il y a quelques

semaines. Après cet épisode, Monsieur Kouadio raconte s'être isolé encore plus : *« j'ai détesté les gens, ça m'a coupé de tout. J'ai commencé à fumer... Benoît [le coordinateur du programme qu'il rencontre en veille mobile] m'a dit "viens voir un psy" »*. Monsieur Kouadio raconte comment il est devenu maniaque chez lui. Je ne perçois pas immédiatement de quoi il me parle, mais je finis par comprendre qu'il fait un lien direct entre ses conditions d'hébergement et son infection ayant entraîné l'amputation. Il me dit en effet qu'il y a de très nombreuses souris là où il dort, et qu'il est fort possible que ce soit elles qui lui aient transmis l'infection. Monsieur Kouadio m'explique qu'il passe des nuits entières à les guetter, sans pouvoir dormir, dans cet endroit où il a très froid. Il se réveille à 7h tous les matins pour appeler le 115, il dit qu'il y a alors *« un interrogatoire policier mais qu'on n'a jamais rien »*. Finalement, Monsieur Kouadio me répète que ce n'est pas son rendez-vous prochain à la préfecture qui l'angoisse, mais bien cette situation insalubre et insécurisante d'hébergement.

La majorité des exilé·e·s sont dans des situations administratives très précaires et incertaines, ce qui s'accompagne d'une grande vulnérabilité résidentielle. Mais même celles et ceux qui ont obtenu un statut de réfugié rencontrent des difficultés d'accès à du logement, qui les place dans des positions psychiques douloureuses.

En janvier 2022, Noor* a 10 ans et elle vient souvent à la PP avec son père, monsieur Masafar*. Tous deux sont arrivés d'Afghanistan il y a quelques années. Sa mère et ses frères et sœurs étaient alors restés à Kaboul, espérant les rejoindre dès que monsieur Masafar aurait obtenu un statut de réfugié. Mais depuis le mois d'août 2021 et la prise de pouvoir des Talibans, cet espoir s'amenuise.

Si la séparation avec sa mère est un des aspects les plus souvent abordés lors de leurs venues à la PP, il est très intriqué dans les considérations matérielles de leur vie en France. La question des conditions de logement est fondamentale. Logés tous deux dans un hôtel social, ils ont obtenu le statut de réfugié. Mais ils savent qu'ils doivent à présent s'installer dans un logement ordinaire et stable pour espérer faire venir le reste de la famille. Un logement social a bien été proposé à monsieur Masafar, notamment sur la base du RSA qu'il percevait pour payer le loyer, mais il y a une particularité administrative qui n'a pas permis in fine au père

et à sa fille d'accéder au logement chez le bailleur social. Noor a bien intégré cet obstacle et se sent responsable. C'est de la culpabilité qu'elle exprime auprès de la psychiatre : *« c'est à cause de moi qu'on n'a pas eu le logement. Et maman ne va pas pouvoir venir »*.

Fin janvier 2022, Noor et son père appellent la psychiatre pour lui faire part du durcissement de leur situation d'hébergement. Au téléphone, Noor explique à la psychiatre qu'on leur a dit que leur prise en charge à l'hôtel s'arrêtait le 01 février et qu'il fallait dorénavant appeler le 115 pour espérer avoir un toit. Ils ont reçu un SMS indiquant *« Résidence Massy, répondez dans les 48h »*, mais monsieur Masafar ne savait pas d'où ça venait et ne comprenait pas ce que cela signifiait. En fait il s'agissait d'une demande d'hébergement faite en urgence par une travailleuse sociale qui s'occupe d'eux. In extremis, il et elle ont ainsi pu être déplacés à Massy, dans une structure Adoma, pour y être hébergé·e·s. Mais le problème est que Noor a dû être déscolarisée car ce nouveau lieu est très éloigné de l'école où elle allait à Fresne. S'ajoute à la distance le fait que Noor ne veut pas laisser son père seul : celui-ci parle moins bien français qu'elle et il a été très paniqué par toute cette expérience opaque et complexe de délocalisation.

La situation de Noor et de monsieur Masafar montre à quel point la **situation résidentielle est articulée avec d'autres modalités de la vie en ville, notamment autour de l'accessibilité** – en l'occurrence, pour Noor, à l'école.

Les mobilités quotidiennes en ville entravées

La problématique des mobilités quotidiennes est régulièrement génératrice d'anxiété : **se déplacer en ville, notamment pour venir à la PP, est souvent associé à un sentiment de crainte, celle d'être contrôlé·e·s sans titre de transport.**

En décembre 2021, monsieur Baridad* sort de sa consultation avec un grand sourire aux lèvres, et sa psychologue annonce : *« Monsieur Baridad a enfin son pass navigo ! »*. Félix*, un salarié et chargé de mission accueillant de la PP, et moi nous réjouissons avec lui. Il nous raconte son soulagement quand il l'a reçu : il ne sera plus obligé de subir l'humiliation d'être vu en train de sauter les barrières du métro ou de risquer un contrôle. C'est une grande étape pour lui.

Par ailleurs, cette mobilité a un coût que les exilé·e·s, en grande précarité économique, ne peuvent souvent pas supporter.

Lorsque je rencontre monsieur Koffi*, c'est devant le squat où il vit à Ivry, lors d'une veille mobile, en novembre 2021. Après une longue discussion durant laquelle il m'a parlé de tout ce qui le soucie, je lui parle de la Permanence Psy. Le principe l'intéresse, mais cela lui paraît compliqué de s'y rendre : *« pour aller vous voir, comment je vais faire ? Beaucoup de fois je ne sors pas d'ici parce que je n'ai pas les tickets de transport. J'ai peur de me déplacer, c'est pour ça je ne vais pas beaucoup m'entraîner à Saint-Denis. J'ai un ami qui joue avec moi là-bas, qui est né en France, parfois il m'accompagne, il m'apporte à manger. Mais pour aller là-bas, je pars de bonne heure, pour éviter les contrôles. Et il faut toujours être vigilant. Alors je suis ici et je réfléchis, je réfléchis. Depuis que je suis arrivé ici, je bois. Pour faire passer les choses dans ma tête. »* Avec le chargé de mission MdM, nous lui donnons des tickets de métro.

Le mardi suivant, monsieur Koffi vient à la Permanence Psy. Mais le suivant encore, il n'est pas là : quand je l'appelle, il m'explique qu'il ne veut plus se déplacer car il a pris, le week-end précédent, une amende de 100 euros dans les transports en commun.

Pourtant, les personnes exilées en situation de grande précarité sont précisément contraintes à de multiples mobilités : elles doivent traverser Paris, voire l'Île de France, pour se rendre à une convocation administrative, pour accéder à du soin gratuit ou à un hébergement ponctuel, ou encore pour travailler. Les emplois qu'elles trouvent sont la plupart du temps précaires voire non déclarés, et nécessitent des déplacements fréquents, parfois dans la même journée.

Le 22 janvier 2023, je discute avec Madame Sakandar* après son rendez-vous, en lui servant un thé. Elle commence en me disant qu'elle est très fatiguée : elle a passé la journée à se déplacer d'un endroit à l'autre dans Paris pour voir une assistante sociale, chercher des affaires, puis venir ici *« toute la journée, RER, train, RER, métro »*.

Confrontation avec la violence des forces de l'ordre et dispersion constante dans l'espace public

Une autre expérience urbaine vécue régulièrement par les personnes exilées à Paris est génératrice de détresse psychique : il s'agit de la confrontation avec la violence des forces de l'ordre. C'est particulièrement le cas pour les nombreux·ses exilé·e·s à la rue. En effet, des policier·e·s interviennent quotidiennement ou presque pour empêcher leur installation dans l'espace public (Gardesse, Piva, Runet, 2022), alors même que celui-ci est précisément une ressource essentielle pour elles et eux.

Le répertoire d'actions de la police repose sur plusieurs formes de violences, mis au jour dans le rapport du Collectif Accès au Droit (CAD) de novembre 2023. Parmi les 448 témoignages de violences policières mis au jour dans ce travail, **88 % relèvent d'évictions et de dispersion dans l'espace public**. Du gaz lacrymogène est fréquemment utilisé pour disperser les exilé·e·s, qui sont régulièrement poussé·es, menacé·es voire frappé·es par les forces de l'ordre pour s'éloigner. Les personnes exilées racontent aussi comment la police les réveille en tapant dans leurs tentes, parfois tous les matins pendant des semaines, pour les faire déguerpir de l'espace public. Les processus de privation de sommeil sont également courants durant la nuit, avec des conséquences physiques et psychiques désastreuses pour les exilé·e·s qui ne parviennent pas à dormir plus de quelques heures. Les tentes, matelas et duvets, matériel sommaire permettant une forme d'installation et d'abri minimal pour passer les nuits, sont régulièrement détériorés par la police : 33 % des témoignages recensés par le CAD rapportent des confiscations ou des destructions de biens matériels. **Les violences mises au jour entre 2015 et 2023 dans ce rapport se situent à 79 % dans le Nord-Est de Paris** : la géographie qu'elles dessinent correspond bien à celles des campements de rue d'exilé·e·s depuis huit ans.

Ainsi, nombreux·ses sont les exilé·e·s venant à la PP qui craignent les rencontres avec la police. Déjà, en 2018, Médecins du Monde et Primo Lévi publiaient un rapport sur « la souffrance psychique des exilés », dans lequel était souligné « l'impact majeur de ces violences : elles peuvent conduire à des degrés divers à une dévalorisation importante de l'estime de soi, une résignation, une banalisation de la violence ou encore à des reviviscences traumatiques ».

Les témoignages suivants ont été recueillis en veille sanitaire mobile, mais les personnes qui les ont livrés aux équipes de Médecins du Monde ont ensuite pu venir consulter à la PP. Ils montrent bien à quel point le harcèlement policier a des répercussions concrètes en termes de privation de sommeil et d'impossibilité de trouver un temps et un espace de sécurité. Les exilé-e-s, constamment mis-e-s en mouvement et sommé-e-s de disparaître, sont quotidiennement soumis-e-s à des hauts niveaux de stress.

« On ne peut toujours pas dormir. Dès qu'on trouve un endroit pour dormir la police vient et nous dit "get up ! get up!". Alors il faut toujours se lever, partir, et trouver un autre endroit. Jusqu'à ce que la police revienne et nous fasse partir à nouveau. Là je suis malade, j'aimerais pouvoir dormir un peu tranquillement pour me reposer et aller mieux. On n'en peut plus. »

— Témoignage recueilli le 27 août 2018, veille sanitaire La Chapelle.

« La police était encore là il y a une heure, juste avant que vous arriviez. Là je pense qu'ils sont partis chercher du renfort et qu'ils reviendront plus tard pour nous intimider. Allez! Allez! Go! Go!", c'est toujours la même chose. Ils nous parlent toujours avec une gazeuse dans la main et nous

disent de partir. Si tu ne vas pas assez vite ou que tu essayes de répondre "Pchhhht", tu vas te retrouver gazé. Mais ils ne nous proposent aucune solution d'hébergement. Pas de maison. Ils veulent juste qu'on aille dans une autre rue, je ne sais pas... Ici, dehors, les gens ont froid. Et quand il pleut c'est encore pire, alors on se réfugie sous le pont et on attend que ça passe. Mais l'ambiance peut devenir très vite tendue, entre l'orage qu'il y a eu et la police qui vient nous voir très souvent, les gens deviennent fous. Dimanche soir sous le pont tout le monde criait, les gens ont failli se battre, c'était terrible. Moi ça me donne envie de mourir. J'ai envie de mettre fin à mes jours dans ces moments-là. Pourquoi est-ce qu'on doit supporter tout ça ? On a vraiment l'impression de vivre dans une impasse. Tu devrais venir passer une journée complète avec nous ici et surtout une nuit... Tu comprendrais... »

— 11 mai 2020, veille sanitaire Pont de Stains, Aubervilliers.

Ce harcèlement de la part de la police participe d'un processus plus large d'invisibilisation des personnes exilées les plus précaires, tout comme le déploiement d'un urbanisme dissuasif après les évacuations des campements de rue (grillages autour d'espaces vides, installations de pierres ou de mobiliers urbains pour empêcher

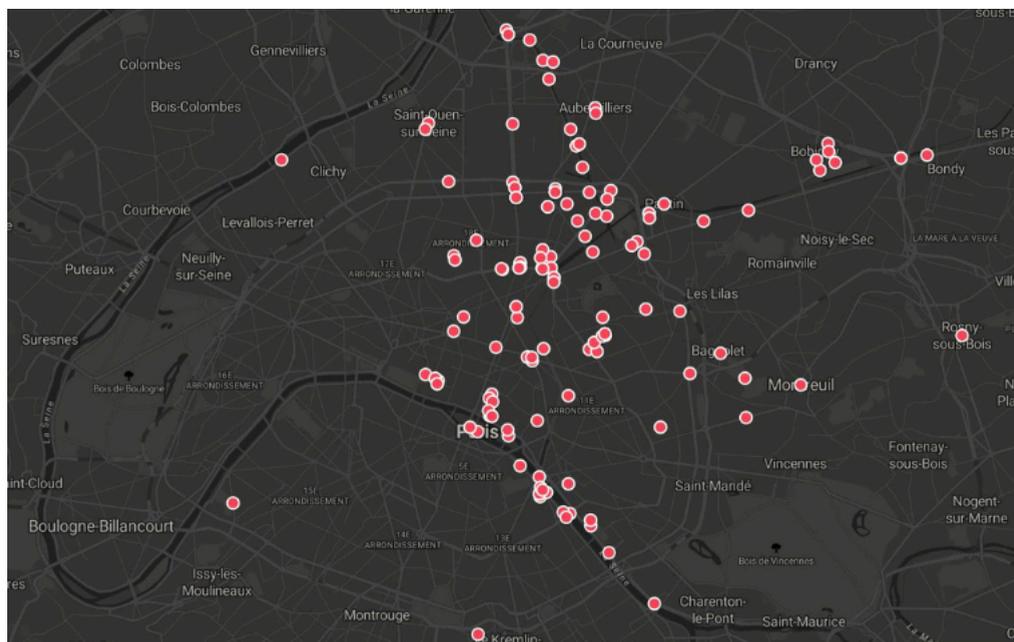


Figure 2. Localisation des violences policières à l'encontre des exilé-e-s recensées par le CAD entre 2015 et 2023, <https://violencespolicieres.fr>

toute installation durable) **ou encore la dématérialisation des guichets administratifs** (en Île-de-France, la prise de rendez-vous pour l'enregistrement de la demande d'asile se fait par téléphone depuis mars 2021, alors qu'auparavant des campements se créaient devant la plateforme de France Terre d'Asile à Jaurès). **Les exilé-es ne sont ainsi jamais autorisé-es à s'installer quelque part dans la ville.** Ils et elles vivent alors dans une insécurité constante, la menace de l'intervention potentiellement violente des forces de l'ordre pèse sur elles et eux quotidiennement et est au cœur de leurs expériences urbaines.

De plus, pour celles et ceux dont le séjour en France est placé dans l'irrégularité par leur situation administrative, la rencontre avec la police est d'autant plus crainte qu'elle peut se solder par une expulsion (Le Courant, 2022). Ces exilé-es vivent alors sous un régime de « déportabilité » (De Genova, 2010) qui vise surtout à les décourager de rester en France et qui a de fortes répercussions sur leur santé psychique.

Des procédures administratives anxiogènes et insécurisantes

De fait, **on ne peut décorrélér ces différentes expériences en ville des situations administratives des personnes exilées.** Celles-ci déterminent en grande partie leur possibilité d'accéder ou non à un hébergement, mais aussi à un travail, ce qui peut leur permettre de trouver de meilleurs conditions résidentielles – et ainsi d'être moins soumis-es aux violences des forces de l'ordre.

Fondamentalement, **les procédures administratives dans lesquelles la grande majorité des exilé-es venant à la PP est engagée sont hautement génératrices de stress, d'inquiétudes et d'angoisses.** Elles font peser une immense incertitude sur leurs avenir, qui les insécurise profondément, d'autant qu'elles sont souvent vécues comme très aléatoires, voire arbitraires ou injustes, les logiques conduisant à l'obtention ou non du droit d'asile ou d'un titre de séjour étant opaques et peu explicites.

Par ailleurs, **parce qu'elles conduisent les personnes exilées à raconter dans le détail les violences qu'elles ont pu subir avant leur émigration – sans qu'un dispositif d'accompagnement psychologique ne leur soit proposé – ces procédures peuvent elles-mêmes provoquer des réminiscences de traumatismes.** Loin de tenir compte

des traumatismes des exilé-es et de la difficulté à les énoncer, elles produisent souvent leurs réactions voire leurs renforcements. Celles et ceux qui déposent une demande d'asile doivent ainsi craindre l'épreuve des récits de leur parcours et des raisons de leur départ. Ces éléments leur sont demandés plusieurs fois lors de leurs rendez-vous dans les services administratifs, avec les avocats, avec les associations, avec la justice aussi. Reparer de ces circonstances, c'est aussi pour elles et eux les revivre, les réactiver régulièrement alors même qu'il s'agit bien souvent d'événements à forte charge traumatique. **C'est aussi être confronté-es à une méfiance, à la suspicion d'un mensonge,** ce qui rend ces moments encore plus pénibles et les conduit bien souvent à être plus silencieux-ses qu'ils et elles ne l'avaient envisagé initialement.

