



Master

2024

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Assistance Socio-Psychologique Aux Requérants D'asile Du Point De Vue  
Des Spécialistes Des Requérants D'asile Étude De Cas Du Canton Du  
Tessin

---

Crivelli, Livio Olmo Libero

**How to cite**

CRIVELLI, Livio Olmo Libero. Assistance Socio-Psychologique Aux Requérants D'asile Du Point De Vue Des Spécialistes Des Requérants D'asile Étude De Cas Du Canton Du Tessin. Master, 2024.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:181486>

**Université de Genève**

**Faculté des sciences de la société**

**Département de science politique et relations internationales (SPERI)**

**Assistance Socio-Psychologique Aux Requérants D'asile Du  
Point De Vue Des Spécialistes De La Santé Mentale**  
Étude De Cas Du Canton Du Tessin

**Mémoire de Master en science politique (MASPO)**

**Par Livio Crivelli**

Août 2024

Sous la direction de : Dr Léa Sgier

*L'idée de cette recherche est née grâce à mon cher ami P. et Amil.*

*Je vous souhaite santé, bien-être et justice.*

# Index

<b>Introduction et questions .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Analyse documentaire .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 La santé mentale de les RA et les mécanismes du traumatisme .....</b>	<b>14</b>
1.1.1 Obstacles liés à la politique de santé.....	18
1.1.2 Impact de la politique d'asile sur la santé mentale.....	22
<b>1.2 L'importance du contexte institutionnel .....</b>	<b>27</b>
<b>2. Contextualisation .....</b>	<b>32</b>
2.1 Migration en Suisse et au Tessin.....	33
2.2 Les accords de Dublin : caractéristiques et questions critiques .....	35
<b>3. Méthodologie.....</b>	<b>40</b>
<b>4. La prise en charge des requérants d'asile au Tessin.....</b>	<b>45</b>
4.1 Le réseau spatial de soins au Tessin .....	45
4.2 Couverture de l'assurance maladie et accessibilité des soins psychothérapeutiques...	48
4.3 L'application des politiques d'asile en Suisse .....	50
4.3.1 Les RA et les différents statuts de protection.....	53
4.4 Climat politique anti-migration et double standard .....	54
<b>5. Résultats et discussion.....</b>	<b>59</b>
5.1 Les services de soins psychosociaux pour les RA au Tessin : barrières et obstacles .....	60
5.2 Remise en cause de la politique d'asile .....	63
5.3 Politique de santé et politique d'asile en conflit ? .....	67
5.4 Les femmes et la communauté LGBTQ .....	71
5.5 La crise des réfugiés ukrainiens : deux poids, deux mesures ?.....	73
5.6 Perception du climat politique au Tessin .....	74
<b>Conclusion.....</b>	<b>78</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>84</b>
<b>Pièces jointes .....</b>	<b>109</b>
1) Grille de questions .....	109
2) Visite guidée CFA .....	110
3) Analyse approfondie des entretiens .....	114

## Abréviations

CEAS	Système européen commun d'asile
CEDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
CFA	Centre fédéral d'asile
COR	Théorie de la conservation des ressources
CPC	Clinique psychiatrique cantonale
CRT	Croix-Rouge tessinoise
ECRE	Conseil européen sur les réfugiés et les exilés
EEE	Espace économique européen
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LAsi	Loi sur l'asile
LEGA	Ligue des Tessinois
LEI	Loi fédérale sur les étrangers et leur intégration
MRA	Mendrisiotto Regione Aperta
OBV	Hôpital régional de Mendrisio (Beata Vergine)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSAR	Organisation suisse d'aide aux réfugiés
OSC	Organisation socio-psychiatrique cantonale
PDC	Parti démocrate-chrétien
RA	Requérant d'asile
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
SOS	Soccorso Operaio Svizzero
SPS	Services psychosociaux
SRC	Swiss Refugee Council
TAF	Tribunal administratif fédéral
TSPT	Le trouble de stress post-traumatique
UDC	Union démocratique du centre
UE	Union européenne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

## Introduction et enjeux

La question des requérants d'asile (RA) en Suisse et de leur santé mentale a été soulevée récemment en raison d'un certain nombre de faits divers qui ont remis en question la politique d'asile. En juillet 2023, le suicide d'un jeune Afghan de 20 ans dans un centre collectif au Tessin<sup>1</sup> fait suite à celui de deux autres RA qui se sont donné la mort à Genève plus tôt dans l'année (RTS, 2023 ; laRegion, 2023). Interrogé sur la gestion des RA en Suisse, le psychologue Sydney Gaultier confirme la tendance dans le canton de Vaud également, affirmant que le canton doit gérer " chaque année plusieurs crises suicidaires " (SWI, 2023).

J'ai fait l'expérience directe de la question de la santé mentale précaire des RA en 2023, lorsque j'ai assisté un membre de ma famille à la clinique psychiatrique cantonale de Mendrisio. À cette occasion, je me suis lié d'amitié avec Amil<sup>2</sup>, un RA admis pour tentative de suicide. Cette tentative a eu lieu quelques semaines seulement après le début de sa procédure d'asile au Centre fédéral d'asile (CFA) de Chiasso, quelques jours après qu'Amil ait pris conscience du risque réel d'être renvoyé dans le pays de *Dublin* où ses empreintes digitales avaient été relevées pour la première fois<sup>3</sup>.

Amil redoutait l'idée de retourner dans le pays en raison des expériences traumatisantes qu'il y avait vécues, notamment les violences physiques et verbales dont il avait été victime de la part des autorités locales, les mauvaises conditions des centres d'accueil<sup>4</sup>, l'absence de traitement pour une infection à la jambe apparue après le voyage, le stress psychologique causé par les transferts constants et, enfin, l'impossibilité d'assister aux funérailles de sa mère, décédée entre-temps dans son pays d'origine.

Lors de son admission à la clinique psychiatrique, j'ai été particulièrement impressionné par l'opinion des thérapeutes et de l'*équipe* infirmière qui s'occupaient de lui, selon laquelle il n'y avait aucun moyen d'améliorer l'état mental d'Amil en raison de l'incertitude de sa procédure d'asile et des conditions de vie contraignantes dedans le CFA.

À ce jour, Amil est admis provisoirement et attend le résultat de sa deuxième audition. Il a vécu près de deux ans au Tessin sans avoir la possibilité de faire évoluer sa vie, dans ce qu'il appelle "les limbes de la terre" et "une attente épuisante". L'histoire d'Amil n'est pas seulement celle d'un malaise mental, d'une maladie et d'une approche thérapeutique difficile, mais elle évoque aussi la

---

<sup>1</sup> Centre collectif Cadro, géré par la Croix-Rouge tessinoise.

<sup>2</sup> Nom de fantaisie.

<sup>3</sup> Un examen approfondi de la "procédure Dublin" en Suisse est présenté à la section 4.3. 4.3 *L'application des politiques d'asile en Suisse*.

<sup>4</sup> Amil les qualifie de "bâtiments ressemblant à des prisons".

responsabilité institutionnelle des politiques d'asile à l'égard de la santé mentale des requérants d'asile en Suisse.

### **Problème**

En ce qui concerne les connaissances relatives à la santé mentale des RA, la littérature conventionnelle fait état d'une corrélation incontestable entre le statut de réfugié<sup>5</sup> et l'incidence des troubles mentaux, et se concentre souvent sur la politique de santé et les obstacles à l'accès aux soins (Akinyemi et al, 2015 ; Charlson et al., 2019 ; Fazel et al., 2012 ; Haroz et al., 2018 ; Rahman et Hafeez, 2003 ; Selten et al., 2020 ; Vijayakumar et Jotheeswaran, 2010). Toutefois, la littérature internationale plus récente a déplacé l'accent sur la politique d'asile, en émettant l'hypothèse qu'il s'agit du facteur qui affecte le plus le bien-être mental des requérants d'asile en raison des *facteurs de stress post-migratoires* (Li et al., 2016 ; Priebe et al., 2016).

En Suisse, les recherches menées jusqu'à présent ont principalement porté sur les lacunes des mesures sanitaires en matière de mauvaise santé mentale (Hecker et al., 2018 ; Heeren et al., 2012 ; Heeren et al., 2014 ; Kiselev, 2019 ; Kiselev et al., 2020 ; Maier et al., 2010 ; Mueller et al., 2011). À l'heure actuelle, il existe peu de conclusions sur la manière dont les conditions de vie imposées par le système d'asile peuvent être une cause majeure de la mauvaise santé mentale des requérants d'asile (Kiselev, 2019 ; Womersley et Kloetzer, 2018 ; Womersley et al., 2017). À la lumière de ce qui précède, le débat académique se pose en ces termes : *l'état de santé mentale des requérants d'asile est-il davantage influencé par la politique sanitaire ou par la politique d'asile ? La politique d'asile peut-elle être considérée comme le facteur prédictif le plus important de l'état de santé mentale ?*

Comme il n'y a pas de réponse évidente à ces questions, il est nécessaire de regrouper les notions plus ou moins établies sur ces deux sujets.

En ce qui concerne les effets de la politique d'asile, des sources académiques internationales soutiennent que la longueur des procédures d'asile, la restriction des libertés, le stress psychologique lié à l'issue de la demande et le manque de sociabilité sont des facteurs aggravants décisifs pour l'état de santé des RA (Gorst-Unsworth And Goldenberg, 1998 ; Hallas et al., 2007 ; Li et al., 2016 ; Panese, 2023 ; Pernice & Brook, 1996). En Suisse, le système d'asile est fortement critiqué pour la manière dont les auditions sont menées, qui est considérée comme un facteur de stress majeur et de réactivation des traumatismes par la remémoration. En outre, la durée excessive des procédures d'asile et l'absence d'emploi et d'opportunités sociales tout au long de la procédure sont souvent mentionnées (Hobfoll, 2001 ; Miaz, 2019 ; Panese, 2023 ; Womersley et al., 2017).

---

<sup>5</sup> Le terme de réfugié inclut tous les requérants d'asile : ceux qui ont obtenu le statut de réfugié, ceux qui sont en cours de procédure d'asile et également ceux qui ont reçu un avis négatif. Pour plus de détails sur les définitions utilisées en Suisse, voir : Kiselev, 2019, P. 3-4.

En ce qui concerne les instruments de l'offre de soins, donc en référence à la politique de santé, plusieurs obstacles et barrières sont argumentés en Suisse. Tout d'abord, les professionnels socio-psychiatriques se plaignent de l'absence de couverture d'assurance pour les interprètes culturels et linguistiques qui amélioreraient la qualité du diagnostic et du traitement (Kiselev et al., 2021 Kluge et al., 2017 ; Müller et al., 2018 ; Schick And Schnyder, 2017). La langue parlée, les attentes des réfugiés souvent non conformes aux possibilités réelles, ainsi que la compréhension culturelle différente de la santé mentale, créent, selon des études internationales et suisses, des conditions de travail compliquées pour les professionnels sur le terrain (Bartolomei et al., 2016 ; Hatzenbuehler et al., 2013 ; Kua, 1993 ; Ng, 2001 ; Razali et al., 1996 ; Satinsky et al., 2019). En outre, une pratique d'accueil qui ne privilégie pas un suivi initial de l'état mental des nouveaux arrivants et, enfin, une limitation de l'offre de professionnels de la santé en raison du modèle de délégation suisse sont dénoncées (Kiselev et al., 2021 ; SRC, 2021).

### **Étude de cas : le canton du Tessin**

Sur la base des connaissances académiques mentionnées ci-dessus, cette recherche explorera l'impact des politiques d'asile et de santé sur la santé des requérants d'asile, à travers les expériences et les perspectives de certains spécialistes de la santé mentale.

Je propose d'étudier le cas spécifique du canton du Tessin, territoire frontalier avec l'Italie et étape sur l'une des routes migratoires les plus fréquentées du continent européen<sup>6</sup> (Travaini, 2023). Le nombre élevé de migrants qui transitent par rapport à la taille de la région suggère que les spécialistes de la santé mentale du réseau de soins ont beaucoup d'expérience dans le travail avec les RA, comme l'ont confirmé les personnes interrogées. Dans le seul canton du Tessin, par rapport à l'ensemble de la Suisse, 10,8 % des demandes d'asile ont été déposées en 2023, ce qui le place en neuvième position parmi les 26 cantons en termes de nombre de procédures d'asile actives, avec un total de 4 791 demandes<sup>7</sup> (SEM(1), 2024 ; Ticino News).

D'un point de vue politique, depuis 1984, le Tessin est l'un des cantons où s'exprime le plus une préférence pour une politique migratoire restrictive (Pilotti et Mazzoleni, 2017). En outre, selon diverses études sur la communication politique des forces politiques les plus présentes au cours des trente dernières années, il existe un récit xénophobe et intolérant à l'égard de la figure de l'étranger (Bernhard, 2017 ; Bernhard, 2017b ; Mazzoleni et al., 2007 ; Mazzoleni, 2015). Ce contexte politique est un argument supplémentaire pour commencer l'étude de l'impact des politiques publiques sur la santé mentale à partir du Tessin.

---

<sup>6</sup> L'importance des flux migratoires s'explique par le déplacement des routes migratoires dans les Balkans, désormais dirigées vers l'Italie et, par conséquent, vers la Suisse italienne.

<sup>7</sup> Valeur qui inclut les statuts de permis S réservés aux réfugiés ukrainiens.

L'analyse des politiques publiques d'un des 26 cantons suisses est-elle représentative de l'ensemble de la Confédération ? Tout d'abord, il faut considérer certains aspects de la politique d'asile et de santé, en discernant la répartition des compétences fédérales et cantonales (CfCS, 2024).

En ce qui concerne la politique d'asile, celle-ci relève avant tout de la compétence fédérale et est mise en œuvre par le Secrétariat d'État aux migrations (SEM), chargé de traiter les demandes d'asile dans les 43 CFA répartis en six régions (SEM(g), 2019). À la suite de la décision du SEM, les RA sont attribués à un canton, qui devient responsable de la prise en charge, de la recherche de logement, de la garantie des prestations sociales et de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'intégration et à l'indépendance économique (DSS, 2024). Dans les cas où l'asile n'est pas accordé mais où le rapatriement se heurte à des obstacles bureaucratiques, les RA sont attribués à un canton, qui devra par la suite procéder aux renvois du territoire suisse<sup>8</sup>. En résumé, l'impact sur la santé mentale des procédures d'asile et des conditions de vie dans les CFA est susceptible d'être le même dans toute la Suisse tant que l'attribution à un canton n'a pas lieu. Dans les cas où la responsabilité n'est plus fédérale<sup>9</sup>, c'est-à-dire dans les cas où les RA sont attribués aux cantons, la politique d'intégration devrait être considérée comme une spécificité cantonale qui nécessiterait une étude comparative avec d'autres régions.

En ce qui concerne la politique de santé, la Constitution suisse prévoit que les cantons ont un haut degré de compétence dans ce domaine (CfCS, 2024). Le gouvernement fédéral finance le système de santé, contrôle la qualité et la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux, est responsable des programmes de santé publique et gère la recherche en matière de santé. Les cantons sont chargés d'assurer les soins de santé à leur population et de mettre en œuvre la législation fédérale, ainsi que de s'occuper de la prévention et de la promotion de la santé (De Pietro et al., 2015, P. 25-44). Les cantons et le gouvernement fédéral dialoguent et se coordonnent dans le cadre du *Dialogue sur la politique nationale de la santé*, un organe qui réunit les chefs des départements de la santé de chaque canton (OFSP(c)). En général, il existe une profonde intersectionnalité au niveau fédéral et cantonal sur les questions de santé. En ce qui concerne la prévention et la protection de la santé mentale des RA, les responsabilités sont donc partagées.

En résumé, l'homogénéisation de la politique d'asile à l'échelle nationale devrait rendre l'étude d'un canton assez représentative si l'on ne considère que les procédures dans lesquelles il n'y a pas d'attribution cantonale. Dans le cas des admissions provisoires, la procédure reste de compétence

---

<sup>8</sup> Pour plus de détails sur les différentes étapes de la procédure d'asile et les différentes fonctions des CFA, veuillez-vous référer aux chapitres suivants 4.1 *Le réseau territorial de soins au Tessin* e 4.3 *L'application des politiques d'asile en Suisse*.

<sup>9</sup> L'attribution à un canton se fait généralement dans les cas suivants : a) lors d'une procédure étendue b) lors de l'octroi d'une admission provisoire (permis F) c) lors de l'octroi de l'asile (permis B et statut S).

fédérale mais les processus d'intégration<sup>10</sup> deviennent de compétence cantonale. La responsabilité de la politique de santé et de sa mise en œuvre est généralement répartie entre les cantons et la Confédération.

### **Question et méthode de recherche**

Après avoir présenté l'étude de cas spécifique du canton du Tessin, je propose la question de recherche suivante :

*Quel est l'état actuel des soins de santé mentale pour les RA au Tessin, du point de vue des professionnels ?*

Cette question porte sur la manière dont les spécialistes de la santé mentale s'engagent auprès des patients atteints de RA, en explorant qualitativement leurs approches, leurs difficultés pratiques, la criticité du système de soins de santé et les opinions professionnelles concernant l'impact de la politique d'asile sur leurs patients. Les sous-questions auxquelles il faut répondre sont les suivantes : a) par rapport à la littérature, quels sont les aspects de la politique d'asile qui influencent le plus l'état de santé mentale et le traitement des patients atteints de RA au Tessin ? b) les barrières et les obstacles au traitement de la RA au Tessin sont-ils les mêmes que ceux signalés par la recherche menée en Suisse ?

En ce qui concerne la méthode, je propose une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-structurés avec cinq intervenants socio-psychiatriques, à savoir : deux médecins-psychiatres, un psychologue-psychothérapeute, un assistant social et un infirmier psychiatrique. Le choix des participants a été dicté par la composition institutionnelle de l'action socio-psychiatrique<sup>11</sup>, illustrée dans le chapitre 4.1 *Le réseau territorial de soins au Tessin*. Les institutions impliquées, les Services Psycho-Sociaux (SPS) et la Clinique Psychiatrique Cantonale (CPC) sont les institutions où les requérants d'asile sont traités, respectivement, pour les traitements ambulatoires et pour les phases aiguës où les admissions sont déclenchées. Les critères de sélection des candidats sont a) avoir travaillé pour ces institutions et b) avoir une longue expérience du travail avec les RA. Au total, dix candidats ont été contactés. Sur les cinq qui n'ont pas été interviewés, un ne répondait pas aux critères de sélection, un n'a jamais répondu et trois autres n'ont pas pu participer en raison de problèmes bureaucratiques.

Les demandes ont été planifiées et gérées conformément aux lignes directrices d'Hermanowicz (2002). Dans le détail, elles ont été organisées en quatre macro-thèmes : a) le travail avec les requérants d'asile b) les politiques d'asile et de santé c) la perception du climat politique au Tessin et d) les croyances et l'éthique personnelle. Cette subdivision est destinée à favoriser la technique

---

<sup>10</sup> Depuis 2014, le gouvernement fédéral et les cantons ont introduit les programmes d'intégration cantonaux (PIC) et, depuis 2019, l'Agenda suisse de l'intégration (ASI), qui fixe des objectifs pour tous les cantons (PIC(a) et PIC(b)).

<sup>11</sup> Pour garantir l'anonymat, le féminin sera utilisé pour tous les répondants.

de l'analyse thématique, qui implique la construction de sous-catégories sémantiques facilitant la comparaison des réponses. En outre, inspirée par la technique de *Luborsky* (1994), j'ai prêté attention à l'accentuation des réponses, en notant les différents états d'âme exprimés par les répondants.

Outre les entretiens, des observations "incidentes" ont également été prises en compte, notamment : l'histoire et l'expérience d'Amil ; la participation à un événement public au cours duquel un haut fonctionnaire du SEM et un requérant d'asile, protagoniste d'un film documentaire traitant de la modalité des auditions<sup>12</sup>, ont débattu de la politique d'asile ; une réunion informelle avec un travailleur du SEM ; et, enfin, une visite guidée à l'intérieur du nouveau CFA "Centro Pasture" situé à Balerna et inauguré en juin 2024 (*Visite guidée du CFA*).

### **Supports théoriques**

Cette élaboration est soutenue par le cadre théorique néo-institutionnaliste, selon lequel le rôle des institutions et des politiques publiques est décisif pour façonner la réalité sociale par le biais de règles formelles et informelles (Bolfíková et al., 2012 ; Koelble, 1995 ; Powell et DiMaggio, 1991). L'hypothèse principale est que la politique d'asile, et les institutions qui y participent, influencent concrètement les personnes qui demandent l'asile politique, et que la santé mentale individuelle est davantage influencée par le contexte institutionnel que par les événements traumatisants survenus avant la demande d'asile. De même, les spécialistes de la santé mentale qui assistent les requérants d'asile sont influencés par leur institution, la politique de santé et la politique d'asile, qui ne sont pas nécessairement coordonnées entre elles. Ces arguments s'inscrivent dans le cadre de l'école de pensée néo-institutionnaliste, où les institutions impliquent des règles, des procédures, des protocoles, mais aussi des conventions et des coutumes. En ce sens, le cadre institutionnel définirait les actions des acteurs rationnels que sont les spécialistes de la santé mentale et les RA (Koelble, 1995, P. 234 ; Powell et DiMaggio, 1991). Un autre concept utile du courant néo-institutionnaliste est le phénomène de l'isoformisme coercitif, c'est-à-dire l'idée qu'une politique publique entre en conflit avec une autre, changeant ses buts et objectifs par le biais de pressions et d'attentes culturelles sociétales (Findik And Bedük, 2014). Dans ce cas, les politiques d'asile et de santé sont supposées se contredire. Par exemple, certains facteurs de protection pour la prévention du suicide tels que le fait d'avoir des perspectives personnelles et professionnelles et de bénéficier d'une bonne intégration sociale sont listés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (OFSP(c), 2022), alors que la politique d'asile est critiquée pour créer exactement les facteurs inverses tels que le chômage prolongé et l'isolement social (Aida, 2022 ; Amnesty, 2016, 2020 ; OSAR, 2021 ; VivreEnsemble(a), 2018).

<sup>12</sup> Die Anhörung, Lisa Gerig, Suisse, 2023.

La vérification des contradictions susmentionnées à travers l'opinion des spécialistes de la santé mentale trouve un ancrage théorique dans le *Street-Level Bureaucracy* de Lipsky (1969), qui postule que la compréhension d'une politique, dans ce cas la migration et la santé, est possible à travers l'étude des perceptions des employés du service public, en tant qu'acteurs du système et exécutants de la politique publique (Harrison, 2015 ; Wells, 1996).

### **Résultats**

De manière surprenante, quatre répondants sur cinq ont décrit les grandes difficultés rencontrées dans le traitement des patients atteints de RA en raison du système d'asile. L'opinion la plus répandue est que la mauvaise santé mentale et la maladie pourraient être évitées en modifiant les modalités des procédures d'asile et en améliorant les outils d'intégration. En ce qui concerne les barrières sanitaires, par rapport aux hypothèses de la littérature, il semble qu'au Tessin il existe un réseau structuré avec une bonne base de ressources, y compris un service d'interprétation toujours disponible. Des opinions divergentes émergent sur le niveau de formation ethnopsychiatrique dans le système tessinois.

### **Intérêt pour les sciences politiques et sociales**

Cette recherche contribue à la littérature suisse sur les politiques d'asile et de santé, offrant des perspectives utiles aux acteurs politiques et institutionnels. Au niveau cantonal et communal du Tessin, les points de vue des professionnels recueillis peuvent contribuer à l'élaboration de politiques d'intégration et de protection des requérants d'asile (RA).

En outre, plusieurs études montrent que le fait de ne pas protéger la santé mentale des RA a un impact non seulement sur les individus, mais aussi sur la société dans son ensemble, avec des coûts importants pour le système de protection sociale et le marché du travail. En effet, plusieurs études suggèrent qu'investir dans la santé mentale des réfugiés et des requérants d'asile, par opposition à la non-intervention, diminue les coûts globaux des soins de santé au fil du temps (Maier, 2010 ; Bager et al., 2018). Ainsi, la mauvaise gestion de la santé mentale des requérants d'asile, au niveau international et en Suisse, est une problématique dans laquelle il est payant d'investir à la fois pour se conformer au droit international humanitaire et pour diminuer les coûts collectifs.

En outre, cette recherche peut révéler des dimensions non mesurées de la pratique administrative qui sont cruciales pour la responsabilité et la compréhension de la politique publique (Bodkin, 2008). De futurs entretiens avec les responsables des institutions socio-psychiatriques tessinoises pourraient permettre d'approfondir le processus dans lequel s'inscrit la dialectique entre les réglementations et leur mise en œuvre pratique.

**La structure de cette recherche**

Tout d'abord, la littérature existante sur le thème de la santé mentale des RA sera compilée. Plus précisément, les principales questions relatives à la prise en charge des RA du point de vue de la santé et de la politique d'asile seront exposées.

Ensuite, le cadre théorique néo-institutionnel et les contributions théoriques de la *bureaucratie de rue* seront présentés.

Le deuxième chapitre présente le contexte de la question migratoire au Tessin et met l'*accent sur* la politique de migration et d'asile. Plus précisément, nous illustrerons certaines caractéristiques des accords de Dublin et certains des aspects les plus critiqués dans la littérature et par les ONG humanitaires.

Le troisième chapitre est consacré à la méthodologie, où sont exposées la méthode et les diverses observations fortuites qui ont contribué à ce travail.

Le quatrième chapitre est consacré à la contextualisation du cas spécifique du Tessin. Une vue d'ensemble de l'organisation du réseau socio-sanitaire pour la prise en charge des RA, ainsi que de l'application de la politique d'asile au Tessin est proposée.

Le cinquième chapitre présente et discute les résultats à travers la littérature académique. Les thèmes principaux, l'asile et la politique de santé, ainsi que d'autres microthèmes pertinents seront abordés.

