

Le modèle de thérapie et d'encadrement du EPZ (Centre d'ethno-psychologie Zurich)

Sommaire

ainsi que des standards de thérapie et d'encadrement de base à l'intention des personnes du domaine de l'asile psychiquement malades et traumatisés

Étude sur mandat de l'Office fédérale des réfugiés - ODR

2003

Ackermann Ch., Burtscher P., Mohamed A., Schär Sall H., Sölch A., Stutz D., Wetli E., Zoller R.

Effectué par:

Centre d'ethno-psychologie Zurich - EPZ – de l'Organisation Asile Zurich

Impressum

Bundesamt für Flüchtlinge

Quellenweg 6

3003 Bern-Wabern

Tel.: 031 / 325 98 59

www.asyl.admin.ch

Ethnologisch Psychologisches Zentrum (EPZ)

der Asyl-Organisation Zürich

Luisenstrasse 40

8005 Zürich

Tel.: 01 / 273 01 70

www.asyl.stzh.ch

But de l'étude

Description approfondie, analyse et évaluation d'un modèle de thérapie et d'encadrement à la portée des demandeurs d'asile traumatisés (y compris formulation de standards de qualité techniques).

Le Centre d'ethno-psychologie (Ethnologisch-Psychologisches Zentrum, EPZ) : aperçu

Principe fondateur du Centre d'ethno-psychologie (EPZ) :

L'intégration psychique aussi bien que sociale préside à la définition des buts, car l'une n'est pas possible sans l'autre. La pratique ethno-psychologique de l'EPZ participe de ce postulat fondamental.

Public-cible :

Des personnes répondant au statut N ou F (requérants d'asile et personnes admises à titre provisoire) ou, plus rarement, des réfugiés reconnus comme tels et présentant des traumatismes, d'ordre psychique ou social, voire des difficultés inhérentes à la migration (par exemple des psychoses, schizophrénies, dépressions, perturbations post-traumatiques, mauvais traitements), qui dépassent les structures usuelles dans le domaine de l'asile, social et psychiatrique ou qui n'y obtiennent pas l'aide adéquate qui leur convienne. Il s'agit là d'hommes, de femmes et de familles avec ou sans activité professionnelle, à même d'assurer indépendamment le quotidien (tâches ménagères, cuisine), qui ne requièrent pas les soins de tiers, mais qui ont besoin d'un suivi relativement spécifique et intensif adapté à leur profil migratoire.

	Sexe		Age					Pers. seule		En famille	Total
	Æ	W	-12	13-18	19-30	31-40	41-				
Conflits familiaux graves (par ex. abus, violence au sein de la famille)	26	32	19	11	6	16	6	5	53	58	
Dépression	25	18	1	-	13	19	10	29	14	43	
Perturbations traumatiques primaires et secondaires causées par la guerre, la torture, le viol, d'autres expériences de la violence ou traumatisme consécutif en Suisse	20	15	1	5	8	15	6	23	12	35	
Suicidalité	14	10	-	-	8	11	5	17	7	24	
Maladie psychique grave (par ex. schizophrénie, épisodes psychotiques récurrents)	16	6	-	-	7	11	4	19	3	22	
Maladie somatique	10	12	3	-	3	9	7	8	14	22	
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	7	9	2	-	5	5	4	6	10	16	
Problèmes de dépendance	13	2	-	1	7	3	4	12	3	15	
Troubles graves de la personnalité (par ex. élaboration psychique paranoïde des événements, personnalité borderline)	10	4	-	-	4	6	4	8	6	14	
Troubles du développement	4	6	6	4	-	-	-	-	10	10	
Rejet social	7	2	1	1	3	4	-	6	3	9	
Difficultés scolaires	4	5	7	2	-	-	-	-	9	9	
Comportement violent	6	1	-	2	1	3	1	3	4	7	
Capacités cognitives faibles	2	3	1	1	-	-	3	2	3	5	
Total de mentions	164	125	41	27	65	102	54	138	151	289	
Nombre de personnes	68	51	24	13	26	36	20	53	66	119	

Tableau 2.1 : manifestations psychiques, somatiques et sociales des requérants d'asile encadrés par l'EPZ en 2002, classés par ordre de fréquence des mentions. Des mentions multiples sont possibles.

Offre :

a) Domaine stationnaire partiel :

Au total, le Centre d'ethno-psychologie (EPZ) est en mesure de proposer à son public-cible 100 places d'accompagnement thérapeutique, assorties d'assistance sociale si nécessaire. Des structures d'accueil de jour sont organisées en externe. Les groupes de vie communautaire sont installés dans des appartements de 3 ou 4 pièces répartis sur trois immeubles à Zurich. Une pièce est mise à disposition pour chaque personne seule.