Le 12 octobre 2021, un homme afghan arrive à la Permanence Psy, visiblement énervé : *« I'm very upset this morning »*. Après un long périple administratif, monsieur Kazemi* a appris quelques jours auparavant qu'il avait été déclaré « dubliné », et la juriste de la permanence pense que c'est une erreur. Elle le prend en rendez-vous et j'assiste à l'entretien. Durant celui-ci, elle reprend avec lui le dossier qu'il doit présenter pour déposer un recours et demander à nouveau le droit d'asile, ce qui le conduit à évoquer son parcours migratoire et sa situation actuelle. Lui sort de son sac à dos des chemises en carton pleines de feuilles et de formulaires, qu'il lui présente au fur et à mesure, pour étayer son récit. Il a manifestement d'ores et déjà largement raconté et documenté celui-ci. La juriste lui explique qu'il faut qu'il revienne précisément sur les raisons pour lesquelles il a dû fuir l'Afghanistan : *« explain why you are applying asylum, why you quit Afghanistan, why you are in danger? »*. Au milieu de son récit, monsieur Kazemi s'arrête et emploie des mots très durs à propos de son état psychique actuel : *« today morning i wanted to do something... (il évoque le suicide) Madame, those days I'm really... (il fait un geste sur sa tête pour montrer qu'il est perturbé). »*

Pour clore l'entretien, la juriste lui lit le document qu'elle a rédigé pour son dossier, à l'aune de ce qu'il nous a confié. Elle met en avant le fait qu'il travaillait pour des armées vues comme des occupantes par des habitants qui l'ont menacé. *« I felt very insecure »,* conclue-t-il.

2.2. La grande précarité socio-économique limite le traitement des traumatismes antérieurs à l'immigration

Prudence thérapeutique : ne pas (trop) ouvrir la boîte de Pandore du stress post-traumatique

Ces situations de grande précarité et d'expériences de non-accueil, non seulement créent de la détresse psychique, mais, en plus, mettent à mal la possibilité d'un traitement thérapeutique des traumatismes vécus avant l'émigration ou lors du trajet migratoire.

Ce qu'expliquent tous les psys de la permanence, c'est qu'il est très difficile d'engager un « travail psychique de fond » dans les conditions de vie qui sont celles des exilé-e-s venant à la permanence, et donc très compliqué d'élaborer les problématiques de symptômes de stress post-traumatiques. Certain-e-s psys estiment ainsi que cette grande précarité a pour conséquence que les exilé-e-s « ne sont pas encore dans le post-traumatique », moment qui permettrait précisément d'engager un travail psychique plus complet. La mobilité entravée (pas de titre de transport, peur du contrôle), l'instabilité résidentielle, la forte dépendance aux rythmes et décisions des guichets administratifs, le peu de contrôle sur les horaires de travail, représentent autant d'obstacles pour l'accès aux soins, notamment pour la venue à la PP. Ainsi, les psys ne sont jamais certain-e-s que les personnes exilées vont pouvoir ou vouloir revenir les voir et engager une forme de thérapie, pour un temps plus ou moins long. Il leur semble donc plus prudent, dans un certain nombre de situations, de ne pas poser trop de questions sur des événements traumatisants, sauf s'ils sont spontanément abordés par la personne reçue.

« Compte tenu du cadre où euh dans lequel on intervient, on est dans l'incertitude tout au long de l'accompagnement, on ne sait jamais si la personne reviendra la fois suivante, donc compte tenu de cela, qu'est-ce qu'on peut s'autoriser à... à ouvrir, en termes de de... un peu de boîte de Pandore quoi, c'est-à-dire que... pour moi c'est quand même assez risqué, de s'engager sur un terrain euh de type thérapeutique avec des personnes pour lesquelles, au niveau du cadre, on est sur quelque chose qui est très instable. »

— Mathilde* – bénévole et psychologue, entretien du 21 décembre 2021.

Non seulement les conditions thérapeutiques ne paraissent pas toujours réunies pour aborder un travail post-traumatique, mais par ailleurs les bénévoles savent bien qu'une fois les personnes sorties des consultations, elles vont se retrouver dans des conditions très insécurisantes et peu contenant. « Lorsque je raccompagne un patient à la porte, je le raccompagne à la rue » explique Lucas, psychologue bénévole : c'est pour lui tout à fait essentiel dans la compréhension de la spécificité de ces patients. Ils et elles ne quittent pas une séance, et tout ce qu'elle a pu agiter, pour trouver un chez-soi qui pourrait être un cadre contenant. Or la réactivation potentielle de traumatismes que peut générer le fait d'en parler se déploie souvent en dehors et en aval de la séance elle-même, et les psys craignent que les personnes ne se retrouvent en grande fragilité psychique en dormant à la rue ou en n'ayant aucune possibilité de repli ou de repos, physique ou psychique.

Cette position, celle de recevoir des personnes en consultation de psychothérapie mais en essayant de ne pas aller trop loin, trop vite, dans des problématiques profondes de stress post-traumatique, est vécue comme une responsabilité de la part de plusieurs psys bénévoles. Elle les conduit à travailler avec prudence, en ayant l'impression « de marcher sur un fil », « de retirer des couches petit à petit ». Cette posture rejoint *in fine* la nécessité de toujours s'adapter à la personne en face d'elles et eux.

La récurrence de traumatismes lourds liés à des violences précédant l'arrivée en France

La grande majorité des personnes exilées qui viennent à la PP ont vécu des violences lourdes, dans leur pays d'émigration ou bien sur le trajet migratoire jusqu'à la France. La plupart du temps, ce sont ces violences ou des menaces pour leur vie qui les ont contraintes à l'exil.

Beaucoup des exilé-e-s présent-e-s dans les campements de rue et à Médecins du Monde viennent d'Afghanistan. Les violences et injustices qu'ils et elles ont subies dans ce pays ont créé des lourds traumatismes, qu'ils et elles évoquent plus ou moins frontalement, au cours des consultations ou lors de discussions plus informelles.

Monsieur Asadullah* est décrit en debrief le 12 octobre 2021 par le bénévole qui l'a vu comme « un Afghan typique », ce qui veut dire pour lui

que son histoire est très proche de celles des autres personnes afghanes qu'il rencontre à la Permanence Psy. Comme il s'agissait d'un premier rdv, il a rencontré en même temps un-e psy et un-e médecin généraliste. Monsieur Asadullah a été très loquace et a montré un grand besoin de s'exprimer : il n'a pas évoqué de problème physique et a demandé « à parler ».

Monsieur Asadullah est parti d'Afghanistan en 2015 et fait encore aujourd'hui des cachemars réguliers de Talibans. Il s'agit en réalité de scènes qu'il a réellement vécues. Sa famille et lui étaient des commerçants dans un village. Son père a été torturé par les talibans à cause d'une faute qui a été imputée à monsieur Asadullah : il y a eu un incendie dans une mosquée et il a été accusé d'en être l'auteur. Il a une femme et un fils en Afghanistan, qu'il voit par visio et pour qui il est très inquiet.

Dans d'autres cas, nombreux eux aussi, les exilé-e-s venant à la PP ont des traumatismes liés à la violence d'une dictature ou aux violences de guerre, comme au Soudan ou en Erythrée. Mais les histoires sont diverses : d'autres personnes, en particulier des femmes ou bien des personnes LGBTQ+, ont fui leurs pays parce qu'elles y étaient maltraitées physiquement ou menacées en raison de leur appartenance à une minorité de genre.

C'est le cas de madame Jones*. Cette femme de 26 ans, qui vient du Sierra Leone, est orientée à la Permanence Psy par le collectif Baam. Elle se présente à l'accueil le 12 décembre 2023 et demande à voir un-e psychologue. Elle s'exprime en anglais et nous engageons la discussion : au bout de quelques minutes elle me demande si nous pouvons parler un peu à l'écart. Elle me demande de traduire en anglais un certificat médical rédigé en français. En jetant un œil dessus, je vois tout de suite qu'il décrit des lourdes blessures physiques, et je lui propose de nous isoler dans un box médical.

Le médecin ayant examiné madame Jones relate dans son certificat de nombreuses blessures, coupures, morsures, cicatrices, dont certaines à l'intérieur de son vagin. Elles correspondent aux violences qu'elle a subies en Sierra Leone avant son départ.

Un peu plus tard, avec Catherine, bénévole psychiatre, nous recevons madame Jones en entretien. Elle nous explique que, adolescente, elle est tombée amoureuse d'une fille et que lorsque sa famille s'en est aperçue, elle a été forcée à épouser un homme de 58 ans, beaucoup plus âgé qu'elle. Avant cela, elle a été excisée de

force. Son mari l'a violée à de nombreuses reprises, et elle a eu deux enfants. Elle nous raconte avoir accepté cette situation pendant plusieurs années, par crainte que son homosexualité ne soit dévoilée. En 2020, madame Jones a rencontré une femme avec qui elle a vécu une histoire d'amour : malheureusement elle a été découverte, par sa fille, qui l'a battue. Elle a été renvoyée chez ses parents, qui l'ont frappée à de multiples reprises. Madame Jones a alors profité d'un moment où elle était seule pour s'enfuir et passer la frontière.

Les traumatismes incorporés par les exilé-e-s sont également très souvent liés à des fortes violences ou à des drames vécus lors du trajet migratoire. Si les récits des violences subies dans le pays d'émigration sont souvent mobilisés, notamment dans le cadre d'une demande d'asile, ceux ayant eu lieu dans d'autres pays traversés pendant le parcours sont parfois invisibilisés par l'administration, car ils ne sont pas pris en compte dans les procédures d'asile. Les exilé-e-s ont souvent intériorisé que ces drames n'intéressaient personne, alors même qu'ils ont été extrêmement traumatisants pour elles et eux.

En Lybie, monsieur Koffi* a fait de la prison, « trois fois » insiste-t-il. Il ne pouvait pas appeler ses parents. Il s'est plusieurs fois évadé « avec ses collègues », mais il a été rattrapé à chaque fois. Il a vu des femmes se faire violer devant lui. Il me parle de ses cicatrices : « je peux te les montrer mais ça va te faire peur ». Il a eu plusieurs fractures en Lybie, « mais à l'OFPPA ils ne veulent pas entendre parler de ça » regrette-t-il. « Il y en a plein qui sont morts en Lybie. Puis j'ai fait le voyage. Par la mer. Trois fois j'ai fait le voyage. La dernière fois, on était 160 au départ, seulement 5 sont arrivés vivants ». Depuis, monsieur Koffi a « des problèmes la nuit pour dormir ».

De plus, beaucoup des personnes exilées qui viennent à la PP souffrent d'une culpabilité importante à s'être sorti-e-s de ces violences, à avoir fui les persécutions, d'autant que ça a souvent été en laissant derrière elles et eux des proches. Les parents évoquent très souvent leurs enfants restés dans le pays qu'ils ont quitté comme la plus grande de leur inquiétude.

Madame Jones* raconte toutes les violences dont elle a été victime d'un ton calme. Mais lorsqu'elle évoque ses enfants, des larmes coulent sur ses joues. C'est le seul moment de l'entretien où elle prononce des mots comme « c'est

très difficile pour moi, ça a été très difficile de prendre la décision de partir en laissant mes enfants ». Le père de ses enfants les a envoyés chez une tante et comme madame Jones n'a pas les moyens de leur faire parvenir de l'argent, cette personne a décidé de couper toute communication entre elles. Madame Jones n'a aucune nouvelle de ses enfants depuis 8 mois.

À l'inverse, les très jeunes personnes qui viennent à la PP, les jeunes majeurs de moins de 20 ans, ou même des enfants, évoquent avec angoisse la séparation et la situation de leurs parents, en particulier de leurs mères.

Les personnes exilées cumulent de fait plusieurs traumatismes : les violences qu'ils et elles ont subi-e-s et ont fui ont des conséquences multiples dans leurs vies. Cette intrication de dimensions anxiogènes est perceptible dans la manière dont ils et elles évoquent dans le même temps les événements traumatisants ayant précédé leur émigration, ceux vécus lors du trajet migratoire, mais aussi les répercussions de cet exil sur leurs relations familiales et sociales.

2.3. Le défi de l'orientation vers le droit commun et les déficits de l'action publique pour les soins en santé psychique

Absence d'orientations effectuées par les membres de la PP, en dehors des urgences psychiatriques

Si la PP n'est a priori pas le lieu pour proposer du travail thérapeutique au long cours et un traitement approfondi de troubles de stress post-traumatique – ce n'est d'ailleurs pas dans cette optique qu'elle a été créée – elle pourrait être envisagée comme une étape dans un parcours de soins de santé psychique pour les personnes exilées. Mais force est de constater la grande complexité pour les membres de l'équipe, voire l'impossibilité, d'orienter les exilé-e-s vers d'autres structures de soin en santé psychique.

Durant les mois d'observations passés à la PP, aucune orientation vers un dispositif extérieur de soins en santé psychique n'a été faite, hormis très ponctuellement des accompagnements aux urgences psychiatriques de Sainte-Anne. Ce constat est confirmé dans les entretiens réalisés

avec les psychiatres et psychologues en 2021 et 2022 et les propos recueillis en 2023 et 2024.

Des problématiques structurelles du soin en santé psychique mais aussi spécifiques aux personnes exilées

Plusieurs raisons sont avancées par les membres de la PP pour expliquer l'absence d'orientations.

Les structures classiques de droit commun que sont les Centres Médico-Psychologiques (CMP) devraient être les principaux espaces vers lesquels orienter les patient-e-s après les premiers rendez-vous. Ils peuvent être ponctuellement joignables par certain-e-s, mais tous les membres de l'équipe s'accordent pour dire que **le délai d'attente, très long, rendent dans les faits les orientations non opérantes**. Or précisément, **pour le public de personnes exilées en situation de grande précarité socio-économique et majoritairement en errance, la question de la temporalité du soin est fondamentale**. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'à la PP, il n'y a pas de délai d'attente pour recevoir un-e patient-e, même pour un premier rendez-vous.

Par ailleurs, selon les observations des membres de l'équipe, les personnes travaillant en CMP n'ont pas toujours une formation ou une expérience suffisamment étayée pour accompagner des personnes à la rue et souffrant de psycho-traumatismes.

Un coordinateur raconte ainsi comment une professionnelle d'un CMP l'a contacté en lui disant « *en fait on sait pas gérer parce que... mon équipe est pas formée du tout au psychotrauma... et en gros elle était venue nous voir parce que y avait un mec qu'avait été orienté chez eux et qu'avait dû attendre trois heures, qu'avait pété un câble et du coup il était devenu violent donc ils l'avaient mis à l'isolement et ils l'avaient shooté et ils avaient fait un débrief: y a un mec qui est arrivé parce qu'il avait un trauma et nous la seule chose qu'on a été capables de proposer c'est de l'isoler en le shootant et du coup de le remettre dans une cellule, là d'où il vient a priori dans son parcours, donc ça avait créé beaucoup de malaise .* »

— Entretien du 28 janvier 2022.

Les membres de la PP connaissent par ailleurs plusieurs structures associatives qui proposent du soin en santé psychique aux personnes exilées à

Paris. Certaines comme Primo Levi, le Comède ou le centre Minkowska sont bien repérées et citées dans tous les entretiens. Mais elles sont considérées peu ou pas accessibles, car identifiées comme recevant un public spécifique (par exemple victimes de torture pour Primo-Levi) et/ou davantage stabilisé au plan socio-économique.

Il n'existait pas, jusqu'en 2021, de service public spécifique pour le public exilé en situation de grande précarité que reçoit la PP. C'est en 2022 que les membres de l'équipe apprennent l'existence du Capsys, créé un an auparavant, et qui remplit spécifiquement cette mission (voir « Panorama des ressources de soins en santé psychique pour personnes... » à la page 36). Quelques orientations sont alors réalisées par des psychiatres vers ce dispositif, mais lorsqu'il en est question quelques mois plus tard, en 2023, les membres de la PP les considèrent difficiles car le délai d'attente pour être effectivement reçu-e en consultation est long – environ 3 mois. Ainsi, il est décidé en réunion d'équipe, en octobre 2023, de proposer aux personnes exilées qui seraient orientées vers le Capsys de continuer de venir à la PP jusqu'au changement de prise en charge, pour proposer un accompagnement durant les 3 mois d'attente. Mais dans les faits, ces orientations restent très rares.