## 1. Revue de la littérature

Cette partie rassemble la littérature existante qui traite des corrélations entre le statut de réfugié et l'incidence des troubles psychologiques graves, des barrières et obstacles observés découlant de la politique d'asile et des problèmes connus en matière de soins de santé. Les arguments avancés indiquent généralement que les RA sont plus exposés au risque de mauvaise santé psychologique pour trois raisons : l'expérience précédant le choix de quitter le pays de départ, le voyage vers l'Europe via des itinéraires dangereux où la sécurité personnelle n'est pas garantie et, enfin, l'impact de la découverte d'une nouvelle réalité où un régime d'accueil est en vigueur, qui peut aggraver la mauvaise santé psychologique. Comme le montrent les sections suivantes, les raisons d'émigrer et de voyager sont souvent considérées hiérarchiquement comme les premières causes de mauvaise santé chez les RA. Pourtant, selon plusieurs hypothèses et études récentes, les événements post-migratoires peuvent s'avérer décisifs dans la détérioration du bien-être mental. Dans cette optique, la politique d'asile d'un pays, y compris la politique d'intégration, devient responsable d'une phase importante de stabilisation mentale des demandeurs, qui ont besoin d'acquérir de solides facteurs de protection. En Suisse, outre la politique d'asile, le système de santé et de soins pour les RA comporte également diverses barrières et obstacles aux soins, où barrière signifie "un problème, une règle ou une situation qui empêche quelqu'un de faire quelque chose, ou qui rend quelque chose impossible" (Oxford Learner's Dictionaries). Dans le contexte de la santé mentale, les barrières découlant de la politique d'asile sont identifiées comme celles liées à la résidence dans les CFA, à la longueur des procédures, à la restriction des libertés, à l'incapacité d'exercer des activités et à la méthode critiquée de certification du statut de réfugié par le biais d'audiences. Les obstacles aux soins médicaux, quant à eux, sont liés à la langue, au manque d'informations sur le système de santé, à la stigmatisation sociale et à l'offre limitée de thérapeutes et de spécialistes en ethnopsychiatrie.

## 1.1 La santé mentale des RA et les mécanismes du traumatisme

Il existe une corrélation évidente entre le statut de requérant d'asile, et par conséquent le statut de réfugié, et la plus grande probabilité de souffrir d'un trouble mental que la population résidente d'un pays d'accueil donné. Selon un rapport du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) publié en 2018 (Haroz et al.), entre 3,4 et 34 % des réfugiés dans le monde ont eu un comportement suicidaire ou se sont suicidés, la probabilité étant plus élevée dans les pays à revenu élevé (Vijayakumar et Jotheeswaran, 2010, P. 198). D'autres recherches régionales récentes montrent des taux élevés de suicide parmi les réfugiés dans les centres d'accueil en Australie (Procter et al., 2013), une forte occurrence d'idées suicidaires parmi les réfugiés au Nigeria (27 %) (Akinyemi et al., 2015) et des pensées suicidaires encore plus fréquentes parmi les femmes réfugiées afghanes au Pakistan (Rahman et Hafeez, 2003). En 2023, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport sur la prévention des troubles mentaux chez les réfugiés. L'une des études citées les plus importantes est une demi-analyse qui a regroupé 129 études de recherche menées entre 1980 et 2017, dont les résultats suggèrent une nette prévalence de la dépression, de l'anxiété, du trouble de stress post-traumatique, du trouble bipolaire et de la schizophrénie dans les populations migrantes touchées par un conflit de 10 jours ou plus (Charlson et al., 2019, P. 244). Une autre étude portant sur les migrants de première et de deuxième génération entre 1977 et 2016 a révélé une probabilité plus élevée de troubles psychotiques chez les migrants à la peau foncée. Ce résultat théorise comme cause principale le rôle pathogène de l'exclusion sociale et de la marginalisation, des facteurs de stress qui peuvent provoquer une synthèse excessive de dopamine et, par conséquent, l'émergence de phénomènes psychotiques (Selten et al., 2020, P. 307-311). Une importante méta-analyse réalisée par Fazel, Reed, Panter-Brick et Stein a révélé que les enfants réfugiés dans les pays à revenu élevé développent des conditions mentales plus fragiles que leurs pairs non immigrés (2012). D'autres publications concernant les processus de migration qui se déroulent dans l'intervalle entre la demande d'asile et le transfert final vers le pays d'accueil montrent des résultats préjudiciables pour les enfants RA. Une étude de 2005 a montré que la détention administrative de réfugiés mineurs attendant d'entrer dans un pays d'accueil "semble être particulièrement préjudiciable à la santé mentale des enfants" (Fazel et al., P. 278 ; Lorek et al., 2009 ; Rejineveld et al., 2005 ; Steel et al., 2004). Les conditions de détention comportent également un risque élevé de créer un sentiment d'incertitude, d'insécurité et de stress en raison de l'exposition "aux incendies, aux émeutes, à la violence et aux tentatives d'automutilation par les parents ou d'autres personnes pendant la détention" (Fazel et al., 2005, P. 278).

La littérature pertinente basée en Suisse montre des résultats similaires aux résultats internationaux, notamment une prévalence plus élevée du TSPT, des troubles de la douleur et de la dépression que la population résidente (Hecker et al., 2018 ; Heeren et al., 2012 ; Heeren et al., 2014 ; Kiselev, 2019 ; Kiselev et al., 2020 ; Maier et al., 2010 ; Mueller et al., 2011 ; Womersley et Kloetzer, 2018). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un chiffre représentatif, selon une estimation de Kiselev (2019), un réfugié sur trois en Suisse souffre d'un trouble mental, principalement de dépression et de TSPT (P. 15).

En général, la littérature existante sur la santé mentale des personnes déplacées et des RA s'accorde sur une relation positive claire entre les troubles mentaux et le statut de réfugié. Des études au niveau international, ainsi qu'en Suisse, ont montré que l'ensemble du processus d'un réfugié, de la fuite à l'exil en passant par la demande d'asile, comporte un risque plus élevé de développer des troubles mentaux que la population résidente. Dans les paragraphes suivants, je regrouperai une partie de la littérature scientifique concernant les mécanismes psychologiques des traumatismes observés chez les RA. En ce qui concerne le terme de *trouble mental* auquel il sera fait référence, la définition suivante élaborée par l'OMS est utilisée. *Le trouble mental* est ainsi entendu comme : " un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à une détresse et à une interférence avec les fonctions personnelles " (I.A.G., 2011, P. 87). Il est également nécessaire de définir le concept de *traumatisme*. Par exemple, selon la National Library of Medicine : "Le traumatisme résulte d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances qui sont vécus par un individu comme physiquement ou émotionnellement nuisibles ou menaçants et qui ont des effets négatifs durables sur le fonctionnement de l'individu et son bien-être physique, social, émotionnel ou spirituel" (SAMHSA, 2013, P. 2). Une autre définition pertinente pour cette recherche est celle utilisée par l'OMS : "[Le traumatisme est] une réponse retardée ou prolongée à un événement ou à une situation stressante (de courte ou de longue durée) de nature exceptionnellement menaçante ou durable, qui est susceptible de provoquer une détresse généralisée chez presque tout le monde" (Université de York ; OMS). Le traumatisme doit donc être considéré comme résultant d'événements, qu'ils soient prolongés ou concentrés sur une courte période, qui soumettent les individus à une agitation et une détresse sévère, créant les conditions préalables au développement de dysfonctionnements dans la vie de la personne qui subit le traumatisme.

Comme indiqué dans le *Tableau 1* (Tribe, 2002, P. 242), plusieurs éléments composent le traumatisme du réfugié. Outre les causes de la fuite, Tribe décrit sept éléments de *perte* qui sont utiles pour comprendre les mécanismes psychologiques à l'origine de la détresse psychologique chez le réfugié. Selon Rumbaut (1991), l'éloignement et/ou la perte de la famille est l'un des prédicteurs les plus importants de la détresse psychologique. Outre la famille, d'autres *pertes*

s'étendent au pays d'origine lui-même, entendu comme espace physique, et aux coutumes de la vie quotidienne, impliquant tous les codes culturels qui font partie de l'équilibre mental de l'expatrié. La fuite de son pays entraîne également la perte de son activité professionnelle, de l'usage de sa langue maternelle et, tout aussi important que les autres, de ses amis et de ses connaissances. Tribe (2002) souligne que la perte de ses projets d'avenir peut être l'une des causes les plus stressantes. En effet, l'incertitude extrême quant à son avenir, dans un pays d'accueil souvent inconnu du réfugié, est aggravée par la crainte d'être renvoyé dans son pays d'origine. Selon Tribe, "il peut s'agir d'une période où le bien-être psychologique est extrêmement fragile" (P. 242). Outre l'impact de la *perte* sur le bien-être mental du réfugié, il existe huit problèmes liés à l'*exil* dans le pays d'accueil. Selon l'âge du réfugié, l'exil implique un haut degré d'adaptabilité, en particulier pour s'habituer aux coutumes culturelles du nouveau pays. L'adaptation implique des difficultés psychologiques et des malaises qui accompagnent les événements précédant l'exil. En outre, les phénomènes perceptuels tels que le racisme et les stéréotypes de la communauté d'accueil sont souvent renforcés par les médias, qui proposent un récit axé sur les problèmes économiques de la migration et de l'accueil plutôt que sur les problèmes rencontrés par les réfugiés, ce qui crée un effet de marginalisation de la part des autochtones (Tribe, 2002, P. 242). Enfin, il faut tenir compte de la difficulté des interprétations psychologiques sur des sujets de cultures différentes. Selon Tribe, "l'idée de parler de ses sentiments à un psychiatre, qui est un étranger, peut être un concept extrêmement étranger et culturellement incongru, en particulier compte tenu des associations avec la "folie" et des différents positionnements culturels autour de ces questions". En fait, Blackwell a également souligné le risque d'imposition de l'idéologie thérapeutique du pays d'accueil sur les symboles et les significations du réfugié. Selon Blackwell (1993), les praticiens doivent veiller à ne pas perpétuer le processus de colonisation au sein des thérapies en évitant de s'approprier les significations linguistiques et les symboles culturels de l'exilé (P. 1-2). Pour éviter cela, Tribe (2002) souligne l'importance de faire appel à des interprètes linguistiques et ethniques (P. 243).

Tableau 1 servira de base terminologique pour structurer les questions faisant référence au profil psychologique des réfugiés. En détail, ces termes reconnaissables dans le langage psychologique peuvent aider l'enquêteur à obtenir des réponses plus précises au cours de l'entretien. Le concept de *spirale de la perte* dans Tableau 1 résume les notions de la théorie de la *conservation des ressources* (COR), définie par Hobfoll (2001) dans les termes suivants : "La théorie COR prédit que la perte de ressources est l'ingrédient principal du processus de stress. Le gain de ressources, à son tour, est décrit comme étant d'une importance croissante dans le contexte de la perte. Étant donné que les ressources sont également utilisées pour prévenir la perte de ressources, à chaque étape du processus de stress, les personnes sont de plus en plus vulnérables aux séquelles négatives du stress qui, si elles se poursuivent, entraînent des spirales de pertes rapides et importantes" (P.

337-338). En ce sens, les problèmes mentaux des réfugiés s'inscrivent dans une série d'événements stressants qui, en concaténation, conduisent à un cercle vicieux de désinvestissement de ses ressources, précisément pour se prémunir contre la perte précédente. Cette logique sera utilisée pour mieux comprendre les points de vue des psychiatres et des psychologues sur les besoins des RA rencontrant des difficultés psychologiques. En outre, la *théorie COR* suppose que pour compenser la perte de ressources due à la fuite du pays d'origine, il existe une marge de manœuvre de la part des pays d'accueil. En ce sens, "les facteurs postmigratoires offrent aux pays à revenu élevé la possibilité d'intervenir directement pour améliorer les résultats" (Fazel et al., 2012, P. 279). Selon le modèle de Pynoos et al. (2012), l'importance de l'intervention de l'État d'accueil sur la santé mentale des RA est primordiale. Le modèle susmentionné met l'accent sur le mécanisme du traumatisme, selon lequel la création de nouveaux traumatismes dans le pays d'accueil a un effet réactivant sur l'expérience traumatique pré-émigration, érodant également une partie des adaptations réalisées dans un intervalle de temps donné. Par convexité, il est intuitif de conclure que la responsabilité du bien-être mental des RA est largement liée à l'exil lui-même, et donc au système d'asile et à l'utilisation efficace (ou inefficace) des outils de soins de santé mentale. Grâce à ces références, il sera plus facile de comprendre les opinions et les points de vue concernant les ressources mises à disposition au Tessin pour préserver la santé mentale des requérants d'asile. La base scientifique recueillie permettra de structurer clairement les questions des entretiens et fournira des outils pour analyser les réponses des professionnels de la santé mentale.

<b>CAUSES</b>	<b>PERTES</b>	<b>PROBLÈMES</b>
	<b>INDIRECTES</b>	<b>DANS LE PAYS</b>
	<i>(Les spirales de la perte)</i>	<b>D'ACCUEIL</b>
La guerre	Pays d'origine	Changements multiples
Violations des droits de l'homme	Culture	Adaptation psychologique et pratique
Persécution pour des motifs politiques, religieux, sexistes ou ethniques	Famille	Un avenir incertain
	Profession	Événements traumatisants de la vie
	Langue	Difficultés et inconvénients
	Amis	Racisme
	Projets pour l'avenir	Stéréotypes de la part de la communauté d'accueil
		Des traditions culturelles inconnues

**Tableau 1**

*Les questions liées à l'émigration et à l'exil (Tribe, 2002 ; Hobfoll, 2001 ; Rumbaut, 1991)*

### 1.1.1 Obstacles liés à la politique de santé

Selon une étude de Maier et al. (2010), il semble prévalent que les RA soient souvent sous- ou sur-diagnostiquées et que les traitements qui leur sont appliqués soient souvent inappropriés. Sur l'échantillon analysé, quatre sujets sur dix ayant au moins un diagnostic psychiatrique n'ont reçu aucun traitement psychologique (P. 4). En outre, sur le nombre total de patients soumis à une forme de traitement, seuls 55 % souffraient réellement d'un trouble mental selon les diagnostics supplémentaires fournis par la recherche (Maier et al., 2010, P. 4). Ces chiffres peuvent s'expliquer par des problèmes de communication entre les thérapeutes et les personnes en traitement, ainsi que par les distances culturelles et le manque de professionnels de la santé spécialisés dans les questions ethniques. Comme le résumait bien Maier et al., "les patients ne connaissent pas les options de traitement ou les structures de service disponibles, et les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés, compétents ou équipés pour évaluer et traiter les patients d'autres pays et cultures" (Maier et al., 2010, P. 1). Ces considérations font l'objet d'une vaste littérature internationale et suisse. Une méta-analyse de 2016 commandée par l'OMS rassemble 69 études européennes. Cinq barrières principales sont identifiées, auxquelles s'ajoute une autre, complétée plus tard par l'étude de Satinsky et al. et incluse dans le *Tableau 2a*) le manque de maîtrise de la

langue du pays d'accueil, b) la méconnaissance du système de santé par le réfugié, c) une compréhension différente des paradigmes occidentaux de la santé et des troubles mentaux, d) une attente trop élevée de soins de la part des professionnels de la santé mentale et, enfin, e) la stigmatisation sociale (Priebe et al., 2016 ; Satinsky et al., 2019). En ce qui concerne la Suisse, une étude commandée par le SEM en 2013 a enquêté auprès des autorités cantonales en charge de l'asile pour produire une vue d'ensemble du système de traitement psychiatrique des réfugiés et a constaté les mêmes obstacles (Oetterli, 2013, P. 6). Les résultats de cette recherche ont montré que le manque d'informations sur les services de santé disponibles est un obstacle majeur. Viennent ensuite la stigmatisation de la santé mentale, les longs délais d'attente pour le traitement, une réglementation inadéquate de l'utilisation des interprètes linguistiques et culturels et le nombre insuffisant de services spécialisés (Oetterli, 2013, P. 20). Les obstacles déjà mentionnés sont à nouveau relevés par une étude récente de Kiselev et al. (2020), dans laquelle 867 spécialistes de la santé mentale de toute la Suisse ont été interrogés à l'aide d'un formulaire. Les résultats de cette recherche renforcent l'hypothèse que ces barrières sont toujours présentes en Suisse, des années après les premières révélations. Je propose ci-dessous une analyse approfondie de chaque sujet:

- a) Langue du pays d'accueil :** dans le domaine de la santé mentale, la communication orale entre le patient et le praticien est cruciale pour établir des diagnostics corrects et prescrire un traitement approprié (Priebe et al., 2011 ; Priebe et al., 2013). Comme le résume Priebe (2016), un manque de clarté dans la communication entre le patient et le praticien peut induire en erreur le diagnostic et le traitement, ainsi que provoquer une réponse inappropriée de l'ensemble du système, "y compris des renvois et des parcours de soins à plus long terme" (P. 11). Le recours à des interprètes culturels et linguistiques spécialisés est essentiel pour maximiser l'efficacité des interventions psychothérapeutiques sur la santé mentale des RA (d'Ardenne et al., 2007 ; Bundespsychotherapeutenkammer, 2015). Comme on l'a vu, cette possibilité n'est pas largement utilisée en Suisse, principalement parce que le financement n'est pas couvert par l'assurance maladie. En Suisse également, un spécialiste sur quatre interrogé par Kiselev et al. (2020) déclare que ce manque est le principal obstacle à la mise en place d'un service de soins de santé mentale de qualité pour la RA (P. 11).

- b) Manque d'informations sur le système de santé :** les RA sont souvent mal informées sur la fourniture de services de santé. On sait que les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent penser qu'elles n'ont pas accès à des soins spécialisés ou qu'il leur est difficile d'y accéder (Priebe et al., 2016, P. 10-11). En Suisse, comme indiqué précédemment, l'accès à la thérapie et aux soins psychiatriques est couvert par l'assurance et l'offre globale de thérapeutes est importante. On peut donc supposer qu'il existe en Suisse un problème de transmission d'informations et de sensibilisation aux moyens disponibles, des lacunes qui doivent être étudiées. Comme nous le verrons dans la section suivante, on ne peut exclure l'existence d'une mauvaise foi institutionnalisée qui fait que les droits et les possibilités ne sont pas clairs pour tous les requérants d'asile. Même du point de vue des professionnels de la santé mentale, ces derniers "peuvent également ne pas savoir à quels soins ces groupes de migrants ont droit dans le pays d'accueil, ce qui peut empêcher ou retarder les orientations appropriées vers les soins de santé mentale" (Priebe et al., P. 11 ; Bäärnhielm et al., 2014 ; Dauvrin et al., 2012 ; Woodward et al., 2013).
- c) La vision culturelle de la santé mentale diffère des conceptions occidentales :** les chances qu'un diagnostic soit posé correctement et qu'une thérapie soit adaptée au patient sont influencées par les croyances culturelles du patient en matière de santé mentale. Les RA et les réfugiés en Europe, ainsi qu'en Suisse, constituent un groupe extrêmement hétérogène. Dans certaines cultures, la santé mentale est vécue selon des paradigmes qui diffèrent des perceptions occidentales. Par exemple, une étude qualitative menée auprès d'immigrés arabophones originaires de Syrie, du Liban et d'Irak a montré que le mot "*dépression*" en arabe a des propriétés différentes de sa signification dans les langues occidentales. En outre, il apparaît que la santé mentale est taboue dans leurs sociétés (Vink et al., 2020). Des entretiens avec des immigrés albanais en Suisse ont révélé que les sujets avaient tendance à pratiquer le *code-switching*, c'est-à-dire une stratégie de communication consistant à remplacer des termes culturellement stigmatisants par des termes culturellement acceptables, ce qui démontre la stigmatisation présente dans leurs sociétés (Shala et al., 2020). D'autres cultures affichent des croyances liées au monde spirituel, où les démons ou les phénomènes surnaturels sont considérés comme les causes de la maladie mentale (Ng, 2001 ; Kua, 1993 ; Razali et al., 1996). Afin de répondre à la diversité ethnique autour du concept de santé mentale, des ethnopsychothérapeutes ou des interprètes culturels hautement spécialisés devraient être formés pour soutenir les thérapeutes des cultures occidentales. Compte tenu du temps nécessaire pour former de nouveaux spécialistes, une alternative populaire est la télépsychiatrie *transculturelle*, une modalité télématique de thérapie où les RA se voient proposer des séances avec des professionnels qui parlent leur

langue maternelle et connaissent le système de soins de santé où se trouve le réfugié afin de l'aider à s'y retrouver efficacement (Mucic, 2010).

- d) Attentes trop élevées ou manque de confiance dans le système** : de nombreux groupes de RA perçoivent les spécialistes de la santé mentale comme étant positionnés plus haut dans l'échelle sociale. Cette conception conduit à des attentes très élevées quant aux possibilités réelles offertes par les spécialistes. En particulier, la figure des thérapeutes peut leur donner l'espoir qu'ils ont le pouvoir de les transférer vers d'autres lieux que les centres d'accueil ou qu'ils peuvent les informer sur leur demande d'asile ou les aider à obtenir une réponse positive à leur demande. Ces attentes élevées, qui se heurtent à la réalité, provoquent parfois des tensions qui font obstacle à une relation thérapeutique saine (Giacco et al., 2014 ; Reko et al., 2015).
- e) Stigmatisation sociale** : la stigmatisation sociale, définie "comme la cooccurrence de l'étiquetage, des stéréotypes, de la séparation, de la perte de statut et de la discrimination, englobant de nombreux statuts et caractéristiques" (Hatzenbuehler et al., 2013), est un phénomène lié à la fois à la perception que la santé mentale est un sujet tabou au sein de sa propre communauté et aux sentiments négatifs concernant l'utilisation de services psychothérapeutiques de toute nature. La stigmatisation sociale, selon une étude systématique portant sur 27 recherches menées en Europe, s'avère être "un obstacle majeur à la recherche et à l'accès des réfugiés dans l'UE" (Satinsky et al., 2019, P. 861). Une enquête publiée en 2016, qui a recueilli les opinions de spécialistes de la santé mentale en Suisse, a montré que pour environ 65 % des personnes interrogées, la stigmatisation sociale est l'un des obstacles les plus importants. Plus précisément, il apparaît que la psychiatrie est souvent perçue de manière négative par les RA, qui craignent fortement d'être stigmatisés par leur communauté (Bartolomei et al., P. 3,4,6).

En conclusion, la littérature sur le sujet de la politique de santé considère la branche clinique, qui se concentre sur l'aspect médical de la psychologie de chaque individu. Plus précisément, les considérations sur la manière de *traiter les RA* sont basées sur la mécanique du traumatisme et l'expérience antérieure à l'arrivée dans le pays où l'asile est demandé. Dans la section suivante, j'examinerai ce que l'on sait aujourd'hui de l'impact de la politique d'asile sur la santé mentale des RA, en incluant dans le débat des aspects qui sont généralement sous-estimés dans la littérature médicale.

POLITIQUE DE SANTÉ	SOLUTIONS
Modèle de procuration Pas d'examen psychologique obligatoire	+ <b>Augmenter l'offre de spécialistes</b> - <b>Couverture indépendante</b> - <b>Formation des ethnopsychothérapeutes</b>
Mauvais diagnostic et mauvais traitement	+ <b>Surveillance psychologique active immédiatement</b>
Problèmes de langue et de communication et financement d'un interprète non couvert par l'assurance maladie	+ <b>Couverture de l'AVS pour les interprètes culturels et linguistiques</b>
Stigmatisation sociale et le manque d'informations sur le système de santé	<b>Promouvoir l'intégration sociale</b> - <b>Ouvrir des centres d'accueil</b> - <b>Accessibilité à la vie publique</b>

**Tableau 2**

*Accessibilité et barrières structurelles aux soins psychologiques pour les RA et les réfugiés en Suisse (Kiselev et al., 2020 ; Priebe et al., 2016 ; Satinsky et al., 2019).*

### 1.1.2 Impact de la politique d'asile sur la santé mentale

Bien que la littérature clinique se soit le plus souvent concentrée sur les facteurs traumatiques pré-migratoires, comme nous l'avons vu dans la section précédente, la recherche axée sur les effets post-migratoires liés aux politiques d'asile et aux conditions de vie dues à l'exil des RA est en augmentation ces dernières années (Li et al., 2016). La littérature existante est de plus en plus abondante mais lacunaire, en particulier celle qui est basée en Suisse. Ce manque motive la nécessité d'approfondir et d'explorer le thème de l'impact de la politique d'asile suisse sur la santé mentale des RA.

En général, les problèmes psychologiques des réfugiés sont intrinsèques aux événements traumatiques qui déclenchent la fuite et aux pertes qui résultent de l'ensemble du processus, alors que l'on accorde peu d'attention aux problèmes qui sont déclenchés dans le pays d'accueil. Pourtant, il existe de nombreuses preuves que les facteurs de stress décisifs tournent autour de l'exil et qu'ils sont fortement corrélés à une aggravation de l'état psychologique des RA (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998 ; Pernice & Brook, 1996). Dans cette section, une attention particulière sera donc accordée aux *facteurs de stress* dits *post-migratoires*, c'est-à-dire "[l]'incertitude concernant le statut de résidence et la durée de la procédure d'asile, le manque de soutien social, les restrictions d'accès au marché du travail ou l'incapacité à trouver un emploi et les problèmes d'obtention ou de reconnaissance de l'éducation" (Kiselev, 2019, P. 9). La procédure d'asile et la tension ressentie dans l'attente de la réponse des autorités, la durée du séjour dans les centres d'accueil dans des conditions de vie débilitantes et le contexte social sont, en général, les principaux facteurs de risque

(Fazel et al., 2012 ; Priebe et al., 2016), résumés dans le tableau 3 ci-dessous. *Tableau 3* et examinés plus en détail ci-dessous:

### **A) Incertitude autour de la demande d'asile**

Selon Steel et al. (2006), la reconnaissance du statut de réfugié a un effet positif sur les RA en raison de la dimension de stabilité et de contrôle sur son avenir et de la possibilité de planifier sa vie. En fait, l'asile permanent est corrélé à une meilleure santé mentale. En revanche, l'incertitude quant à l'issue de la demande entraîne une peur constante du retour et une aggravation des symptômes de mauvaise santé mentale. L'octroi d'un statut temporaire, quant à lui, est fortement corrélé à plusieurs tensions qui aggravent l'état mental préexistant, comme la difficulté à gérer le temps libre, un sentiment d'insécurité, des complications pour suivre des cours de langue et d'autres occupations disponibles (Li et al., 2016). En ce sens, Steel et al. (2006) commentent : "Les pays qui envisagent d'adopter des régimes de protection temporaire doivent donc réfléchir à la manière dont ces dispositions peuvent compromettre le sentiment de sécurité qui semble être essentiel pour que les réfugiés se remettent des symptômes psychiatriques liés aux traumatismes" (P. 63). Li et al. (2016) soulignent que la longueur des procédures d'asile a un impact négatif sur les aspects économiques et sociaux de la vie en raison de la grande incertitude quant à l'avenir et des conditions d'attente dans les centres d'accueil. En outre, la procédure d'asile implique un manque d'*agence* pour les RA, c'est-à-dire la conscience qu'ils sont incapables d'agir dans leur environnement. Cette situation est liée à la perception de ne pas avoir de contrôle sur la procédure d'asile, ce qui se traduit par des niveaux élevés d'anxiété et de stress psychologique (Ellis et al., 2008 ; Li et al., 2016 ; Robjant et al., 2009).