L'encadrement est assuré du lundi au vendredi par une équipe de spécialistes comptant des ethnologues, des psychologues et des psychothérapeutes qui coopèrent avec les services les plus divers. Les spécialistes travaillent sur place, les bureaux se trouvant quant à eux à l'étage inférieur des bâtiments où habite la clientèle. Aucun service n'est dispensé le week-end et durant la nuit.

b) Activité de conseil :

L'EPZ est aussi engagé dans le domaine de l'asile à titre de conseil ainsi que dans la coopération interinstitutionnelle avec la psychiatrie. Cependant, ce domaine n'est pas réglementé du point de vue financier. On y recourt pour l'heure seulement en fonction

des possibilités et non pas des besoins. Le développement de nouvelles approches et la spécialisation de l'EPZ dans le domaine de la migration et de la santé, en particulier à l'attention des migrants psychologiquement malades ou traumatisés de provenances très variées (spécialement les requérants d'asile vivant seuls et les malades psychiques accompagnés de leur famille), a conduit à une forte demande en matière de conseil, qui dépasse le cadre de l'offre stationnaire.

Le contrat de prestation suivant a été établi avec le canton de Zurich :

Contrat de prestations

Le Centre d'ethno-psychologie (EPZ) s'engage à encadrer les personnes soumises au droit d'asile dans le cadre de l'éventail de prestations convenu comme suit.

Mandat (aspects qualitatifs)

1. Evaluation du cas, clarification des compétences et recommandation de mesures en cas de problèmes de nature psychosociale.
2. Hébergement, assistance matérielle et encadrement psychologique des personnes du groupe-cible.
3. Suivi stationnaire ou ambulatoire après la sortie de la clinique.
4. Coopération avec les institutions du domaine social et de la santé, notamment les cliniques psychiatriques et les dispensaires, les médecins de famille et toutes les institutions et personnes actives dans le domaine asilaire.
5. Clarification, conseil et suivi en cas de placements externes.
6. Réalisation des travaux administratifs découlant du mandat technique (établissement de décomptes, rédaction de rapports, documentation des cas).

Etendue des prestations (aspects quantitatifs)

Capacité : 100 places.

Effets recherchés

1. Abaissement des coûts de la santé par
 - des prestations compétentes et à des coûts avantageux pour le groupe-cible et
 - la mise en réseau des institutions et des spécialistes impliqués (dans les domaines de la santé, du social et de la formation).
2. Diminution de la dissocialité et du rejet social, stabilisation de la clientèle.
3. Soulagement des structures d'hébergement et d'encadrement régulières, diminution de l'intensité des soins par l'encouragement à l'indépendance et le renforcement des ressources existantes des clients.
4. Encouragement de la capacité à se réinsérer socialement et à rentrer dans le pays d'origine.

Bases théoriques et principes d'encadrement

L'approche ethno-psychologique

L'EPZ applique fondamentalement des principes issus de l'ethnologie, de la psychologie, de la psychanalyse et de l'ethno-psychanalyse. Son principe spécifique relève cependant de l'ethno-psychologie (une orientation de l'ethnologie appliquée), il s'appuie notamment sur des approches par groupes, inspirées de la psychanalyse, et il se développe continuellement à partir de l'interaction entre la théorie et la pratique.

Les domaines de la vie les plus divers ne sont pas perçus séparément, mais ils sont considérés comme un tout dynamique. Et les problèmes que présentent les requérants d'asile dans leur situation de migrant à l'EPZ sont compris exactement de la même manière. Il est possible de décrire la situation migratoire comme un "fait social total", un concept emprunté à l'ethnologie, qui considère non seulement les faits et les données isolés, mais qui englobe aussi la vie dans sa relation à l'ensemble du contexte sociétal. Ce "fait social total" se manifeste dans l'expérience vécue, dans laquelle se recoupent les domaines les plus divers de la vie (la politique, la parenté, l'économie, la médecine, la religion, le droit, l'esthétique). Le principe d'encadrement de l'EPZ est conçu en considération de cette toile de fond. C'est pourquoi les entretiens et les rencontres avec la clientèle se rapportent avant tout à la vie quotidienne :

- postes de dépenses au budget, façon de gérer l'argent,
- cohabitation et coexistence avec d'autres requérants d'asile,
- travail, occupation, école, problèmes scolaires et formation,
- collaboration à l'organisation de structures de jour,
- problèmes liés au statut de séjour, les conséquences et perspectives qui en découlent,
- problèmes de santé.

Dans ce contexte apparaissent continuellement de nouveaux besoins, qui appellent une clarification dans leur contexte individuel et social.

Les problèmes sont abordés de manière holistique et en prise sur le quotidien, une approche que permet l'accomplissement du travail au domicile des requérants d'asile. En d'autres termes, on prend en compte le contexte dans lequel évoluent ces requérants (observation impliquée).

Que signifie "à la portée de la clientèle", à l'EPZ ?