La possibilité d'orienter vers des praticien-ne-s en libéral est peu mobilisée : soit parce que les psys ne disposent pas de réseau vers qui orienter (c'est le cas en particulier de celles et ceux travaillant ou ayant pratiqué dans l'institution publique, celles et ceux qui travaillent en libéral ont davantage de réseau personnel mais peu de connaissances qui pourraient recevoir le public de la PP) ; soit en raison du problème substantiel selon elles et eux de l'interprétariat.

Au demeurant, cette problématique fondamentale de la langue se pose pour toutes les orientations potentielles, notamment vers les CMP ou aux urgences de Sainte-Anne. En ce qui concerne ces dernières, si les membres de la PP n'ont parfois pas d'autres choix que d'y accompagner certain-e-s patient-e-s, la décision se prend tout de même en ayant à l'esprit les difficultés possibles dans la prise en charge en raison de l'absence d'interprétariat sur place.

« J'ai déjà accompagné un patient à Sainte-Anne, aux urgences psy, tu arrives à l'entrée de l'hôpital y a un mec de la sécu qui parle que français et qui va checker son sac, c'est l'étape numéro 1, tu dois trouver le bâtiment... au niveau des étapes linguis-

tiques donc t'as 2. quand tu rentres dans le bâtiment t'as un premier accueil où on t'enregistre, on prend tes infos, on essaie de comprendre ce que t'es là et on t'explique ce qui va se passer, ça se fait en français ou en anglais, étape numéro 3, ensuite t'as un entretien avec un ou une infirmier, qui se fait en français ou en anglais et étape numéro 4 tu vas rencontrer le psychiatre qui lui potentiellement fera appel à l'ISM donc... nous quand on a des mecs... complètement en décompensation qui vont pas bien du tout évidemment on va renvoyer là-bas mais... mais on voit déjà que le parcours est très compliqué par rapport à nous tu passes la porte, étape numéro 1 salam, y a un traducteur et okay c'est parti quoi. »

— Antoine*, salarié et chargé de mission puis coordinateur, entretien du 9 novembre 2021.

Les limites thérapeutiques de l'absence d'interprétariat se répercutent aussi dans la possibilité d'évaluer sur la durée la pertinence des prescriptions médicamenteuses : les personnes exilées n'ont alors pas la possibilité d'expliquer précisément aux psychiatres les effets qu'ont sur elles les médicaments qu'elles prennent. Il arrive d'ailleurs que des exilés considèrent qu'on leur a donné, en CMP ou aux urgences, des médicaments de manière inutile, uniquement parce qu'ils ne parvenaient pas à bien exprimer leurs symptômes et leurs problèmes.

« Le mec qui dit ça fait neuf fois que j'suis suivi dans un CMP, mais j'ai aucun interlocuteur... on m'donne mes médocs et y a pas d'interprète donc... on me dit absolument rien donc au final voilà moi j'ai besoin de parler à quelqu'un. »

— Benoît*, salarié et coordinateur, entretien du 21 mars 2022.

Finalement, s'il y a bien quasiment à chaque après-midi de permanence des orientations faites par les membres de l'équipe, elles sont à destination de structures associatives non spécialisées sur la prise en charge en santé psychique, mais davantage sur les problématiques de la vie à la rue et de l'exil. Ainsi, les chargé-e-s de mission se réfèrent régulièrement au guide Wati-zat pour indiquer à tel exilé qui a besoin de vêtements un vestiaire, à tel autre qui vient d'arriver et a fui son pays parce que son homosexualité a été découverte une association comme l'ARDHIS (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour). Les adresses des accueils de jour pour personnes exilées à la rue sont aussi régulièrement transmises, et les chargé-e-s de mission savent qu'il existe aussi là-bas des bénévoles psychologues qui

pourraient recevoir les exilé-e-s (voir « Panorama des ressources de soins en santé psychique pour personnes... » à la page 36) : mais il n'y a pas d'orientation directe vers ces professionnel-le-s.

Travailler les orientations : un enjeu complexe pour la PP

MdM, via sa PP, est ainsi soumis à un paradoxe qui se pose de manière récurrente aux associations et aux collectifs qui viennent en aide aux exilé-e-s (Gardesse, Masson Diez, 2022) : **son offre pallie les déficits de l'action publique et se substitue, dans le long terme, aux consultations de droit commun en santé psychique – qui sont largement insuffisantes – alors même que sa mission d'origine est d'interpeller les pouvoirs publics via du plaidoyer et d'orienter le plus vite possible les personnes exilées vers ces structures de droit commun.**

« En même temps le fait de pallier constamment à ces défaillances ne fait pas émerger le besoin criant donc on est toujours dans finalement ce paradoxe entre... est-ce qu'on aurait plus intérêt à les mettre face à leurs défaillances ou... au risque de laisser des gens... »

R : *Ou de pallier euh... au risque d'invisibiliser le problème et de le pérenniser euh...*

— Mathilde*, bénévole et psychologue, entretien du 21 décembre 2021)

Les membres de la PP sont bien conscient-e-s de ce paradoxe et le déplorent, mais beaucoup pensent aussi qu'il faut en prendre acte et assumer de ne pas pousser vers l'orientation droit commun puisqu'elle n'existe pas.

À la difficulté structurelle d'orienter vers des dispositifs de droit commun, s'ajoute la volonté pour les psychiatres et psychologues d'éviter de multiplier les ruptures pour les personnes exilées et de favoriser la stabilité qu'elles ont pu trouver à la PP (voir citation précédente). Dominique, bénévole psychiatre, expliquait ainsi en réunion d'équipe qu'elle « entendait » la nécessité de favoriser des orientations mais que « ce n'était pas comme ça qu'elle travaillait ». Elle relatait un exemple précis : « Monsieur T. était à la rue. Il a été mis dans un foyer totalement pourri à Pré Saint Gervais. J'ai voulu le passer sur secteur mais le secteur a dit « surtout ne le lâchez pas » (réunion octobre 2023). De fait, les relations de transfert et de contre-transfert qui ont pu se construire parfois durant plusieurs mois peuvent justifier la volonté,

tant pour les patient-e-s que pour les praticien-ne-s, de maintenir le travail thérapeutique au sein de la PP.

L'importance de ce lieu pour les exilé-e-s est palpable dans la plupart des entretiens et discussions avec les patient-e-s : certains font même plusieurs kilomètres pour venir.

Monsieur Hashimi* a commencé à fréquenter la Permanence Psy en 2019 : il était venu en raison de symptômes dépressifs graves et avait été soigné avec des antidépresseurs qui avaient bien fonctionné. *« J'étais très stressé, pour dormir. À cause de la tente mais aussi des Allemands, j'étais stressé »*. En effet, avant son arrivée à Paris, Monsieur Hashimi a fait un séjour de plus d'un mois en centre de rétention en Allemagne qui l'a beaucoup marqué. Après quelques mois à la rue à Paris, monsieur Hashimi a été envoyé, lors d'une évacuation de campements, dans un centre pour demandeurs d'asile situé à Troyes. C'est là qu'il vit désormais ; mais il y est isolé et il a recommencé à être déprimé. Il semble qu'il ait été agressif envers quelqu'un, et il s'est retrouvé enfermé en psychiatrie avec un traitement lourd pour psychose. Dès qu'il est sorti, il s'est souvenu qu'il avait eu un traitement à la Permanence Psy qui le faisait aller mieux, et il y est revenu. Il m'explique : *« moi je comprends pas bien français, et ça c'est pas entendu avec médecin à Troyes. A Troyes, juste donné les médicaments mais j'ai pas bien compris. A cause de ça j'ai venu ici parler. »* À Troyes, il ne connaît personne, il n'a pas rencontré d'associations ou de bénévoles qui peuvent l'aider. C'est un problème notamment parce qu'il ne sait pas lire ou écrire. À la Permanence Psy, c'est sa psychiatre qui lui lit les prescriptions et les noms des médicaments, en lui montrant notamment des pictogrammes pour qu'il les reconnaisse ensuite. Monsieur Hashimi vient en prenant le train, jusqu'à la Gare de l'Est, puis le métro : *« (c'est) un petit peu compliqué pour moi de venir ici mais je viens à cause de la maladie, du stress »*. Selon lui, ce n'est pas le trajet qui le fatigue, mais son angoisse initiale. Il choisit donc de dépenser une partie de son salaire dans les billets de train et de métro – il gagne environ 1 100 euros par mois (son loyer est autour de 150 euros, il est logé par Troyes Habitat dans un 2 pièces de 32 m²). Quand il vient à Paris, ça lui arrive de rester un peu, surtout l'été car il peut alors dormir dehors avec des amis. Mais lorsqu'il fait froid comme le jour de notre entretien (en décembre 2021), monsieur Hashimi rentre

directement à Troyes après sa consultation à la Permanence Psy.
— Observation du 12 octobre 2021 et entretien du 14 décembre 2021.

Ainsi, les consultations au long cours ne correspondent pas à la stratégie de non-substitution de MdM, mais l'équipe de la PP n'a pas vraiment le choix que de les proposer. Cependant, ses membres soulignent aussi qu'ils et elles manquent d'une vision claire sur les dispositifs existants à Paris. Tou-te-s estiment qu'il s'agit d'un enjeu important pour la PP et aimeraient pouvoir favoriser davantage d'orientations pertinentes, que ce soit vers d'autres institutions ou en libéral. Mais ils et elles ont très peu de temps pour travailler les partenariats possibles et mettre au jour leurs connaissances des dispositifs vers qui ils pourraient orienter les exilé-e-s. Il peut y avoir, ponctuellement, des interactions avec certaines structures ou acteur-ric-e-s – cela a été le cas en 2018 au moment de l'ouverture de la PP, puis en 2020 lors d'un travail de cartographie lancé par ACF, ou encore en 2022 lors de la prise de contact avec le Capsys – mais ils ont rarement été pérennisés. De fait, l'organisation et le fonctionnement même de la PP, en plus des autres dispositifs de soins de Médecins du Monde dans lesquels plusieurs membres de l'équipe sont impliqué-e-s, requièrent un grand travail de terrain au quotidien.

3. PANORAMA DES RESSOURCES DE SOINS EN SANTÉ PSYCHIQUE POUR PERSONNES EXILÉES TRÈS PRÉCAIRES À PARIS

Un panorama des ressources de soins en santé psychique pour les personnes exilées en situation de grande précarité à Paris est présenté dans cette partie. Il est également consultable sous forme de tableau en annexe.

Ce panorama a été construit à partir de l'identification de dispositifs vers lesquels les personnes reçues à la PP de Médecins du Monde pourraient se tourner ou être orientées pour accéder à du soin psychique. Ce panorama n'est pas exhaustif, mais il présente des structures importantes dans ce champ à Paris pour les années 2023 et 2024.

3.1. Catégories et caractéristiques des dispositifs de soin en santé psychique pour les exilé-e-s à Paris

Pour élaborer ce panorama, la démarche méthodologique a consisté à répertorier des dispositifs qui reçoivent le même public que la Permanence Psy de MdM pour leur offrir du soin en santé psychique, sans qu'ils ne fonctionnent nécessairement selon les mêmes modalités. De fait, toutes les structures au sein desquels des personnes exilées en grande précarité peuvent avoir accès à du soin en santé psychique à Paris ne sont pas spécifiquement dédiées au public reçu à la PP, c'est-à-dire des personnes exilées primo-arrivantes et en situation de grande précarité ; à l'inverse, certains de ces dispositifs ne sont pas destinés en premier lieu au soin psychique, même s'ils en proposent in fine. C'est pourquoi il a été nécessaire de réfléchir en ouvrant la focale au-delà des consultations psychothérapeutiques inconditionnelles dans un lieu fixe pour personnes exilées à la rue, et de fonctionner par une logique inductive, en observant les différentes structures proposant de fait des formes de soin en santé psychique à Paris. J'ai également bénéficié des conseils et contacts donnés par les personnes rencontrées au fur et à mesure de l'enquête.

Par ailleurs, ce travail de recueil a pu prendre appui sur une démarche précédente de cartographie du soin en santé psychique pour personnes exilées, pilotée par ACF en 2020 et ayant impliqué la plupart des structures rencontrées pour cette enquête. Même si cette cartographie n'avait pas pu être actualisée depuis quelques années, elle permettait de croiser les résultats du terrain mené en 2023-2024 et de repérer les structures incontournables et certaines auxquelles je n'avais pas directement pensé.

En ce qui concerne le panorama lui-même, les informations qui y figurent ne sont pas toutes à un même niveau de précisions : certaines reposent sur une double technique d'enquête qualitative, pour les structures auprès desquelles j'ai mené un entretien (21 structures, 34 enquête-e-s), puis qui ont accepté de compléter un formulaire que je leur ai envoyé. D'autres informations, plus succinctes, ont été recueillies sur Internet ou par téléphone.

Au demeurant, ce panorama est valable à un moment donné, pour les années 2023-2024, et a vocation à être complété, développé, et mis à jour. À cet effet, une démarche partenariale

d'inter-organisations parisiennes autour des questions de santé psychique pourrait être efficiente.

Concrètement, le panorama présente des dispositifs que j'ai regroupés dans les catégories suivantes :

- Dispositifs d'accès aux soins en santé psychique spécifiquement pour des personnes exilées grande précarité : fixes / mobiles ;
- Dispositifs d'accès aux soins en santé psychique pour des personnes en situation de grande précarité, qu'elles soient ou non exilées : fixes / mobiles ;
- Dispositifs spécifiques de soins en santé psychique pour des personnes exilées, pas nécessairement en situation de grande précarité : fixes / mobiles ;
- Dispositifs d'accueil pour personnes exilées en situation de grande précarité sociale proposant, entre autres activités, de l'accès aux soins en santé psychique ;

- Dispositifs de soins en santé psychique du droit commun pouvant recevoir des personnes exilées en situation de grande précarité ;
- Consultations libérales pouvant recevoir des personnes exilées en situation de grande précarité.

Cette catégorisation tient compte de plusieurs distinctions : entre des dispositifs spécifiquement dédiés au soin en santé psychique et des dispositifs plus larges, de type accueils de jour, au sein desquels la santé psychique est traitée ; entre des dispositifs accueillant spécifiquement des exilé-e-s en situation de grande précarité et des dispositifs moins spécialisés et plus ouverts en termes de publics, exilé-e-s ou non, précaires ou non. A l'intérieur de ces catégories, une autre différence peut apparaître, certains dispositifs étant fixes et d'autres mobiles. Enfin, la distinction entre dispositifs publics ou associatifs peut également jouer dans certaines dimensions du soin.

Les spécificités des dispositifs sont détaillées dans le panorama lui-même (voir « Panorama des ressources de soins en santé » à la page 58 et figure 6, page suivante) : je propose de revenir ici sur

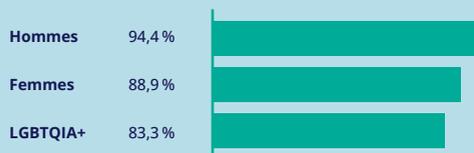


Figure 3. Accessibilité aux dispositifs enquêtés par genre.



Figure 4. Accessibilité aux dispositifs enquêtés par statut.

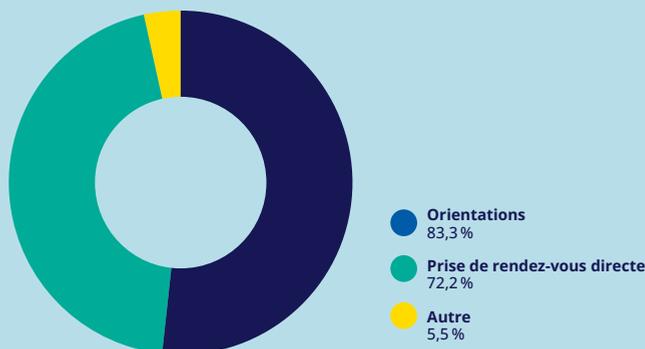


Figure 5. Modalités d'accès du public aux dispositifs enquêtés.

quelques grandes particularités des publics et des soins proposés.

Dans ces dispositifs viennent des personnes exilées avec des statuts administratifs relativement divers, mais qui renvoient tous à une situation précaire et à des arrivées récentes en France : demandeur·se·s d'asile, bénéficiaires de la protection internationale, personnes déboutées ou dublinées, personnes sans titres de séjour. Bien que ce ne soit pas exhaustif, on observe une récurrence de certaines nationalités, les personnes venant en particulier d'Afghanistan ou d'Afrique sub-saharienne. **Majoritairement, ce sont des hommes qui sont reçus dans les dispositifs, même s'il y a aussi des femmes, dans de moindre proportion :** mais presque tous sont en principe ouverts autant aux hommes et aux femmes sauf pour un dispositif spécifiquement

dédié aux femmes, et s'adressent aussi à toutes les minorités de genre. Il semble que les dispositifs reçoivent surtout du public majeur, mais là encore ce n'est pas une caractéristique radicale, des mineur·e·s pouvant venir dans la plupart des dispositifs (6 exclusivement majeur·e·s, 2 exclusivement mineur·e·s) et, selon les périodes, il·elle·s sont plus ou moins nombreux.