En Suisse, il faut tenir compte du fait que la procédure d'asile, qui est souvent sujette à des retards bureaucratiques, retarde et limite la possibilité pour le RA de développer sa vie. En ce sens, le refus de l'autonomie et de la possibilité de poursuivre des parcours professionnels a un impact très négatif sur le développement personnel. En ce sens, selon Wormersley et al. (2017), la politique d'asile devrait atténuer les facteurs de stress post-migratoires grâce à un programme qui encourage la participation à la vie sociale, indépendamment du statut migratoire et de l'issue de la procédure d'asile. Il est également souligné que le système d'asile suisse devrait éviter les transferts entre les centres d'asile afin de fournir une base sociale qui ne perturbe pas l'intégration. De plus, les centres d'accueil devraient être situés à proximité des centres économiques et sociaux, une mesure qui impliquerait un facteur de compensation du stress de la procédure par la socialisation avec les résidents. Enfin, Kurt (2017) souligne que le processus d'asile devrait permettre à chacun d'apprendre la langue

locale dans un contexte d'insertion professionnelle, afin de créer une synergie utile à l'intégration des RA.

Un autre élément de forte tension psychologique réside dans la manière dont les RA sont soumises aux auditions en Suisse. La littérature pertinente indique qu'ils possèdent une école de pensée consacrée à la *suspicion*, où le RA est traité "comme un suspect avant que sa sincérité ne soit prouvée" (Miaz, 2019, P. 201 ; Panese, 2023). L'audition prend la forme d'un interrogatoire *violent* où le RA peut subir un impact sévère sur son bien-être psychologique. Lors d'une discussion informelle avec un praticien du SEM, j'ai observé que les auditions sont en effet planifiées afin de "déterrer" les incohérences et les contradictions dans les récits des RA. Le fait que, dans la plupart des cas, deux auditions soient menées place les RA dans une position compliquée, car elles doivent se préparer à revivre leurs traumatismes avec la crainte de créer des incohérences dans leurs récits et avec la crainte parallèle de ne pas convaincre les opérateurs de leur sincérité.

## **B) Séjour dans les centres d'accueil**

Dans le cadre de cette recherche, les connaissances universitaires sur les conséquences des délais d'attente et le traitement des RA lors de la demande de protection sont particulièrement pertinentes. Il convient de mentionner qu'en 2022, les procédures en Suisse ont duré en moyenne : 65,5 jours pour les procédures Dublin ; 72,2 jours pour les procédures accélérées ; 263,7 jours pour les procédures étendues. Pour tous les cas avec réponse négative, les procédures de retour ont pris en moyenne 563,8 jours supplémentaires (SEM(f)).

En général, une étude réalisée en 2007 sur une population hétérogène de RA adultes a montré une forte relation positive entre le temps d'attente dans les centres d'accueil et le développement de troubles mentaux de différents types (Hallas et al.). Une autre étude réalisée au Danemark et publiée en 2008 a montré que quatre transferts ou plus au sein du système d'asile sont un facteur prédictif de troubles mentaux chez les jeunes de 11 à 16 ans, tout comme un temps d'attente d'au moins un an avant une attribution définitive (Nielsen et al., 2008). Plus précisément, quatre RA sur dix ayant passé plus de 12 mois dans des centres d'attente présentaient des signes de psychopathologie, contre une probabilité de 11 % pour ceux qui avaient passé moins de 12 mois à attendre. De même, 40 % de ceux qui ont connu plus de quatre transferts ont connu des problèmes psychiques, alors que parmi ceux qui ont connu moins de quatre transferts, le pourcentage tombe à 20 % (Nielsen et al., 2008, P. 4-6). Compte tenu du fort degré de généralisation et de l'homogénéité de l'échantillon choisi, "l'enquête suggère fortement que les enfants requérants d'asile développent des symptômes psychiatriques à la suite d'un séjour prolongé dans les centres

d'asile et de transferts multiples" (P. 6). Selon les auteurs, ces résultats conduisent à une considération politique majeure : "comme les pays d'accueil ont le contrôle des conditions qu'ils offrent aux enfants requérants d'asile, ils devraient chercher à minimiser les facteurs de risque environnementaux. [...] il est essentiel que les systèmes d'asile des pays d'accueil occidentaux cherchent à protéger les enfants conformément à la Convention des droits de l'enfant et à d'autres documents internationaux relatifs aux droits" (Nielsen et al., 2008, P. 8). En conclusion, les conditions de détention et d'attente dans les centres sont corrélées à une aggravation de l'état psychologique du RA. Des émotions telles que la tristesse, le désespoir, les pensées intrusives et les crises de rage sont courantes chez les RA qui vivent dans des centres de procédure pendant des périodes prolongées (Steel, P. 63, 2006). En outre, il semble que l'exposition directe ou indirecte à la violence dans ces centres soit davantage corrélée aux troubles mentaux que les événements traumatisants vécus dans le pays d'origine (Montgomery, 2010), une constatation inquiétante compte tenu du nombre élevé de cas de violence enregistrés en 2022 dans les CFA et des mauvais traitements infligés par le personnel aux RA signalés par Amnesty (Amnesty ; Swiss Info).

### **C) Intégration et réduction de la vie sociale**

En ce qui concerne le contexte social du pays d'accueil, l'importance de se sentir traité comme un égal pour développer un sentiment d'estime de soi émerge. En revanche, la discrimination est un facteur de risque de développer des symptômes de dépression, tout comme le harcèlement a un fort impact sur la capacité d'adaptation. De manière générale, le croisement des résultats montre qu'"un soutien élevé perçu par les pairs est associé à un meilleur fonctionnement psychologique" (Fazel et al., 2012, P. 273). Le degré de sentiment d'appartenance semble donc être l'un des facteurs de protection les plus importants contre la dépression et les troubles anxieux généralisés (Sujoldzic et al., 2006). Il semble que dans le processus d'intégration dans le pays d'accueil, la présence d'individus de la même origine ethnique soit utile, en particulier dans le cas des mineurs non accompagnés (Geltman et al., 2005). En ce qui concerne le degré d'immersion dans la culture d'accueil, il n'existe aucune preuve empirique quantitative permettant de déterminer ses effets sur la santé mentale des réfugiés (Phinney, 1990). Bien que ce que l'on appelle l'*acculturation* soit largement débattu dans les sciences sociales à ce jour, le seul facteur de protection culturelle reconnu est l'apprentissage de la langue du pays d'accueil. Il apparaît donc que l'assimilation de la culture d'accueil ne correspond pas nécessairement à un facteur de protection, tandis que la marginalisation d'un réfugié pour des raisons discriminatoires et culturelles est confirmée comme un facteur de risque (Kovacev, 2004). Une étude qualitative intéressante de 2018, dans laquelle un garçon nord-africain qui s'est immolé par le feu dans le centre de Zurich a

été interviewé, fournit des éléments utiles pour comprendre le malaise des RA en Suisse. Il en ressort que l'absence de perspective d'avenir, d'emploi, de possibilité de se marier ainsi qu'un quotidien "sans sens, [...] un rien sans paroles" ont été des facteurs décisifs pour le choix de l'acte d'auto-immolation (Womersley et Kloetzer, 2018, P. 4). La tentative de suicide en public, selon les auteurs, est un geste de protestation et une échappatoire à un contexte qui n'offre pas de reconnaissance sociale des conditions des réfugiés, impliquant le besoin de communiquer par l'immolation son existence, littéralement : " for being-in-the-world " (Womersley et Kloetzer, 2018, P. 6). Conformément à la littérature existante, l'hypothèse selon laquelle " Le processus de migration peut être en soi une expérience traumatisante dans laquelle le Soi risque d'être annihilé et nié par le traumatisme systémique associé aux pratiques juridiques et sociales d'exclusion " (Womersley et Kloetzer, 2018, P. 6) est développée plutôt que le passé traumatique de la personne interrogée.

Sur la base de la littérature recueillie, illustrée dans le *Tableau 3*, on peut résumer que la procédure d'asile dans ses différentes étapes et les conditions de vie au sein des centres d'accueil impliquent plusieurs facteurs de stress et de tension psychologiques, à savoir : les retards dans le traitement de la demande d'asile, la peur du retour, l'exclusion du marché du travail, la dépendance forcée à l'aide sociale, la solitude et l'ennui, la discrimination, la marginalisation, les conditions de logement précaires, l'incertitude prolongée, l'insécurité et l'absence de contrôle (Womersley et al, 2017).

POLITIQUE D'ASILE	SOLUTIONS
Incertitude quant à l'issue de la demande d'asile : manque d' <i>agence</i> , manque de contrôle sur la procédure d'asile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Améliorer les activités et les occupations</b></li> <li>- <b>Renforcer l'intégration avec la communauté des résidents</b></li> </ul>
Procédures d'audition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formation psychologique spécialisée des enquêteurs</b></li> <li>- <b>Approche garante et non criminalisante (culture du soupçon)</b></li> </ul>
Centres d'accueil éloignés des centres économiques/sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Déplacement des centres d'accueil</b></li> <li>- <b>Développement du réseau de connexion et gratuité des transports publics</b></li> </ul>
Conditions de vie restrictives dans les CFA (exclusion du travail, solitude, ennui, exposition à la violence, surpeuplement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cours de langue synergiques avec des programmes de travail</b></li> <li>- <b>Passage de structures fermées à des structures communautaires</b></li> <li>- <b>Accès au marché du travail pour les titulaires de permis N</b></li> <li>- <b>Abrogation des lois protectionnistes pour les travailleurs indigènes (SRL, art. 21)</b></li> </ul>
Transferts multiples au cours de la procédure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Limitation à deux transferts</b></li> </ul>

**Tableau 3**

*Accessibilité et barrières structurelles aux soins psychologiques pour les RA et les réfugiés en Suisse*

(Hallas et al., 2007 ; Li et al., 2016 ; Miaz, 2019 ; Panese, 2023 ; Womersley et al., 2017)

## 1.2 L'importance du contexte institutionnel

L'hypothèse principale de cette recherche est que la politique d'asile, et les institutions qui y sont impliquées, influencent concrètement les individus qui demandent l'asile politique, et que la santé mentale individuelle est davantage influencée par le contexte institutionnel que par les événements traumatiques antérieurs à la demande d'asile. De même, les spécialistes de la santé mentale qui assistent les requérants d'asile sont influencés par leur institution, la politique de santé et la politique d'asile, qui ne sont pas nécessairement coordonnées entre elles. Ces arguments s'inscrivent dans le cadre de l'école de pensée néo-institutionnaliste, où les institutions impliquent des règles, des procédures, des protocoles, mais aussi des conventions et des coutumes. En ce sens, le cadre institutionnel définirait les actions des acteurs rationnels que sont les spécialistes de la santé mentale et les RA (Koelble, 1995, P. 234 ; Powell et DiMaggio, 1991).

Les théories néo-institutionnelles cherchent à comprendre comment les institutions politiques et les individus interagissent les uns avec les autres. Tout d'abord, pour les institutions politiques, nous

utiliserons la définition de March et Olsen (1995) : "Les institutions politiques sont des ensembles de règles et de routines interdépendantes qui définissent les actions appropriées en termes de relations entre les rôles et les situations. Le processus consiste à déterminer quelle est la situation, quel rôle est rempli et quelle est l'obligation de ce rôle dans cette situation" (P. 160). Les institutions politiques comprennent les coutumes et les normes qui créent un contexte dans lequel les individus établissent des relations en fonction de leur rôle et de leur position. Les règles, formelles et informelles, issues des institutions façonnent la réalité sociale et influencent les rôles et les relations sociales, ainsi que la création de stéréotypes et les comportements qui y sont associés (Bolfíková et al., 2012, P. 98).

Dans cette recherche, une plus grande attention est accordée à la branche de l'*institutionnalisme sociologique*, selon laquelle les préférences individuelles sont principalement déterminées par la culture, la société et l'identité organisationnelle du contexte (Koelble, 1995, P. 232). Ce courant comporte deux éléments importants. Le premier est l'isomorphisme, c'est-à-dire "la somme des pressions concurrentielles qui obligent les organisations à présenter des caractéristiques relativement similaires en raison des pressions environnementales" (Findik et Bedük, 2014, P. 28). En extension, on suppose qu'au sein d'un système institutionnel, il existe une concurrence entre les institutions qui aboutit à une homogénéisation au fil du temps. Cette hypothèse peut être discutée à la lumière des considérations liées au pragmatisme consacré à l'efficacité du SEM dans l'application de la politique d'asile. En ce sens, les institutions de santé, les services sociaux et les spécialistes travaillant avec les RA peuvent être amenés à travailler avec une efficacité et une éthique de travail qui n'est pas coordonnée avec la politique de santé conventionnelle. On suppose que la politique d'asile devient une priorité par rapport à la politique de santé, où les processus d'asile sont plus importants que les pratiques et les règles normalement imposées par la politique de santé. Par exemple, les conditions de vie dans les CFA et les règles strictes imposées aux RA sont probablement en contradiction avec les recommandations de la politique de santé sur la manière de faciliter les soins aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ce phénomène pourrait être décrit comme un processus d'isomorphisme coercitif, c'est-à-dire : "[Le] résultat de pressions formelles ou informelles exercées par d'autres organisations, dont les organisations dépendent, ou d'attentes culturelles de la société. En d'autres termes, l'isomorphisme coercitif résulte des pressions exercées par les acteurs sociaux de l'environnement externe, tels que le gouvernement, les syndicats ou les associations professionnelles" (Findik et Bedük, 2014, P. 28-29). L'hypothèse selon laquelle la politique de santé est hiérarchiquement subordonnée aux besoins de la politique d'asile peut être testée à travers les opinions et les perceptions de ceux qui sont subordonnés à la politique de santé, c'est-à-dire les spécialistes de la santé mentale qui seront interrogés dans le cadre de cette recherche.

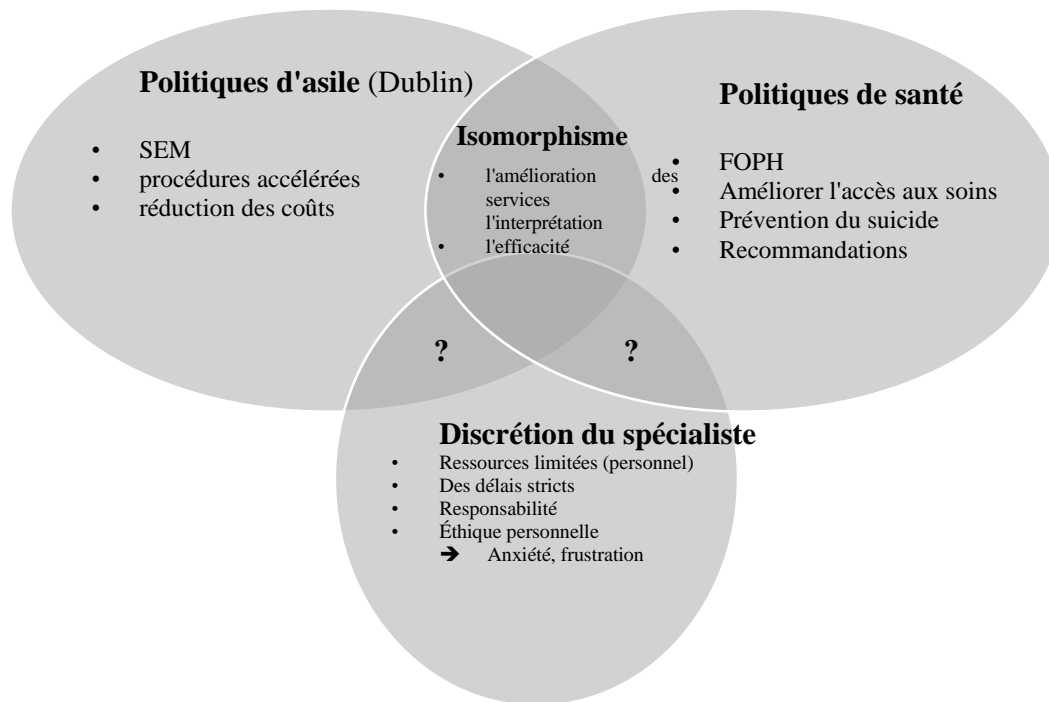
La base théorique de l'étude des politiques publiques à travers l'expérience des praticiens individuels est une révision de la *Street-Level Bureaucracy* de Lipsky (1969). Bien que Lipsky n'ait pas entièrement exploré sa théorie en ce qui concerne le secteur de la santé, d'autres chercheurs ont par la suite intégré les concepts clés dans le secteur de la santé publique (Harrison, 2015 ; Wells, 1996)). Selon Lipsky (1969), pour comprendre les effets des politiques publiques, il est nécessaire d'étudier les comportements, les routines et les perceptions des employés des services publics de première ligne. Les employés chargés de mettre en œuvre les programmes publics, de se conformer aux objectifs et aux réglementations, se retrouvent à effectuer leur travail dans un contexte de pénurie de ressources et d'organisation, de défis à l'autorité mais aussi de menaces pour les clients des services publics et, enfin, d'attentes difficiles à réaliser en présence de politiques ambiguës. Dans de telles conditions de travail, Lipsky (1969) souligne que le "bureaucrate" adoptera des mécanismes pour remplir ses directives et réduire son anxiété (P. 12-20). Ces mécanismes sont la création d'une *routine* qui atténue les conditions de travail défavorables susmentionnées par des raccourcis, la standardisation et la création de stéréotypes. Les difficultés auxquelles un bureaucrate est soumis conduisent donc à la création de pratiques standardisées, orientées vers l'efficacité, avec d'importants *compromis* performatifs (Lipsky, 1969, P. 13). Travaillant dans un contexte de ressources limitées, "le complexe concurrentiel de demandes et de tensions entre l'organisation et les utilisateurs de services conduit ces "bureaucrates" à développer des pratiques de travail pour faire face aux dilemmes et au stress qui en découlent. Ces pratiques d'adaptation servent de médiateur à la politique centrale et constituent en fait la politique publique telle qu'elle est vécue par les usagers, ce qui contribue à expliquer la disparité qui peut apparaître entre la politique et sa mise en œuvre (Wells, 1996, P. 334). Dans le secteur de la santé, Wells met en garde contre le fait que l'élaboration de politiques contradictoires et mal définies crée un environnement de confusion, où la santé mentale est proclamée comme une priorité alors que des pratiques médiocres et des ressources limitées sont allouées au niveau local (P. 339-340). Par exemple, dans l'analyse de Wells (1996) au sein du système de santé anglais, l'auteur distingue quatre tensions dans la formation et la mise en œuvre des politiques : les impératifs politiques, les attentes d'un certain type de gestion, les cultures professionnelles et les cultures personnelles. Ces tensions émergent dans un contexte situationnel où la priorité est souvent déterminée par le processus politique dans le cadre d'une dialectique influencée par les valeurs publiques, les opinions et les ressources disponibles (P. 335). En ce qui concerne les contradictions en Suisse et au Tessin, il faut souligner que depuis plusieurs années, l'OFSP élabore des rapports dans lesquels il donne des objectifs clairs sur la manière d'améliorer les services de soutien psychologique pour les RA avec en annexe des recommandations qui ont déjà été analysées précédemment (Böttche And al., 2020 ; Müller et al., 2017 ; Müller et al., 2020 ; FOPH And SEM, 2017). Dans un rapport de 2013, le SEM a également

mis en évidence les mesures nécessaires pour améliorer les services de santé mentale. Il s'agit notamment de former davantage de spécialistes, d'améliorer l'accès en réduisant les temps d'attente, de créer des solutions pour le financement des services, d'améliorer les installations de traitement pour des groupes spécifiques, d'améliorer la coordination entre les institutions pour améliorer l'intégration sociale avec des programmes d'intégration en combinaison avec le plan de traitement, d'améliorer les réglementations pour financer les services d'interprétation culturelle et, enfin, de développer des programmes de prévention active ( Oetterli et al., 2013 , P. 23-24). Malgré ces objectifs et ces lignes directrices, il n'existe toujours pas de suivi précis de la santé mentale des requérants d'asile. Ce manque contribue à la confusion quant à la manière dont les travailleurs de première ligne au sein des institutions de traitement devraient agir (Müller et al., 2018 ; Oetterli et al., 2013). Bien qu'il n'existe pas encore de statistiques permettant de suivre la situation actuelle, si l'on tient compte de la littérature scientifique, il apparaît que les améliorations espérées il y a des années n'ont pas été mises en œuvre. Les objectifs sont clairs, mais la manière de les atteindre reste floue. De ce raisonnement découle l'idée que les professionnels de la santé mentale se trouvent entre le *marteau et l'enclume* en raison de politiques et de dispositions ambiguës, comme le montre le *Schéma 1*. En fait, *la bureaucratie de rue* implique que ces professionnels disposent d'un élément de discrétion, c'est-à-dire qu'ils possèdent une marge de manœuvre à leur discrétion, puisqu'il y a une stratégie opérationnelle à choisir entre interpréter la règle et l'appliquer. Selon Paraciani (2020), " ceux qui opèrent au niveau de la rue jouent un rôle très délicat, devant gérer les besoins de l'organisation pour laquelle ils travaillent, ceux des usagers auxquels ils fournissent des réponses personnalisées, tout en respectant la quantité de ressources disponibles " (P. 15). Dans cette marge, comme nous l'avons vu plus haut, on suppose que dans le contexte de la santé mentale, les administrateurs et les gestionnaires des cliniques psychiatriques placent les spécialistes de la santé mentale dans des conditions de travail compliquées et contradictoires.

Selon Wells (1996), les spécialistes travaillant *dans la rue* peuvent traduire les politiques en pratique de trois manières : a) ils peuvent adopter une attitude responsable à l'égard des besoins des usagers pour compenser les contraintes de ressources b) ils peuvent influencer le comportement et les priorités de l'organisation par leurs décisions c) ils peuvent atteindre des objectifs de gestion explicites en ignorant ou en fournissant certains services de manière superficielle pour compenser les pénuries de ressources (P. 334). Plus précisément, les spécialistes de la santé mentale et leurs équipes peuvent développer des approches cliniques et organisationnelles des soins aux patients qui favorisent une culture de pratique défensive (Roy et al., 1996). Dans leur souci d'éviter les pressions politiques et managériales, les *équipes* peuvent se préoccuper de gérer le comportement immédiat des clients dans la communauté. L'objectif des soins devient alors de limiter le nombre d'épisodes d'hospitalisation et, dans le contexte actuel, les incidents de "dangerosité", tels que le

suicide ou l'homicide (Dedman, 1993 ; Jerrell, 1995 ; Marshall et al., 1995). Cela peut satisfaire les exigences les plus évidentes de la gestion et des objectifs institutionnels, mais ne tient guère compte de la qualité de vie de l'individu, ni de la qualité des soins fournis à l'utilisateur du service au niveau interpersonnel. En fait, ces approches "sûres" peuvent avoir un impact négatif sur les soins aux usagers (Marks et al., 1994). Selon l'analyse de Wells, les *équipes de spécialistes de la santé mentale* peuvent être en mesure d'atténuer certains des effets négatifs des politiques gouvernementales sur la pratique clinique. Cependant, elles peuvent également être soumises à des pressions pour se conformer aux politiques et aux objectifs de l'organisation, parfois au détriment des soins centrés sur le patient. Un élément à prendre en considération est le phénomène de l'*enracinement*, qui signifie que les individus ont tendance à s'installer dans une routine qu'ils perpétuent dans une sorte d'attitude conservatrice. L'enracinement culturel et cognitif expliquerait ainsi les difficultés d'un individu à concevoir d'autres façons d'agir dans un contexte institutionnalisé, agissant ainsi de manière conforme (Koelble, 1995, P. 235). A l'élément théorique de l'incorporation, il peut être opportun d'intégrer la *logique de l'adéquation*, qui identifie la manière dont les règles institutionnelles, formelles ou informelles, ont un impact sur la perception des opportunités individuelles et, de manière convexe, sur leur comportement (Sager et Gofen, 2022, P. 351). Dans cette perspective, les lois et les règles sont normativement perçues comme justes et légitimes. Ainsi, les individus cherchent à remplir le contexte dans lequel ils se trouvent toujours en relation avec l'incorporation dans l'institution dans laquelle ils se trouvent. Nous examinerons l'affirmation suivante : "Les acteurs cherchent à remplir les obligations encapsulées dans un rôle, une identité, une appartenance à une communauté ou à un groupe politique, ainsi que l'éthique, les pratiques et les attentes de ses institutions. Enchâssés dans une collectivité sociale, ils font ce qu'ils considèrent comme approprié pour eux-mêmes dans un type de situation spécifique" (Olsen et March, 2004, P. 2). La logique de l'adéquation est également utile pour mieux comprendre chaque point de vue qui émergera dans ce travail.