Tout comme dans d'autres institutions partiellement stationnaires, l'admission à l'EPZ est soumise à des clarifications et des entretiens préalables avec les requérants d'asile et les spécialistes responsables jusqu'à ce stade. La structure de l'EPZ est cependant, en soi, à la portée des usagers. Après une admission à l'EPZ, en effet, la présence du personnel spécialisé est en principe assurée du lundi au vendredi aux heures de bureau. Comme la plupart des requérants d'asile habitent à l'EPZ, il leur est facile de se rendre au bureau. Nombre d'entre eux, qui ont déménagé, continuent d'être suivis à titre transitoire par l'EPZ jusqu'à ce que leur cas puisse être transmis à une autre institution. Grâce à l'instauration d'un cadre ouvert ("setting ouvert"), les inscriptions (par téléphone) ne sont pas nécessaires. De cette manière, les barrières linguistiques et sociales sont éliminées. Du fait que les clients vivent en groupes de vie communautaire, leurs voisins deviennent parfois des "informateurs" importants au sens ethno-psychologique. Il arrive fréquemment qu'ils viennent au bureau à la place d'une personne en phase de crise aiguë pour informer sur sa situation. Ainsi, la cohabitation dans le même immeuble entraîne certes des conflits et une forme de contrôle social, mais elle autorise aussi l'entraide mutuelle.

Les collaborateurs spécialisés, quant à eux, peuvent se rendre sans perte de temps et à tout instant au logis de leurs clients. Ce point est particulièrement important pour les personnes suicidaires.

Face à la réalité douloureuse des requérants d'asile individuels, à leurs blessures et destructions intérieures et extérieures dues à la guerre, aux traumatismes, aux psychoses et aux fragmentations qui en résultent, l'équipe constitue, par sa présence et sa continuité, une autre réalité, non détruite et indestructible. La destruction, imaginaire ou réelle, n'est pas reproduite dans la réalité de l'équipe. De cette façon, il est possible de corriger le fantasme, qui assimile la réalité extérieure aux représentations intérieures.

L'équipe, qui réfléchit à sa propre attitude et à sa propre culture par une intervision permanente, bénéficie de l'appui d'une supervision établie sur des considérations ethno-psychanalytiques.

Cette approche, ancrée dans le contexte et reliée à l'arrière-plan du "fait social total", exige sur le plan pratique une coopération interdisciplinaire entre les institutions et les groupes professionnels les plus divers. La tâche des spécialistes de la thérapie consiste notamment à faire comprendre les divers aspects du problème aux autres personnes et

services impliqués. Un tel travail implique donc nécessairement un contact étroit avec ces partenaires.

Coopération interinstitutionnelle et interdisciplinaire

L'importance de groupes d'intervision pluridisciplinaires dans le domaine pratique de la migration et de la santé est évidente. Il conviendrait donc de conceptualiser et d'institutionnaliser de tels groupes dans les différents secteurs.

Toute coopération implique, selon le groupe professionnel et la conception de la profession ou du rôle, le respect du devoir de discrétion, du secret professionnel et de la protection des données. La levée de ces obligations n'est possible qu'avec l'accord du client ou de la cliente. Il faut en tenir compte dans le domaine de l'asile également, ce qui exige un mode de travail professionnel.

Comme l'ethnologie participe d'une perception composite des phénomènes, qui allie des points de vue interdépendants, et qu'elle constitue simultanément une science culturelle dont la vocation est de concilier les perspectives, il est judicieux qu'elle joue un rôle précurseur pour conceptualiser la coopération interinstitutionnelle et interdisciplinaire dans le domaine en question.

Traumatisme

L'expérience pratique acquise dans le travail avec des requérants d'asile à l'EPZ a montré que l'expérience de la violence et de l'impuissance entraîne des perturbations d'ampleur et d'intensité diverses. Le traumatisme ne peut pas se réduire à un ensemble de symptômes identifiables, comme l'implique la conception du Syndrome de stress post-traumatique (PTSD), car il présente une dimension sociale étendue. Le traumatisme, de ce fait, ne se laisse pas simplement définir par quelques concepts réducteurs.

L'EPZ s'oriente à la lumière de concepts qui, d'une part, prennent en compte la dimension psychosociale des traumatismes et qui, d'autre part, intègrent l'axe temporel dans la conceptualisation de ceux-ci. Cette démarche considère donc le développement du traumatisme sur le long terme, comme y invitent M. Khan et H. Keilson par leurs notions de traumatisme cumulatif et de traumatisme séquentiel.

Ainsi, le traitement de requérants d'asile traumatisés ne se réduit pas exclusivement à une action psycho-thérapeutique spéciale, il comporte un spectre plus large d'activités. Il devient alors clair qu'il n'est pas possible, eu égard aux circonstances accablantes dans lesquelles vivent les requérants d'asile, de se donner la guérison médico-thérapeutique du traumatisme, voire la réhabilitation des traumatisés pour objectif.

Migration et santé

Sexe

Le statut de l'asile est associé, indépendamment du sexe, à des risques élevés en matière de santé. Cependant, certains problèmes se posent différemment et appellent des stratégies de maîtrise distinctes selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes.

Résultats spécifiques aux femmes :

Les résultats de l'étude indiquent que *les femmes vivant seules* sont particulièrement vulnérables. Comparées à tous les autres groupes, elles présentent en moyenne le plus grand nombre de mentions de manifestations psychiques, somatiques et sociales. La santé peut être influencée négativement par les facteurs suivants : manque de réseau porteur dans le pays d'accueil aussi bien que dans le pays d'origine; relations sociales caractérisées par une forte dépendance et de fréquents abus; risque élevé de violence commise par l'autre sexe; poids multiple de femmes assumant seules les charges éducatives. Il est cependant aussi apparu que ce groupe dispose de ressources spécifiques : Les femmes vivant seules parviennent fréquemment à s'intégrer plus rapidement dans les aspects pratiques de la vie quotidienne (elles sont par exemple plus souvent actives professionnellement que les hommes seuls). Elles sont aussi tendanciellement plus disposées à accepter des offres d'assistance professionnelles (meilleure conformité).