Les symptômes décrits par les professionnel·le·s de santé pour ces personnes sont sensiblement les mêmes que ceux rencontrés à la PP de Médecins du Monde : **les troubles du sommeil sont prépondérants, tout comme les problèmes de stress et d'angoisse.** Les pathologies dépressives et anxieuses sont ainsi les plus couramment mises en avant. **Les symptômes de psycho-traumatismes sont également énoncés, même si ce n'est pas ce qui semble le plus prééminent.** En



Figure 6. Localisation des dispositifs de soin psychiques pour exilé·e·s à Paris, 2023-2024 (réalisation Camille Gardesse).

revanche très peu de troubles psychotiques sont identifiés.

« À peu près 80% des besoins, c'est vraiment des gens qui dorment pas, c'est des gens qui sont très stressés, très angoissés, puis il y a quand-même les TSD qu'il faut traiter. »

— Julia*, psychiatre responsable d'un dispositif public de soins en santé psychique pour les personnes exilées précaires, entretien de février 2022.

La plupart des praticien-ne-s évoquent aussi les plaintes somatiques qui accompagnent souvent les demandes de prise en charge et peuvent être révélatrices de problématiques psychiques : une praticienne parle ainsi de « la douleur du corps et de ce qu'elle témoigne de la douleur psychique » (Chiara, psychologue dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées - entretien 10 novembre 2023).

La majorité des structures reçoivent du public avec et sans rendez-vous, les deux modalités sont possibles parallèlement.

Les rendez-vous se prennent soit par orientations (de la part d'associations, d'institutions, d'avocat-e-s) soit directement par les personnes concernées. Sur ce sujet, ce qui distingue assez fortement les structures entre elles, ce sont plutôt les délais d'attente indiqués avant la prise en charge (pour celles qui ont renseigné cette dimension) :

- De 0 à 2 semaines = 8 structures
- De 1 à 3 mois = 7 structures
- Autour de 6 mois = 2 structures

À partir du premier rendez-vous, les temps de prise en charge sont divers, mais rares sont les dispositifs qui posent d'emblée une limite temporelle au suivi ou fixent un nombre maximum de consultations. Même lorsque c'est le cas, il y a ensuite une flexibilité qui permet de poursuivre au moins un peu l'accompagnement, jusqu'à ce qu'une autre solution soit trouvée. Dans les faits, les prises en charge durent minimum 6 mois et peuvent aller jusqu'à 2 ou 3 ans.

Par ailleurs, **pour accéder aux dispositifs, les critères administratifs sont très rares** (1 seul dispositif en applique), les exilé-e-s peuvent donc avoir accès aux soins quelques soient leurs statuts. **Mais d'autres critères, portant davantage sur la symptomatologie ou les parcours biographiques, sont parfois instaurés** pour opérer une

sorte de sélection à l'entrée de certains dispositifs : par exemple, souffrir d'un psycho-traumatisme, avoir été victime de torture, ou être considéré-e comme vulnérable selon des critères érigés par l'équipe soignante.

Tous les dispositifs proposent des consultations psychothérapeutiques, avec des psychologues la plupart du temps et parfois avec des psychiatres. Certaines structures, plus ponctuellement, permettent d'autres prises en charges de type médicale, avec des médecins généralistes ou des ostéopathes. **Beaucoup de dispositifs offrent également d'autres actions de soin et de bien-être psycho-social, qui prennent la forme d'activités collectives :** groupes de parole, ateliers d'art-thérapie, visites culturelles, jardinage. Tous les retours sur ce type d'activité sont extrêmement positifs.

Une dernière caractéristique à retenir renvoie à la géographie révélée par les localisations de ces dispositifs : **ils se situent tous plutôt à l'Est de Paris, en particulier dans le Nord-Est.** S'il ne faut pas y lire une pure causalité, cela recouvre de fait la géographie des lieux de vie des personnes exilées en situation de grande précarité à Paris. La question de l'accessibilité peut avoir joué, dans quelques cas, sur les localisations ; mais dans la plupart, c'est plutôt des effets de disponibilité de locaux et de possibilité de les louer à des tarifs acceptables qui ont déterminé les localisations.

4. DIFFICULTÉS COMMUNES ET ENJEUX TRANSVERSAUX : LE POIDS DES POLITIQUES MIGRATOIRES

Un certain nombre d'observations formulées à partir de ce panorama sont très proches entre les différents dispositifs – et recouvrent beaucoup de similitudes avec ce qui est observé à la PP de MdM. Ces transversalités disent en particulier quelque chose des répercussions des politiques migratoires et des conditions de vie qu'elles imposent aux personnes exilées à Paris : les praticien-ne-s font de fait face aux mêmes enjeux et aux mêmes difficultés.

4.1. Des acteur-ric-e-s témoins des modalités et des effets des politiques migratoires sur la santé psychique des exilé-e-s

Dans tous les entretiens réalisés, les acteur-ric-e-s rencontré-e-s parlent des politiques migratoires et de leurs conséquences directes sur les problèmes psychiques des personnes exilées reçues. De fait, ils et elles sont témoins des déficits de l'action publique en termes d'accueil et d'accès aux soins, et soulignent d'ailleurs souvent une aggravation de la situation socio-économique des exilé-e-s à Paris. D'un côté, les structures de soins en santé psychique spécifiquement dédiées aux personnes exilées ont constaté une précarisation de leur public :

« J'peux vous dire qu'en 27 ans j'ai vu la précarisation à l'œuvre... Et l'impact, j'veux dire on n'avait pas de patients avant qui étaient à la rue... nos patients se sont trouvés à la rue et face à l'image d'eux-mêmes, impensables de... encore plus dégradés, assimilés à des clochards, etc, c'est débilant, j'veux dire c'est vraiment... c'est très mal vécu et avec des patients qui avaient faim... je veux dire moi j'avais pas vu des patients qui avaient faim. Il y a des situations très longues, très très longues, très complexes, où y a des rejets... et ça ça a un effet, on voit c'que font ces rejets, ces passages à la rue. »
— Aylin*, directrice d'un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 mars 2023.

De l'autre, les structures plutôt orientées initialement vers les publics en grande précarité ont observé, ces dix dernières années environ, l'augmentation de la présence d'exilé-e-s parmi les personnes à la rue à Paris :

« Vous savez que la population en précarité maintenant... surtout sur Paris les personnes migrantes sont, j'pense que c'est deux tiers des personnes. »
— Sylvie*, psychiatre directrice d'un dispositif public de soins en santé psychique pour personnes en grande précarité, entretien du 30 mars 2023.

« Mais y a eu un changement de public quand même, enfin en dix ans... depuis 12-13 ans même y a eu vraiment une bascule, un glissement des publics et on se retrouve peut-être aujourd'hui, on a 80 ou 90% de personnes exilées parmi nos publics. »
— Fanny*, travailleuse sociale dans un dispositif public mobile de soins en santé psychique pour

personnes en grande précarité, entretien du 20 mars 2023.

Cette évolution vers une plus grande précarisation des personnes exilées se retrouvent dans les observations au sujet des statuts administratifs des personnes à la rue :

« Au début c'était plutôt focus sur les demandeurs d'asile et maintenant dans le public à la rue en ce moment y a de tout quoi, y a tous les statuts administratifs, y a autant des réfugiés que des demandeurs d'asile ou des déboutés. »
— Lucie*, infirmière responsable d'un dispositif public mobile de soins pour personnes exilées, entretien du 19 juillet 2023.

Une difficulté pour les professionnel-le-s des structures est celle de suivre les évolutions des politiques et des pratiques de l'action publique, qui, en ce domaine, changent très régulièrement et peuvent avoir des conséquences directes sur les conditions matérielles des personnes exilées – et, *in fine*, sur le profil des personnes à la rue. Les changements de l'action publique ont aussi des effets sur les possibilités et conditions de prise en charge des dispositifs eux-mêmes.

« La chose aussi c'est que la politique de prise en charge des exilés elle évolue en permanence, et qu'il y a des périodes où les réfugiés peuvent rester, d'autres périodes où les réfugiés doivent être transférés au bout d'un mois, ou remis à la rue, des périodes où on gardait les déboutés le temps du covid mais qui a duré jusqu'en décembre 2022 – toute cette période-là en fait on avait le temps de prendre en charge les gens parce qu'ils restaient dans les CAES, depuis décembre y a une reprise des transferts et du turn over ce qui fait qu'il faut que nous on reprenne le mécanisme des courriers de suivi euh et d'avoir la logique du transfert des personnes quoi, ce qu'il y avait pas dans les six premiers mois où j'suis arrivée. »
— Lucie*, infirmière responsable d'un dispositif public mobile de soins pour personnes exilées, entretien du 19 juillet 2023.

Au sein des dispositifs, les psychiatres et psychologues relatent précisément à quel point les politiques d'accueil et les procédures administratives qui leur sont liées sont génératrices de détresse psychique :

« Ils vont pas bien psychologiquement et c'est évident que à la fois leur statut administratif, la lenteur administrative et les conditions de vie, vient... en

rajouter sur le stress, l'angoisse... là-dessus on est très démuni, "bah oui j'dors mal parce que j'fais des cauchemars et en plus j'dors à la rue, j'ai pas de tente, les policiers prennent ma tente, j'ai pas de matelas, mon téléphone est tout le temps déchargé, je peux pas joindre des amis", ça rajoute de l'angoisse, "j'ai pas de papiers, j'suis en attente de mon rendez-vous OFRPA depuis un an", c'est un mélange... de leur situation de vie et fin c'qu'ils ont vécu au pays ou sur leur parcours, et de c'qu'ils vivent ici en France, la violence administrative, policière, etc.»

— Mathieu, psychiatre dans un dispositif public mobile de soins en santé psychique pour personnes en grande précarité, entretien du 20 mars 2023.

La détresse psychique des personnes exilées reçu-e-s dans les dispositifs de soin est ainsi largement alimentée par leurs conditions matérielles et administratives. Les multiples situations d'attente dans lesquelles les procédures placent les exilé-e-s les contraignent à une vie peu rythmée et peu remplie : « ils n'ont pas de repères, pas de moments qui rythment la journée, ça leur fait perdre le sens du temps » explique un responsable d'accueil de jour ; « les personnes décompensent progressivement du fait de la vie dans les campements : l'un d'eux m'a dit un jour « c'est la France qui m'a fait devenir fou » » relatait un responsable d'un autre accueil de jour. De fait, les praticien-ne-s remarquent qu'ils et elles rencontrent très peu de problèmes psychiatriques lourds, et encore moins de maladies psychotiques qui auraient précédé la vie à la rue à Paris.

« Des hospitalisations en psychiatrie sont parfois nécessaires évidemment mais euh mais beaucoup moins que c'qu'on peut craindre. Il peut y avoir des décompensations importantes mais des personnes qui ne sont pas psychotiques pour autant. On peut dire réactionnelles plutôt, réactionnelles à... que structurelles... j'veux dire ça rend fou, ça rend fou, ah oui ça rend vraiment fou (les conditions de vie des personnes). »

— Aylin*, directrice d'un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 mars 2023.

« Le social prend toute la place » : une clinique particulière, à la croisée de l'exil, de la précarité, du psycho-trauma

Les psychologues et les psychiatres qui reçoivent les personnes exilées subissant des politiques

migratoires très précarisantes pratiquent de fait une clinique particulière, au croisement des problématiques de la grande précarité, de l'exil et du psycho-trauma. Ils et elles évoquent ainsi une « clinique difficile » qui est très empirique ou en tout cas doit être très adaptable aux conditions de vie des patient-e-s. De fait, celles-ci leur semblent fondamentales dans les troubles psychiques dont souffrent les exilé-e-s reçu-e-s.

Dans ces conditions, il apparaît très souvent difficile aux acteur-ric-e-s rencontré-e-s de « travailler autre chose que les questions sociales » et nombreuses sont les formules utilisées pour exprimer l'idée que « le social prend toute la place » : « très souvent les séances sont embolisées par les situations administratives, concrètes » explique ainsi Carole, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires (entretien 15 mars 2023) ; « ce qui fait frein (dans la thérapie), c'est la place que prend le social dans les consultations » relate Alexandra, psychologue dans un dispositif public de soins des psychotraumatismes (entretien 24 janvier 2024).

Une des conséquences importantes de cette prédominance des enjeux administratifs et sociaux dans les interactions thérapeutiques s'incarne dans les demandes récurrentes de certificats, qui devraient permettre aux exilé-e-s d'étayer leurs dossiers face à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ou à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Tous les dispositifs ou presque évoquent ces demandes comme un « problème » auquel les praticien-ne-s sont confronté-e-s, car elles arrivent souvent lors des toutes premières rencontres, alors qu'il-elle-s ne connaissent pas du tout le ou la patient-e. Les psycho-thérapeutes ont alors parfois le sentiment d'être « instrumentalisé-e-s » et craignent de ne plus revoir le ou la patient-e après ce rendez-vous.

Selon les structures, les pratiques sont différentes : dans certaines la position est de ne pas accéder à cette demande quand elle n'est pas fondée à partir d'un réel suivi thérapeutique. Par ailleurs, certain-e-s se refusent à « faire le jeu de la préfecture » au travers de ces certificats dits de « vulnérabilité », qui d'une certaine manière font intervenir « l'arbitraire du médecin » dans la trajectoire des exilé-e-s alors que la vulnérabilité devrait, selon elles et eux, valoir pour tout le monde d'emblée. Dans d'autres cas, les praticien-ne-s préfèrent avoir de la souplesse pour parfois – voire systématiquement – délivrer un tel certificat, sans être

convaincu-e-s de son utilité *in fine* ni très à l'aise avec ces demandes répétées.

Dans ce contexte, il est difficile voire problématique, dans la plupart des dispositifs, d'aborder les problématiques au fondement de psycho-traumatismes, alors même que ceux-là sont souvent lourds et compliqués. En effet, la grande majorité des patient-e-s reçu-e-s dans les différents dispositifs ont fui des violences, des persécutions et des menaces dans leurs pays d'émigration et ont de plus réalisé un parcours migratoire qui a pu les confronter à nouveau à des événements traumatisants. Ils et elles présentent ainsi plutôt des traumatismes complexes et répétés, ce qui conforte les praticien-ne-s dans l'idée d'être prudent-e-s dans cette prise en charge, alors qu'il est fréquent que les exilé-e-s aient été « poussé-e-s » à consulter par un-e travailleur-se social-e précisément pour parler des événements traumatiques.

« Je ne veux pas précipiter la prise en charge du trauma. Parfois les patients m'expliquent "le référent me dit il faut que t'aïlles voir un psy parce que t'as vécu des traumas, des choses comme ça", mais la temporalité... c'est pas mon temps, c'est pas le moment d'évoquer des choses difficiles... en revanche moi quand ils viennent, quand ils se déplacent et ils viennent nous parler : de quoi vous avez envie de parler, c'est-à-dire qu'on peut parler aussi de ici et maintenant, de c'qui s'passe dans votre vie. De c'qui prend beaucoup de place, l'administratif, la question du logement, la question de la formation, la question des papiers... et le temps d'évoquer ce qui fait frein en fait. »

— Naila*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien du 15 mars 2023.

« Parler de l'actuel et du... du... d'aujourd'hui, d'abord ça s'impose, j'veux dire ils sont en mode survie, c'est ça, cette précarisation fait que... quand on est en mode survie... j'veux dire on cherche pas de l'aide pour c'qui s'est passé y a trois ans hein on est là pour dire où est-ce que j'mange... je m'suis fait voler tous mes papiers... j'ai plus de documents... j'veux dire c'est la détresse du quotidien qui s'impose. »

— Aylin*, directrice d'un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 mars 2023.

Les évocations et la prise en charge des traumatismes ayant précédé l'arrivée en France sont différentes selon les dispositifs, certains étant spécifiquement

destinés à soigner les psycho-traumatismes. Mais partout, même dans ces derniers, on retrouve la prédominance des problématiques sociales et l'idée de ne pas précipiter l'évocation directe des événements traumatisants – ce qui ne veut pas dire que les symptômes de stress post-traumatique ne vont pas être apaisés par le suivi thérapeutique.