Les spécialistes de la santé mentale sont intégrés dans des logiques et des règles institutionnelles complexes : politique d'asile, politique de santé, contexte politique et éthique professionnelle. Dans le cadre de cette complexité, je trouve intéressant d'explorer comment les spécialistes de la santé mentale perçoivent la politique d'asile comme un élément antagoniste à la prise en charge du bien-être mental des RA. En résumé, comme l'illustre le *Schéma 1*, le spécialiste de la santé mentale possède un degré de discrétion qui nécessite une interprétation d'institutions politiques contradictoires (règles formelles/informelles, coutumes, pratiques, objectifs) dans lesquelles il existe un risque de dégradation de la qualité des soins prodigués aux RA.



### Schéma 1

*La bureaucratie au niveau de la rue : intersection de la politique publique, du pouvoir discrétionnaire des praticiens et des zones grises*  
 (Lipsky, 1965; Oetterli et al., 2013; Paraciani, 2020 ; Roy et al., 1996 ; Wells, 1996)

## 2. Contextualisation

Dans ce chapitre, je propose une mise en contexte de la politique migratoire en Suisse et au Tessin. Plus précisément, je décrirai le phénomène migratoire d'un point de vue historique, puis j'examinerai le cadre juridique des accords de Dublin. En Suisse, comme détaillé dans la paragraphe 2.2 *Les accords de Dublin : caractéristiques et questions critiques* de cette section, l'application de la politique d'asile a suscité des critiques de la part de divers commentateurs, à commencer par les associations humanitaires soucieuses de préserver les droits et la santé des RA.

## 2.1 Migration vers la Suisse et le Tessin

Comme le reste de la Suisse, le Tessin présente une remarquable imbrication de l'émigration et de l'immigration et une présence croissante d'étrangers, principalement italiens, au cours des deux derniers siècles. Selon le SEM, en 2022, la Suisse comptait environ 2 241 854 résidents permanents, dont 41 % d'Italiens, d'Allemands et de Portugais (SEM(e)). Par rapport à la population résidente totale de 8 815 400 personnes, les résidents étrangers représentaient donc 25,4 % (Conseil fédéral(c), 2022).

Alors que dans les années 1970 et 1980, les immigrants provenaient principalement d'Allemagne et d'Italie, reflétant une sorte de tradition migratoire, depuis les années 1980, les origines se sont diversifiées grâce aux mécanismes d'asile, aux relations avec l'UE et aux politiques migratoires spécifiques. En effet, suite à la politique des quotas, c'est-à-dire " la limitation du nombre de travailleurs étrangers fixée au niveau national avec des quotas cantonaux " (Valsangiacomo et Marcacci, 2017, P. 20) et à la crise pétrolière de 1974, la population étrangère a considérablement diminué. Cette baisse, combinée au besoin de main-d'œuvre exprimé par l'économie, entraîne, selon Piguët (2009), " un nouvel appétit pour l'immigration " (P. 38) au début des années 1980. A la fin de la décennie suivante, la population étrangère en Suisse augmente de 2,8%, grâce à " l'élargissement des zones de recrutement à des pays comme le Portugal et la Yougoslavie d'alors, avec une diversification conséquente des flux " (Solcà And Bruno, 2017, P. 20). Cette diversification n'affecte pas beaucoup le Tessin, où le phénomène de la migration transfrontalière augmente, atteignant le chiffre de 40 000 citoyens italiens. Dans la décennie précédant l'an 2000, la clé de lecture de la migration vers la Suisse change. Bien que la grave crise de l'économie de la construction ait fait perdre leur emploi à de nombreux travailleurs étrangers, les retours forcés ont été très réduits par rapport aux années 1970. Les transitions du statut de *saisonnier* vers divers permis de séjour, permis d'établissement et mécanismes de regroupement familial " ont permis d'avoir une population étrangère résidente non active " (Solcà And Bruno, 2017, P. 20), créant une évolution discontinue de la population étrangère. Selon Greppi (2002), cette discontinuité " dépend [...] davantage de facteurs liés à la politique d'immigration, à la situation économique intérieure, à la situation socio-économique des pays d'origine et au contexte international " (P. 25). Les flux migratoires ne sont donc plus exclusivement influencés par les politiques de rotation de la main-d'œuvre, mais par un contexte de mondialisation caractérisé par des conflits et des dynamiques internationales. Au niveau de la politique migratoire, le modèle des trois cercles est apparu dans les années 1990, qui "visait à libéraliser davantage les migrations, comme l'exigeaient les milieux économiques, tout en évitant une arrivée massive d'étrangers, comme le souhaitait une partie importante de la population, et à se rapprocher de l'Espace économique européen (EEE)" (Solcà et

Bruno, P. 21). Avec cette politique, les citoyens de l'UE et de l'EEE sont prioritaires pour l'obtention de permis de travail. Le deuxième cercle était destiné aux citoyens des pays non-membres de l'UE et de l'EEE, d'où provenait traditionnellement la main-d'œuvre<sup>13</sup>, qui ont bénéficié d'une ouverture équitable. Pour les citoyens de tous les autres États, l'accès au marché du travail suisse était conditionné par la demande de qualifications élevées. Selon Solcà et Bruno (2017), "la logique sous-jacente de cette nouvelle politique migratoire était la proximité politique et culturelle des étrangers avec les coutumes et les valeurs de la population suisse" (P. 20). De 2002 à 2015, une politique migratoire bilatérale a pris forme dans le cadre des accords avec l'UE, ce qui a essentiellement conduit à une augmentation de 29,8 % des citoyens de l'UE au Tessin. En 2015, seuls 8,1 % des étrangers résidant au Tessin provenaient de continents autres que l'Europe et la Turquie. En excluant les Amériques, 4,5 % provenaient d'Afrique, d'Asie et d'Océanie (P. 23).

D'une manière plus générale, les chiffres suivants montrent que la Suisse, et plus encore le Tessin, sont démographiquement des territoires d'immigration. En Suisse, un tiers de la population a un passé d'immigré, contre 49 % de la population tessinoise. 11% de la population tessinoise a un passé migratoire indirect, tandis que 38% sont des immigrés au Tessin. Ces données confirment une composition démographique fortement liée à l'immigration (P. 27). En ce qui concerne le niveau d'intégration, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a réalisé une étude quantitative comportant plusieurs dimensions d'analyse. Un niveau d'éducation et de formation plus élevé, la capacité de parler une langue nationale et le fait d'être considéré comme actif sur le marché du travail (employés, apprentis et chômeurs) sont considérés comme positivement proportionnels au niveau d'intégration. Au niveau de l'éducation et de la formation, tant en Suisse qu'au Tessin, les personnes issues de la migration directe sont moins susceptibles d'atteindre des niveaux d'éducation plus élevés (Solcà et Bruno, 2017, P. 28). Cette figure donne une image d'un écart d'intégration entre les immigrés en Suisse/Tessin par rapport aux natifs et aux migrants de deuxième génération (ou plus). En ce qui concerne la connaissance d'une langue nationale, 85,7 % des personnes issues de l'immigration au Tessin parlent une langue nationale, ce qui est supérieur à la moyenne suisse (68,6 %). Quant au taux d'activité, 71,5% des personnes ayant un passé migratoire direct sont actives, une valeur inférieure à la moyenne suisse mais considérée comme élevée par rapport à d'autres pays européens. En outre, l'analyse statistique de l'OFS montre que les personnes issues de la migration vivent dans une zone d'habitation beaucoup plus petite que les autochtones, ce qui indique des conditions de logement moins favorables. Enfin, l'aspect santé n'est pas le moindre. Au Tessin, par rapport au reste de la Suisse, près de 10% de plus de personnes issues de l'immigration

---

<sup>13</sup> Il s'agit des pays d'où provient une grande partie de la main-d'œuvre, notamment les États-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande : États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande. Au départ, il y a eu une ouverture vers l'Europe centrale et orientale (Conseil(s) fédéral(s), 2008 ; Solcà et Bruno, 2017).

estiment ne pas être en bonne santé physique et mentale. Ce phénomène pourrait être lié à la tendance à effectuer des travaux plus lourds et plus dangereux (Giudici, 2013), aux risques de problèmes de santé plus importants chez les femmes migrantes (Solcà, 2013) et aux risques d'accidents liés à l'inactivité au travail (Guggisberg, 2011). En résumé, l'aperçu démographique montre la relation migratoire indissociable de la Suisse et, en particulier, du Tessin. En ce qui concerne l'étude sur l'intégration, il ressort que le passé migratoire d'un résident influence négativement le degré de formation et le niveau subjectif de l'état de santé. Dans la section suivante, je propose une rapide mise en contexte de la politique d'asile suisse. Ces politiques sont, depuis 2008, intégrées dans le système européen, raison pour laquelle le système de Dublin doit être examiné plus en détail.

## **2.2 Les accords de Dublin : caractéristiques et questions critiques**

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, la politique migratoire de la Suisse et du Tessin a varié tout au long du XXe siècle en fonction des contingences historiques, notamment les deux guerres mondiales, la crise pétrolière du milieu des années 70 et les circonstances économiques internes. Après la Seconde Guerre mondiale, la Confédération a connu une ouverture aux étrangers, qui a ensuite été freinée dans les années 1970 par la surchauffe économique et les phénomènes politiques de la droite anti-immigration. C'est ainsi qu'entre les années 1980 et 1990, le modèle des trois cercles a vu le jour. Après la naissance de l'UE, la Suisse a rejoint l'Espace économique européen (EEE) par le biais d'accords bilatéraux, nécessaires pour libéraliser la circulation des biens, des personnes, des services et des capitaux avec les États membres de l'UE. La participation aux accords de Schengen et de Dublin s'est avérée plus compliquée, car elle a été combattue par un référendum promu par la droite anti-européenne, mais n'a pas été approuvée au niveau national (Conseil fédéral(d), 2023). La mise en œuvre complète des Bilatérales II, y compris la coopération en matière de sécurité et la politique d'asile, ouvre la voie à une nouvelle politique migratoire, qui est partiellement analysée dans cette section et reprise dans le chapitre suivant. *4.3 L'application des politiques d'asile en Suisse.* Dans les sections suivantes, cependant, je présente le contexte juridique des accords de Dublin, en citant les sources du droit humanitaire sur lesquelles ils se fondent et les critiques générales formulées par la société civile à l'encontre du système d'asile suisse.

### **Caractéristiques du modèle de Dublin**

La Suisse a adopté une politique de sécurité et d'asile conforme aux accords de Dublin. Sur quels principes ces accords ont-ils été élaborés ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de se plonger dans les sources juridiques du droit humanitaire : la Convention sur les réfugiés de 1951, complétée par les Protocoles de 1967, et la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). L'UE a intégré ces sources dans son cadre juridique avec l'objectif suivant : " assurer un traitement équitable et humain aux demandeurs de protection internationale " (Commission européenne, 2023). En fait, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) indique clairement que le droit international relatif aux droits des réfugiés n'impose pas seulement aux États le devoir d'offrir une protection, mais introduit également l'obligation d'utiliser tous les moyens possibles pour fournir aux réfugiés une protection effective et intégrale (Hathaway, 2005, P. 119-120). La Convention de Genève, initialement adressée aux réfugiés européens, devient universelle dans son contenu avec le Protocole de 1967, étendant les normes de protection à tous les réfugiés (Maani, 2018, P. 93). Cette Convention place comme concept central l'interdiction du *refoulement*, définie comme suit : " Aucun des États contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques " (UNHCR, 2010, P. 30). Ce principe est également interprété sous une forme indirecte appelée *refoulement en chaîne*, une circonstance interdite lorsque "l'État de renvoi aurait dû savoir que l'État de destination pourrait renvoyer l'individu vers un autre État où il risque d'être maltraité" (EASO, 2018, P. 28). Ces principes sont repris dans la CEDH et réitérés dans la directive 2004/83/CE du Conseil, une déclaration qui "reflète le fait que les États membres de l'UE reconnaissent que la Convention de Genève relative au statut des réfugiés constitue la pierre angulaire du cadre juridique international relatif à la protection des réfugiés" (EASO, 2016, P. 14). Il apparaît clairement que le régime d'asile européen commun (CEAS) est fondé sur le droit international des réfugiés ainsi que sur le droit humanitaire européen.

### **Critiques**

Depuis l'entrée en vigueur du système de Dublin, le gouvernement suisse a mis l'accent sur l'efficacité du système d'asile, tant en termes de taux d'accueil par rapport aux anciennes politiques d'asile qu'en termes de coûts. Dans un rapport datant de 2022, déjà mentionné ci-dessus, il indique clairement ce qui suit : "Depuis 2009, la Suisse a remis beaucoup plus de personnes à un autre État Dublin (35 561) qu'elle n'a d'elle-même en reprendre (10 196), en vertu de l'accord de Dublin (SEM(k), P.7). Une analyse de 2018 a montré que pour l'asile, entre 2012 et 2016, des économies de 270 millions de francs par an ont été réalisées par rapport à un scénario sans les accords de Dublin (Conseil fédéral(b), P. 109). Cette efficacité administrative est encore optimisée par la *révision de la loi sur l'asile de 2016*, qui a fait l'objet de nombreuses discussions et qui est entrée en vigueur en 2019. L'approbation de la révision par le peuple a immédiatement suscité

l'enthousiasme autour de la centralisation du système d'asile et, surtout, ce sont les procédures accélérées qui ont suscité l'optimisme quant à la réduction des coûts et de la durée de chaque procédure. Selon les partisans de la révision, la nouvelle réforme aurait créé une mesure de dissuasion pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions et qui ont droit au statut de réfugié, ainsi que des économies allant jusqu'à cent millions de francs par an (Mombelli, 2016). En outre, selon le gouvernement fédéral et certaines organisations humanitaires, dont Amnesty International, la réforme aurait permis d'éviter les longs délais d'attente dans les centres d'accueil, ainsi qu'une meilleure protection juridique et une information correcte sur les droits et obligations de chacun grâce à une représentation juridique gratuite. Le comité référendaire opposé à la réforme a adopté un point de vue différent, jugeant la réforme comme "un durcissement dramatique du droit d'asile qui met la vie des réfugiés encore plus en danger" (Mombelli, 2016). Données à l'appui, le SEM estime que "la mise en œuvre des nouvelles procédures d'asile accélérées fonctionne bien" avec des économies en 2019 de 30 millions de francs suisses (SEM(m)). En général, à partir de 2019, il y a des optimisations logistiques, des économies administratives, moins de recours de la part des demandeurs et moins de recours acceptés par le TAF (SEM(f)).

Malgré ces prémisses, on ne compte plus les avis issus d'enquêtes indépendantes et de diverses associations humanitaires qui critiquent la politique d'asile suisse tant sur le plan du respect des accords de Dublin que sur celui des conséquences sur la santé des RA. Une enquête du SRF de 2019 compare le taux de recours acceptés par le TAF entre 2007 et 2018 avec le taux constaté l'année suivant l'introduction des procédures accélérées. Au vu du fait que le taux s'élevait à 4,8 % dans le premier intervalle, alors qu'il augmentait à 16,8 % par la suite, la directrice générale de l'association Juristes Démocrates de Suisse (JDS), Melanie Aebli, émet l'hypothèse que l'augmentation des recours acceptés est due aux délais courts, qui augmentent les taux d'erreur. Face à la perspective de délais de plus en plus courts, elle affirme que "das Asylverfahren wurde wohl effizienter, aber die Frage ist auf Kosten von wem [?]", faisant allusion à une dégradation de la qualité de l'évaluation des demandes en échange d'une simple efficacité administrative (Aronsky, 2019). En 2022, le SRF mène une enquête qui montre comment la Suisse a laissé transiter plusieurs centaines de migrants, principalement des Afghans, de l'Autriche vers la France sans appliquer l'accord de Dublin (SRF, 2022). Selon Etienne Piguet, alors vice-président de la Commission fédérale des migrations, le fait "est problématique même s'il est compréhensible" car "les personnes [les migrants] ne veulent pas rester dans le pays et les autorités ne veulent pas non plus qu'elles y restent. [Il n'en reste pas moins qu'en les laissant simplement transiter, la Suisse viole les accords de Dublin". Par ailleurs, le professeur de géographie à l'Université de Neuchâtel estime qu'il faut plus de solidarité entre les Etats européens à travers une coopération commune dans la gestion des migrations, admettant que cela "doit passer par une réforme des accords de Dublin qui, pour

l'instant, ne sont pas satisfaisants" (Romy, 2022). Le non-respect des devoirs dans le cadre juridique européen est également apparu fortement entre 2012 et 2015, période durant laquelle la Suisse s'est distinguée en étant le pays Dublin qui a le plus demandé des transferts de migrants non pré-enregistrés vers d'autres pays Dublin. Cette stratégie, légale dans sa forme, est jugée par Etienne Piguet comme emblématique du "manque de solidarité entre les pays européens" (Summermatter et Nguyen, 2017). Entre 2009 et 2014, la Suisse est le pays qui a transféré le plus de RA que tout autre État Dublin, notamment en direction de l'Italie (Summermatter et Nguyen, 2016). Ce record fait de la Suisse l'État le plus strict dans l'application du règlement de Dublin à l'époque, ce qui a également eu un effet dissuasif dans les années qui ont suivi. Comme l'a indiqué Mario Gattiker, alors secrétaire du SEM, "les migrants savent que la Suisse applique les accords de Dublin et les renvoie de manière importante" et, de manière convexe, "si la Suisse faisait [par le passé] partie des pays les plus appréciés par les requérants d'asile, elle est aujourd'hui considérée par beaucoup comme un pays de transit pour atteindre le nord de l'Europe" (Summermatter et Nguyen, 2017).

La rigidité de la Suisse en matière de politique d'asile et les procédures accélérées ont été fortement critiquées par diverses associations humanitaires. En 2020, Amnesty International, l'une des associations qui s'était légèrement prononcée en faveur de la réforme de 2016, la jugeant comme "le moindre des maux" (Amnesty, 2016, P. 7), a vivement critiqué le SEM. Selon leur rapport, "Le SEM adopte un régime strict, fortement axé sur le contrôle et la sécurité, dans les centres d'asile fédéraux. Les habitants ont peu de marge de manœuvre pour organiser leur vie quotidienne de manière autonome". Les problèmes au sein des centres fédéraux s'ajoutent aux mauvais traitements enregistrés par les services de sécurité. En outre, Amnesty accuse le SEM de mener des procédures trop courtes, mettant trop de pression sur toutes les parties. Dans le traitement des demandes, il est souligné qu'il n'existe toujours pas de critères fiables et objectifs pour "la reconnaissance systématique et proactive des vulnérabilités spécifiques (traumatismes, problèmes médicaux, réfugiés LGBTI, etc.) La plainte concernant l'impossibilité de rencontrer des médecins dans certains centres fédéraux est particulièrement grave. Dans le cadre de procédures courtes, l'impossibilité de certifier pleinement l'état de santé constitue, selon Amnesty, une violation du droit d'asile, puisqu'il s'agit d'une information potentiellement décisive pour les décisions relatives aux demandes d'asile. L'experte en droits de l'homme d'Amnesty, Alicia Giraudel, met en garde contre la centralisation des procédures en un seul endroit. Plus précisément, "les contraintes de temps dans une procédure étroitement chronométrée favorisent la standardisation des procédures et la routine. L'approche consistant à réunir tous les acteurs sous un même toit pour des raisons d'efficacité signifie qu'avec le temps, ils se connaissent mieux et pourraient être perçus par les requérants d'asile comme une autorité unique". Virginie Guiraudon, directrice de recherche au Centre d'études européennes et de politique comparée de la Faculté de sciences politiques de Paris,

partage ce point de vue et estime que les procédures accélérées peuvent avoir des effets "pervers". La brièveté des délais de traitement des demandes oblige les demandeurs "à standardiser leur histoire pour répondre aux attentes des fonctionnaires qui examinent les demandes", tandis que les fonctionnaires "utilisent des raccourcis pour déterminer si une personne relève ou non d'une casuistique". Pour ces raisons, la réduction du temps implique des problèmes importants (Vuilleumier, 2020). Selon Amnesty, l'ouverture des centres à la société civile et aux groupes critiques pourrait servir de tampon contre l'effet de "standardisation". Plus généralement, Amnesty considère que la Suisse est trop rigide dans l'application du système Dublin et qu'elle est complice de conditions de vie insupportables pour les requérants (Amnesty, 2020). Des voix critiques émanent également de l'association francophone Vivre Ensemble qui, en 2018, exprime son inquiétude face à la nouvelle loi sur l'asile. La crainte est celle de la mise en place "d'un dispositif sécuritaire et déshumanisant" (Vivre Ensemble(a)). Le Conseil européen pour les réfugiés et les exilés (ECRE), dans l'un de ses rapports annuels examinant la mise en œuvre des politiques d'asile de chaque Etat Dublin, relève de graves lacunes en matière de protection de la santé mentale des RA en Suisse, notamment un manque de spécialistes, des ressources insuffisantes et une absence de prévention du suicide (Aida, 2022, P.133 et P.142). Dans le même ordre d'idées, l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), une association qui compte 11 ONG membres, dont Amnesty, Soccorso Operaio Svizzero et Caritas, a exhorté la Suisse à fournir un soutien psychiatrique et psychologique non seulement pour les cas d'urgence, mais surtout à prendre en charge les RA souffrant de détresse mentale afin de prévenir la chronicité et les effets à long terme (OSAR, 2021, P. 12). Outre les ONG et les associations, plusieurs responsables politiques ont exprimé des doutes et des réticences. Fin 2022, la députée du groupe des Verts de l'époque, Lisa Mazzone, a déposé une interpellation très critique auprès du Conseil des Etats. L'actuelle présidente des Verts suisses met en avant les responsabilités du SEM dans l'affaire du jeune Afghan de 18 ans qui s'est suicidé après avoir été transféré en Grèce, pays où il a subi de graves sévices (Mazzone, 2022).

En ce qui concerne la littérature, plusieurs auteurs soulignent les critiques du système de Dublin. De manière générale, Dublin est mis en cause pour son incapacité à créer une solidarité entre les pays de l'UE en raison du mécanisme d'allocation, soulignant l'absence d'une approche collective avec des quotas capables d'éviter les situations de surcharge (Langford, 2013 ; Maani, 2018). À ces critiques s'en ajoutent d'autres plus révélatrices pour cette recherche. Garcés-Mascareñas (2015) critique le système de Dublin parce qu'il ne prend pas en compte le pays vers lequel le requérant d'asile préférerait aller, ignorant des aspects importants des préférences personnelles. Par exemple, les connaissances et/ou les préférences linguistiques, la présence d'amis ou d'une communauté sociale, et les préférences d'un pays par rapport à un autre en ce qui concerne les possibilités d'emploi ne sont pas prises en compte (Garcés-Mascareñas, 2015, P. 135). Plus grave encore est la

dernière critique concernant le risque élevé de ne pas garantir les droits des requérants d'asile, qui se retrouvent souvent en détention pendant des mois, voire des années, dans l'attente d'un transfert contre leur volonté (Garcés-Mascareñas, 2015, P. 136).

Une grande partie des critiques formulées à l'encontre de la Suisse et de l'application du système d'asile concerne les mauvaises conditions de vie des RA pendant les procédures d'asile. Dans la section suivante, je décris la méthodologie par laquelle j'étudie l'hypothèse selon laquelle la santé mentale des RA est exacerbée par le système d'asile.

### 3. Méthodologie

L'objectif de cette recherche est triple : a) explorer qualitativement le fonctionnement de la prise en charge psychologique des RA au Tessin et comparer la situation actuelle avec ce qui est connu de la littérature ; b) explorer les barrières et les obstacles liés à la prise en charge sanitaire ; c) comprendre l'impact de la politique d'asile sur la santé mentale des RA du point de vue des spécialistes du domaine. En ce qui concerne les barrières liées à la santé, plusieurs études quantitatives ont été menées en Suisse, alors que pour les barrières liées à la politique d'asile, il existe peu d'études. Je propose donc une méthode qualitative pour explorer les deux sujets en profondeur en interrogeant plusieurs spécialistes de la santé mentale ayant de l'expérience dans les institutions de prise en charge des RA au Tessin. En général, en suivant les conseils méthodologiques de Brodtkin (2008), Hermanowicz (2002) et Luborsky (1994), on tentera de saisir les perceptions des spécialistes par rapport aux politiques publiques et aux institutions dans lesquelles ils sont impliqués, en explorant comment les politiques susmentionnées influencent la santé mentale des RA au Tessin. L'approche qualitative de cette recherche implique des entretiens semi-structurés organisés en catégories dans l'ordre des questions (consultables sur : *Grille de questions*), puis analysés de manière thématique. Avec plus de ressources disponibles, comme dans le cas d'un travail de doctorat, il aurait été pertinent de compléter les entretiens par une étude ethnographique à long terme, qui aurait permis d'enregistrer sur le terrain la manière dont les soins aux RA sont fournis.

Dans cette recherche, il a été décidé de définir les répondants comme étant des femmes afin de réduire la reconnaissabilité des personnes interrogées. L'échantillon n'a pas de biais de genre et compte un équilibre entre les deux sexes.

Dans le cadre de cette recherche, cinq spécialistes de la santé mentale ont été interrogés, tous employés au sein de l'Organisation Socio-psychiatrique Cantonale (OSC), c'est-à-dire " l'organisme public du canton du Tessin qui regroupe toutes les structures hospitalières et ambulatoires publiques destinées à la prise en charge des patients psychiatriques " (DSP(a), 2024).