En ce qui concerne *les femmes en famille*, on ne relève que rarement de graves maladies psychiques et la suicidalité est inexistante. A ce propos, il faut signaler que l'admission à l'EPZ, pour une majorité de familles, est intervenue en raison d'une maladie de l'homme. D'une façon générale, les femmes en famille demeurent plus stables psychiquement que leurs partenaires masculins. Vu qu'elles continuent d'assumer, en situation migratoire, leur rôle de mère et de femme au foyer, elles souffrent moins que les hommes de la perte de statut et d'une recherche du succès génératrice de tension nerveuse.

Résultats spécifiques des hommes :

Il s'est avéré que les hommes en famille et ceux vivant seuls constituent également un groupe vulnérable. En ce qui concerne *les hommes en famille*, il faut considérer que les enfants et les épouses sont aussi concernés lorsque l'un d'eux est en difficulté, car il en résulte de lourdes charges et des conflits au sein de la famille. Une difficulté réside dans le fait que les hommes en famille associent un sentiment de honte au recours à une aide extérieure, raison pour laquelle ils y font rarement appel.

Quant *aux hommes vivant seuls*, ce sont eux qui souffrent le plus fréquemment de maladies psychiques, de phénomènes de rejet, de violences, de problèmes de dépendance et d'isolation sociale, car ils ne parviennent souvent pas à construire des réseaux durables. Comparés aux hommes en famille, ils sont néanmoins davantage enclins à recourir à une aide psychiatrique ou psychologique externe. Le travail constitue un problème prioritaire pour les hommes seuls (de même que pour ceux vivant en famille). Fréquemment, ces hommes ont une mission spécifique associée à leur migration : ils entretiennent la famille d'origine. La pression sociale qu'ils subissent est donc élevée, et l'échec leur fait perdre la face. Une interdiction de travailler représente donc précisément un poids énorme pour cette catégorie de personnes.

Les enfants et les jeunes requérants d'asile

Les jeunes qui fréquentent l'EPZ présentent souvent des parcours défavorables. Ils sont issus de "familles à problèmes" lourdement accablées. Outre ces jeunes exposés aux fardeaux familiaux, on trouve à l'EPZ de jeunes requérants d'asile traumatisés et qui ont fui dans des conditions parfois très difficiles et sans être accompagnés d'adultes. Il s'agit de jeunes qui menacent d'échouer dans leur projet de vie ou qui, manifestement, sont psychiquement malades. La biographie des jeunes dont l'EPZ assure l'encadrement présente, dans leur majorité, des ruptures à répétition. Aux ruptures migratoires sont venues s'ajouter de nouvelles ruptures : celle d'avec les parents, la fin prématurée du parcours scolaire, l'interruption de formations ou l'abandon de projets dits d'occupation. De telles expériences ont pour conséquence d'accroître la pression inhérente à la marginalisation.

Les ruptures à répétition proviennent de conflits intérieurs et extérieurs qui excèdent la capacité des jeunes requérants d'asile à les gérer de manière adéquate. Lorsque de tels conflits perdurent, ils peuvent provoquer une pression excessive et l'isolation ainsi que des problèmes d'ordre psychique et somatique.

On peut alors observer des blocages émotionnels, des phénomènes d'exclusion et d'auto-exclusion, de même que la transgression des limites sous la forme d'abus de drogues ou

de conflits avec la loi. Pour ces jeunes, rompre la marginalisation signifie un effort énorme, notamment parce qu'ils se sentent paradoxalement liés par leur échec à leurs parents, eux-mêmes en difficulté dans leur vie d'exil, et qu'ils ne voient pas comment se montrer "vraiment loyaux" d'une autre manière. En cas de scénario défavorable, les conflits non résolus conduisent les jeunes à la dissociabilité ou à la délinquance, si ce n'est à la maladie. De surcroît, lorsque de jeunes requérants d'asile entrent toujours plus en conflit avec la loi, ils courent le risque de perdre l'autorisation de séjour du pays d'asile, accordée généralement à titre provisoire, et d'être extradés vers leur pays d'origine, qui leur est devenu étranger ou qu'ils ne connaissent même pas.

En pratique, on remarque de plus que s'il est fait usage des offres d'encadrement proposées en interne, les offres externes propices au développement et à la santé, par contre, ne trouvent que peu, voire pas du tout l'assentiment. Il est possible d'interpréter cette situation comme suit : les parents, par peur de perdre leurs enfants gagnés à l'étranger ou par des étrangers, se lient fortement ces derniers et n'accordent leur confiance à aucune institution externe.