Ainsi la notion de temporalité dans la prise en charge des différents troubles et symptômes est souvent réfléchi par les praticien-ne-s, ce qu'une psychologue d'un centre régional de soins pour psycho-traumatisme résume en mobilisant à plusieurs reprises cette formule « il y a un temps pour tout ». La clinique plus particulière autour du psycho-trauma se développe souvent dans un temps plus long, une fois que les patient-e-s ont obtenu un statut administratif plus stable. Mais, là encore, les situations spécifiques des exilé-e-s impliquent une approche clinique particulière. L'accès à une forme de stabilité administrative peut révéler d'autres éléments très douloureux pour les patient-e-s, même s'ils et elles sont moins englué-e-s dans une gestion immédiate de leurs conditions matérielles. Un autre rapport au temps se déploie alors, la régularisation de la situation administrative autorisant formellement une projection différente dans l'avenir et sur le territoire français ; mais celle-ci comporte potentiellement des formes de rupture ou de renoncement avec le passé et le pays d'émigration. Par ailleurs, les personnes exilées peuvent être soudain confrontées à une plus grande disponibilité psychique qui peut remettre au premier plan les traumatismes plus ou moins enfouis jusque-là. Enfin, l'obtention de papiers ne signifie pas que les personnes soient, d'un coup, mises à l'abri des problématiques de précarité : l'accès au droit commun ne garantit pas d'avoir rapidement un logement ou du travail, bien au contraire, d'autant que depuis quelques années, de plus en plus de personnes ayant un statut de réfugiés continuent de dormir dans les campements de rue parisiens.

« C'est un évitement du psycho-trauma qui vient s'inviter dans les consultations, autour du social, et une fois qu'ils ont les papiers et un logement, là ils décompensent pour de vrai... le problème psy étant un problème de survie, tant qu'on survit on n'a pas le luxe de se poser des questions. Moi j'le sais donc souvent quand les papiers c'est le graal, j'leur dis "non non, c'est comme ça que ça démarre", donc j'les préviens... Que ça va pas être facile... y a plein de démarches à faire, on change de lieu, j'veux dire on a été hébergé depuis

l'arrivée sur le sol dans un endroit, on doit changer d'endroit. »

— Brigitte*, psychologue dans un dispositif public de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 28 juillet 2023.

Une clinique difficile : réinventer les pratiques, former et se former

Cette clinique particulière nécessite, selon la plupart des acteur·rice·s rencontré·e·s, de diversifier les pratiques de soin en santé psychique, d'inventer des modalités permettant la parole, la création de liens et le sentiment de sécurité des patient·e·s.

Si des consultations de psycho-thérapies, par la parole, sont proposées dans tous les dispositifs, certains diversifient les pratiques en offrant d'autres types de thérapie, en particulier pour le soin du psycho-traumatisme, comme l'EMDR ou les TCC. Il semble également nécessaire, à certaines occasions, de sortir du cadre de la consultation, pour se saisir d'autres outils et expérimenter d'autres formes d'interactions. Ainsi, à la Halte Humanitaire, accueil de jour pour personnes exilées géré par l'Armée du Salut dans le 1^{er} arrondissement de Paris, Dorothee Legrand, psychologue bénévole, a développé une expérimentation, en réfléchissant à la manière « dont elle travaillait avec le lieu » et en échangeant avec ses collègues de l'association Le Chêne et l'Hibiscus qui propose des permanences de psychologues. Dans la grande salle du rez-de-chaussée au sein de laquelle les exilés passent le plus de temps à la Halte – simplement à discuter, recharger leurs téléphones, se reposer – elle a repéré la peinture d'une grande panthère tachetée qui occupe la moitié d'un mur, un peu au fond de la pièce. Elle a alors imaginé un dispositif autour de cette panthère, se plaçant à côté d'elle durant une heure tous les mercredis et engageant des discussions à partir de cette peinture avec les exilés présents. Cette configuration permet à la parole de se délier, sans intention ni indication précises, mais en laissant « le hasard » de l'échange la guider. La psychologue évoque alors « un espace de soulagement psy ». (entretien 15 mars 2023).

« Un jour que j'étais à la Halte avant ma première consultation du jour, j'ai rencontré une panthère. Magnifique, immense, lumineuse, paisible, patiente, extrêmement digne. Je l'ai appris après, cette panthère est une peinture sur bois offerte à la Halte Humanitaire par le street artiste MOSKO. Elle est actuellement au fond de la salle blanche,

salle de repos où souvent beaucoup de personnes se posent, ensemble mais seules – elles rechargent les batteries, de leur téléphone et de leur propre corps aussi.

À partir de là, c'est-à-dire à partir de la panthère elle-même, de l'existant, du lieu tel qu'il est, et non à partir de quelque idée a priori (...) je passerai une heure par semaine, tous les mercredis avant ma permanence, avec la panthère, à demander aux uns et aux autres qui passent par là de "parler au hasard". Et la panthère est une alliée de ce hasard, car elle pose mille questions : d'où vient-elle, que fait-elle ici, à quoi rêve-t-elle, etc.

Pour dire en quelques mots la manière dont cela se passe jusqu'à présent, juste une anecdote : un jeune homme avec qui nous avons commencé à parler de la panthère, me propose de m'asseoir à côté de lui – et jamais ce geste d'accueil, de lui à moi, n'aurait été possible dans un de nos bureaux. Nous avons continué à discuter, il n'avait jamais vu de panthère, mais reconnaissait le danger qu'elle représente, la panthère, il a alors raconté les stratégies pour s'en sortir face à un tel danger, il a raconté son enfance, un de ses amis à l'école, pas toujours facile à approcher, comme une panthère, il fallait rester prudent avec lui, il a raconté la guerre qui ne touche pas seulement les humains mais les animaux aussi, etc. »

— Document présentant la généalogie du projet « Ma terre, ma panthère », Dorothee Legrand, pour La Halte Humanitaire.

D'autres modalités sont souvent proposées dans les structures : des groupes de parole, de l'art thérapie, des visites de monuments ou de musées, des ateliers manuels. Dans un centre de prise en charge du psycho-trauma, à Avicenne, les psychologues organisent chaque semaine un atelier de couture, qui permet aux patient·e·s de « travailler la confiance en soi, le lien social, le rapport au corps », sans nécessairement passer par l'expression des détresses psychiques qui les habitent. Ce dispositif est là aussi décrit comme « un lieu thérapeutique », qui se déroule d'ailleurs en dehors des locaux du centre, dans une salle spécifiquement louée pour cette occasion. L'idée même de créer un atelier de couture repose sur deux constats : le premier est le grand désœuvrement des patient·e·s, qui souvent « n'ont rien au quotidien, sauf des rendez-vous à la préfecture ou à l'hôpital, donc soit pour régler des problèmes soit parce qu'ils sont malades ». Le deuxième constat est le fait que la plupart des patient·e·s sont tamouls et ont des formations de couturier·e·s : cette pratique peut donc être « positive » pour elles et eux, en permettant de valoriser leurs

compétences et de pérenniser des activités familiales.

Plus largement, cette diversification des pratiques souligne la **nécessité pour les praticien-ne-s d'adapter leurs pratiques pour un public soumis à une grande instabilité matérielle et psychique, qui ne permet pas toujours au cadre habituel du suivi psychanalytique d'être efficient.** C'est ce qu'explique Juliette, psychologue d'un dispositif associatif de soins pour les femmes exilées en grande précarité : que ce qui lui paraît important, c'est de « s'ajuster aux demandes » des patientes : c'est pour cette raison que le dispositif qu'elle pilote réalise parfois des entretiens psychothérapeutiques dans un camion, en maraude dans l'espace public, pour s'adapter « au contexte de vie » de la personne (entretien 23 octobre 2023).

Au-delà de la flexibilité indispensable, **cette clinique particulière s'avère difficile à exercer et à vivre pour beaucoup des psychothérapeutes rencontré-e-s. Ils et elles sont de fait confronté-e-s non seulement aux récits de grandes violences subies par les personnes exilées, mais aussi à la difficulté d'un sentiment d'injustice et d'impuissance face à leurs conditions de vie en France.**

« Vous savez ça m'est arrivé au début de de de ma pratique... d'avoir des gens qui vous dégueulent leur trauma et... notamment ceux qui sont passés par... 'fin ceux qui ont subi des tortures... et alors vous vous êtes complètement sidéré, figé. Moi dès que je parle de cette clinique j'ai toujours les larmes qui me viennent aux yeux. C'est très dur, c'est très très très dur, donc voilà oui les histoires, et le fait de savoir que euh euh... bah les femmes vont partir d'ici et... puis retourner à la rue, retourner dans un centre d'hébergement euh ou le 115. »
— Naila*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien du 15 mars 2023.

Des praticien-ne-s évoquent alors la nécessité de se former, ou bien que ce soit des psychothérapeutes rôdé-e-s à un certain nombre de thématiques et d'approches – pour certain-e-s celles du psychotrauma, pour certain-e-s celles du transculturel – qui puissent intervenir dans les dispositifs. Ces formations ou compétences doivent pouvoir les aider à encaisser les récits et les situations qu'ils et elles observent, mais aussi à se positionner le plus efficacement possible pour les patient-e-s.

« Je me souviens de ce patient, qui se sentait très coupable de m'avoir infligé son récit parce qu'il avait vu que... que c'était incompréhensible pour moi, c'est là que j'suis partie me former, moi j'ai une formation initiale, donc j'suis allée sur les campements, et c'est après qu'j'me suis dit... j'pense que si tu veux passer en trauma faut que t'ailles faire un truc. »

— Naila*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien du 15 mars 2023.

Dans cette perspective, certains dispositifs organisent des formations ou des journées d'étude pour leurs membres. Ces sessions peuvent aborder divers sujets, tels que des aspects cliniques, psychanalytiques ou juridiques, afin que les praticien-ne-s soient bien informé-e-s sur les évolutions et les enjeux des droits des étrangers. Les échanges au sein d'un dispositif, voire avec d'autres professionnel-le-s de cliniques similaires, sont également reconnus comme bénéfiques. La notion d'équipe s'avère précieuse pour fournir un cadre, assurer la transmission des connaissances et ériger une sorte de bouclier collectif, voire institutionnel. Ces interactions contribuent à contrer le sentiment d'impuissance et répondent au besoin de réseau professionnel.

Ces enjeux de formation sont également considérés par les praticien-ne-s rencontrées comme essentiels pour les travailleur-se-s sociaux-les, et, plus largement, tou-te-s les professionnel-le-s qui travaillent quotidiennement avec les personnes exilées et pour qui beaucoup des structures rencontrées proposent de l'analyse des pratiques et des formations. Il s'agit alors de leur apporter des éléments de compréhension autour des questions de santé psychique, mais aussi des dimensions transculturelles par exemple. L'enjeu est aussi que les travailleur-se-s sociaux-ales soient en capacité d'orienter les personnes exilées vers les dispositifs adéquats, de pouvoir expliciter aux praticien-ne-s le plus précisément possible les symptômes et les besoins des exilé-e-s.

Difficultés matérielles : un manque substantiel de moyens pour beaucoup de demandes

Les **difficultés** auxquelles sont confronté-e-s les praticien-ne-s des différentes structures ne sont pas uniquement inhérentes à la clinique pratiquée, elles sont également **structurelles, dans un contexte de forte délégation de l'action**

publique au secteur associatif d'une part, et de raréfaction des moyens dans le domaine de la santé psychique d'autre part.

Les différents dispositifs reçoivent tous beaucoup de demandes de prise en charge, la plupart du temps bien plus que celles auxquelles ils peuvent répondre positivement. C'est pourquoi plusieurs des dispositifs ont de longs délais d'attente avant de pouvoir proposer un rendez-vous, et certains n'ouvrent la possibilité des prises de rendez-vous qu'à des moments très précis (une fois tous les deux mois par exemple), pour tenter de gérer le flux de demandes. Une psychologue expliquait ainsi avoir reçu jusqu'à cinq demandes de suivi de personnes exilées par jour dans le dispositif au sein duquel elle exerce, « ce qu'elle n'avait jamais vu en douze ans de pratique en libéral ». Ces demandes sont exprimées par des personnes exilées directement, mais parfois aussi par d'autres structures, voire des institutions de droit commun.

Dans le même temps, **quasiment toutes les structures rencontrées font part de manques de moyens humains et matériels et de besoin de financements.**

« On aimerait bien avoir un p'tit peu d'aide, mais c'est compliqué en ce moment, au niveau des budgets, mais j pense qu'on pourrait avoir un renfort sans problème sur le territoire parisien, parce que quand-même y a beaucoup de demande dans ces coins là. »

— Fanny*, travailleuse sociale dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes en grande précarité, entretien du 20 mars 2023.

Un des principaux postes de dépense qui nécessiteraient davantage de moyens pour plusieurs dispositifs est l'interprétariat, qui prend une place importante dans les budgets. Certaines structures tentent d'interpeller les politiques sur le sujet, pour que l'enjeu de la détresse psychique des exilé-e-s précaires soient davantage compris.

« Aujourd'hui on reconnaît le besoin en santé psychique mais on ne débloque toujours pas suffisamment de fonds pour aider les assos, y a la question de la langue, parce qu'aujourd'hui on nous dit mais c'est super, vous recevez des gens, alors moi on m'appelle... "je vous oriente, je vous oriente, je vous oriente", et j leur dis "mais attendez les gars j veux bien que vous m'orientiez, mais comment je fais les séances avec un pachtophone ?" »

— Naila*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien du 15 mars 2023.

Une autre dimension structurelle complique la pratique des personnes rencontrées : tout comme à MdM, **les constats sur les orientations possibles et réalisées vers des structures de droit commun sont globalement négatifs et pessimistes.** Les limites les plus importantes sont surtout énoncées au sujet des CMP, qui cumulent plusieurs problématiques d'accès, alors même qu'ils devraient être les structures d'orientation privilégiées. Ainsi, les acteur-rices rencontrées expliquent que les CMP non seulement ont des délais d'attente très longs (pouvant aller jusqu'à 2 ans) mais en plus ne mettent pas en place de l'interprétariat, ce qui rend impossible la prise en charge de beaucoup des personnes exilées en situation de précarité. Par ailleurs, plusieurs psychologues rencontrées ont constaté à plusieurs occasions que les professionnel-le-s des CMP n'étaient pas formé-e-s aux enjeux du psycho-trauma ou de l'exil – ou que c'était un argument émis par les CMP pour ne pas donner de rendez-vous à des exilé-e-s. Au demeurant, tou-te-s les acteur-ric-e-s mettent en avant les difficultés structurelles de manques de moyens auxquelles les CMP sont confrontés, et qui génèrent ces situations de délai d'attente et de défauts de compétences.

« Les CMP ont du mal à faire le suivi des personnes allophones... ils suivent très peu de personnes qui ont des psycho-traumas, et puis pareil les CMP ils sont aussi démunis, ils manquent de psychiatres, ils manquent de personnel, ils donnent rendez-vous trois mois après, on arrive pas à les joindre... »

— Lucie*, infirmière responsable d'un dispositif public mobile de soins pour personnes exilées, entretien 19 juillet 2023.

Enfin, les enjeux de domiciliation sont parfois évoqués par les CMP pour ne pas donner de rendez-vous à des personnes à la rue, pour qui il est précisément compliqué d'être domiciliées et de vivre dans le même quartier.

De la même manière, la plupart des acteur-ric-e-s relatent la grande difficulté à orienter les personnes vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), et parfois même au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) – ce qui est alors mis en avant est la difficulté à ce que

la prise en charge proposée au patient soit adaptée à ses besoins, notamment, à nouveau, en termes d'interprétariat. A ce sujet, il faut noter une différence selon que la structure est institutionnellement rattachée à l'hôpital public et au droit commun ou non. Ainsi, les acteur-ric-e-s de structures comme les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont plus de facilité à contacter les CMP et les services hospitaliers, ce qu'ils et elles expliquent en disant « s'adresser à des collègues ». A l'inverse, les prises de contact et les liens sont plus difficiles à construire pour les acteur-ric-e-s de structures associatives. Plusieurs acteur-ric-e-s associatif-ve-s racontent d'ailleurs, avec un certain étonnement voire agacement, comment les personnes exilées qui viennent les voir sont parfois précisément orientées par des institutions publiques, des PASS ou des CMP.

« Quand les PASS nous renvoient des personnes, nous ça fait bizarre parce qu'on est quand-même une association... c'est un peu bizarre que l'hôpital public nous renvoie des gens. »

— Félix*, travailleur social dans un dispositif associatif de soin en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien du 11 janvier 2022.

Finalement, malgré les délais d'attente très longs, les différentes structures tentent tout de même ponctuellement des orientations vers des CMP et, dans l'intervalle et jusqu'à la prise en charge par le droit commun (qui peut parfois être de deux ans), continuent de suivre les patient-e-s.

Si la grande majorité des acteur-ric-e-s font état des problématiques structurelles de la fonction publique de santé, certain-e-s soulignent aussi **des inégalités de traitement qui rendent l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci plus compliqués pour des personnes exilées très précaires et allophones, par rapport à des personnes Françaises non immigrées et/ou socialement plus insérées.**

« On a des patients qui euh font des TS, qui sont hospitalisés, le lendemain on les laisse sortir... parce que c'est... alors je sais que la psychiatrie ça va pas, etc, je sais que l'hôpital ça va pas, mais je sais aussi que on considère quand-même moins bien un... »

— Naila*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires.