Concrètement, il s'agit de deux psychiatres, d'un psychologue, d'un assistant social spécialisé dans la migration et d'un infirmier psychiatrique à la retraite. Afin de faciliter la lecture, les abréviations suivantes sont utilisées : psychiatre 1 (PS1), psychiatre 2 (PS2), psychologue (PSG), assistant social (AS) et infirmier psychiatrique (IP). L'une des deux psychiatres (PS1) travaille pour les services psychosociaux (SPS) de la section Sottoceneri (Lugano et Chiasso). Entre 2014 et 2020, elle a travaillé à la Clinique psychiatrique cantonale (CPC) et, à partir de 2020, elle joue un rôle de cadre au sein du SPS. La psychologue-psychothérapeute (PSG) travaille au CPC depuis 2021 et au SPS depuis 2023. Spécialisée dans l'identité de genre, elle a traité de nombreux cas de RA et a souvent travaillé dans des services dédiés. L'autre médecin-psychiatre (PS2) a acquis une expérience dans le domaine psychiatrique à l'étranger de 2006 à 2013, puis est devenu chef de clinique de la section Sopraceneri du CPC, qui comprend le service de RA aiguë. L'assistante sociale (AS) a travaillé pour la Croix-Rouge du Tessin (CRT) de 2017 à 2019, après quoi elle a été engagée au CPC. À la CRT, elle a travaillé dans deux centres d'accueil différents pour les RA et au CPC, elle s'occupe également de leurs dossiers. La dernière personne interrogée est une infirmière psychiatrique (IP) qui a pris sa retraite en 2017. IP est spécialisée en psychiatrie et en psychologie et a trente-sept ans d'expérience au CPC, entrecoupés d'une période en tant que formatrice socio-éducative. IP est également cofondateur de Mendrisiotto Regione Aperta (MRA), une association engagée dans l'accueil et l'intégration des RA depuis 2023. Les personnes interrogées ont été sélectionnées selon les critères de l'expérience avec les RA et de l'institution pour laquelle elles travaillaient, en donnant la priorité à celles qui travaillent au sein du réseau régional de prise en charge des RA (*Schéma 2*), c'est-à-dire les SPS et ceux qui ont travaillé dans le département RA du CPC.

En pratique, j'ai recueilli des informations sur la prise en charge des RA par le biais de connaissances personnelles, de documentation et de professionnels. C'est ainsi que j'ai appris l'existence des services psychosociaux (SPS) qui, depuis 2020, jouent un rôle très important dans la prise en charge psychologique ambulatoire des RA au Tessin. Avant de les contacter directement, j'ai envoyé des courriels aux directions dont ils dépendent. Malheureusement, malgré plusieurs rappels, l'administration du CPC n'a jamais initié de collaboration formelle. Dans ce cas, j'ai donc choisi de contacter personnellement deux de ses employés qui ont accepté librement d'être interviewés. En ce qui concerne les travailleurs du SPS, j'ai organisé les entretiens par le biais de demandes formalisées au secrétariat. Comme l'illustre le *Schéma 2* l'idéal aurait été d'interviewer non seulement le personnel du CPC et des SPS, mais aussi celui de la Croix-Rouge tessinoise (CRT), qui emploie dans son "service d'écoute" des professionnels de la santé mentale spécialisés dans le domaine des migrants. Malgré les contacts initiés en mars 2024, il n'a pas été possible d'organiser des entretiens avec les personnes contactées en raison de problèmes bureaucratiques non spécifiés. Heureusement, l'une des personnes interrogées (AS) a deux ans d'expérience en CRT,

ce qui compense en partie ce manque. Au total, cinq spécialistes de la santé mentale sur les dix contactés ont accepté d'être interviewés.

Les entretiens ont été menés entre avril et juin 2024 directement dans les bureaux des participants, sauf dans deux cas où des lieux privés ont été préférés. En moyenne, chaque session a duré une heure et vingt-et-une minute et a été enregistrée avec autorisation. Avant les entretiens, les candidats ont reçu un formulaire de consensus basé sur les principes éthiques et scientifiques de l'Université de Genève (Unige, 2024).

La méthode repose sur des entretiens semi-structurés, considérés comme un bon moyen d'obtenir des informations sur les perceptions des sujets au sein de la structure institutionnelle complexe dans laquelle ils travaillent. Comme l'indique Hermanowicz (2002), l'entretien semi-structuré permet à l'enquêteur "d'être plus proche que beaucoup d'autres méthodes d'une compréhension intime des personnes et de leurs mondes sociaux" (P. 480).

En ce qui concerne la conduite des entretiens, on s'est efforcé de couvrir tous les thèmes de la grille de questions (*Grille de questions*), en permettant à chaque personne interrogée de s'exprimer sans restriction majeure. Des discussions fluides ont eu lieu, au cours desquelles toutes les personnes interrogées ont pu aborder les différents sujets. L'approche semi-structurée a été respectée grâce à des liens d'un sujet à l'autre, sur la base des questions évoquées par les réponses reçues. A quelques reprises, j'ai eu l'impression de "tronquer" la discussion, surtout lorsque celle-ci risquait d'entrer trop loin dans le domaine clinique. Pour y remédier, j'avais toutefois précisé que la recherche n'était ni médicale ni clinique, mais qu'elle s'inscrivait dans le domaine des sciences sociales. Tous les entretiens se sont déroulés dans une atmosphère informelle grâce, vraisemblablement, à une approche inspirée de *la stratégie de l'appel à l'altruisme*, qui consiste à faire percevoir à l'interviewé le besoin de son aide et de ses connaissances (Hermanowicz, 2002, P. 486-487). Personnellement, au début de chaque entretien, j'ai appliqué cette approche, en expliquant clairement les limites de ma compréhension des questions exposées et en essayant ensuite d'obtenir leur plein engagement et leur dévouement pour donner des réponses complètes. Cette responsabilisation sur un ton amical a probablement orienté les entretiens dans une direction positive. J'ai remarqué une grande ouverture d'esprit de la part de toutes les personnes interrogées sur tous les sujets proposés et une bonne volonté pour atteindre les objectifs de l'entretien que j'avais fixés.

Des stratégies inspirées d'Hermanowicz (2002) ont été utilisées pour gérer et planifier l'entretien. En général, selon l'auteur, un entretien bien mené doit permettre de saisir la profondeur et le détail des opinions de la personne interrogée, et non de se contenter de réponses simples (P. 481). Un élément clé est d'éviter une conversation *mécanique* afin de pouvoir suivre les questions et sous-questions, mais aussi de pouvoir demander des clarifications. Pour ce faire, il faut intégrer la capacité à converser et la capacité à écouter. Plus précisément, il faut être capable d'écouter les

réponses et de donner ainsi une continuité aux conversations elles-mêmes. Étant donné les sujets complexes de l'entretien, le concept de l'*interrogation* silencieuse est important, c'est-à-dire qu'il faut laisser du temps pour une réponse en restant silencieux jusqu'à ce que l'interlocuteur réponde (Hermanowicz, 2002, P. 485-486). Néanmoins, il faut rester persistant et aborder les questions les plus gênantes et les plus importantes en les reformulant, créant ainsi une véritable relation d'intérêt. Pour ce faire, il est utile de faire appel à l'altruisme des autres. Cette stratégie implique que l'enquêteur joue le rôle de l'innocent et devienne un *étranger* dans la vie de la personne interrogée. D'autres stratégies sont utilisées : durée de l'entretien entre 60 et 90 minutes ; questions compréhensibles avec un vocabulaire approprié ; séquence de questions organisée de manière cohérente ; nécessité d'un équilibre dans l'intensité des questions ; franchise et préservation de l'intégrité de la personne interrogée ; respect et, enfin, attention sans se laisser emporter par l'émotivité (Hermanowicz, 2002, P. 486-496).

En ce qui concerne les questions, selon Hermanowicz, elles ne doivent pas être vagues et si les réponses sont généralistes, elles doivent être contrebalancées par d'autres questions qui vont plus loin que la réponse. Pour faciliter l'analyse ultérieure, les questions doivent être formulées dans des catégories qui permettent de retrouver facilement les différents thèmes. En synergie avec cela, il est également important de reconnaître le sens que les personnes interrogées donnent à leurs réponses en déchiffrant l'accent et les expressions non verbales de la personne interrogée (Hermanowicz, 2002, P. 490). Comme on peut le voir dans la *Grille de questions*, les questions ont été structurées en quatre macro-thèmes à travers des questions spécifiques : a) le travail avec les requérants d'asile b) les politiques d'asile et de santé c) la perception du climat politique au Tessin et d) les croyances personnelles et l'éthique. L'ordre des questions s'est avéré approprié, car le fait de laisser les questions plus personnelles et intimes jusqu'à la fin a permis aux personnes interrogées de se familiariser avec la discussion et, d'une certaine manière, d'établir une confiance suffisante pour s'exprimer plus intimement. En général, j'ai maintenu un contact visuel constant avec les personnes interrogées pendant les entretiens, en prenant des notes très sporadiques afin que les personnes interrogées se sentent à l'aise.

En ce qui concerne l'analyse des réponses, j'ai utilisé la technique de *Luborsky*, qui traite de l'analyse thématique. Elle est conçue pour les entretiens semi-structurés et vise à représenter les perceptions, les croyances et les expériences des personnes interrogées. D'un point de vue procédural, j'ai procédé à une double relecture des entretiens, en les identifiant dans des domaines thématiques préconstruits (Luborsky, 1994). En pratique, j'ai utilisé un code couleur pour identifier et regrouper les thèmes dans chaque transcription. J'ai ensuite comparé les réponses de chaque personne interrogée pour chaque sous-catégorie et je les ai transcrites dans un ordre cohérent avec les quatre macro-thèmes, comme indiqué dans l'*Analyse de l'entretien approfondi*.

Le travail de cette recherche s'est également basé sur l'observation involontaire, sur le terrain, avant cette recherche, de réunions informelles et d'événements publics.

De février à mai 2023, j'ai eu l'occasion de fréquenter le CPC de Mendrisio et d'observer sa dynamique interne. Pour des raisons familiales, je me suis occupée d'une personne admise dans l'un des services où les RA sont également logés. Le hasard a voulu que le colocataire de mon proche soit un requérant d'asile admis pour une tentative de suicide, avec lequel j'ai noué une amitié qui dure encore aujourd'hui. Cette expérience a non seulement inspiré ce *mémoire*, mais elle a également permis des observations intéressantes sur la manière dont on travaille dans une clinique psychiatrique et sur la manière dont un requérant d'asile est traité. En outre, ces connaissances constituent encore aujourd'hui une source d'information importante sur le fonctionnement de la politique d'asile au Tessin.

En avril 2024, j'ai participé à un événement public au cours duquel a été projeté *Die Anhörung*, un film documentaire réalisé par Lisa Gerig<sup>14</sup>, dans lequel quatre audiences mises en scène sont simulées par de vrais requérants d'asile et travailleurs du SEM. Outre le sujet du documentaire, il était utile d'enregistrer le débat qui a suivi, au cours duquel l'un des RA protagonistes (qui a séjourné au CFA de Chiasso avant d'être transféré à Zurich) et un haut fonctionnaire du SEM de Chiasso étaient présents et ont discuté de la manière dont les audiences sont menées et des conditions de vie des RA au Tessin.

En mai 2024, j'ai eu l'occasion de rencontrer un collaborateur du SEM qui s'est mis à ma disposition pour m'expliquer les buts et les modalités de déroulement des audiences au CFA de Chiasso et, de manière générale, le fonctionnement du système d'asile. Parallèlement, j'ai pris contact de manière informelle avec un psychologue indépendant qui m'a fourni des informations sur le fonctionnement du modèle de prescription, qui est abordé plus en détail dans le chapitre 4.2 *Couverture de l'assurance maladie et accessibilité des soins psychothérapeutiques*.

Enfin, en juin 2024, j'ai participé à une visite guidée du CFA de Balerna, récemment ouvert en remplacement du précédent CFA. Cette visite était organisée exclusivement pour les membres et sympathisants du groupe Mendrisiotto Regione Aperta et, à cette occasion, les personnes présentes ont pu poser des questions aux hauts responsables de la SEM. Comme le montre l'annexe 2, *Visite guidée du CFA*, j'ai noté diverses informations sur les règles, la structure et l'école de pensée du CFA, en me basant sur les expressions utilisées par les fonctionnaires eux-mêmes.

---

<sup>14</sup> Die Anhörung, Lisa Gerig, Suisse, 2023.

## 4. Prise en charge des requérants d’asile au Tessin

Le canton du Tessin est une étude de cas intéressante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en 2023, le Tessin représentait 10,8 % du nombre total de demandes d'asile en Suisse. De plus, le canton italophone est le neuvième en termes de nombre de procédures actives en 2023, plus de 4 700 en incluant les statuts de protection S réservés aux Ukrainiens (SEM(1), 2024 ; Ticino News). En outre, en tant que territoire voisin de l'Italie, le Tessin se trouve sur la route de l'un des flux migratoires les plus intenses du continent européen, causé par un récent déplacement de la route des Balkans vers l'Italie et ses frontières septentrionales (Travaini, 2024).

Le cas du Tessin est également intéressant car, comme nous le verrons plus loin, il s'agit de l'un des cantons les plus restrictifs en termes de préférences en matière de politique migratoire.

Dans les paragraphes suivants, j'aborderai les questions liées à la santé mentale des requérants d'asile, en particulier le système régional RA, le fonctionnement du système Dublin en Suisse et au Tessin, l'application du système Dublin en Suisse et au Tessin et, enfin, le contexte politique tessinois sur la question de l'immigration.

### 4.1 Le réseau territorial de soins au Tessin

Comme indiqué dans le chapitre sur la *Méthodologie*, les personnes interrogées travaillent pour l'Organisation Sociopsychiatrique Cantonale (OSC). PS1<sup>15</sup> et PSG travaillent pour le Service Psycho-Social (SPS) tandis que PS2 et IP sont ou ont été employés à la Clinique Psychiatrique Cantonale (CPC). IP a travaillé de 1980 à 2017 et est maintenant à la retraite et fait partie de Mendrisiotto Regione Aperta (MRA), une association régionale qui promeut l'intégration des requérants d'asile. L'assistante sociale (AS) a travaillé pour Croce Rossa Ticino (CRT) de 2017 à 2019, après quoi elle a été engagée au CPC.

Grâce aux témoignages et à la documentation recueillie, il est possible de visualiser le fonctionnement de la prise en charge des RA au Tessin. D'une manière générale, comme l'illustre *le Schéma 2*, lorsqu'un requérant d'asile entre dans la procédure d'asile au Tessin, il est hébergé dans l'un des centres fédéraux d'asile (CFA). A la fin de la procédure, si le requérant est attribué au Tessin, alors la responsabilité devient cantonale et deux phases d'intégration commencent (DSS, 2024). Pour cette phase de la procédure d'asile, sur mandat cantonal, la Croce Rossa Ticino (CRT) est en charge du processus d'intégration du requérant, offrant un hébergement dans un centre collectif et un éventail de possibilités, dont un service d'écoute psychologique (Croix-Rouge suisse,

<sup>15</sup> Psychiatre 1 (PS1), psychiatre 2 (PS2), psychologue (PSG), assistant social (AS) et infirmier psychiatrique (IP).

2024). A la fin de cette première phase d'intégration, une autre suit, où Soccorso Operaio Svizzero (SOS) place les RA dans des appartements et assure la continuité de l'intégration (SOS, 2024).

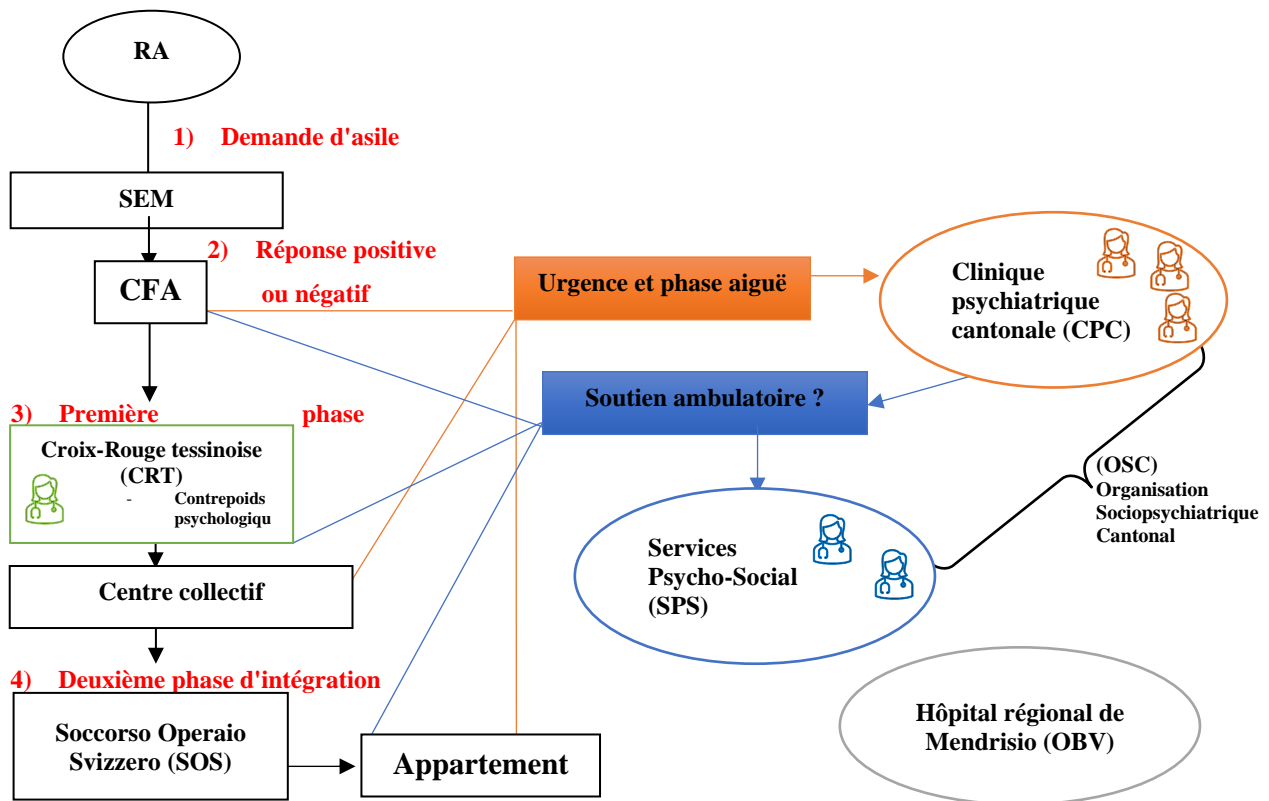
Le réseau est étendu à l'ensemble du territoire et fait interagir différentes entités : la clinique psychiatrique cantonale, les services psychosociaux, la Croix-Rouge tessinoise et Soccorso Operaio Svizzero. Comme le rapporte PS1, cette étroite collaboration a été définitivement consacrée en 2020 à Chiasso après la création d'un protocole pharmacologique commun à toutes les entités "pour que tout le monde fasse exactement la même chose et qu'il n'y ait pas de différences de prescription".

En général, sur prescription de son médecin référent, un requérant d'asile peut, à tous les stades, accéder aux SPS pour des thérapies psychologiques. Dans les cas où un RA se trouve dans la première phase d'intégration, ce sont les travailleurs de la CRT qui conseillent aux demandeurs de se rendre au SPS. En cas de problèmes psychologiques aigus, tels que des tentatives de suicide, les RA sont admis au CPC. Une fois l'hospitalisation terminée, la poursuite de la thérapie est confiée au SPS après la sortie.

La clinique psychiatrique cantonale de Mendrisio s'occupe des cas aigus, c'est-à-dire des cas d'urgence pour lesquels une admission est nécessaire. Lorsqu'un RA sort de la clinique psychiatrique, les assistants sociaux font le lien avec d'autres agences, principalement le SEM, le CRT et le SPS. Au sein de la clinique, le travailleur social interrogé explique qu'il existe un service dédié exclusivement aux requérants d'asile, même s'"il n'est souvent pas possible d'être fidèle à la compétence du service pour des raisons de nécessité et de surnuméraire".

Les services psychosociaux offrent des services ambulatoires dans des centres multidisciplinaires avec des spécialistes dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie, des soins infirmiers et du travail social (DSP(b), 2024). Comme l'explique PS1, les SPS sont présents à Chiasso, Lugano, Bellinzona et Biasca. A l'origine, ces centres ne prévoyaient pas de prise en charge ambulatoire de la RA jusqu'à ce que, suite à une série de consultations liées à la création de protocoles médicamenteux entre les institutions, une collaboration étroite débute en 2020 (DSS-OSC, 2023). L'idéal serait qu'un jour par semaine dans les CFA de Chiasso et de Balerna, il y ait des intervenants du SPS qui puissent rendre visite aux RA dans un espace aménagé par le SEM. Cet espace, comme le reconnaît PS1, s'est avéré inadapté. Il a donc été décidé que les RA se rendraient directement au centre ambulatoire de Chiasso en attendant l'ouverture du nouveau CFA de Balerna (*Visite guidée du CFA*). En outre, à partir de 2023, pour certains cas urgents, le CFA pourra s'appuyer sur les SPS, un changement destiné à alléger la charge de travail du service des urgences de l'hôpital régional de Mendrisio (OBV) et à garantir un examen rapide. Bien entendu, les SPS offrent un service ambulatoire, garantissant une thérapie psychologique et médicamenteuse sur prescription médicale. Le PSG rapporte également que les RA référés au SPS proviennent de trois cas spécifiques : "Ils

sont souvent référés par le service d'écoute de la Croix-Rouge. Leurs psychologues, qui ont estimé que les demandeurs avaient besoin d'un conseil plus régulier et plus approfondi, les orientent vers notre centre de contact et nous commençons à les conseiller. Parfois, les requérants d'asile sont envoyés par des médecins généralistes qui soupçonnent un problème lié à l'anxiété ou à l'expérience émotionnelle. La troisième possibilité est qu'ils arrivent à la fin d'une admission au CPC".



### Schéma 2

*Schéma simplifié du réseau territorial autour de la prise en charge d'un requérant d'asile au Tessin. Les icônes des médecins illustrent les lieux où les personnes interrogées travaillent ou ont travaillé.*

Le Schéma 2 résume à la fois le parcours procédural des RA et le réseau de soins dans les cas de maladie mentale. Comme le souligne le chapitre *Méthodologie* cette recherche manque d'un entretien avec un spécialiste de la santé mentale ayant une longue expérience de travail au sein des services d'assistance psychologique de la Croix-Rouge tessinoise.

Dans le sous-chapitre suivant, je décrirai le fonctionnement de l'assurance maladie pour les requérants d'asile, puis je contextualiserai l'application de la politique d'asile en Suisse et au Tessin.

## 4.2 Couverture de l'assurance maladie et accessibilité des soins psychothérapeutiques

En ce qui concerne la couverture de l'assurance maladie, l'assurance maladie obligatoire en Suisse et au Tessin garantit aux réfugiés et aux RA des soins médicaux et des médicaments. En fait, un groupe d'experts juridiques délégués par l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) a analysé la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en 2021, statuant que "chaque requérant d'asile a une assurance maladie", et plus spécifiquement que cette couverture implique pleinement "un traitement psychologique ou psychiatrique" (OSAR, 2021, P. 101). Il ressort de la LAMal que les frais de santé sont couverts par le système social du canton dans lequel le requérant d'asile est assigné et que, depuis 2011, la couverture est également étendue aux demandeurs qui n'ont pas obtenu l'asile (LAMal, 832.10). Sur le plan pratique, dans les centres d'accueil fédéraux, les nouveaux arrivants sont soumis à un autocontrôle médical électronique visant à détecter et à prévenir les maladies infectieuses. Selon le rapport susmentionné, ce système ne se concentre que sur les cas urgents liés au risque d'épidémie (SRC, 2021, P. 101). Tout au long de la procédure d'asile, le réfugié peut demander une visite médicale auprès du personnel du centre, qui peut déboucher sur un examen spécialisé si nécessaire. Selon le SRC, le principal problème lié à la question de la santé mentale est l'absence de dépistage psychologique à l'arrivée dans les centres d'accueil et de service de suivi. Seuls les cas les plus graves reçoivent une attention médicale, ce qui entre en conflit, par exemple, avec les mesures de prévention du suicide (SRC, 2021, P. 102). En ce qui concerne l'utilisation par les RA du système de traitement psychologique et/ou psychiatrique, il n'existe qu'une seule étude datant de 2010 qui montre le coût du traitement des troubles mentaux. Les résultats de cette recherche montrent que les RA vont plus souvent chez le médecin que la population résidente et qu'ils encourent presque le double des coûts de santé (Maier et al., 2010, P. 5). Plus en détail, en se rappelant que les chiffres doivent être replacés dans le contexte de 2010, la population résidente a déboursé en moyenne 1366 CHF par personne, tandis que pour les RA, ce chiffre s'élevait en moyenne à 2445 CHF, soit environ 1,8 fois plus et avec des coûts beaucoup plus élevés pour les réfugiés traités pour des troubles mentaux (P. 3-4).

En ce qui concerne l'accessibilité des thérapies psychologiques, le fonctionnement du système de procuration doit être mentionné comme un obstacle possible. Dans ce système, les séances de psychothérapie sont garanties sous réserve de la prescription d'un psychiatre. Ce système exclut donc de la couverture d'assurance les personnes qui souhaitent suivre des psychothérapies indépendantes, car elles auraient besoin d'une assurance privée (Kiselev et al., 2020, P. 2). Dans la pratique, ce système empêche l'accès à certains des 15 000 psychologues suisses pour les RA (Rubo

et al., 2020). Bien qu'aucune donnée ne puisse être trouvée sur le nombre de psychologues indépendants exerçant actuellement en Suisse, on peut le déduire d'une enquête structurée sur la psychothérapie psychologique menée par la Fédération des psychologues suisses (FSP) (Stettler et al., 2012). En 2012, environ 34 % des psychologues étaient indépendants, contre 31 % de psychologues travaillant sur une base déléguée, tandis que les 36 % restants travaillaient dans des structures institutionnalisées (Stettler et al., 2012, P. 28). En 2012, sur le nombre total de consultations fournies en Suisse, un tiers l'a été par des indépendants et un autre tiers par des délégués (Stettler et al., P. 32). L'offre de psychologues pour les RA et les réfugiés est donc fortement réduite par le système de délégation. En outre, il apparaît que le temps d'attente pour être reçu par un psychologue indépendant est presque 20 % plus court que pour les thérapeutes délégués, soit environ six jours de moins (Stettler et al., 2012, P. 35). Ces données exacerbent les conséquences du système de procuration sur l'accessibilité des services de traitement psychothérapeutique pour les requérants d'asile, entraînant également des délais d'attente plus longs. Depuis juillet 2022, le système de délégation a été modifié. En effet, l'accès aux thérapies par des professionnels indépendants a été simplifié et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les 30 premières séances sur prescription du médecin de famille. A l'heure actuelle, on ne sait pas si la nouvelle législation élargit l'accès aux psychothérapeutes indépendants pour les requérants d'asile. Cette question sera posée lors des entretiens afin de comprendre les nouveaux développements (OFSP(c)). Comme cela a été approfondi dans la *Revue de la littérature*, 'un des principaux obstacles aux thérapies psychologiques est la différence de langue, qui entraîne des problèmes de communication et des diagnostics erronés. La nécessité de recourir à des interprètes linguistiques et culturels est largement documentée et demandée, mais actuellement l'assurance maladie ne couvre pas ce service (Kluge et al., 2017 ; Müller et al., 2018 ; Schick And Schnyder, 2017). En résumé, le système d'assurance suisse permet aux requérants d'asile d'accéder aux soins de santé, mais avec des limites. Le problème critique le plus important réside dans l'exclusion des interprètes linguistiques spécialisés de la couverture d'assurance.