Langue et traduction

Durant la période sous revue, l'EPZ a encadré des requérants d'asile en provenance de 25 pays, dans lesquels, de surcroît, 6 minorités parlent chacune en plus une autre langue. Même en attribuant les Africains francophones et anglophones aux catégories du français, respectivement de l'anglais, il en résulte une tour de Babel de quelque 22 langues maternelles (donc sans compter les idiomes africains locaux). A lui seul, l'un des trois immeubles de l'EPZ requiert régulièrement, au moment où s'achève cette étude, des traductions en albanais, en farsi, en kurde, en russe, en serbo-croate, en somalien, en tamoul et en turc.

Il va donc de soi que l'on ne saurait simplement s'attendre à de bonnes connaissances d'allemand en particulier parmi la clientèle de l'EPZ. Pour les entretiens d'une certaine étendue ou assez approfondis, il faut régulièrement faire appel à des traducteurs et des traductrices. De telles mesures impliquent que le personnel spécialisé de l'EPZ organise et planifie à plus long terme.

Résultats quantitatifs et analyses

L'étude présente des comparaisons avec les coûts de diverses institutions psychiatriques et socio-psychiatriques. En outre, on calcule une clé d'attribution des postes équilibrée du point de vue économique.

Comparaison des coûts entre les institutions psychiatriques et l'EPZ

	CHF
PUK	761.—
Sanatorium Kilchberg	518.—
Hard	711.—
Rheinau	592.—
Hohenegg	389.—
Klinik am Zürichberg	630.—
Moyenne de l'ensemble des cliniques du canton de Zurich ((psychiatrie pour adultes)	597.—

Tabelle 9.1 Coûts totaux par patient-jour en clinique psychiatrique

	Ist	CHF	Soll	CHF
Total des dépenses de l'EPZ (hormis les coûts de santé)		2 205 000.—		2 530 000.—
Par client pour 31 622 nuitées		69.75		80.—
Déduction du forfait de l'ODR pour l'hébergement et l'assistance		-30.—		-30.—
Coûts excédentaires		39.75		50.00

Tabelle 9.2 Tableau 9.2 Coûts totaux par client-jour à l'EPZ. La différence entre l'*existant* et l'*objectif* résulte d'une part d'un poste supplémentaire de 100 % pour l'encadrement spécialisé, et d'autre part du versement destiné à couvrir les coûts administratifs des prestations servies par l'organisation asilaire Zurich.

En admettant que 10 % des clients de l'EPZ, qui représentent au total 31'622 nuitées en 2002, seraient hospitalisés dans une clinique si l'EPZ n'existait pas, l'économie réalisée annuellement se situe entre CHF 1 666 000.- et CHF 1 761 000.-.

Il en résulte que le montant annuel versé par le canton de Zurich à l'EPZ, de CHF 1'076'000.- est amorti du point de vue de l'économie politique dès lors que 5,31 des 90 clients actuels devraient être traités dans une clinique psychiatrique.

Relation entre la clé d'attribution des postes et le nombre de jours générés en clinique

Le nombre d'admissions en clinique durant une période et la durée des hospitalisations fournissent, de manière simple, la mesure de l'efficacité d'une institution telle que l'EPZ.

Les résultats obtenus entre 2000 et 2002 montrent que le nombre de jours d'hospitalisation économisés dépend effectivement de la clé d'attribution des postes et que, de surcroît, la réactivité est beaucoup plus marquée si la clé d'attribution de postes

est élevée que si très peu de clients sont attribués à un spécialiste. Ce constat corrobore le fait qu'un effectif fortement accru de personnel serait nécessaire pour réduire le nombre d'hospitalisations en deçà du seuil judicieux. Une parabole du 2ème degré permet d'atteindre un bon degré de précision dans la fonction de coût à optimiser.

Afin de calculer une clé optimale d'attribution des postes, les coûts effectifs mesurés au cours des années 2000 à 2002 ont été complétés par deux valeurs extrêmes. L'étude démontre les coûts associés à ces valeurs extrêmes à l'aide de chiffres comparatifs tirés de la pratique (coûts d'encadrement minimal *sur la base de données fournies par l'organisation asilaire "Zurich"*; coûts d'encadrement maximal selon les chiffres relatifs aux soins psychiatriques dans le canton de Zurich pour l'année 2000, publiés par la Direction de la santé du canton de Zurich).

La fourchette, calculée sur la base d'une analyse de la valeur limite pour déterminer la clé d'attribution des postes optimale, se situe entre 17 et 19 clients par poste à plein temps de personnel soignant spécialisé.

Résultats qualitatifs et analyses : évolution de cas observés

L'étude décrit les évolutions de cinq cas, de manière à fournir un aperçu de la diversité des problèmes qui se posent concrètement et de la variété des acteurs impliqués dans les différentes situations, tout en présentant la manière de travailler de l'EPZ. Tous les exemples montrent combien sont importantes pour l'évolution des cas les relations des clients non seulement aux collaborateurs spécialisés chargés de leur thérapie, mais aussi au groupe formé par l'équipe de travail et au groupe de vie communautaire. Simultanément, il apparaît clairement comment les relations thérapeutiques sont mises en péril par les circonstances externes ou internes, et quelle somme de temps, d'investissements et de professionnalité sont nécessaires pour rétablir à chaque fois la capacité porteuse de ses relations, afin que les clients puissent envisager et réaliser les modifications menant à l'indépendance et à l'intégration.