« C'est ça, c'est un faisceau de... de facteurs, mais y a quand-même aussi cette dimension là, c'est un public euh qui pâtit encore plus peut-être c'est ça en fait ? »

— Camille*

« Moi je le dis clairement, c'est un public qui souffre parce qu'il est étranger, il parle pas français, parce que ça emmerde les gens, parce que... parce qu'on est dans un état où de plus en plus on dit les choses de manière un peu décomplexée... »

— Naila*, entretien du 15 mars 2023.

« Cette prise en charge spécifique [pour le psychotrauma, note de l'autrice] qui n'existe pas pour les migrants donc par exemple l'institut de victimologie normalement c'est pour les victimes de... y a peu de migrants, c'est très peu adapté à la population de migrants, j'sais pas... ça a été créé par l'ARS je pense suite au Bataclan. J'pense y en a plusieurs, faut regarder, mais bon... en tous les cas ça reste quand-même une population très franco-française, donc pas du tout adaptée à interprétariat ISM voilà donc c'est vrai que c'est une certaine discrimination. J'ai pas peur de le dire, une vraie discrimination, puisque 90 % des personnes qui sont victimes c'est des migrants. »

— Julia*, psychiatre dans un dispositif public de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires, entretien de février 2022.

Les orientations vers des professionnel-le-s en libéral sont très rares, soit parce que le réseau de praticien-ne-s qui pourraient recevoir des personnes exilées très précaires semble peu fourni (seule deux psychologues nous en ont parlé, et c'est aussi parce qu'elles-mêmes proposent des consultations en libéral pour les patient-e-s qu'elles reçoivent par ailleurs dans la structure associative), soit parce que les patient-e-s n'ont pas les moyens de payer des consultations en libéral. Il existe en revanche, dans une certaine mesure, des orientations entre les différentes structures associatives rencontrées. Elles restent peu fréquentes car, là aussi, les délais d'attente de plus de 2 mois (voire beaucoup plus longs) découragent souvent les acteur-ric-e-s et les patient-e-s. Les critères pour intégrer certains dispositifs sont également énoncés comme des limites aux possibilités d'orientation.

4.2. Différenciations et adaptations des dispositifs dans un contexte de retrait de l'État

Bien que les publics reçus et les troubles pris en charge sont largement similaires, la manière de les soigner n'est pas tout à fait la même dans les différents dispositifs. Ce qui les distingue relève de plusieurs dimensions : conceptuelles, matérielles ou substantielles.

Des pratiques et des orientations thérapeutiques diversifiées

Dans les pratiques de soin des différents dispositifs enquêtés, tout comme dans l'ensemble du champ de la santé psychique, **diverses approches thérapeutiques se croisent, reflétant plusieurs courants de pensées et méthodes. Une proportion importante de praticien-ne-s se dit d'orientation psychanalytique, mais il y a, à partir de cette approche, plusieurs déclinaisons concrètes.** Il existe notamment une distinction entre celles et ceux qui proposent également des méthodes comme l'EMDR (*Eyes Movement Desensitization Reprocessing*) ou les TCC (thérapies comportementales et cognitives), et celles et ceux qui s'y refusent, voire les réfutent.

« Vous avez dû les rencontrer [elle parle d'un autre dispositif de soin en santé psychique pour personnes exilées] mais... on travaille pas du tout du tout du tout pareil. Alors moi j'vais vous vendre mon approche. Eux vont vous vendre la leur : moi j'ai tendance à dire que si vous regardez les recommandations internationales elles vont toutes vous dire c'que j'vous dis... la psychanalyse est quand-même aujourd'hui beaucoup beaucoup maintenant décriée... surtout en fait dans le trauma. La psychanalyse apporte des choses très intéressantes, c'est pas que je veux pas, mais je trouve que dans le trauma c'est dommage de se priver d'autres thérapies qui sont tellement efficaces. Et en fait l'EMDR ça fait comme une psychanalyse en ultra accéléré. Moi c'que j'ai tendance à dire c'est que Freud se serait pas arrêté là, maintenant on a plein de... les neurosciences nous apportent plein de trucs, c'est dommage de s'arrêter... »

— Céline*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 juillet 2023.

Dans une minorité de dispositifs, ce n'est pas la posture psychanalytique qui semble privilégiée mais bien des techniques de soin très connectées

au corps, sans que la parole n'apparaisse toujours nécessaire aux thérapeutes. Cette position permet de s'affranchir de l'interprétariat, qui ne semble dès lors pas indispensable aux yeux de ces praticien-ne-s – même si on ne peut pas exclure que ce discours soit aussi lié à une question de moyens, l'interprétariat coûtant très cher.

« Moi l'impression que j'ai c'est... c'que j'veux pas c'est que les personnes, quand on... traite du trauma on se délecte des horreurs des autres... en fait... moi quand j'suis en EMDR je sais pas c'qu'il s'passe dans la tête du patient, même en EFT [Emotional Freedom Technique] même dans toutes les approches, en fait ça lui appartient c'est son intimité. »

— Céline*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 juillet 2023.

In fine, de nombreux-ses praticien-ne-s estiment que l'EMDR est une technique valable mais soulignent souvent la nécessité de l'utiliser avec prudence avec des populations vulnérables telles que les personnes exilées sans-abri qui ne sont pas dans des environnements matériels et psychiques sécurisants, et pour qui, parfois même le « lieu sûr » mental n'est pas possible.

« C'est pas le lieu la rue hein, faut pas faire d'EMDR quand les gens sont à la rue. Vous les remettez dans leur trauma alors qu'ils sont... alors, non, pour traiter le trauma il faut avoir un sentiment de sécurité. »

— Céline, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 juillet 2023.

Ces différentes orientations s'expriment parfois, dans nos entretiens ou dans d'autres sphères, sous la forme d'antagonismes voire de conflits, certain-e-s thérapeutes étant explicitement sceptiques sur les manières de faire des autres. Ces positionnements renvoient à des logiques de classement qui permettent aux praticien-ne-s de se distinguer et de justifier certaines pratiques plutôt que d'autres. **Elles correspondent parfois à des clivages théoriques et cliniques concrets, notamment entre les tenant-e-s strictes de l'orientation psychanalytique et celles et ceux qui lui préfèrent des techniques comme l'EMDR ; mais elles sont aussi parfois simplement le reflet du fait que, dans un contexte de rarefaction des moyens, chacun-e bricole comme il-elle peut avec les moyens dont il-elle dispose.** Les distinctions peuvent alors apparaître comme des manières

de tenter de justifier rationnellement une position qui est surtout pragmatique. On peut ainsi comprendre les positions tenues au sujet de l'interprétariat retranscrites ci-dessus, lorsque l'on sait qu'il représente un coût très important.

Par ailleurs, sans qu'il y ait nécessairement opposition entre les dispositifs, il existe également des distinctions qui prennent la forme de **spécialisations des dispositifs, en termes de pratiques ou de formations des praticien-ne-s**. Ainsi, certain-e-s sont spécialisé-e-s dans une approche du soin en psycho-trauma, qui comporte un certain nombre de référentiels tant en termes de diagnostic que de prise en charge. De la même manière, un dispositif s'inscrit spécifiquement dans le courant de l'ethno-psychiatrie, dans « une approche strictement complémentariste à la Devereux », ce qui là encore implique une manière particulière d'aborder le soin et de pratiquer la thérapie ; un autre revendique une assise théorique autour de l'anthropologie médicale clinique, qui correspond encore à d'autres principes et modalités spécifiques, autour de trois piliers qui sont présentés ainsi : « la communication, le questionnement des représentations culturelles, le travail de décentrage ».

Quelques profession-nel-les énoncent aussi comme particularité leur formation en transculturel, mobilisée dans leurs pratiques de manière plus ou moins formalisée. De fait, **il semble que même sans avoir de formation très poussée sur le transculturel, la clinique particulière auprès des exilé-e-s conduit les praticien-ne-s à s'y intéresser, à intégrer la question de ce qu'ils et elles nomment « le culturel » dans leurs approches. Pour autant, les contours qu'ils et elles donnent à cette dimension culturelle ne sont pas toujours pleinement explicites.** Il est clair que les un-e-s et les autres ont comme référence des travaux fondateurs comme ceux de Marie-Rose Moro, qui est souvent citée dans les entretiens. Ce qui est évoqué concrètement, c'est l'idée d'accepter des références, des conceptions du soin, voire des pratiques qui seraient liées à une dimension culturelle des patient-e-s. Ainsi, des psychologues dans un dispositif spécifique de soins en santé psychique expliquent qu'elles « tiennent compte du transculturel », et pour l'illustrer, l'une d'elles évoque un patient à qui elle demande « qu'est-ce que vous feriez chez vous ? » Le patient répond : « je me laverai avec du citron », et la psychologue l'y encourage : « allons-y, au final ça marche et merci au marabout ». **Certains praticien-ne-s, minoritaires parmi celles et ceux que nous avons**

rencontré-e-s, ont néanmoins quelques réserves sur l'approche transculturelle, soulignant le risque « d'enfermer le patient dans une culture », voire de le stigmatiser.

Prendre en charge le social ou s'en distancer : différentes conceptions du soin apporté

Si tous les praticien-ne-s rencontré-e-s font le même constat quant à l'importance des dimensions socio-économiques dans les préoccupations et angoisses des patient-e-s, tous les dispositifs n'ont ni les mêmes moyens pour accompagner les exilé-e-s sur ces questions – ni, *in fine*, la même position quant à la pertinence de l'aborder. **Certain-e-s – la majorité – sont convaincu-e-s que les dispositifs doivent nécessairement être pluridisciplinaires et leur approche « globale », pour que les questions sociales puissent être également prises en charge, non pas nécessairement par eux-elles-mêmes, mais au sein d'une équipe complémentaire.** Ils et elles estiment que la prise en charge des personnes exilées ne peut se faire qu'en traitant également les dimensions sociales, tant elles sont sources de détresse psychique.

« Ce qui nous semble adapté pour ce public c'est un abord holistique, une approche globale avec le médico-psy évidemment hein, complémentaire, pour nous c'est très important que les deux puissent être proposés sans qu'il y ait un parcours obligé non plus mais... médico-psy et aussi une prise en compte de tout c'est le quotidien, que ça soit du socio-juridique. On estime qu'on peut pas travailler ou accueillir quelqu'un autour des problématiques médico-psy, même liées à un vécu du passé, en ne tenant pas compte de c'est qui se vit actuellement pour ces personnes, surtout quand l'accueil n'est pas au rendez-vous en France »
— Aylin*, directrice d'un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 mars 2023.

D'autres praticien-ne-s, minoritaires dans notre enquête, expriment plutôt un soulagement de ne pas avoir la possibilité de répondre aux besoins des exilé-e-s sur ces aspects.

« Alors on est démuni mais l'avantage qu'on a entre guillemets c'est que on n'a pas de travailleurs sociaux dans l'équipe et moi j' pense que ça nous protège. Donc tout le monde ne dit pas ça dans l'équipe mais... le fait de pas avoir de travailleurs sociaux... alors évidemment petit à petit on est tous formés à la demande d'asile, on

connaît des choses, mais nous ne sommes pas travailleurs sociaux... et du coup on oriente vers des travailleurs sociaux... Quand on nous dit bah j'suis débouté de l'asile, on sait que évidemment euh ça va être bien plus dur que la personne qui est réfugiée qui déjà est dans une situation compliquée, mais on va pas être celui qui a la dernière parole en disant "bah là j'peux plus rien faire pour vous, votre situation de toute façon on a fait le tour et c'est impossible". (...) franchement à part vous donner des adresses d'orientations d'aide alimentaire, de vous conseiller de faire le 115 tous les jours j'ai plus rien à vous proposer, c'est super dur quoi (...) voilà nous on a... on a ce... ce... cette mini-protection, qui fait qu'on oriente et on assiste pas à ces entretiens-là.»

— Lucie*, infirmière responsable d'un dispositif mobile de soins pour personnes exilées, entretien 19 juillet 2023.

Ces postures peuvent en partie se comprendre à l'aune des modalités d'intervention : si les dispositifs disposent de locaux fixes et relativement confortables et d'une organisation donnant du temps à la prise en charge, les praticien-ne-s semblent plus enclin-e-s à ce que le dispositif soit global, lorsqu'au contraire les dispositifs sont mobiles et que les modalités se déploient dans des temporalités plus contraintes, les praticien-ne-s ressentent la prise en charge des dimensions sociales comme une contrainte supplémentaire.

Dans tous les cas, les rôles sont clairement distincts, dans les discours et dans les pratiques, entre les psychologues, psychiatres, médecins qui s'occupent du soin à proprement parler, et les travailleur-se-s sociaux-ales ou juristes qui prennent en charge les dimensions sociales et administratives.

« Si les problèmes sont plutôt sociaux et juridiques bah effectivement ils peuvent en parler dans cet espace, mais les orientations sociales et juridiques sont censées permettre à c'que cette question soit délogée de cet espace là... pour qu'une entrée sur un autre travail psy puisse se faire (avec les psychologues). »

— Aylin*, directrice d'un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 mars 2023.

L'interprétariat : possibilité du dialogue ou entrave au lien ?

Pour la plupart des praticien-ne-s rencontré-e-s, la place de la parole dans la thérapie conduit à identifier l'interprétariat comme indispensable pour assurer une prise en charge. La plupart des structures consacre d'ailleurs un budget important à cette dimension, et expérimentent depuis longtemps le recours à des interprètes professionnels présents durant les consultations.

Dans la grande majorité des dispositifs, les interprètes sont des professionnel-le-s, bien souvent salariés par ISM, et lorsque c'est possible ce sont les mêmes qui œuvrent dans un même lieu semaine après semaine, pour instaurer un lien de confiance avec les patient-e-s.

« Quand y a un ou une de nos interprètes réguliers qui n'est pas là, des fois les patients refusent même de faire la consultation, ça peut arriver qu'ils disent "non mais j' préfère même attendre deux semaines, il me faut telle personne, telle personne", c'est hyper important. »

— Chiara*, psychologue dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 10 novembre 2023.

Dans quelques structures, les fonctions d'interprétariat sont assurées par des pairs, personnes exilées souvent elles-mêmes passées par les mêmes parcours migratoires et administratifs que les patient-e-s, qui sont nommées « médiatrices », « ambassadrices » ou « personnes repères ». De fait, ces interprètes sont présenté-e-s par les praticien-ne-s avec qui ils et elles travaillent comme ayant un rôle au-delà de la traduction, pour établir un lien de confiance ou encore pour faire des ponts entre les cultures : « aider les pys à faire de la compréhension de la culture des patient-e-s, mais aussi aider les personnes à comprendre ce qu'est un entretien psy », selon les mots d'Emma, psychologue responsable d'un dispositif public de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires (entretien 25 octobre 2023).

De fait, qu'il-elle-s soient professionnel-le-s ou non, la fonction des interprètes n'est pas, ou rarement, uniquement celle d'un passage de mots, d'une traduction littérale. Mais il s'agit tout de même d'une position souvent discutée, car elle n'est pas habituelle dans une relation thérapeutique. Outre des questions pratiques et logistiques qui peuvent dissuader certain-e-s psychothérapeutes – le temps d'attente en ligne s'il

s'agit d'interprétariat ISM par téléphone, notamment – nombreuses sont les réflexions quant à « la place de l'interprète », ce qu'on peut ou pas lui demander, ce que représente sa présence dans les possibilités transférentielles. Certain·e·s se demandent aussi si le fait même de chercher à s'exprimer en français, même pour des personnes qui le parlent peu, ne peut pas être intéressant au plan thérapeutique. L'expérience de la parole pourrait alors être renforcée par « le fait de chercher ses mots », quand « un tiers peut au contraire casser l'intensité de ce qui est dit », comme le formule Carole, une psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires.

« Y'a deux équipes sur l'interprétariat... y a ceux qui estiment que il faut... permettre aux gens de parler dans leur langue natale... parce qu'ils peuvent s'exprimer un peu plus librement avec plus de profondeur... moi j'fais partie à la rigueur de l'autre équipe, en pensant qu'il faut mobiliser les... les connaissances en français, j'trouve que l'interaction est parfois plus facile quand on est dans une langue unifiée, parce que l'interprétariat, ça peut parasiter aussi ou ça peut rendre un peu confus, et ça rend les entretiens beaucoup plus laborieux et plus longs, mais il faut... il faut pas que la personne soit limitée ou que nous on soit limité dans l'expression et dans la compréhension. Et en même temps euh quand on... on mobilise parfois des langues qui sont trop immatures, les entretiens ils peuvent être de mauvaise qualité dans un mauvais français on comprend rien, et pareil pour l'anglais. »

— Mathieu*, psychiatre dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes en grande précarité, entretien du 20 mars 2023.