### 4.3 L'application des politiques d'asile en Suisse

Après avoir souligné les spécificités de la prise en charge des RA dans le système de santé tessinois, une description de la manière dont les politiques d'asile sont appliquées en Suisse, et inversement au Tessin, est développée dans la section suivante, en s'inspirant du système de Dublin.

Les procédures actuelles ont été réorganisées depuis 2019 suite à la nouvelle loi sur l'asile, qui introduit la procédure accélérée, l'attribution des RA dans les centres fédéraux d'asile (CFA) et non plus cantonaux, et le droit à une représentation juridique gratuite pour les requérants (Vuilleumier, 2019). La procédure se déroule selon les étapes suivantes, issues des documents d'information du SEM (SEM(a), 2018) :

- 1) La première étape est la phase préparatoire. Dès qu'une demande d'asile est introduite, le demandeur se voit attribuer un CFA parmi les six régions disponibles. Dans un délai de 21 jours, des procédures de collecte d'informations sont mises en œuvre, au cours desquelles une assistance juridique est fournie pour expliquer la procédure au demandeur, et des experts sont appelés à analyser les documents personnels.
- 2) S'il apparaît au cours de la phase préparatoire que le requérant a déjà déposé une demande d'asile dans un État Dublin, une "procédure Dublin" est ouverte. Une fois cette procédure ouverte, la Suisse et l'État d'accueil doivent organiser le transfert de manière bilatérale dans un délai de 140 jours, tandis que le requérant reste dans le CFA. En cas de goulets d'étranglement, les procédures visées aux points 3) ou 4) sont ouvertes. Les valeurs cibles de la Confédération pour 2022 indiquent un délai de 0 à 60 jours pour la décision de première instance (SEM(f), 2022, P. 13).
- 3) Si, au cours de la phase préparatoire, la responsabilité d'un autre État Dublin n'apparaît pas clairement, une procédure accélérée est engagée. Elle comprend un entretien avec le demandeur, à l'issue duquel une décision est prise en première instance dans un délai de huit jours. Ce délai a été porté à 40 jours en 2022 (SEM(f), 2022, P. 13). En cas d'admission ou d'admission provisoire, le demandeur est transféré d'un CFA à un canton, selon un mécanisme de répartition proportionnel à la population. En cas de réponse négative, le rejet intervient dans un délai de 140 jours. Pendant la période d'attente, le demandeur reste dans le CFA. En cas d'obstacles au transfert, après 140 jours, le demandeur est attribué à un canton, qui devient responsable de l'exécution de l'orientation, compensée par des fonds fédéraux.
- 4) Si l'entretien avec le requérant nécessite une vérification supplémentaire des motifs d'asile, une procédure étendue est engagée. Dans ce cas, le demandeur est assigné à un canton

pendant que le SEM poursuit l'examen de la demande d'asile. Dans cette procédure, une décision de première instance est rendue dans un délai de deux mois, à mettre en œuvre dans un délai d'un an, et dont l'exécution incombe au canton d'accueil. Le délai a été porté à 90 jours en 2022 (SEM(f), P. 13).

En ce qui concerne les centres fédéraux d'asile, le SEM fournit diverses données intéressantes pour cette recherche. Ils comptent 5 000 lits permanents, avec une capacité maximale de 10 000 lits pour les situations d'urgence contextuelles. Les CFE sont répartis dans six régions dont la répartition, proportionnelle à la population, est indiquée entre parenthèses : Suisse romande (25,6 %) Berne (12,4 %), Suisse du Nord-Ouest (16,8 %), Zurich (17,4 %), Suisse orientale (14 %) et Tessin/Suisse centrale (13,8 %) (SEM(b), 2018). Il existe 23 sites définitifs, 8 sites temporaires et 12 sites d'urgence, répartis entre les six régions. À leur tour, les centres fédéraux sont divisés en trois fonctions différentes. Les *centres* dits à *fonction procédurale* accueillent les demandeurs en phase préparatoire et ceux en procédure accélérée. Il y a ensuite les *centres fédéraux à fonction d'attente et de départ*, dans lesquels les demandeurs relevant de la procédure de Dublin sont hébergés en attendant d'être transférés vers un État tiers qui respecte le cadre de Dublin. Enfin, il y a les *centres spéciaux*, dans lesquels sont hébergés les demandeurs "qui menacent la sécurité et l'ordre publics ou perturbent considérablement le fonctionnement d'un centre fédéral d'asile" (SEM(g), 2019). Pour se faire une idée de la structure d'un CFA, l'annexe 2 (*Visite guidée du CFA*), vous trouverez les considérations que j'ai notées suite à une visite guidée du "New Pasture Centre", un CFA à fonction procédurale situé à Balerna d'une capacité de 350 personnes, ouvert en juin 2024.

Vous trouverez ci-dessous quelques statistiques sur l'immigration et des données récentes sur les objectifs de la politique migratoire. De manière générale, la Suisse a intégré les mécanismes de Dublin dans sa politique d'asile depuis 2008 et a appliqué strictement cet instrument jusqu'à présent. En 2019, le ratio des transferts vers l'étranger était 4,5 fois plus élevé que durant la période précédant l'association (SEM(h), 2019). De 2011 à août 2023, sur 278 592 demandes d'asile, à l'exclusion des statuts S, 122 223 ont été résolues en demandes de transfert vers un pays tiers au titre de Dublin, soit 43,9 % du total des demandes (SEM(i), 2023). Ces chiffres suggèrent une forte circulation des RA à l'intérieur et à l'extérieur de la Suisse. Entre 1986 et 2022, le nombre de demandes d'asile s'est élevé en moyenne à 22 595 par an. Pendant la guerre en Yougoslavie, dans les années 1990, on a enregistré des pics de 40 000 demandes, soit le nombre le plus élevé jamais atteint. Entre 2000 et 2014, les chiffres ont varié, à la baisse, de 28 000 demandes (2012) à 10 500 (2005). En 2015, un nouveau pic de 39 523 demandes d'asile a été enregistré, chiffre qui s'est stabilisé les années suivantes, toujours en excluant les réfugiés ukrainiens, qui ne sont pas couverts par les procédures de Dublin (Vivre Ensemble(b), 2023).

Selon un rapport de suivi du système d'asile pour 2022, 24 511 demandes ont été déposées la même année, soit une augmentation de 64,2 % par rapport à 2021, sans tenir compte de l'octroi spécial de statuts S (procédures non ordinaires) s'élevant à 70 000, accordés à des citoyens ukrainiens ayant fui le conflit russo-ukrainien (SEM(f), P. 5). En ce qui concerne l'efficacité des procédures ordinaires, le SEM note que les procédures de Dublin ont duré en moyenne 66,5 jours, ce qui est inférieur aux valeurs cibles. Les procédures accélérées, conclues après 72,2 jours en moyenne, dépassent l'objectif de 40 jours. Selon le SEM, ces deux procédures ont été retardées en raison des réponses tardives des États de Dublin et d'autres facteurs externes. Quant aux procédures étendues, seules 27 % d'entre elles ont respecté le délai légal de 60 jours, tandis que la moyenne s'élève à 263,7 jours. Ce retard est justifié par le manque de ressources dû à la vague de migration en provenance d'Ukraine (SEM(f), 2022, P. 13). En ce qui concerne le taux de protection, l'année 2022 marque un record. Par rapport à la moyenne à long terme (1986-2022) de 30 % et à la moyenne à moyen terme (2009-2018) de 45 %, le taux de protection de 2022 était de 59 %. Selon le SEM, ce quota indique que " par rapport au passé, relativement peu de demandes d'asile infondées sont déposées en Suisse ". Ce raisonnement vise à souligner combien la présence d'un conseil juridique gratuit dans les premières phases de l'accueil permet aux requérants de déposer des demandes d'asile réfléchies et, à l'inverse, décourage les demandes qui risquent de ne pas aboutir (SEM(f), P. 15). En ce qui concerne la qualité des décisions, il y a eu 3346 recours en 2022, soit 31,1% de l'ensemble des cas. Ce chiffre, en baisse par rapport aux années précédentes, pourrait à nouveau signifier l'efficacité de l'assistance juridique gratuite à fournir des explications sur les raisons pour lesquelles les demandes d'asile peuvent être rejetées, ce qui rend les demandeurs "disposés à accepter même une décision négative du SEM" (P. 18). Le taux de décision inchangé de 98,3 % "indique une tendance purement à la hausse de la qualité des décisions du SEM par rapport aux années précédentes" (P. 19). Ce chiffre, altéré par les recours pendants devant le CCF et donc à considérer comme légèrement inférieur, se situe dans les valeurs cibles du SEM. En ce qui concerne l'occupation des centres fédéraux, la moyenne était de 65 % en 2022 (P. 22). Enfin, sur les 13.000 RA déboutés de l'asile, 25% ont été effectivement transférés (P. 26). Avec ces données sur les procédures à l'esprit, on peut maintenant se concentrer sur les RA et les procédures d'asile en 2022. Il y avait 129 132 procédures d'asile actives, dont 62 820 en protection provisoire et 13 096 dans le cadre de la procédure de Dublin (SEM(c), 2023).

### 4.3.1 Les RA et les différents statuts de protection

Actuellement, les nationalités les plus nombreuses de réfugiés ayant obtenu l'asile sont, par ordre décroissant, les Érythréens, les Syriens, les Turcs, les Sri Lankais, les Afghans, les Irakiens, les Somaliens et les Iraniens (SEM(j), 2022, P. 29). En 2022, si l'on considère les pays d'origine, sur 24 511 nouvelles demandes, 28,8 % provenaient d'Afghans, 19,5 % de Turcs, 7,5 % d'Érythréens, 5,6 % d'Algériens, 5,1 % de Syriens et 4,9 % de Burundais (SEM(c), 2023).

En ce qui concerne les statuts, ils sont divisés en quatre types : permis N, permis F, permis B et permis S.

Tout au long de la procédure d'asile, le requérant reçoit un permis N, qui l'autorise à séjourner en Suisse. Pendant son séjour dans le CFA, il n'a pas le droit d'exercer une activité lucrative, sauf dans certains cas particuliers, tels que les programmes d'emploi (LAsi, art. 43, P. 22-23). Lorsqu'un demandeur met fin à la procédure mais dispose toujours d'un permis N, il pourra exercer une activité rémunérée sous réserve de l'autorisation des organismes compétents. Il convient de rappeler que la loi fédérale sur les étrangers et leur intégration (LEI) fixe des limites, comme l'obligation de donner la priorité aux autochtones sur le marché du travail, illustrée à l'art. 21. En résumé : "Un étranger ne peut être admis en Suisse pour y exercer une activité lucrative que s'il est prouvé que, pour cette activité, il n'est pas possible de trouver un travailleur indigène ou un ressortissant d'un Etat avec lequel un accord sur la libre circulation des personnes a été conclu qui corresponde au profil requis" (LEI, art. 21, P. 7).

Lorsqu'une admission provisoire est accordée, un permis F est délivré, ce qui implique une autorisation de séjour de 12 mois, qui peut être prolongée en fonction des évaluations effectuées à l'issue de la première période. Il existe deux statuts différents dans le cadre du permis F. Le premier est celui de *réfugié admis à titre provisoire* et correspond au cas où un demandeur remplit les conditions d'un réfugié mais ne se voit pas accorder l'asile politique parce qu'il n'est devenu un réfugié qu'après avoir quitté son pays d'origine ou en raison de son comportement après son départ. L'autre statut est celui de *personne admise à titre provisoire* et est accordé lorsque le renvoi de Suisse est jugé inadmissible pour des raisons de droit international public ou en raison d'un danger concret pour l'étranger dans le pays d'origine ou d'une impossibilité technique (LStrI, art. 83 et 84, P. 56-58). Les personnes admises à titre provisoire ne peuvent pas voyager librement hors de Suisse, contrairement à l'autre catégorie. Le permis F permet d'exercer une activité lucrative, sous réserve de l'annonce de l'employeur aux autorités cantonales (LStrI, art. 85a, P. 59).

Si le statut de réfugié est accordé, un permis B est délivré, qui est renouvelé tous les 12 mois et qui permet d'exercer une activité lucrative dans toute la Suisse. En outre, les réfugiés ont le droit de

voyager à l'étranger et de faire venir les membres de leur famille en Suisse (LAsi, art. 58-62, P. 28-29).

Enfin, le permis S garantit le droit de séjour, la liberté de voyager à l'étranger, le regroupement familial et l'exercice d'une activité lucrative. Le permis S est destiné aux personnes dans le besoin en Ukraine, y compris les ressortissants ukrainiens, les ressortissants non ukrainiens qui se trouvent en Ukraine avec un statut de protection internationale ou qui détiennent un permis de séjour en Ukraine (ReP. e C. Ticino, 2024).

#### **4.4 Climat politique réticent à l'égard des migrations et double standard au Tessin**

Dans cette section, je propose une analyse concise du climat politique au Tessin sur le champ sémantique des étrangers. Afin d'obtenir une image complète, je fournis une vue d'ensemble montrant la croissance des initiatives et des référendums liés au thème de la migration en Suisse. A travers une comparaison entre le vote du Tessin et celui de la Suisse, je mets en évidence le changement soudain des préférences de vote exprimées par le Tessin au cours des 50 dernières années. Ce changement de sensibilité est ensuite étudié à travers de courtes analyses qualitatives, qui se concentrent sur les forces partisanes qui ont mobilisé le Tessin vers une appréciation des politiques migratoires restrictives, en tenant compte de leur communication politique. Cette section montre comment les partis populaires, en utilisant une communication orale et visuelle xénophobe, font partie de discours capables de construire la réalité sociale par le biais de représentations collectives (Marková, 2007). Le climat politique au Tessin, suivant ce raisonnement, sera examiné dans le cadre d'un groupe de questions d'entretien. Comme indiqué précédemment, le climat politique et électoral peut inévitablement influencer l'exécution de pratiques juridiquement opérationnelles, qui requièrent toutefois une volonté politique intrinsèque. Ce type d'*interférence* est considéré comme un obstacle ou un facilitateur possible des conditions de travail des travailleurs de la santé mentale.

En Suisse, le thème de l'immigration a connu une politisation accélérée depuis la naissance de la Confédération. Entre 1866 et 1969, les citoyens suisses n'ont été appelés aux urnes que quatre fois pour se prononcer sur des questions liées à la migration. Le tournant est l'initiative *Schwarzenbach* de 1970 (Pilotti And Mazzoleni, 2017, P. 85). En fait, entre 1970 et 1988, il y a eu 12 scrutins fédéraux sur les questions migratoires. En revanche, entre 1994 et 2016, il y en a eu 19, référendums et initiatives compris. Toujours en termes de participation électorale, les questions liées à la politique migratoire ont appelé 49 % des électeurs éligibles à se rendre aux urnes en moyenne,

tandis que tous les autres scrutins ont enregistré un taux de participation moyen de 44 %. Un autre fait politique concerne le taux d'adhésion aux conseils de vote sur les questions migratoires au sein du gouvernement fédéral, qui a chuté à 74 % contre 83 % entre 1970 et 1988 (Pilotti et Mazzoleni, 2017, P. 75). Selon Pilotti et Mazzoleni (2017), il y a toujours eu deux points de vue contradictoires sur les questions migratoires en Suisse. D'une part, ceux qui préfèrent les politiques restrictives, et d'autre part ceux " qui s'opposent à cette vision dans le respect de la tradition humanitaire de la Confédération " (P. 85). Selon les deux chercheurs, les changements intervenus au niveau international dans les années 1990 ont incité la Confédération à passer d'une politique "centrée sur la volonté d'indépendance nationale" à une politique étrangère "marquée par un renforcement des liens avec les organisations internationales", dont l'UE et l'ONU (P. 76). En résumé, la politique migratoire peut être superposée à un changement de paradigme dans la politique étrangère, qui a dû faire face à des flux migratoires intenses et à l'évolution de la typologie des migrants et de leurs origines. Ce contexte met en lumière un clivage politique sur la question de l'immigration, qui s'est traduit par une augmentation de la politisation, des initiatives et des référendums, promus avant tout par l'Union démocratique du centre (UDC), le premier parti national. L'analyse des comportements électoraux montre clairement que, depuis 1970, le Tessin a totalement changé d'orientation et de sensibilité sur les questions relatives aux étrangers. Par exemple, avec 64% d'opposition, le Tessin a été le premier canton de Suisse à s'opposer à l'initiative *Schwarzenbach* en 1970. En 1974, les Tessinois ont été les deuxièmes, après les Genevois, à s'opposer à l'initiative contre *l'infestation et la surpopulation de la Suisse*, avec 75 % de non. Entre 1977 et 1984, les Tessinois se sont opposés à d'autres initiatives restrictives, mais avec des pourcentages moins importants. En particulier, l'initiative *annuelle sur la limitation des naturalisations* de 1977 a vu le Tessin devenir le canton avec le plus faible pourcentage d'opposition. En 1982, les Tessinois ont voté *non pour* la première fois à la nouvelle loi fédérale sur les étrangers, sur proposition des promoteurs de droite des restrictions à l'immigration. Avec 54 % de soutien au référendum, le Tessin a donc été l'un des plus opposés. Entre 1984 et 2008, le vote du peuple tessinois s'est définitivement orienté vers des politiques d'immigration restrictives. De 2009 à 2016, la tendance est toujours à la hausse, sans changement de comportement électoral. Selon Pilotti et Mazzoleni, "comme aucun autre canton suisse, le Tessin a vu son orientation de vote migratoire changer" (P. 79). Une enquête de l'Université de Lausanne montre, contre toute attente, que les Tessinois considèrent en fait la politique d'immigration et d'asile comme les principaux problèmes, ce qui correspond à la moyenne suisse. En effet, de 1971 à 2015, il y a eu une croissance exponentielle des préoccupations concernant la migration, passant de 6,8% à une moyenne de 49%, les Tessinois étant symétriques aux opinions du reste des cantons (Pilotti And Mazzoleni, 2017, P. 79). Quelle est donc la spécificité du Tessin en matière de préférences de vote restrictives par rapport au thème

des étrangers, de l'asile et de l'immigration ? Selon une recherche de Mazzoleni (2015) et une autre de Mazzoleni et Pilotti (2015), le changement des préférences de vote sur le thème de l'immigration pourrait plutôt être encadré dans un *clivage* entre le centre et la périphérie, puisque le Tessin présente des spécificités géographiques, linguistiques et socio-économiques qui rendent les conditions idéales pour la "politisation de l'opposition centre-périphérie comme nulle part ailleurs", donc, selon Mazzoleni, "c'est dans cette politisation qu'il faut chercher les raisons de la singularité croissante du vote tessinois sur les questions migratoires" (Mazzoleni, 2015, P. 82). Dans ce contexte, il faut considérer la montée en puissance de la Lega dei Ticinesi, parti fondé en 1991, dont le mouvement " contribue non seulement à remettre en cause les équilibres électoraux, mais devient aussi un acteur très actif dans les campagnes référendaires pour les votes de politique étrangère et migratoire ". En effet, "des analyses empiriques menées dans les années 2000 montrent comment la mobilisation référendaire de la Lega a contribué à réorienter une majorité d'électeurs tessinois en faveur de ses positions" (Mazzoleni et al., 2007, P. 43-44). La Lega dei Ticinesi, parti fondé sur le conservatisme, adopte une idéologie autoritaire pour défendre l'identité locale et promeut des politiques d'immigration restrictives (Bernhard, 2017b, P. 511-512). Dans le champ sémantique des étrangers, la Ligue thématise fortement la question des frontaliers, des migrants en général et des réfugiés. Par rapport aux autres partis suisses de la droite radicale (UDC et MCG), la Ligue est le parti qui politise le plus la question de l'islam, en promouvant avec une grande intensité les deux initiatives, considérées comme islamophobes, contre la construction de minarets (2009) et contre l'utilisation de la burqa/niqāb (2013) (Bernhard, 2017, P. 120). Dans une étude de 2017 comparant la communication des partis politiques, la Ligue s'est révélée être de loin le parti en Suisse qui politise le plus la politique migratoire (Bernhard, 2017, P. 117). La grande popularité de la Ligue s'ajoute donc à sa communication anti-migratoire qui répond aux intérêts des électeurs. En effet, selon une enquête de Selects, lors des élections fédérales de 2019, la Ligue, le PDC et l'UDC étaient respectivement le troisième, deuxième et sixième parti les plus votés. En analysant les électeurs de ces partis, il s'est avéré qu'ils étaient ceux qui considéraient la question de l'immigration et de l'asile comme la plus importante par rapport aux intérêts des électeurs des autres partis (Tresch et al., 2020, P. 91-92). Dans l'attente d'analyses approfondies du comportement électoral lors des élections fédérales de 2023, on observe une continuité entre les trois partis, qui se classent deuxième (Centre, anciennement PDC-PBD), troisième (UDC) et quatrième (Ligue) parmi les partis les plus votés au Tessin (Office fédéral de la statistique, 2023). Pour mieux comprendre le climat politique au Tessin, on peut examiner la mobilisation et la communication politique de l'UDC et de la Ligue, en se référant notamment à l'initiative de 2014 *contre l'immigration de masse*, qui a révélé que le Tessin était le canton le plus homogène en termes de préférences de vote, enregistrant une adhésion de 68,2 % par rapport à la moyenne suisse, divisée

en deux (50,3 %) (Pilotti And Mazzoleni, 2017, P. 75). L'analyse des affiches utilisées dans les différentes campagnes politiques par Maire et Garufo dénote comment le sentiment de marginalisation périphérique, que la Lega conteste, permet au parti italoophone de " tenir un discours anti-immigration en recourant à la peur de la disparition de l'identité autochtone ". Dans ce cadre, donc, "la Lega assume [...] le rôle du parti qui attire l'attention sur cette menace et cherche à y remédier". (Pilotti et Mazzoleni, 2017, P. 107). Giordano (2002), comparant la Lega dei Ticinesi à la Lega Nord de Lombardie, écrit:

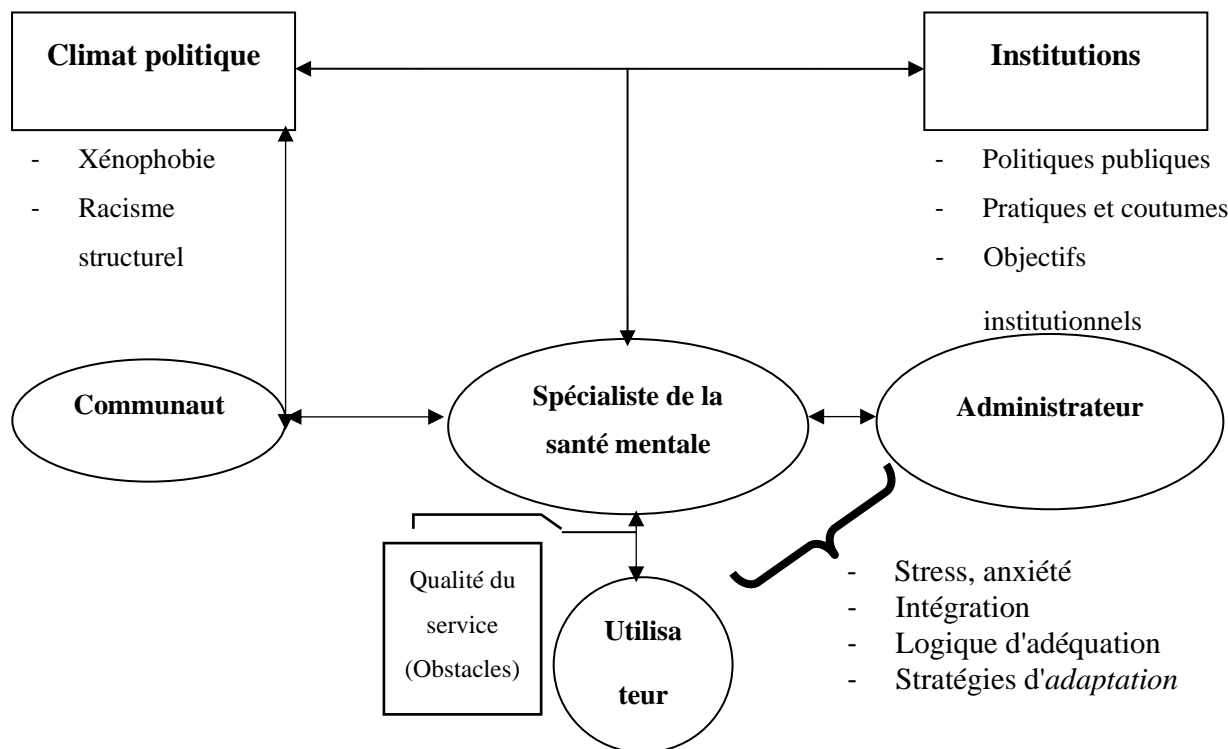
"Les tendances xénophobes sont une autre composante idéologique qui jumelle la Lega dei Ticinesi à la Lega Nord. Ces deux mouvements politiques partagent en effet une aversion commune pour la présence croissante d'immigrés ou de réfugiés et adoptent parfois un ton viscéralement raciste : ces étrangers sont désignés comme la source d'un grave danger pour l'ordre public et une menace envers l'identité "native" (indigène), tout comme leur présence est entendue comme une atteinte à l'occupation "autochtone" du territoire" (P. 302).