On comprend que l'intégration psychique des parcours migratoires traumatisants constitue la condition préalable à une intégration sociale fructueuse. Le travail thérapeutique accompli dans la structure d'accueil de l'EPZ, partiellement stationnaire et facilement abordable pour les usagers, s'effectue en situation quotidienne pour la clientèle. Il comporte dans une large mesure également des activités d'assistance ainsi qu'une action de coordination et de mise en réseau, afin d'intégrer au traitement une part aussi large que possible du contexte, dont la composition varie de cas en cas. Cette prise en compte du contexte est caractéristique de l'approche ethno-psychologique de l'EPZ. Elle est présentée dans la description de l'évolution des cas. Voici, aux fins de résumé, un exemple simplifié.

Etude de l'évolution du cas de Monsieur D.

L'étude de cas ci-après traite d'un jeune d'Afrique orientale, arrivé avant sa majorité en Suisse pour fuir la guerre civile. Deux ans après son arrivée, il commença de souffrir d'une maladie psychique. Monsieur D. entendait des voix, il était anxieux et méfiant. Au moment où il entra à l'EPZ, il n'avait pratiquement plus parlé depuis plusieurs mois. Au sein de l'EPZ également, il commença par vivre isolé et sans contact social. Il était impossible de le convaincre de participer à un programme d'occupation, et il interrompit plusieurs fois son traitement psychiatrique. Tant le médecin que la spécialiste responsable de la thérapie, craignant une chronicisation déjà avancée, déposèrent une demande d'admission à l'AI.

Avec le temps cependant, la spécialiste parvint à trouver accès à Monsieur D. et à construire un rapport de confiance avec lui, ce qui lui permit par exemple de fixer des

rendez-vous formels dans son bureau. Ces simples rituels inscrits dans la vie quotidienne atténuèrent la peur et la méfiance de Monsieur D. A la longue, il fut également en mesure de s'engager à suivre un traitement psychiatrique. Celui-ci lui révéla que le recours aux médicaments améliorerait nettement son état.

L'état de Monsieur D. se stabilisa. Il se remit à parler, n'entendit plus de voix et son anxiété diminua. Il commença à travailler régulièrement dans un programme d'occupation à sa portée proposé par l'organisation. La décision positive de l'AI améliora la stabilisation. Monsieur D. devint ainsi indépendant de l'assistance. Il réalisa que ses chances d'obtenir un permis d'établissement B s'en trouvaient augmentées. Pour la première fois, il avait des perspectives d'avenir.

Après quelques mois de travail dans le programme d'occupation, il trouva, de sa propre initiative, un emploi dans un restaurant. A l'heure actuelle, il y travaille depuis un an. Entre-temps, l'AI a mis un terme à ses versements eu égard à sa capacité de travailler. Dans l'intervalle, Monsieur D. s'est fiancé et il quittera l'EPZ dès qu'il aura trouvé un logement.

Monsieur D. faisait partie de ces clients qui, gravement atteints dans leur santé psychique, ne recourent spontanément à aucune aide psychiatrique, du moins pas régulièrement, parce que les offres de la psychiatrie leur sont étrangères. D'autre part, de tels clients ne peuvent être confiés à une institution socio-pédagogique, notamment pour des raisons linguistiques. Pour Monsieur D., par conséquent, l'offre de l'EPZ, qui était à sa portée, fut d'une importance cruciale. Le cadre stabilisant, la continuité de la relation qui s'établit entre lui et la responsable de son encadrement ainsi que la structure minimale réduisirent le danger de rejet et de chronicisation. Les conditions étaient ainsi réunies pour que Monsieur D. puisse rétablir le contact au monde extérieur et, plus tard, recourir à une offre psychiatrique continue.

Recommandations et standards

La conclusion de l'étude présente les recommandations et les standards, assortis des motifs. Nous vous présentons, sous forme abrégée, les principaux éléments :

Conditions-cadre structurelles

Une institution comme l'EPZ présente idéalement la structure suivante :

- offre partiellement stationnaire, en soi bien à la portée de la clientèle une fois terminée la procédure d'admission;
- offre ambulatoire;
- offre de conseil.

Institution stationnaire visant à promouvoir la santé

- Situation centrale en environnement urbain dans un quartier résidentiel.
- Chambre individuelle pour les personnes vivant seules; autant que possible un appartement par famille.
- L'entretien et le nettoyage des immeubles sont assurés.
- Les salles de travail des collaborateurs spécialisés se trouve au sein même des unités d'habitation.
- Les collaborateurs ne travaillent jamais seuls, chaque unité d'habitation compte au moins trois employées, raison pour laquelle un certain seuil d'occupation minimal par unité d'habitation (immeuble) doit être atteint.
- L'arrière-plan ethnique peut, mais ne doit pas constituer un critère de composition d'un groupe de vie communautaire (divers critères tels que les traits d'appartenance sociale, le sexe, l'âge, etc. jouent un rôle).
- Les heures d'ouverture et de présence générales du lundi au vendredi sont fixées.
- La clé d'attribution des postes optimale est d'environ 17 à 19 client(e)s par poste à plein temps d'encadrement.
- L'équipe d'encadrement est conçue comme un groupe.
- Les supervisions et des interventions régulières sont garanties.
- La coopération interinstitutionnelle, entre autres avec la psychiatrie, est indispensable.
- Il est préférable de confier le travail administratif supplémentaire pour les cas spéciaux à un service spécialisé.