Si la majorité des praticien·ne·s qui soulèvent ces interrogations ont tout de même recours à l'interprétariat, **certaines rares structures (2 dans celles rencontrées) revendiquent tout à fait de travailler sans interprètes, que ce soit dans des approches thérapeutiques classiques ou dans des techniques plus précises comme l'EMDR, présentée parfois comme « des thérapies qui ne nécessitent pas de parler ».**

« Mais j'ai pas besoin qu'ils verbalisent en fait, ils parlent pas... en fait, moi j'leur demande juste de repenser à leur trauma, aux images... à la sensation, alors la sensation elle est... l'émotion... l'émotion elle est facile, ils ont peur, parfois y a même de la honte et de la culpabilité mais la suite suit, les sensations dans leur corps, globalement même

avec le langage des signes vous arrivez à leur faire comprendre où est-ce que ça fait mal, est-ce que ça fait mal là, est-ce que ça fait mal là, est-ce que ça bat très fort, enfin ça va vite en fait, en fait quand on s'appuie sur le corps... les gestes et les mouvements... c'est très facile, et après on lance l'EMDR. »

— Céline*, psychologue dans un dispositif associatif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 27 juillet 2023.

Dans ces situations, des formes de « débrouille » sont mises en place, par exemple le recours à des logiciels de traduction, ou la mobilisation d'un·e accompagnant·e du ou de la patient·e, quelqu'un qui peut servir d'interprète et notamment expliquer les prescriptions médicopsychiques.

Ce que la position militante ou institutionnelle induit sur le cadre et les possibilités de prise en charge

Parmi les distinctions existant entre les différents dispositifs, il en est une qui joue assez fortement sur les possibilités d'adaptabilité du cadre, et, in fine, sur le positionnement des praticien·ne·s vis-à-vis des personnes exilées : il s'agit de la **différence entre les dispositifs que l'on peut qualifier de – ou qui se présentent comme – militants et qui ne reçoivent pas ou peu de financements publics, ou bien uniquement des organisations publiques de santé; et ceux qui sont plus proches des institutions, notamment parce qu'ils dépendent des pouvoirs publics**, en particulier dans le cadre du Dispositif National d'Accueil (DNA), pour leurs budgets. Ces derniers sont en effet davantage tenus par certaines règles d'activité, plus ou moins contraignantes selon les cas.

De fait, si l'ARS (Agence Régionale de la Santé) se retrouve parmi les financeurs de quasiment toutes les structures, lorsque c'est le Ministère de l'Intérieur, *via* le DNA, qui donne des dotations, cela s'accompagne, au moins dans les perceptions, de certaines obligations pour les dispositifs.

Ainsi, Integrappsy, qui est financé dans le cadre du DNA, est explicitement tenu à des conditions administratives à la possibilité d'intégrer le dispositif, les critères énoncés renvoyant très directement à des référentiels de l'action publique. En effet, les exilé·e·s qui peuvent être pris·e·s en charge doivent être dans « un projet d'intégration » et, s'il·elle·s reçoivent une OQTF (obligation de quitter le territoire français), il·elle·s ne peuvent plus être

suivi-e-s par les psychothérapeutes du dispositif. Dans un autre centre, en partie également financé par la Direction Asile du Ministère de l'Intérieur, même s'il n'y a pas de conditions administratives pour accueillir des patient-e-s la direction insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un dispositif militant comme une forme de condition de ce financement : « On n'est pas militant : ce serait facile, mais on ne serait pas financé de la même manière ». Par rapport à d'autres dispositifs non financés par le Ministère de l'Intérieur, la distinction se fait alors non pas sur des critères de prise en charge, mais sur des positionnements à la fois publics et pratiques.

À l'inverse, **les dispositifs qui n'ont aucune (ou presque) affiliation avec les pouvoirs publics peuvent facilement revendiquer du militantisme ou, à tout le moins, porter un plaidoyer qui soit orienté vers la critique des politiques migratoires nationales. Ces dispositifs reposent sur l'inconditionnalité totale dans l'accès aux soins** – ce qui est au demeurant aussi le cas pour certains dispositifs financés par le DNA. **Les structures plus militantes ont par ailleurs une grande capacité d'adaptabilité de leur cadre**, voire une possibilité de remise en question de celui-ci à l'aune de leurs expériences concrètes et de la réalité du contexte.

« On a vocation à réévaluer la vulnérabilité sociale des patients tous les 6 mois : mais à la fois pour des suivis longs on ne se limite pas, d'autant plus qu'on prône le suivi de qualité, mais on ne doit pas se substituer au droit commun. »

— Chiara*, psychologue dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes exilées, entretien du 10 novembre 2023.

Ainsi, des réflexions et des adaptations sont régulièrement énoncées quant à la pertinence de proposer des consultations en « one shot » ou, au contraire, d'assumer de faire du suivi au long cours alors même que ce n'est pas la vocation initiale du dispositif. Mais sur ces questions en particulier, force est de constater que **même les organisations de droit commun et/ou celles financées par les institutions publiques fonctionnent de manière très pragmatique et sont donc souvent amenées à introduire de la souplesse quant aux règles de durée de la prise en charge voire d'arrêt des droits.**

« On n'est pas censé faire de suivi, on est censé faire de l'évaluation, du diagnostic et de l'orientation : il s'avère que c'est pas si simple, pour plein

de raisons, soit parce que y a un lien qui se crée, le temps qu'on passe à rencontrer les gens parfois est tellement long que le lien est fait et donc c'est compliqué de passer la main, on a aussi des secteurs de psychiatrie qui sont très surchargés, et donc qui ne pourront pas forcément, soit qui n'ont pas des délais raisonnables pour recevoir les personnes, soit qui ne pourront pas mettre en place les modalités permettant un suivi qui nous semble adapté à la personne, enfin des fois y a pas d'interprète. »

— Mathieu*, psychiatre dans un dispositif de soins en santé psychique pour personnes en grande précarité, entretien du 20 mars 2023.

Ainsi, aucun dispositif ne met strictement des patient-e-s « à la porte » du jour au lendemain, même lorsque leurs statuts administratifs changent. Mais, alors que dans des lieux militants comme Médecins du Monde, si une personne se retrouve sans titre de séjour elle est tout à fait légitime à intégrer ou rester dans le dispositif au long cours, d'autres dispositifs sont contraints de ne pas continuer de suivre certains profils administratifs. Ce qui est alors expliqué, c'est que les praticien-ne-s « jouent sur un fil » : « à partir du moment où la personne reçoit une OQTF, on ne peut plus la suivre. Mais on fait un dernier entretien, au moins, pour orienter la personne, on ne coupe pas brutalement. » Cédric, responsable d'un dispositif public de soins en santé psychique pour personnes exilées très précaires (entretien 25 octobre 2023)

Au demeurant, les distinctions peuvent, dans les faits, être moins tranchées : **certaines dispositifs militants se tiennent à des critères assez stricts pour accepter de nouveaux-velles patient-e-s, mais ceux-ci semblent reposer davantage sur leurs conceptions du soin que sur des cadres pré-établis en fonction de référentiels de l'action publique.** Certaines associations militantes ont également parfois concrètement besoin de financement des pouvoirs publics, ce qui peut ponctuellement les amener à nuancer certains positionnements publics.

CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXION

L'enquête ethnographique en immersion au sein de la PP de Médecins du Monde a permis de révéler le caractère fondamental des conditions de vie actuelles des personnes exilées dans leurs problématiques de santé psychique. Ils et elles racontent, tant lors des consultations avec des psychologues et psychiatres, que dans les échanges plus informels au sein de la PP, la dimension anxio-gène de leurs situations de vulnérabilités résidentielles, de leur mobilité quotidienne entravée bien que nécessaire à plus d'un titre, de la confrontation récurrente aux violences policières tout comme des incertitudes des procédures administratives. Dans les autres dispositifs de soins en santé psychique qui reçoivent des personnes exilées en situation de grande précarité à Paris, le même constat est énoncé : les questions sociales et matérielles actuelles occupent beaucoup de – si ce n'est toute la – place dans leurs préoccupations psychiques et donc, *in fine*, dans les pratiques de soin.

Ces différentes expériences des exilé·e·s à Paris, génératrices de détresse psychologique, mettent au jour plusieurs éléments. D'abord, ces expériences sont profondément entremêlées entre elles et dessinent ainsi un continuum de situations anxio-gènes vécues en ville. Par ailleurs, on voit bien à quel point ces expériences sont intrinsèquement liées aux politiques migratoires et aux processus et catégories administratives qui en découlent. Autrement dit, elles apparaissent directement comme des conséquences des politiques et pratiques institutionnelles dites « d'accueil » et témoignent, en ce sens, des déficits de cette action publique.

Il est clair que les souffrances psychiques des exilé·e·s sont largement générées par ces conditions de vie extrêmement difficiles auxquelles ils et elles sont exposé·e·s. Ainsi, comme le disent souvent les psychiatres et psychologues de Médecins du Monde, ce qui est soigné ce sont « des situations de maltraitance, mais eux (les exilés) ne sont pas malades : la plupart du temps on essaie surtout de colmater les situations intenable qu'ils vivent »

(Véronique – bénévole, psychiatre, réunion 10 octobre 2023). Précisément, la définition même du symptôme de stress post-traumatique renvoie à cette idée de réaction « normale » d'une personne face à un événement « anormal » (Fassin, Rechtman, 2007).

Par ailleurs, ces situations mettent en exergue le courage et la persévérance des exilé·e·s pour « tenir bon » dans ces situations d'insécurité et d'incertitude. Le fait même de venir à la PP, pour certain·e·s chaque semaine, est une action engagée pour ne pas perdre pied et pour rester opérant.

Ces situations de grande précarité et d'expériences de non-accueil, non seulement créent de la détresse psychique, mais, en plus, mettent à mal la possibilité d'un traitement thérapeutique des traumatismes vécus avant l'émigration ou lors du trajet migratoire. Au sein de la PP comme dans les autres structures proposant du soin en santé psychique pour ce public à Paris, les psychologues et les psychiatres sont très prudent·e·s dans l'évocation et le traitement des symptômes de stress post-traumatique. Cette prise en charge nécessite en effet que le-la patient·e soit dans une situation de sécurité psychique et matérielle suffisante pour pouvoir élaborer et supporter les réminiscences éventuelles.

Pour autant il ne faut pas sous-estimer le travail psychique réalisé avec les pys dans cette permanence de MdM tout comme dans les autres dispositifs enquêtés pour le panorama parisien : ce n'est pas parce qu'il y a peu la possibilité de traiter profondément les symptômes de stress post-traumatique que les consultations ne sont pas utiles en termes de santé psychique, bien au contraire. Elles permettent de fait de traiter la détresse psychique envahissante et invalidante dans laquelle sont pris·e·s les exilé·e·s qui viennent consulter : celle liée à leurs conditions de vie à Paris.

Précisément, parce que les troubles anxieux et dépressifs sont largement générés par leurs situations d'exilé·e·s en grande précarité, le caractère

collectif et pluridisciplinaire est fondamental dans le soin car il permet que la prise en charge psychologique soit accompagnée d'éléments de réponse administratifs et sociaux. La PP s'apparente ainsi à un lieu de soutien psycho-social, au sein duquel l'écoute active n'est pas seulement le fait des médecins mais aussi celle des juristes et des salarié-e-s de Médecins du Monde, qui proposent, dès le moment de la veille sanitaire et sociale mobile, une première écoute primordiale. L'espace de la PP, dans son ensemble, a en lui-même des effets thérapeutiques – d'autant qu'il s'agit d'une population dont la souffrance est plus souvent psychosociale que psychiatrique (Einhorn et al, 2018).

Par ailleurs, sur le plan clinique, ce n'est pas parce que certaines souffrances ne sont pas dites explicitement qu'elles ne sont pas soignées. Autrement dit, on peut supposer que le cadre même de la PP, le temps d'hospitalité qu'elle permet, et le travail thérapeutique réalisé avec les psychiatres et psychologues, même s'il ne porte pas nécessairement sur les événements traumatiques ayant précédé l'arrivée en France, aident les patient-e-s à stabiliser leur état psychique et, ainsi, à aller mieux. C'est également le cas pour la plupart des dispositifs agissant au sein de l'espace parisien autour de ces problématiques, notamment les accueils de jour qui ne sont pas initialement des lieux de soin mais qui permettent un accès à une prise en charge thérapeutique.

Le panorama de ces dispositifs permet de visualiser des ressources dans l'espace parisien qui peuvent paraître importantes, car il y a une pluralité de structures et de propositions de soins, mais les expériences des praticien-ne-s informent clairement sur l'insuffisance de l'offre en regard des besoins des exilé-e-s et la nécessité de moyens supplémentaires. En effet, des postes de dépense essentiels au soin psychique de ce public, comme l'interprétariat ou la possibilité de fonctionner en équipe avec des intervenant-e-s sociaux-les, nécessitent des budgets importants. Dans le même temps, le travail réalisé par les psychiatres et

psychologues est une clinique particulière et difficile, qui les mobilise très fortement, professionnellement et intimement : cela implique de développer des formations spécifiques, d'accompagner davantage les modalités de réflexivité et de l'analyse des pratiques.

RÉFÉRENCES

- Agiar M. 2018, *L'étranger qui vient : repenser l'hospitalité*, Paris, Seuil, 145p.
- Akoka Karen, Schmoll Camille, 2018, « Politique migratoire : l'irrationalité au pouvoir ? » Libération [en ligne], 16 janvier 2018
- Babels (collectif), Barnier Sarah, Casella Sara, Gardesse Camille, Guenebeaud Camille, Le Courant Stefan (dir.), 2019, *La police des migrants : filtrer, disperser, harceler*, Lyon, Le passager Clandestin – Bibliothèque des frontières .
- Babels, Bontemps, V., Makaremi, C., & Mazouz, S., 2018, *Entre accueil et rejet: Ce que les villes font aux migrants*. Lyon: Le passager Clandestin, Bibliothèque des Frontières, 2018
- Baubet Thierry, Tahar Abbal, Clauder Jacqueline, Le Du Catherine, Heindenreich Felicia, Lévy Katherine, Mellahel Salim, Sturme Gésine, Moro Marie-Rose, 2004, « Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques », in *Le Journal International de Victimologie*
- CAD –Collectif Accès Aux Droits, 2023, *la condition des personnes exilées à Paris : huit années de violences policières et institutionnelles, 2015-2023*, Rapport associatif
- De Genova Nicholas, 2010, « the deportation regime : sovereignty, space, and the Freedom of Movement », *Theoretical Overview*, in De Genova Nicholas, Peutz Nathalie, the Deportation regime : sovereignty, space and the freedom of movement, Durham, NC: Duke University Press
- Delion Pierre, 2014, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » in *Empan*, 2014/4 (N°96)
- D'Halluin E. 2009 « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes et migrations*, 1282, pp. 66-75
- Einhorn Lou, Rivière Maud, Chappuis Marielle, Chevelle Marie, Laurence Sophie, 2018, « Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017) », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n°2 et 3 | 2018, pp. 187-203
- Fassin Didier, 1996, *l'espace politique de la santé, essai de généalogie*, Presses Universitaires de France
- Fassin Didier, Rechtman Richard (2007), *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Flammarion
- Fillieule, O., Roux P., 2009, *Le sexe du militantisme*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris
- Jusot, Florence, Benoît Carré, et Jérôme Wittwer. 2019, « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », *Revue française d'économie*, vol. XXXIV, no. 1, 2019, pp. 133-181.
- Gardesse Camille, Lelevrier Christine, 2021, *Gouvernance de l'accueil et expériences d'exilés dans les villes petites et moyennes*, Paris, PUCA, coll. Réflexions en partage
- Gardesse Camille, Masson Diez Evangeline, 2022, « Se mobiliser pour les personnes exilées à la rue : formes et trajectoires d'engagement de soutiens à Paris », in Gardesse Camille, Le Courant Stefan, Masson-Diez Evangeline, *L'exil à Paris, 2015-2020 Expérience migratoire, action publique et engagement citoyen*, L'œil d'Or, Collection Critiques et Cités, Paris
- Gardesse Camille, Piva Annaelle, Runet Pablo, 2022, « Des campements de rue à Paris entre 2015 et 2020 : invisibilisation et marginalisation des exilé-e-s », in Gardesse Camille, Le Courant Stefan, Masson-Diez Evangeline, *L'exil à Paris, 2015-2020 Expérience migratoire, action publique et engagement citoyen*, L'œil d'Or, Collection Critiques et Cités, Paris

- Gardesse, Massion-Diez, Piva, 2023 « Mobilisations autour des bidonvilles et des campements de rue de personnes immigrées à Paris et en proche périphérie : les effets des différentes spatialisations entre 2014 et 2021 » in *Géocarrefour* 97/2 2023, dossier « Habitats informels et migrations : 10 ans de résorption des bidonvilles en France »
- Hoyez Anne-Cécile, 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », in *Cybergeo: European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566
- Le Courant Stefan, 2022, *Vivre sous la menace. Les sans-papiers et l'État*, Le Seuil (coll. « La couleur des idées »), Paris.
- Le Revers de la Médaille (collectif), 2024, *Circulez, y'a rien à voir : un an de nettoyage social avant les JOP 2024*, rapport interassociatif, juin 2024
- Mathieu, L., 2010 « Les ressorts sociaux de l'indignation militante. L'engagement au sein d'un collectif départemental du Réseau éducation sans frontière », *Sociologie*, 1, 3, 2010, 303-318.
- [Oury J.](#), 1993 « Psychiatrie et psychothérapie institutionnelles », dans *L'Apport freudien : éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, sous la direction de Pierre Kaufmann, Paris, Bordas, républié chez Champ Social Editeur
- Paperman, P., Laugier, S., 2011, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Editions de l'EHESS, Paris,
- Pestre Elise, 2019, *La vie psychique des réfugiés*, Petite Bibliothèque Payot
- Petit V., Wang S. 2018 « Éditorial : La santé mentale en migrations internationales », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n°2 et 3 | 2018, 7-20.
- Pette, M., Eloire, F., 2016, « Pôles d'organisation et engagement dans l'espace de la cause des étrangers », *Sociétés contemporaines*, 101, 1, 2016, 5-35
- Piva A., Sebillotte O., (à paraître) « Territoire d'une lutte pour le droit au logement à Paris, entre appropriation et contrôle spatial : le cas du collectif Réquisitions » in *Justice Spatiale – Spatial Justice*, n° 19
- Prieur Constance, Dourgnon Paul, Jusot Florence, Marsaudon Antoine, Wittwer Jérôme, Guillaume Stéphanie, 2022, « Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France » in *Questions d'économie de la santé*, IRDES, N°266, Mars 2022.
- Saglio-Yatzimirsky Marie-Caroline, 2018, *La voix de ceux qui crient*, Albin Michel, 320 p.
- Saglio-Yatzimirsky Marie-Caroline., Wolmark Laure, 2018, « Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n°2 et 3 | 2018, pp. 21-27.
- Toubon, J.-C., K., Messamah, 1990, *Centralité immigrée. Le quartier de la goutte d'or*, L'Harmattan Paris
- Vignier Nicolas, Chauvin Pierre, Dray-Spira Rosemary, 2017, « Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses », in Annabel Desgrées du Loû éd., *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. La Découverte, pp. 113-136
- Wang S., 2013, « Analyses sociologiques des pratiques de l'interprétariat-médiation en pédopsychiatrie : l'exemple des familles d'origine chinoise à Paris », *Enfances & Psy*, 56, pp. 136-146.