Selon Pilotti et Mazzoleni (2014), les attitudes et la communication xénophobes sont combinées à "une incontestable instrumentalisation politique, idéologique et médiatique du phénomène migratoire, avec l'utilisation de tons qui ne sont pas toujours appropriés au débat, [qui] ont créé un climat nettement moins favorable au discours général sur l'intégration, tout en contribuant à accentuer les préjugés et la méfiance, en particulier à l'égard des immigrés africains ou musulmans" (Pilotti et Mazzoleni, 2014). Ces considérations soulignent à quel point le thème de la migration, des réfugiés et de leur intégration sont, au moins politiquement, opposés et déconsidérés. Le contexte politique témoigne d'une présence importante de la droite radicale dans les institutions tessinoises. En effet, à l'issue des élections cantonales de 2023, 3 sièges sur 5 au Conseil d'Etat et 39 sièges sur 90 au Grand Conseil sont répartis entre l'UDC, le Centro et la Lega dei Ticinesi (Ti.ch, 2023). Un point d'interrogation subsiste quant à l'influence de ce climat politique sur la mise en œuvre des politiques d'intégration, les pressions au sein des structures ordinaires, au SEM, dans les centres d'accueil des réfugiés ainsi que l'influence dans tous les groupes de la société, y compris les travailleurs de la santé mentale.

Si l'on analyse les forces politiques au gouvernement au Tessin et leur communication électorale, on observe une présence de sentiments xénophobes et populistes, ainsi que des promoteurs de politiques d'immigration restrictives (Bernhard, 2017 ; Bernhard, 2017b ; Mazzoleni et al., 2007 ; Mazzoleni, 2015 ). La présence de partis xénophobes en Suisse et dans le canton italoophone, où le phénomène s'est accru depuis les années 1980, est peut-être une émanation d'une forme de racisme

structurel et continu. Selon Gianni : "Le racisme structurel n'a pas pris fin avec le racisme biologique, mais survit dans des concepts essentialisés et naturalisés tels que l'ethnicité, la culture ou la religion, véhiculés par des locutions linguistiques ou des comportements souvent inconscients (Gianni, 2022, P. 155). Cet indice fournit l'élément qui pourrait expliquer le revirement des électeurs tessinois vers des arguments antagonistes à la figure de l'étranger. En Suisse, dans le cadre du système d'asile, des mesures politiques ont été prises depuis 2022 pour offrir une protection aux réfugiés ukrainiens. Il existe actuellement peu de littérature sur ce sujet, mais l'analyse des pratiques et procédures d'asile pour les RA ukrainiens semble indiquer un traitement plus favorable que pour les RA d'autres origines. En fait, les réfugiés ukrainiens ont plus de droits que les autres, notamment : la possibilité de voyager à l'étranger sans autorisation, la possibilité d'exercer une activité rémunérée dans l'immédiat, un programme d'allocation dans un logement privé, l'utilisation de transports publics gratuits, un service de soutien psychologique *ad hoc*, des installations d'intégration spécialisées et un mécanisme de renouvellement annuel du permis de séjour. Selon le MES, l'objectif du statut S est de ne pas surcharger le système national d'asile et de parvenir, en coordination avec les États membres de l'UE, à une politique d'accueil commune efficace (SEM(d)). Selon un article de Janine Dahinden (2022), l'accueil sans précédent des Ukrainiens démontre un *double standard* qui conduit à un traitement inégal des différents groupes de réfugiés. Ce phénomène, selon l'auteur, peut être attribué au racisme structurel typique des pays occidentaux, fomenté par des questions géopolitiques, des héritages historiques et la menace perçue des cultures islamiques, ce qui donne aux Ukrainiens, blancs et chrétiens, une plus grande proximité. Le phénomène des doubles standards peut être considéré comme un indicateur du racisme structurel, qui "met l'accent sur le rôle des structures (lois, politiques, pratiques institutionnelles et normes enracinées) qui constituent l'échafaudage des systèmes". Le racisme structurel est défini comme un *racisme institutionnel* car "il rend compte de l'implication des systèmes et structures institutionnels dans la discrimination et l'oppression fondées sur la race" (Braveman et al., P. 172). Ces hypothèses serviront de base pour demander aux personnes interrogées comment elles perçoivent la différence de traitement entre les différents groupes de réfugiés et pour recueillir leurs impressions sur le climat politique prétendument xénophobe et islamophobe au Tessin.

En utilisant le cadre des théories néo-institutionnelles, de la *bureaucratie au niveau de la rue* et de certains éléments dérivés du *racisme institutionnel*, résumés dans le *schéma 3*, nous interpréterons les arguments et les perceptions des personnes interrogées.



### Schéma 3

*La définition d'un spécialiste de la santé mentale dans une perspective néo-institutionnelle (Koelble, 1995; Lipsky, 1965 ; Olsen et March, 2004 ; Powell et DiMaggio, 1991)*

## 5. Résultats et discussion

Cette section présente les points de vue des personnes interrogées et aborde les aspects les plus pertinents. Il est à noter que les personnes interrogées travaillent ou ont travaillé au Service Psycho-Social (SPS) ou à la Clinique Psychiatrique Cantonale (CPC) et, dans un cas, à la Croix Rouge Tessinoise (CRT). Comme indiqué dans la *Méthodologie*, le SPS et le CPC font partie de l'Organisation Sociopsychiatrique Cantonale (OSC), le réseau territorial d'assistance psychologique au Tessin. Pour faciliter la lecture, les personnes interviewées ont été abrégées<sup>16</sup>.

Pour un aperçu plus complet des réponses, veuillez-vous référer à l'analyse approfondie des entretiens (*Analyse de l'entretien approfondi*). Enfin, veuillez noter que la présentation du contenu des entretiens suit les divisions thématiques de la grille de questions, qui peut être consultée à l'annexe 3) *Grille de questions*.

En général, les entretiens ont permis d'explorer deux thèmes cruciaux pour cette recherche, à savoir a) les barrières et les obstacles au traitement de la RA au Tessin par rapport à ceux rapportés dans la littérature nationale et internationale et b) l'influence de la politique d'asile sur la santé mentale de la RA. En outre, d'autres thèmes complémentaires ont été explorés, notamment : les femmes et

<sup>16</sup> Psychiatre 1 (PS1), psychiatre 2 (PS2), psychologue (PSG), assistant social (AS) et infirmier psychiatrique (IP)

la communauté LGBTQ+, le cas spécifique de la crise migratoire ukrainienne et la perception du climat politique au Tessin à l'égard des requérants d'asile.

## **5.1 Les services de soins psychosociaux pour les RA au Tessin : barrières et obstacles**

Comme l'ont confirmé les personnes interrogées et le rapport de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés, en Suisse et au Tessin, les RA bénéficient de la même couverture d'assurance que les résidents, y compris des services d'assistance et de soins socio-psychiatriques (SRC, 2021). Les perceptions autour de la difficulté de traiter avec les RA atteints de maladie mentale ont plutôt confirmé une bonne partie des barrières et obstacles connus dans la littérature (Kiselev et al., 2020; Priebe et al., 2016 ; Satinsky et al., 2019), mais avec des spécificités qui en atténuent la nature problématique.

Par exemple, bien que la littérature indique qu'en Suisse, l'absence de couverture d'assurance maladie pour les services d'interprétation est le principal obstacle (Kiselev et al., 2020), au Tessin, cela ne semble pas être un obstacle. Selon les personnes interrogées, et en particulier celles qui occupent des postes institutionnels élevés, la couverture d'assurance n'est pas une nécessité urgente. Il serait certainement nécessaire d'en discuter davantage avec les membres de la direction de l'OSC, qui sont probablement mieux placés pour commenter une telle mise en œuvre. Cependant, l'assistante sociale a rappelé que le dialogue dans la thérapie socio-psychiatrique est fondamental, elle a donc soutenu que l'interprétation doit être perçue comme une partie intégrante des soins. Au nom d'un principe d'équité des services vis-à-vis des résidents, elle estime que le service de traduction et de médiation culturelle devrait être financé par les caisses sociales.

Malgré l'absence de couverture d'assurance, le recours à l'interprétariat est fréquent. Le service fourni par l'agence de Derman, gérée par SOS, satisfait généralement les personnes interrogées, malgré un niveau de formation des interprètes jugé "médiocre" et une médiation culturelle qui pourrait être améliorée. L'offre d'interprètes pour certaines langues, comme le *pachtou* et le *dari*<sup>17</sup>, est plus problématique, car elle varie en fonction du moment historique et de l'origine des RA et n'est pas toujours en mesure de garantir leur disponibilité.

Tout le monde souligne que les interprètes ont souvent été des RA auparavant et risquent donc de ne pas avoir les moyens de gérer émotionnellement les histoires qu'ils sont appelés à traduire.

En Suisse, la crainte d'être stigmatisé par sa propre communauté est l'un des obstacles les plus importants (Bartolomei et al., 2016, P. 6). Dans les entretiens, cette stigmatisation sociale apparaît

<sup>17</sup> Les deux langues officielles parlées en Afghanistan.

surtout dans les cas où le patient atteint de RA fait partie d'une communauté proche à laquelle appartient l'interprète. Selon AS, cela entraîne "des difficultés [de la part de la RA] à parler de sujets culturellement embarrassants ou non acceptés à un membre de sa communauté" (AS, P. 5). Dans l'ensemble, comme le souligne IP, le service d'interprétariat a été une innovation très importante pour les soins socio-psychiatriques au Tessin, même s'il y a encore beaucoup de choses à améliorer. Néanmoins, conformément à la littérature, l'utilisation d'interprètes non professionnels au Tessin peut entraîner divers problèmes, notamment des malentendus, la stigmatisation, des réponses inexactes et des complications médicales (Kiselev, 2020, P. 102 ; Morina et al., 2010, Schick And Schnyder, 2017).

En ce qui concerne le niveau de formation ethnopsychiatrique dans le canton italoophone, IP rappelle à nouveau que, dans les années 1980, il existait une culture médicale exclusivement "ethnocentrique" et que ce n'est qu'au cours des décennies suivantes que de "nouvelles visions anthropologiques et ethnopsychiatriques" sont progressivement apparues (IP, P. 3). Actuellement, tant au CPC qu'au SPS, le personnel est formé, souvent sous la supervision d'experts de la branche venant d'autres cantons. AS estime que la culture médicale au Tessin est encore "trop" ethnocentrique. À l'appui de cette affirmation, il rappelle un cas dans lequel une femme érythréenne a eu une crise de conversion<sup>18</sup>, se retrouvant "affalée sur le sol en émettant des cris et des gémissements" et que ce n'est que grâce à une autre femme érythréenne que la situation a pu être résolue par "des prières et des manœuvres avec de l'ail et de l'eau bénite orthodoxe" (AS, P. 17). Dans un autre cas, plus psychiatrique cette fois, une femme a eu une crise mystico-religieuse que les thérapies conventionnelles n'ont pas pu soulager. Par la suite, grâce à l'ouverture des travailleurs du SPS, un expert en ethnopsychiatrie a été contacté et a proposé de commencer un cours avec un *imam*, ce qui a eu un effet "très positif" au fil du temps sur la santé mentale de la patiente.

Selon Blackwell (1993), une vision ethnocentrique de la santé mentale risque d'imposer une idéologie thérapeutique qui ne reconnaît pas l'identité culturelle du patient, perpétuant ainsi un processus de colonisation. PS2, en revanche, a une vision différente, selon laquelle, en l'absence de ressources pour former des générations entières de travailleurs de la santé, le fait qu'il n'y ait pas de service ethno-psychiatrique très spécifique dans le CPC est porteur d'"opportunités sociales". Selon PS2, "la santé peut devenir une voie d'intégration si les mêmes services sont utilisés pour les résidents et les migrants", évitant ainsi une sorte de "ghettoïsation médicale" (PS2, P. 2).

En l'absence d'une formation complète, pour le PSG, l'approche thérapeutique des RA doit suivre une double approche qui peut guider la stratégie de traitement, c'est-à-dire l'immersion dans la culture du patient en même temps que la conversion du récit dans un langage psychiatrique.

---

<sup>18</sup> Le trouble de conversion est une forme de somatisation dans laquelle une perturbation mentale est involontairement convertie par le sujet en un symptôme physique comparable à ceux d'une maladie du système nerveux (ICS, 2024).

En ce qui concerne les diagnostics, l'argument de Maier et al. (2010) est confirmé, selon lequel les RA prédominantes sont souvent sous- ou sur-diagnostiquées. Une pathologisation excessive des troubles mentaux par tous les spécialistes est signalée. PS2, en accord avec la littérature internationale (Priebe et al., 2016 ; Satinsky et al., 2019), admet que 8 fois sur 10, les diagnostics de TSPT s'avèrent incorrects ou confondus avec des troubles inadaptés et invoque la nécessité d'un équilibre : "le risque, d'une part, est de transformer toute expérience négative en un diagnostic. D'autre part, le risque est de passer à côté des troubles qui méritent réellement un traitement psychiatrique" (PS2, P. 7). IP donne un exemple qui clarifie le *biais* qui peut être créé par les différences culturelles entre le médecin et le patient. Le cas concerne une femme RA qui a déclaré aux médecins qu'elle avait été agressée sexuellement pendant sa migration et qu'elle avait été victime d'un vol au cours duquel des coups de feu de mitrailleuse avaient été tirés dans le ciel. L'interprétation des spécialistes du CPC était que la femme était traumatisée par les violences sexuelles qu'elle avait subies. Comme l'explique IP, cette interprétation s'est révélée erronée : "en réalité, elle avait subi de nombreuses violences sexuelles et a déclaré qu'elle était séparée lorsque cela s'est produit. C'est plutôt le fait d'avoir entendu les tirs de mitrailleuse qui l'a traumatisée et qui a provoqué le trouble de stress post-traumatique". Selon IP, "nous avons du mal à comprendre les traumatismes, qui ne sont jamais évidents ni linéaires. Il faut mettre ses connaissances entre parenthèses et avoir des capacités d'écoute. Le grand risque est de faire encore plus de dégâts avec les médicaments psychotropes, les diagnostics erronés et les étiquettes qui en découlent" (IP, P. 4). Outre les problèmes de diagnostic, un autre obstacle signalé par toutes les personnes interrogées est l'attente erronée des RA concernant les soins socio-psychiatriques. Il semble qu'il y ait une croyance répandue parmi les RA selon laquelle une admission en psychiatrie ou un certificat médical augmentera la probabilité d'obtenir l'asile. Comme le confirment tous les spécialistes, aucun avis ni aucune anamnèse n'a d'incidence sur la décision du SEM, sauf s'il peut être démontré que le RA a besoin d'un traitement psychiatrique qui ne peut être garanti dans le pays vers lequel il serait transféré en cas de refus de l'asile.

Enfin, la question de l'offre de psychothérapeutes et de psychologues limitée par le modèle de délégation<sup>19</sup> semble avoir été résolue mais, étonnamment, n'a que peu d'influence dans le cas spécifique du Tessin. Selon le PSG et un psychologue indépendant interrogé de manière informelle, à partir de 2022, sur prescription médicale, les requérants d'asile pourront s'adresser à des thérapeutes indépendants sans devoir contracter une assurance privée. Pourtant, au Tessin, selon le PSG, le soutien psychologique aux RA est très centralisé par les institutions publiques<sup>20</sup> et il doute que l'élargissement de l'offre augmente concrètement l'accès aux thérapeutes indépendants. Cela

---

<sup>19</sup> 4.2 Couverture de l'assurance maladie et accessibilité des soins psychothérapeutiques.

<sup>20</sup> c'est-à-dire par l'Organisation Sociopsychiatrique Cantonale (OSC)

peut être argumenté par le fait que si un RA se tournait vers des services privés, il devrait payer un interprète de sa poche, en plus de devoir payer les frais de transport jusqu'au cabinet du médecin (Kiselev, 2019). En tout état de cause, le modèle de prescription ouvre la possibilité de soulager le système de soins de santé mentale et soulève, une fois de plus, la nécessité de faire de l'interprétariat un service de traitement qui devrait être couvert par l'assurance maladie.

## 5.2 Remise en cause de la politique d'asile

Du point de vue de l'accessibilité et de la qualité des soins socio-psychiatriques au Tessin, un certain nombre de questions critiques ont émergé : le degré de formation ethnopsychiatrique des opérateurs et la qualité du service de médiation culturelle. Cependant, dans cette section, un aspect émerge que les chercheurs en Suisse n'ont pas entièrement exploré, à savoir la prévention des troubles mentaux des RA par le biais d'une révision du système d'asile. En effet, les spécialistes interrogés soulignent, avec divers arguments, que les conditions de vie des RA durant la procédure d'asile pourraient être la principale raison de la détérioration de leur bien-être mental, comme le rapporte une partie de la littérature internationale (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998 ; Li et al., 2016 ; Fazel et al., 2012 ; Pernice And Brook, 1996 ; Priebe et al., 2016).

Selon la littérature suisse, les auditions auxquelles sont soumises les RA sont considérées comme un facteur de stress psychologique à fort impact (Hobfoll, 2001 ; Miaz, 2019 ; Panese, 2023 ; Womersley et al., 2017). Cette hypothèse est confirmée par PS2, qui exprime clairement que c'est dans les moments précédant et suivant les audiences que se produit la majeure partie de la décompensation psychologique. La dynamique psychologique à l'appui de cette affirmation réside dans le fait que lors des auditions, le RA " est confronté à des personnes chargées d'ouvrir les boîtes du traumatisme qui incitent à tout revivre à travers le récit ", ce qui soumet le RA " à un stress élevé en termes de mode et de timing, en raison de l'examen minutieux de la légalité d'un contenu que l'on apporte pour justifier une demande d'aide " (PS2, P. 5). PS2 admet donc que les auditions peuvent faire l'objet d'une réforme en vue de prévenir, sinon d'éviter, certaines situations d'aggravation de l'état de santé mentale. De même, AS considère que les procédures d'asile sont " dures et sévères " et que les auditions font partie d'un processus jugé " violent " (AS, P. 6). Selon Good (2011), les audiences auxquelles sont soumis les RA peuvent être perçues comme des interrogatoires. Dans un tel contexte, raconter son histoire de violence et de persécution peut être vécu comme un nouvel épisode violent qui a un impact négatif sur la santé mentale du RA (Panese, 2023, P. 38).

Le PSG est très critique à l'égard des restrictions imposées aux RA pendant la procédure d'asile, notamment l'impossibilité d'exercer un emploi rémunéré, les règles strictes des CFA, le salaire

journalier considéré comme "dérisoire", les possibilités limitées d'occuper leur temps par des activités, et les longs délais des procédures. Selon le psychothérapeute de SPS : "Le problème des migrants traumatisés n'est pas le traumatisme : le problème, c'est que votre vie est en suspens, que vous ne savez pas ce qu'il va advenir de vous et que vous n'êtes pas celui qui peut décider" (PSG, P. 6). En fait, comme le théorise la littérature (Ellis et al., 2008 ; Li et al., 2016 ; Robjant et al., 2009), selon le PSG, ces conditions conduisent à la perte du *sens de l'agence*, c'est-à-dire à "la perception de ne plus pouvoir agir", ce qui, ajouté aux restrictions, entraîne au moins trois problèmes majeurs. Le premier est que le RA a beaucoup de temps pour réfléchir à ses préoccupations. Le deuxième est l'impossibilité de quitter la Suisse, au risque de ne pas pouvoir assister aux funérailles des membres de sa famille décédés entre-temps. Le dernier aspect concerne l'incapacité à répondre aux attentes des membres de la famille, à qui les RA mentent souvent pour éviter la "honte et l'embarras" d'être bloqués dans l'attente de le CFA pendant des mois. Selon le PSG, rester plus de 12 mois dans la procédure d'asile pour recevoir une réponse négative est "violent et traumatisant" et il pense qu'il est préférable d'accélérer les procédures autant que possible (PSG, P. 7). Ce point de vue est conforme à certaines études, qui ont révélé que l'incidence des troubles psychiatriques chez les RA augmente proportionnellement à la durée du séjour dans les centres d'accueil (Hallas et al., 2007).

Tant PS2 que PS1 reconnaissent que l'incidence de la mauvaise santé psychologique pourrait diminuer en évitant les conditions de surpeuplement, qui créent "des conflits et de l'inconfort". Même l'aspect de l'emploi, comme le dit PS2, mériterait plus d'attention de la part du système d'asile : "Si je pouvais décider.... Je ferais [de la procédure d'asile] un endroit où il n'y a pas seulement de l'attente mais quelque chose de plus" (PS2, P. 7).

Le PSG estime que la santé mentale découle de la liberté de s'engager dans des activités stimulantes et de disposer d'espaces pour se réunir, et encourage donc la possibilité d'exercer un emploi rémunéré, même pour les personnes titulaires d'un permis N. Selon son raisonnement, un salaire créerait un cercle vertueux dans lequel les RA pourraient se permettre de se déplacer dans le canton et en Suisse, en établissant des contacts avec leurs communautés et en bénéficiant d'amitiés et de soutien. Le contact avec d'autres RA leur permettrait également d'apprendre comment fonctionne la procédure d'asile et d'obtenir d'autres informations sur les règles en vigueur en Suisse ainsi que des informations pratiques, ce qui soulagerait le travail des travailleurs sociaux et du SEM. PSG ajoute que l'activité professionnelle aurait également une fonction de distraction et de réduction du stress, bien que PS1 prévienne que pour certaines pathologies "cela ne serait pas décisif car lorsque le travail se termine, tout le malaise refait surface" (PS1, P. 14).

S'appuyant sur sa longue carrière en psychiatrie, IP observe que la socialisation permettrait de faire disparaître la plupart des maladies mentales, considérant que "souvent, les RA proviennent de

structures sociales où les liens sont forts" (IP, P. 16). Le soutien social et l'interaction sont considérés comme essentiels pour la prévention de la mauvaise santé, alors que l'isolement est décrit par IP comme "le germe de la maladie". Pour IP, la politique d'asile devrait se concentrer sur la création d'un réseau social actif et sur l'augmentation des opportunités d'emploi pour les personnes en cours de procédure d'asile. Selon l'infirmière psychiatrique, la société civile joue également un rôle important. En effet, elle décrit l'association Mendrisiotto Regione Aperta (MRA) dont elle est membre, en énumérant les différentes activités et les effets bénéfiques sur les requérants d'asile qui y participent : "jeux sportifs, activités de couture, sorties pour découvrir le Mendrisiotto, excursions au lac Ceresio, activités culinaires...". Il suffit de peu de choses pour qu'ils se sentent bien accueillis. C'est ainsi que l'on prévient le malaise, le mal-être et la souffrance. [...] En interagissant avec la population résidente, nous apprenons à nous connaître et les préjugés commencent à s'estomper ! Dans cette optique, IP et l'association MRA aspirent à ouvrir un centre social qui pourrait garantir des espaces dédiés aux requérants d'asile, avec la création d'un musée, qui "cimenterait la mémoire collective et recueillerait les témoignages des milliers de personnes qui migrent à travers le Tessin" (IP, P. 11).

IP critique vivement les conditions d'accueil et l'impact sur la santé mentale des requérants d'asile. Pour ce faire, il compare les asiles aux CFA actuels, qui sont considérés comme des "institutions totales". Il met l'accent sur le fait qu'il existe aujourd'hui des lois qui permettent "d'enfermer les gens jusqu'à 15 heures par jour" et qui ne prévoient pas "de manière structurelle des possibilités d'emploi et de temps de socialisation". Pour IP, ce système juridique est source "d'inconfort et de souffrance" et appelle à un changement structurel de la législation afin que les requérants d'asile n'aient pas à souffrir de l'isolement et de l'incertitude liés à la demande d'asile. Selon IP, les personnes titulaires d'un permis N se trouvent "dans un vide où elles sont obligées de ne rien faire", une situation dans laquelle "elles ne peuvent que tomber malades".

Selon IP, l'augmentation du personnel médical ou des travailleurs sociaux n'est pas une priorité : "Les requérants d'asile n'ont pas besoin d'être médicalisés, ils ont besoin de vivre socialement ! Sans socialité, on tombe malade" (IP, P. 5). Pour IP, le système d'accueil a besoin d'un changement politique et juridique, ce qu'il explique en établissant un parallèle avec la transition de l'asile à la structure ouverte qui a eu lieu à partir des années 1980 : "En 1985, *la loi tessinoise sur l'assistance socio-psychiatrique* est entrée en vigueur, inspirée par la célèbre loi Basaglia qui a fermé tous les asiles d'Italie". Selon IP, à partir de ce moment, "le paradigme s'est inversé : ce n'est plus l'institution qui est au centre, mais le patient". Avant cette loi, poursuit-il, l'asile était un lieu de déni de droits où la criminalité était institutionnalisée. Après l'adoption de la nouvelle loi, "tout a changé et ce n'est pas dû à des mérites scientifiques ou à des découvertes dans le domaine de la psyché, mais à des changements dans la sphère juridique et à des confrontations politiques. Donner ces droits aux

personnes leur permettait d'être mises sur le même plan que vous et de négocier avec des pouvoirs égaux". Mais, comme il le rappelle, dans ce cas, et en général, il ne suffit pas de changer les lois : "entre la loi et la réalité, il y a toujours un fossé. La loi pose le principe de la liberté et, autour de cette liberté, on place d'autres lois qui en modifient les structures et l'organisation. Nous avons besoin de lois multifactorielles qui protègent le principe de liberté". Revenant à la loi socio-psychiatrique et à la comparaison avec ses effets concrets, IP rappelle qu'après 1985, 150 personnes étaient encore enfermées au CPC et que pour éliminer cette lacune, il était nécessaire de "créer une tension idéale entre l'éthique et la politique". Rappelant ce contexte, IP déclare : "il s'agissait de situations de pouvoir difficiles à dénouer. Le CPC était un centre de pouvoir économique et politique ; nous devons donc aller à l'encontre de la logique qui centralisait l'institution". Pour IP, cet exemple est une bonne source d'inspiration pour comprendre les problèmes de la loi sur l'asile et la manière dont l'évolution de la société peut conduire à une nouvelle réalité, comme cela s'est produit lors de la transition de l'asile à la clinique socio-psychiatrique ouverte (IP, P. 1-2).