Groupe-cible, admission et durée du séjour

- Groupe-cible : requérants d'asile psychologiquement malades ou traumatisés, dont les besoins excèdent les structures asilaires usuelles ou pour lesquels il n'existe pas d'offre adéquate dans le domaine social et psychiatrique. Il s'agit de personnes des deux sexes de statut N ou F, seules ou en familles, d'origines diverses et d'âges variés, qui ne requièrent de soins par des tiers.
- L'admission est facultative, elle survient par consentement mutuel, au terme de clarifications et d'entretiens préalables complets.
- Le temps d'attente entre l'inscription et l'admission n'est pas trop longue (aucun cas critique).
- La durée du séjour varie de cas en cas et court en moyenne sur 1-3 ans.
- Il faut, pour compléter l'institution stationnaire par un suivi, une offre ambulatoire de la même institution garantissant la continuité.

Conditions-cadre relatives au personnel

Qualifications du personnel spécialisé :

- Equipe d'ethnologues et de psychologues.
- Expérience de la recherche sur le terrain ou séjours prolongés à l'étranger, expérience ou formation psychothérapeutique, expérience et connaissances en ethnopsychanalyse.
- Bonnes connaissances de langues étrangères, expérience du travail avec des traducteurs professionnels et volonté de coopérer avec eux.
- Expérience professionnelle de plusieurs années dans l'encadrement ou la thérapie de migrants ou de personnes marginalisées.
- Intérêt pour le travail scientifique et expérience de celui-ci.
- Expérience du travail avec des groupes.

Qualifications de la Direction :

- Plusieurs années d'expérience en ethnologie et en psychologie appliquées dans le domaine de la migration et de la santé.
- Plusieurs années d'expérience de la conduite et du développement dans le domaine social et de la santé.
- Expérience des projets.
- Expérience sur le plan des échanges scientifiques (conférences, publications).

- Expérience dans le travail de développement et de mise en réseau institutionnel et interinstitutionnel, ainsi que dans le travail de relations publiques.

Encadrement

Recommandations générales relatives à l'encadrement : standards pour les institutions de l'asile accueillant des requérants d'asile traumatisés ou psychologiquement malades.

- L'institution est à la portée de la clientèle.
- La détection précoce est une composante du travail d'encadrement.
- L'institution sert d'espace de transition à ses habitants. Au sens de Winnicott, elle doit être "suffisante ou suffisamment bonne"
- L'équipe, en sa qualité de groupe, assume la nécessaire fonction de maintien ("containing").
- De meilleures conditions structurelles de vie constituent le préalable à des succès durables de l'encadrement.
- La procédure d'asile et l'encadrement sont strictement séparés.

L'encadrement de requérants d'asile traumatisés

- La construction d'un rapport de confiance est fondamentale et dure plusieurs mois, voire plusieurs années.
- Un cadre de référence constant durant une longue période est nécessaire (continuité).
- Le travail thérapeutique avec les traumatisés, qui doit être à leur portée, englobe l'ensemble des situations de vie (y compris le logis et le travail).
- Des méthodes en groupe, également pour l'équipe, sont nécessaires à l'encadrement stationnaire et au suivi ambulatoire ou à la thérapie de requérants d'asile traumatisés.
- L'institution spécialisée pour traumatisés permet une approche qui, ancrée qu'elle est dans le contexte, ne médicalise pas.

Encadrement d'enfants et de jeunes

- Il convient de rechercher des perspectives porteuses et renforçantes, qui stimulent l'autonomie.
- La continuité de l'encadrement et la proximité géographique sont assurées.
- L'offre comporte des propositions complémentaires.
- Si des mesures sont engagées par l'autorité de tutelle, la problématique et le parcours migratoires sont pris en considération (clarifications soignées).
- On recourt aux réunions de famille ou de groupe comme instrument d'encadrement.

- La réalisation de la conception d'un espace de ménagement ou de transition, assorti de la fonction renforçante du cadrage, fait partie intégrante de l'encadrement des enfants et des jeunes, en particulier des mineurs non accompagnés (MNA).

Recommandations et standards spécifiques du sexe

- Des appartements à l'usage exclusif des femmes sont mis à disposition.
- Les offres d'encadrement mixtes et celles réservées aux personnes du même sexe font partie des standards.

Langue et traduction

- Les collaborateurs spécialisés parle plus d'une langue étrangère et les services de traduction doivent être professionnels et disponibles sur appel.
- En cas de besoin, prévoir une coopération avec des traducteurs ou traductrices professionnels du même sexe que la personne concernée.
- Il est important, pour créer la confiance et assurer la continuité, que les relations de travail avec les traducteurs s'inscrivent dans le long terme.