ANNEXES

1. LETTRE D'INFORMATION POUR L'OBTENTION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

LETTRE D'INFORMATION

Étude sur l'offre de soins en santé mentale pour les personnes exilées en situation de précarité: la permanence psy de Médecins du Monde à Paris

Coordinatrice de l'étude / chercheuse: Camille Gardesse

Adresse mail: ... Tel.: ...

Maîtresse de conférences en urbanisme et sociologie, École d'urbanisme de Paris, Laburba, Université Paris Est Créteil.

Bonjour,

Vous êtes invité-e à participer à un projet de recherche. Merci beaucoup de votre intérêt.

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document et/ou à la chercheuse.

Le projet de recherche

Les politiques et les dispositifs français d'accueil font l'objet de multiples recherches pour comprendre comment ils sont organisés et leurs conséquences pour les principales intéressées; les personnes exilées. Dans ce cadre, après avoir travaillé sur l'accès à l'hébergement et au logement, à Paris mais aussi dans des villes petites et moyennes, Camille Gardesse mène à présent une recherche sur l'accès aux soins des personnes exilées, en particulier en termes de santé mentale.

Son objectif est de mieux comprendre les besoins en soins de santé mentale des personnes exilées, quelle prise en charge est nécessaire, et comment les dispositifs actuels pour y répondre peuvent être améliorés.

Cette recherche permettra à Médecins du Monde d'orienter son plaidoyer pour interpeller les pouvoirs publics sur la nécessité de développer l'accès aux soins pour les personnes exilées,

Réalisation d'un entretien

Votre participation consisterait en un entretien réalisé avec la chercheuse, Camille Gardesse, dans les locaux de Médecins du Monde. La durée de l'entretien est d'1 heure maximum. Vous pouvez arrêter votre participation à n'importe quel moment si vous le souhaitez sans que cela ait des conséquences sur l'accompagnement dont vous bénéficiez de la part de Médecins du Monde.

Au besoin, des interprètes pourront participer à la communication. Si vous êtes d'accord, le son de l'entrevue sera enregistré afin que la chercheuse puisse se concentrer sur ce que vous lui dites durant l'entretien sans prendre trop de notes, puis qu'elle soit la plus fidèle possible à vos propos en les retranscrivant.

Cet enregistrement ne sera jamais diffusé à quelqu'un d'autre que la chercheuse, pas même aux membres de l'équipe de Médecins du Monde. Les retranscriptions seront anonymisées, et l'enregistrement sera supprimé une fois les analyses accomplies.

Si vous n'êtes pas d'accord pour être enregistré, l'entretien peut se dérouler sans enregistrement.

Liberté de répondre et protection des personnes

La conversation sera la plus simple possible, afin de vous mettre à l'aise.

Les questions qui vous seront posées portent sur votre expérience de la permanence psy de Médecins du Monde, ainsi que vos expériences de vie à Paris. Vous êtes libre de choisir les questions auxquelles vous souhaitez répondre.

Si vous vous sentez mal à l'aise de parler de certaines dimensions de votre expérience ou d'aborder un sujet précis lié à cette recherche, n'hésitez

pas en à informer la chercheuse. Vous pouvez également vous retirer de la recherche en tout temps, sans avoir à fournir de justification.

contacter : l'officier en charge de la protection des données personnelles à Médecins du Monde France, [téléphone] ; [adresse email].

Respect de la confidentialité et sécurité des données

La confidentialité des données de l'ensemble des participants sera prise en compte et respectée en tout temps tout au long de l'étude.

Aucune donnée d'identification des participants (nom, adresse, etc.) ne sera collectée. Dans les transcriptions d'entretiens, nous ne conserverons aucun renseignement qui pourrait permettre d'identifier une personne ou une institution. La chercheuse donnera un prénom fictif à toutes les personnes rencontrées. Elle est la seule à avoir accès aux données empiriques et elle s'engage à respecter une confidentialité absolue et à protéger votre anonymat. Vos propos seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude et ne sortiront pas de ce contexte.

En outre, des mesures de sécurité seront prises pour assurer la confidentialité à chaque étape (collecte, analyse et stockage des données).

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse de ses responsabilités civiles et professionnelles.

Contacts

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Camille Gardesse, [téléphone] ; [adresse email] ou Paul Alauzy [téléphone] ; [adresse email].

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités de la chercheuse concernant votre participation à ce projet, vous pouvez

2. PANORAMA DES RESSOURCES DE SOINS EN SANTÉ

Organisation	Nom du dispositif	Langues disponibles au sein du dispositif	Modalités d'interprétariat	Type d'activité prise en charge psy - santé psychique
Dispositifs fixes accès aux soins SP pour personnes exilées grande précarité				
Médecins du Monde - Permanence Psy	Permanence Ecoute et Accueil Psychologique et Juridique	Français, Anglais, Arabe, Pashto, Dari + toutes les langues par téléphone	Professionnel Présentiel et par téléphone	Consultations individuelles. Approche en psychothérapie institutionnelle
GHU Paris - CAPSYS	CAPSYS	Dari, Pashto, Ourdu + toutes les langues par téléphone	Professionnel Présentiel	consultation psychiatrique et psychologique, coordination sociale et somatique
ADSDF (Agir pour la Santé des Femmes)	Repaire santé Barbès	Français, Anglais	Bénévoles et ponctuellement professionnel	Entretiens d'évaluation - entretiens de soutien - entretiens thérapeutiques
Dispositifs mobiles accès aux soins SP pour personnes exilées grande précarité				
Samu Social	Mission migrants du Samu social	Dari, Pachtou, Arabe, Français, Anglais	Professionnel Présentiel	consultations pour orienter vers prise en charge psy
Association de psychologues « le Chêne et L'Hibiscus »	Association de psychologues « le Chêne et L'Hibiscus »	Anglais, Espagnol, Arabe + toutes les langues par téléphone	Professionnel Par téléphone	Permanences, suivis et accompagnements psychologiques
Dispositifs fixes d'accès aux soins SP pour personnes en précarité				
L'ÉPOC - L'espace psychanalytique d'orientation et de consultations	Espace d'accueil rapide et de suivi thérapeutique	Portugais, espagnol, serbe, anglais, grec, italien, slovaque, tchèque, allemand, hindi, polonais, français.	pas d'interprétariat	Entretiens psychologiques individuels et hebdomadaires avec suivi long possible
EIDIP - Ecoute Interculturelle dans un Dispositif Inter Psy	EIDIP - Ecoute Interculturelle dans un Dispositif Inter Psy	Arabe, langues asiatiques	Professionnel Présentiel	consultations
GHU - Pôle Psychiatrie et Précarité	Pôle Psychiatrie et Précarité	Très variable	Professionnel Présentiel et par téléphone	Consultation sur place, dans sites d'hébergement, en rue
Dispositifs mobiles d'accès aux soins SP pour personnes en précarité				
EMPP Nord-Est GHU Paris	EMPP Nord-Est	Français, Anglais + toutes les langues	Professionnel Présentiel et par téléphone	Entretien d'évaluation et d'orientation vers le droit commun
Equipe Mobile Santé - Ville de Paris	Equipe Mobile Santé	Français + toutes les langues	Professionnel Présentiel et par téléphone	Entretien d'évaluation somatique et orientations psy si besoin

	Rendez-vous obligatoire	Sur orientation uniquement (pas d'accès direct)	Délai d'attente avant prise en charge	Durée moyenne de prise en charge	Critères d'admission	Public	Genre	Mineur·e Majeur·e
	Non	NR	1 à 2 semaines	3 rdv/pers.	Accueil inconditionnel	Public "asile", primo-arrivants et exclus de l'hébergement	Tous	Maj.
	Oui	Oui	2 mois	2 ans	Personnes migrantes, présentant des troubles anxio-dépressifs, PTSD, sans addictions	Majorité d'exilés	Tous	Maj.
	Non	Non	Le jour-même	pas de limite à la prise en charge	Accueil inconditionnel	Femmes	Fem.	Les 2
	Non	Non	Le jour-même	NR	Accueil inconditionnel	demandeur.se.s d'asile ; réfugié.e.s ; personnes exilées sans titre de séjour	Tous	Les 2
	Non	Non	1 à 3 mois	Plusieurs mois	Accueil inconditionnel	Situation d'exil	Tous	Les 2
	Non	Oui	1 semaine	suivi long possible	Accueil inconditionnel	NR	Tous	Les 2
	Oui	Oui	0 à 3 mois	NR	NR	Immigrées en précarité	Tous	Min.
	Non	NR	Pas de délai	NR	Suspension de souffrance psychique, demande de la personne	NR	Tous	Maj.
	Non	NR	Entre 3 et 10 jours	NR	Troubles psychiatriques et/ou souffrances psychiques, personnes non sectorisées, notion de précarité	Tout public	Tous	Maj.
	Non	Oui	NR	NR	Grande précarité	NR	Tous	Les 2

Organisation	Nom du dispositif	Langues disponibles au sein du dispositif	Modalités d'interprétariat	Type d'activité prise en charge psy - santé psychique
Dispositifs fixes d'accès aux soins SP pour personnes exilées				
Centre Primo Levi	Centre Primo Levi	NR	Professionnel Présentiel et par téléphone	consultations
Association Eugene et Françoise Minkowski	Centre médicopsychologique Françoise Minkowska	français, anglais, arabe, espagnol, bengali, serbo-croate, turc, portugais, vietnamien, wolof	Professionnel Présentiel et par téléphone	Prise en charge médico-psychologique et accompagnement médico-social
Centre Régional du Psychotraumatisme Paris Nord (CRPPN) - Hôpital Avicenne	CRPPN	Français, anglais; recours à l'interprétariat professionnel	Professionnel Présentiel	prise en charge psychologique
Parcours d'exil	Parcours d'exil	Français, Anglais, Espagnol, Arabe	pas d'interprétariat	consultations médicales, psychologiques, d'ostéopathie.
Unité départementale intersectorielle d'ethnopsychiatrie	La causerie d'Aubervilliers	Chinois, Arabe, Dari, Pachtou, Bengali	Professionnel	consultations ethnopsys, consultations psychiatriques
Comede	Pôle Santé Mentale Comede	Français, Anglais, Portugais, Italien	Professionnel Présentiel	Consultations de psychothérapie et groupes thérapeutiques
Dispositifs mobiles d'accès aux soins SP pour personnes exilées				
La vie active	Dispositif IntegraPsy	Langues rares par des "ambassadeurs" + toutes les langues	"Ambassadeurs" Présentiel ou par téléphone	Evaluation, soutien psychologique et orientation
Dispositifs d'accueil pour personnes exilées proposant des permanences SP				
Aurore - Service Accueil de Jour Demandeurs d'Asile et Réfugiés	Les Amarres - Service Accueil de Jour Demandeurs d'Asile et Réfugiés	Pachtou/Dari, Persan, Arabe, Anglais, Italien, Portugais, Dialectes africains	Professionnel Présentiel et par téléphone	Psychologue de service, Samu social EMP, EMPP ASM13,
Fondation de l'Armée du Salut	Halte Humanitaire	Français, Anglais, Dari, Pashtou, Arabe	Par l'équipe des médiateurs, et occasionnellement des bénévoles	Consultations avec des psychologues / psychiatres
Consultations libérales accueillant des exilé.e.s en précarité				
Psychologues membres de l'association Chêne et Hibiscus	Psychologues membres de l'association « le Chêne et L'Hibiscus »	selon praticien.ne.s	selon praticien.ne.s	consultations psychotérapeutiques

	Rendez-vous obligatoire	Sur orientation uniquement (pas d'accès direct)	Délai d'attente avant prise en charge	Durée moyenne de prise en charge	Critères d'admission	Public	Genre	Mineure Majeure
Oui	NR	Autour de 6 mois	3 ans	Personnes victimes de tortures et violences politiques	personnes exilées, demandeurs d'asile, réfugiés	Tous	Les 2	
Oui	Non	environ 1 mois	à l'appréciation du thérapeute	Adultes en difficulté d'accès au dispositif de droit commun	Personnes adultes en difficulté d'accès au dispositif de droit commun	Tous	Maj.	
Oui	NR	pas de délai pour les traumatisés récents sinon entre 1 (mineurs) et 2 mois (adultes)	12 mois	Personne ayant vécu un événement potentiellement traumatique	NR	Tous	Les 2	
Oui	NR	2 mois	Entre 18 mois et 2 ans	Personnes souffrant de psychotraumatisme - exilé.e.s	demandeur.se.s d'asile ; personnes déboutées	Tous	Les 2	
Oui	NR	3 à 6 mois	2 ans	Personne invoquant des étiologies traditionnelles et prise en charge en système conventionnel de soins ne fonctionnant pas	personnes exilées ou enfants d'immigré.e.s, sans condition de titre de séjour ou de nationalité	Tous	Les 2	
Oui	Non	2 mois	9 mois	Critères de vulnérabilité sociale nécessitant de soins de santé générale et une prise en charge spécifique en santé psychique	Patient.e.s orienté.e.s par les médecins généralistes du Comede	Tous	Les 2	
Oui	NR	1 à 2 mois	5-6 mois à hauteur d'un rendez-vous mensuel	Demandeur d'asile (procédure en cours, recours CNDA, Dublin) et primo-arrivant (réfugié, BPI, titre de séjour délivré depuis moins de 5 ans, apatriote)	Demandeurs d'asile et primo-arrivants	Tous	Maj.	
Non	NR	1 à 2 semaine	30 à 45 mn	Demandeurs d'asile et réfugiés, hommes à la rue et isolés, avec document à jour et valide avec une durée de 2 mois max de non validité (période de recours)	Demandeurs d'asile et primo-arrivants pour inscription au GUDA	Hom.	Maj.	
Non	NR	Très variable	NR	Public exilé	Public exilé	Hom.	Les 2	
Oui	NR	selon praticien.ne.s	NR	Accueil inconditionnel	Toutes personnes	Tous	Les 2	

3. AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Université
de Paris

CER U-Paris

(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2021-120-
GARDESSE

PROTOCOLE : L'offre de soins en santé mentale pour les personnes exilées en situation de précarité : la permanence psy de Médecins du Monde à Paris (PermPsyMdM).

Noms du/des chercheur(s) : Camille Gardesse

Email pour la correspondance : Camille.gardesse@u-pec.fr

Labo / service : Urbanisme et Sociologie; École D'Urbanisme de Paris; Laburba; Université Paris Est Créteil

Évalué à la séance du 11/01/2022

AVIS : Favorable

Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.

L'avis favorable du CER U-Paris n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.

N° IRB : 00012021-120

Jacqueline Fagard



**SOIGNE AUSSI
L'INJUSTICE**

DÉCEMBRE 2024