Perspectives

Les autorités se trouvent régulièrement confrontées à la question de savoir où une institution comme l'EPZ doit être localisée structurellement. Fait-elle partie du domaine social ou du domaine de la santé ? Ou s'agirait-il même d'une structure parallèle ?

Il est possible de comprendre de telles questions, du point de vue ethnologique, comme l'expression, particulièrement perceptible dans les secteurs de la migration et de la santé, de mutations sociétales, c'est-à-dire de changements sociaux et culturels au sein d'une société pluraliste.

La migration n'est pas un thème nouveau en soi. C'est l'analyse du type de relation entre la migration et la santé qui est nouvelle. Le professeur I. Rossi, ethnologue de la santé à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne, nous fait part des réflexions suivantes dans son article de 2003 intitulé "Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration" : „...pour appréhender la problématique santé et migration, il convient de ne pas perdre de vue que les pratiques médicales et soignantes sont aussi des pratiques sociales et culturelles et que, en tant que telles, elles s'inscrivent dans l'évolution de notre société.“

L'attention des ethno-psychologues que nous sommes se porte donc sur les conditions essentielles d'ordre sociopolitique, qui sont en cours de mutation et qui exigent de réagir aux interdépendances complexes du domaine "migration et santé" en développant des institutions appropriées et de nouvelles approches pertinentes dans la pratique.

En ce sens, l'activité d'une institution telle que l'EPZ peut être comprise comme une pratique tant sociale que thérapeutique, une pratique qui s'insère entre les institutions existantes des domaines médical et social, qu'elle relie en y assurant la fonction du "missing link", selon le langage des ethnologues, c'est-à-dire pour y jouer le rôle du maillon manquant entre ces domaines. De ce fait, l'activité interinstitutionnelle revêt une importance particulière : l'institution propre n'y est pas repliée sur soi, mais elle offre un espace culturel ouvert du changement; elle comprend les divers domaines de la vie dans leur enchevêtrement comme un "fait social total". Or, une telle approche implique de nouvelles options d'encadrement et de thérapie. A cet égard, nous n'entendons pas l'alliage de méthodes traditionnelles issues de la médecine, de la psychiatrie et de la pédagogie, mais une conception à repenser des offres sociales et de promotion de la santé.

L'EPZ s'est assigné la fonction difficile d'assurer l'interface, la transmission ou encore le lien entre les domaines du social, de la santé et de la migration. C'est là que réside justement son importance : dans cette oscillation permanente entre le social et le médical, qui permet tantôt le rapprochement par la compréhension des univers de valeurs et des espaces vitaux propres aux requérants d'asile, tantôt le développement d'institutions et de conceptions appropriées ainsi que leur réalisation dans le domaine de la migration et de la santé. Ce positionnement explique l'intérêt des facultés pour l'EPZ en tant que structure complémentaire de recherche et de formation.

Publications et contributions du Centre d'ethno-psychologie (EPZ)

1999

NINCK GBEASSOR, D., SCHÄR SALL H., SIGNER, D., STUTZ, D., WETLI, E. (1999). Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin (Dietrich Reimer Verlag).

2000

BAZZI, D., SCHÄR SALL, H., SIGNER, D., WETLI, E., WIRTH, D.P. (2000) Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich. Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie 12/2000. Mit einem Vorwort von David Becker. Zurich (Argonaut Verlag).

2001

SCHÄR SALL, H. Intermediärer Raum und ein lebensweltbezogener Zugang zu Asyl Suchenden in psychischen Schwierigkeiten, STUTZ, D. Zur Differenz von Fremdem und Neuem. Die Relevanz der Verknüpfung körperlicher Symptome mit der individuellen Geschichte am Beispiel einer kurdischen Familie, WETLI, E. Krisenprävention und Intervention bei psychisch kranken Asyl Suchenden. In: MOSER., NYFELE, D., VERWEY, M. (HG.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zurich (Seismo Verlag) 97-113.

2002

SCHÄR SALL, H. STUTZ, D. Wie lebt die Ethnopschoanalyse am Ethnologisch-Psychologischen Zentrum weiter? Teil I und Teil II. In: EGLI, W., SALLER, V., SIGNER, D.(HG.) (2002). Neuere Entwicklungen der Ethnopschoanalyse. Beiträge zu einer Tagung im Dezember 2001 in Zürich. Münster, Hambourg, Londres (Lit-Verlag).

2003

SÖLCH, ALEXANDER. Männlichkeit und Traumatisierungen. In: FORSTER, E., BIERINGER, I., LAMOTT, FR., (HG.) (2003). Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Münster, Hambourg, Londres (Lit-Verlag).

2003

SCHÄR SALL, HEIDI, WETLI, ELENA. Kriegstrauma – wie weit kann Rehabilitation gelingen? Schwierige Annäherung an seelische Verletzungen. Die Sprache des Traumas – ein Fallbeispiel. In: NZZ, Nr. 86,12./13.04.2003. Zurich.