IP se dit "déçu" par l'ouverture récente d'un nouveau CFA à Balerna (*Visite guidée du CFA*), qui a été, selon lui, fortement critiquée par le HCR<sup>21</sup>, le Syndicat de la police cantonale et l'Assemblée des directeurs cantonaux de justice et police. Pour IP, la philosophie des institutions totales est injustifiée : "ces centres sont des poudrières où se créent surpopulation et promiscuité [...] Mais d'où vient cette idée de fermeture ? Ces gens-là [les requérants d'asile] n'ont commis aucun crime et sont traités comme des criminels". IP dénonce également le refus de la liberté de circulation, soulignant qu'il s'agit d'une des valeurs fondamentales sur lesquelles la Suisse s'appuie, et dénonce "la suspension des droits" des requérants d'asile en Suisse, soulignant que l'impact de cette école de pensée sur la santé mentale est lourd : "il y a des dépressions, des automutilations et des suicides. Nous devons ouvrir une grande discussion et le plus tôt possible..." (IP, P. 6-7).

En conclusion, il est remarquable de constater que les cinq praticiens soulignent, à leur manière, les problèmes et les solutions associées pour améliorer la santé mentale des requérants d'asile par le biais d'un changement de politique d'asile. Les perceptions dérivées de l'expérience des cinq travailleurs socio-psychiatriques confirment le rôle important du système d'asile de l'État d'accueil dans la protection de la santé mentale des RA (Fazel et al., 2012 ; Montgomery, 2010 ; Pynoos et al., 2012).

---

<sup>21</sup> Je n'ai pas été en mesure de vérifier la véracité de cette affirmation.

### 5.3 Politique de santé et politique d'asile en conflit ?

En général, les entretiens menés donnent l'impression que la santé mentale des requérants d'asile au Tessin est principalement influencée par les conditions de vie des RA pendant la procédure. Les barrières et les obstacles dans le domaine de la santé, mis en évidence dans la littérature, sont confirmés comme étant présents, surtout en ce qui concerne les différences culturelles et linguistiques, mais ne semblent pas décisifs. En revanche, les avis des professionnels interrogés suggèrent que l'amélioration de la qualité des soins doit passer par l'amélioration des conditions de vie des RA en réformant les pratiques d'asile.

Comme cela a été théorisé au *chapitre 1.2 L'importance du contexte institutionnel*, les opinions recueillies auprès des spécialistes travaillant dans le domaine de la politique de santé se répercutent également dans le domaine de la politique d'asile, montrant une intersection conflictuelle entre les *politiques*. D'un point de vue néo-institutionnel, on peut déduire que la politique d'asile entre en conflit avec les objectifs de santé, en privilégiant la poursuite d'objectifs administratifs spécifiques au détriment de ceux du domaine de la santé. Ce *conflit* entre les institutions politiques est mis en évidence par les témoignages des personnes travaillant dans le domaine socio-psychiatrique.

La politique d'asile suisse, axée sur l'efficacité et la rapidité de traitement, semble appartenir à une école de pensée lointaine, par exemple la précaution psychosanaire consistant à faire vivre les RA dans des centres d'hébergement *avec la* population résidente dans des appartements, au lieu d'une structure unique, rationalisée au centimètre près et gérée avec des règles limitatives<sup>22</sup>. Par ailleurs, l'idée d'investir davantage de ressources pour améliorer les possibilités des RA, comme la liberté de circulation à l'intérieur du pays, semble être écartée au profit d'un désinvestissement à l'égard des RA, avec le pressentiment logique que, dans la plupart des cas, ils seront chassés du pays et qu'il est nécessaire de réduire l'attractivité de la Suisse (Summermatter et Nguyen, 2017). En ce sens, les pratiques et les priorités du système d'asile semblent *plus influentes* que les précautions sanitaires à l'origine de véritables conflits.

En ce qui concerne le phénomène de l'isoformisme, certaines conclusions peuvent être tirées sur la base de considérations relatives à la propriété intellectuelle. Depuis que l'association civile dont il est membre (MRA) a cherché à collaborer avec le SEM, ce dernier a accueilli favorablement plusieurs initiatives visant à améliorer les conditions de vie des RA dans ses CFA au Tessin. Cette influence décrit deux aspects : a) le SEM, comme toute autre institution, "s'isole" sur la base des attentes externes et de la culture dans laquelle il opère b) compte tenu du climat politique de désintérêt au Tessin à l'égard des RA, en l'absence d'une société civile solidaire des RA (en l'occurrence l'association susmentionnée), il y aura une adaptation du système d'asile basée sur des

<sup>22</sup> Pour plus d'informations, *Visite guidée du CFA* contient les notes d'une visite au sein d'un CFA.

attentes, dans ce cas, de séparation physique et de distance par rapport aux conditions de vie des résidents. Il convient également de rappeler que, selon IP, le SEM *crain*t les pressions exercées par les partis identitaires de droite ainsi que par les municipalités accueillant des CFA. Dans ce cas, on peut identifier une forme d'isoformisme coercitif, c'est-à-dire *le résultat de pressions formelles ou informelles exercées par d'autres organisations, dont les organisations dépendent* (Findik And Bedük, 2014, P. 28-29).

En ce qui concerne *la Street-level Bureaucracy Theory*<sup>23</sup>, elle fournit des clés utiles pour étudier les perceptions des personnes interrogées.

Premièrement, il est clair que PS1 et PS2, les deux personnes interrogées ayant des positions institutionnelles plus explicites au sein de leurs institutions, affichent un langage institutionnalisé conscient de leur rôle et de leurs possibilités. PS1, en particulier, semble remplir son contexte par rapport à l'institution dans laquelle il est intégré. En fait, au-delà de leurs croyances personnelles, ils semblent percevoir les pratiques d'asile comme normativement justes et légitimes, essayant de réconcilier leur position avec l'institution avec laquelle ils collaborent (Koelble, 1995 ; Sager et Gofen, 2022). Il est intéressant de noter que PSG, l'autre employée du SPS mais sans nomination institutionnelle, se raconte d'une manière plus personnelle et en mettant davantage l'*accent* sur la relation avec ses patients atteints de RA que PS1, qui semble s'identifier fortement à l'institution dans laquelle elle travaille. Quoi qu'il en soit, comme l'exprime Roy (1996), l'attitude défensive de PS1 pourrait être une méthode pour atténuer la tension dérivée des contradictions exposées au cours de l'entretien. Il faut cependant tenir compte du fait que l'institution pour laquelle il travaille, le SPS, a entamé depuis 2020 un projet de collaboration avec le SEM qui, en fait, a amélioré de nombreux aspects de l'accessibilité et de la qualité des soins pour les RA au Tessin. La personne interrogée est elle-même "satisfaite" des améliorations de service apportées par son institution et de la collaboration avec le SEM, voyant des progrès "là où, avant 2020, il n'y avait rien" (PS1, P. 11). La meilleure façon de décrire la basse tension vécue par PS1 est résumée par son commentaire explicatif : " on est dans un circuit de qualité et on va essayer de s'améliorer encore " (PS1, P. 12). Le circuit de qualité donne l'idée d'un cycle positif, d'un changement d'état d'une situation pire à une situation bien meilleure. L'enthousiasme du dynamisme des MSP en ce qui concerne la prise en charge des RA, étant donné aussi les critiques modérées mais présentes exprimées à l'égard des conditions de vie des RA dans les CFA, donnent l'impression que la contradiction entre les politiques publiques est perçue puis éclipsée par les moyens mis en place pour limiter les effets négatifs de cette contradiction. PS1 a une grande confiance dans les institutions et est satisfait de la collaboration à tous les niveaux : " L'excellent climat de collaboration dans les niveaux supérieurs

<sup>23</sup> Chapitre 1.2 L'importance du contexte institutionnel.

des institutions nous facilite la recherche de solutions optimales [...] Le travail effectué jusqu'à présent est quelque chose qui ne se perd pas car il devient alors le patrimoine des institutions " (PS1, P. 12).

Le type de contenu exprimé par PS2 fournit une différenciation importante entre le type de profession dans le secteur de la santé mentale. Le psychiatre, qui travaille dans un contexte de charge de travail aiguë, vit sa responsabilité avec moins d'inquiétude que les professions qui s'occupent des phases ultérieures : "Il n'y a pas de thérapie qui soit trop chère, ce que nous devons faire dans le cadre de l'hospitalisation aiguë, nous pouvons le faire". Il ajoute : "la situation est très différente lorsque le patient sort du CPC" (PS2, P. 5). En termes *lipskyens*, il est clair que la marge de manœuvre de PS2 n'est pas limitée par les ressources disponibles par rapport à ses objectifs. PS2 s'estime " chanceux " d'être placé dans un contexte où il n'a pas à ignorer ou à réaliser certains services de manière superficielle pour compenser la rareté des ressources (Wells, 1996). Cette position reflète la répartition des tâches des différentes structures socio-psychiatriques au Tessin, où la phase post-aiguë est assurée par le SPS. PS2 reflète donc fidèlement les tâches de sa profession spécifique dans les objectifs de son institution. Dans le contexte des services aigus du CPC, l'objectif premier coïncide avec la limitation des incidents "dangereux", comme le suicide ou l'homicide, et l'absence de perspective thérapeutique à moyen et long terme semble diluer la tension du PS2 puisque les soins ultérieurs seraient, sur le papier, délégués à une autre institution (Dedman, 1993 ; Jerrell, 1995 ; Marshall et al., 1995).

Sur la base des considérations ci-dessus, il faut comparer les responsabilités de PS2 avec celles d'AS pour comprendre la différence entre les deux professions. En fait, l'AS travaille également au CPC, mais avec des tâches complètement différentes en tant qu'assistant social. AS est en charge de la gestion du réseau de soins de la RA, ce qui l'expose à beaucoup plus de phases de soins, avec des projets à moyen et long terme. Sa tâche implique une préoccupation et un sentiment de frustration beaucoup plus importants que ceux des psychiatres interrogés, et similaires à ceux des PSG et des IP. Tout d'abord, AS fait état d'un manque de personnel au sein du CPC, notamment en ce qui concerne les travailleurs sociaux et les infirmiers psychiatriques. Il étend cette perception à l'ensemble de son *équipe*, qu'il considère comme très sollicitée en raison du nombre élevé de patients hospitalisés. Les ressources limitées, selon AS, ont un impact sur la qualité des soins des résidents et des RA, ces derniers n'étant assurés d'être vus par le psychiatre qu'au moins une fois par semaine grâce aux récentes réformes. D'un point de vue *lipskyen*, afin de compenser les contraintes de ressources, AS et son *équipe* adoptent une attitude responsable vis-à-vis des besoins des usagers, en essayant de répartir les tâches de manière à limiter le renoncement aux activités socio-thérapeutiques (Paraciani, 2020 ; Wells, 1996). En ce qui concerne le sentiment général, AS partage un sentiment de frustration dû aux incohérences des politiques tessinoises en matière de

prise en charge des RA. L'équation comprend la grande quantité de travail par rapport au petit nombre de personnel disponible, les bas salaires et le manque de reconnaissance par certains récits politiques : "Percevoir que la classe politique utilise la question [des RA] pour opposer les gens à ceux que nous essayons d'aider contribue au manque de reconnaissance de votre travail" (AS, P. 14). Selon AS, le climat politique influence négativement la prise en charge des RA et décrit certains effets réels, comme le fait que les centres collectifs et les CFA se trouvent dans des zones éloignées de la population résidente ou qu'aucun transport gratuit n'est fourni aux RA pour qu'elles puissent se déplacer librement. Ces choix compliquent le travail, les programmes et les activités menées en vue de l'intégration des RA. Il estime donc que l'école de pensée qui sous-tend la politique d'asile complique son travail et accroît sa frustration.

L'AS et le PSG sont unis par le fait que leurs professions touchent à des étapes de soins de la RA allant du court au moyen-long terme. Ce fait expose ces professions à des obstacles aux soins qui ne sont pas pris en compte dans la littérature. Selon PSG, les conditions imposées par la procédure d'asile aux RA les empêchent de faire de la psychothérapie en raison d'un principe psychologique lié à l'état instable. Ainsi, PSG se sent "incapable de faire le travail qui lui est demandé". Ce sentiment est une grande déception et la met dans une position où elle ne peut pas mettre en pratique tous ses outils et où elle a l'impression de n'être qu'une "soupape d'échappement". Malgré les ressources disponibles et le service d'interprétation, les conditions de travail sont, pour PSG, "extrêmement frustrantes". De plus, PSG ressent de la colère face au manque de prise en compte des conseils professionnels : "lorsqu'il s'agit de prendre en charge le demandeur qui pose problème au CFA, tout va bien. Mais lorsque nous donnons des indications sur ce qui ne va pas dans les CFA ou que nous critiquons les procédures d'asile, nous sommes rejetés et ignorés" (PSG, P. 18). Pour le PSG, cette situation accroît considérablement la frustration et donne l'impression de ne pas être écouté par les institutions.

Enfin, IP, retraité depuis 2015, exprime une similitude entre les asiles et les CFA, les considérant tous deux comme des institutions totales, c'est-à-dire " des institutions qui séparent les individus de l'extérieur, englobent leur vie, les privent de toute identité personnelle " (Righetti, 2024). La comparaison met en évidence la contradiction entre la politique de santé et la politique d'asile, qui réside dans l'ambiguïté due au fait que la politique de santé a pu rejeter l'idée de l'institution totale pour les patients psychiatriques mais pas pour les requérants d'asile.

En résumé, les perceptions des professionnels de la santé sur la mise en œuvre des politiques de santé publique et d'asile soulignent le rôle de la politique d'asile au Tessin, qui peut influencer négativement à la fois l'état de santé mentale des RA et la marge de manœuvre des professionnels de la santé, en particulier s'ils ne travaillent pas dans le domaine des soins aigus.

## 5.4 Les femmes et la communauté LGBTQ

Cette section présente quelques réflexions spécifiques sur les difficultés rencontrées par les personnes interrogées dans la prise en charge des femmes et des membres de la communauté LGBTQ+ au Tessin.

AS a avancé plusieurs arguments concernant la prise en charge des femmes et, en général, leurs conditions de vie en tant que requérants d'asile. Tout d'abord, pour AS, les femmes migrantes partent souvent avec une plus grande fragilité et, en fonction de la traite qu'elles ont subie, auront très probablement été abusées. Elle se souvient que lorsqu'elle travaillait avec des femmes dans les centres collectifs de la Croix-Rouge, la plupart des femmes enceintes attendaient des enfants "résultat des abus subis en Libye". AS rappelle donc un élément fondamental : "la route migratoire est faite de souffrances, d'abus et de mauvais traitements". Les femmes mineures non accompagnées et les enfants sont les principales victimes" (AS, P. 15).

Ensuite, il s'attarde sur un aspect lié aux différences culturelles et aux difficultés de les faire coïncider dans un régime de règles suisses. Elle évoque le cas d'une mère d'origine africaine qui, lorsqu'elle allait faire ses courses au marché depuis son centre collectif, laissait son fils sur la petite place fréquentée par d'autres RA. La culture d'origine de cette femme voulait que ses enfants soient également élevés par la communauté et, par conséquent, l'acte de le laisser-là était "normal" et "juste", y compris d'un point de vue éducatif. AS a dû la mettre en garde parce qu'en Suisse, laisser un enfant sans surveillance signifie risquer que "l'autorité régionale de protection de l'enfance vous retire la garde". Mais cela conduit aussi à une réflexion : "ce cas montre aussi l'ethnocentrisme présent qui nous fait réaliser que même la notion d'être une bonne mère est quelque chose qui appartient à la culture de base. Je me suis sentie mal parce que j'avais l'impression de lui dire : "Rappelle-toi ta valeur de communauté que tu as apprise en Afrique : eh bien, oublie-la et apprends celle que nous avons au Tessin! -". En réalité, poursuit-il, "ces situations sont l'occasion d'apprendre de nouveaux concepts étrangers au pays d'accueil, une richesse à laquelle nous pouvons nous intégrer, en créant des liens vertueux et des synergies, un peu comme dans les groupes de mères migrantes que nous voyons se réunir, créer une communauté" (AS, P. 15).

Enfin, AS critique vivement la culture patriarcale présente à tous les niveaux de la société tessinoise, y compris au sein des institutions socio-psychiatriques. "Les blagues sexistes et transphobes, même si elles ne sont pas dites avec malice, je ne veux plus les entendre et je l'ai fait savoir explicitement à mes collègues. Au niveau des services au sein du CPC, il y a cependant de grandes lacunes : "Lorsqu'un patient arrive, son hétérosexualité est considérée comme acquise. C'est grave, et encore plus grave pour les migrants qui sont venus ici parce qu'ils sont persécutés pour leur identité de genre et leur orientation sexuelle. Au Tessin, le sujet est trop tabou, même

pour les médecins". Le manque de sensibilité à l'égard des membres de la communauté LGBTQ+ peut être sérieusement expliqué par le manuel de diagnostic (CIM 10) utilisé par le CPC, dans lequel "le transsexualisme est encore considéré comme un trouble mental... et il se trouve que j'ai lu cela comme un diagnostic. C'est horrible." (AS, P. 16-17).

Le PSG, spécialisé dans les soins aux membres de la communauté LGBTQ+, émet également d'autres critiques. D'une manière générale, il dénonce le fait qu'en Suisse, le thème de l'identité de genre est peu connu et que, par conséquent, il y a peu de tact, même dans le contexte de la santé. Pour les homosexuels masculins, en revanche, la situation semble plus évoluée. En effet, il se souvient de cas où des homosexuels originaires de pays "homophobes" ont été placés dans des appartements privés plutôt que dans des centres d'accueil, "évitant ainsi le cauchemar de la persécution qu'ils auraient vécu en restant avec leurs compatriotes dans des chambres surpeuplées". Malheureusement, "il n'en va pas de même pour les femmes : si une lesbienne se sent en danger dans une chambre de femmes, elle sera prise moins au sérieux". En fait, selon le PSG, "les abus sexuels entre femmes ne sont pas reconnus comme tels ; au contraire, ils sont souvent ridiculisés ou, dans le pire des cas, érotisés". En général, pour le PSG, le problème est lié à l'absence de lois, de règles et de pratiques qui normaliseraient l'attitude des opérateurs et la sensibilité des institutions sur ces questions. En l'absence de réglementation, poursuit-il, "on s'en remet à la compréhension de chacun" : "on s'en remet à la compréhension de l'opérateur individuel et c'est un gros pari car c'est alors le migrant qui risque sa peau" (PSG, P. 8).

Enfin, le PSG, spécialisé dans le transsexualisme, émet de vives critiques à l'encontre de la Suisse, dénonçant le fait qu'elle a signé trop tard la Convention d'Istanbul (Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique) et que, de manière générale, elle ne protège pas les personnes qui émigrent en raison de discriminations fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. En extension :

"Je suis des personnes qui ont fui leur pays parce qu'elles sont homosexuelles ou transgenres. Dans certains pays, ces personnes sont discriminées : on les empêche de se soigner, elles sont battues dans la rue, elles sont licenciées, leur médecin leur dit qu'elles sont malades d'homosexualité, elles doivent se déguiser en hétérosexuelles, elles ne peuvent pas avoir de vie affective et sexuelle sans risquer la prison ou la peine de mort... La Suisse n'a pas de position claire sur ces questions et il n'est jamais certain qu'elle protège ces personnes. Si vous venez d'un pays où, par exemple, le fait d'être homosexuel est explicitement illégal ou injustement désavantageux, la Suisse ne vous donnera pas nécessairement l'asile parce qu'il n'y a pas de politique claire" (PSG, P. 7).

Le PSG conclut en espérant que la politique migratoire deviendra cohérente avec la Convention d'Istanbul et que des mécanismes de protection plus forts seront créés pour les membres de la communauté LGBTQ+, conformément aux recommandations d'Amnesty International (2020).

### **5.5 La crise des réfugiés ukrainiens : deux poids, deux mesures ?**

En général, les personnes interrogées estiment que les établissements de santé du Tessin offrent un traitement égal et équitable entre la population résidente et les RA. En revanche, les opinions divergent quant à l'inégalité de traitement entre les différents types de requérants d'asile, comme le souligne un article de Dahinden (2022).

L'introduction du permis S, destiné exclusivement à la population ukrainienne, semble avoir suscité un fort mécontentement parmi les autres RA, un sentiment partagé par toutes les personnes interrogées. AS considère comme une "gifle" l'expérience subie par certains de ses utilisateurs qui ont vu la procédure allongée de plusieurs mois afin de donner la priorité aux RA ukrainiens (AS, P. 7). Dans son raisonnement, il considère que le RA se perçoit déjà en principe comme une personne de "catégorie inférieure" et que ce traitement inégal a véhiculé l'idée qu'"il y a différentes catégories de personnes dans le besoin". PS1 et PS2 émettent des commentaires plus modérés, mais admettent que la crise ukrainienne a créé de la nervosité et un engorgement au sein du CFA.

PSG pense que la situation d'urgence des Ukrainiens a mis en lumière plusieurs aspects controversés de la politique migratoire suisse. Il explique que la Suisse [dans cette situation] a agi rapidement et la manière dont elle l'a fait suggère qu'il y a beaucoup de possibilités et beaucoup de ressources, cela dépend juste, peut-être, de la volonté et de la quantité que l'on veut mettre sur la table". Sur la base des commentaires recueillis auprès de ses patients immigrés, le PSG se souvient de "la colère suscitée par ce traitement inégal. Il y a ceux qui ont attendu pendant des années et qui ont vu le requérant d'asile ukrainien dans leur appartement en trois semaines. D'autres disent : "Ils peuvent aller à l'école et se déplacer librement, je suis là à chanter des chansonnettes à l'atelier d'intégration et au cours d'italien..." (PSG, P. 8-9). Selon PSG, une interprétation de cette disparité réside dans les relations internationales : "La Suisse est très attentive à ce que pensent les autres pays et la communauté internationale est indignée par l'attaque de la Russie en Ukraine... Je dirais que les Afghans sont alors moins indignés. Dans d'autres pays d'émigration, il n'y a pas beaucoup d'attention de la part des médias et la communauté européenne et mondiale n'exprime pas une forte solidarité, de sorte que la Suisse ne s'est pas sentie obligée de prendre des mesures exceptionnelles. Au contraire, avec l'Ukraine, elle a ressenti le besoin de rejoindre ce front commun politique" (PSG, P. 8-9).

IP reconnaît qu'il y a eu une inégalité de traitement entre les migrants ukrainiens et ceux d'autres pays, jugeant le phénomène "xénophobe". Selon IP, le migrant noir fait partie d'un "exotisme" imaginaire qui est "effrayant par rapport aux Ukrainiens blancs" (IP, P. 17). La disparité qui dérange le plus l'interviewé est certainement la possibilité donnée aux Ukrainiens de se déplacer gratuitement dans toute la Suisse, une liberté refusée aux autres requérants d'asile, même dans leur propre région.

## 5.6 Perception du climat politique au Tessin

La perception générale du climat politique au Tessin est qu'il existe un sentiment d'aversion envers les requérants d'asile, reflétant les études menées sur la communication politique des partis tessinois (Bernhard, 2017 ; Bernhard, 2017b ; Mazzoleni et al., 2007 ; Mazzoleni, 2015). Deux points de vue décrivent le statut socio-économique précaire des requérants d'asile tessinois comme un élément clé du phénomène, résumé par AS :

"Les gens qui ne sont pas confrontés aux migrants ont peur. Il faut savoir que le Tessin est un canton frontalier, le seul canton entièrement italo-italophone, le canton où les salaires sont les plus bas et l'assurance maladie la plus élevée. Ces derniers aspects suscitent de la colère chez moi et chez les gens. C'est pourquoi les Tessinois sont moins sensibles aux migrants et aux bénéficiaires de l'aide sociale... La solidarité est importante, mais ceux qui ne travaillent pas dans le secteur social et qui vivent concrètement la souffrance économique font, à mon avis, partie d'une dynamique qui alimente la xénophobie... Le Tessin est très fragile et malheureux..." (AS, P. 11).

Si l'on suit ce raisonnement, le sentiment xénophobe découlerait d'un besoin de donner la priorité à d'autres questions sociétales de la part des citoyens concernés du Tessin, qui sont vulnérables à la rhétorique politique qui fait des étrangers les boucs émissaires des problèmes sociaux. Ce point de vue est partagé par IP, qui participe à une association de soutien aux requérants d'asile dans le Bas-Tessin et qui a une longue expérience de la dynamique politique de la région. Selon IP, conformément aux considérations de Giordano (2002), la politique dominante au Tessin est souvent l'expression de mouvements de droite basés sur l'identité, qui "créent des fabrications par le biais de campagnes dénigrantes, racistes et xénophobes contre les réfugiés" (IP, P. 8). Selon IP, ces récits ont créé des préjugés à l'encontre des RA dans la ville frontalière de Chiasso. Un groupe d'universitaires a donc mené une enquête locale et a constaté que, contrairement aux récits des médias, la majorité de la population ne craignait pas les RA et favorisait une meilleure intégration

par l'emploi, tandis que ceux qui ont répondu qu'ils avaient peur d'eux étaient corrélés au fait qu'ils n'en avaient même jamais rencontré un (LaRegion, 2024).

Pour IP, le racisme et la xénophobie sont latents et répandus au Tessin, dénonçant le courant de pensée qui sous-tend la politique d'asile et qui veut rendre la Suisse peu attractive : "les gens [xénophobes] ne l'admettraient jamais mais ils sont là. De plus, ils ont la croyance absurde que plus on rend les choses difficiles, plus on crée de l'inconfort, plus on rend le pays moins attractif". Le récit du pays moins attrayant, selon IP, est basé sur des spéculations et non sur des preuves claires, démontrant une xénophobie profondément enracinée : "La Suisse crée-t-elle un environnement qui ne respecte pas les droits de l'homme pour que les migrants n'arrivent pas ? Tout d'abord, les migrants ne s'arrêtent pas face à la guerre, au changement climatique et à la famine. Ils viendront toujours et vous ne pouvez pas céder sur la question des droits fondamentaux parce que cela fait partie de votre système juridique ! Vous ne pouvez pas piétiner les principes fondamentaux sur la base de calculs absurdes en matière de politique migratoire" (IP, P. 7-8). En plus de pointer du doigt les récits des partis, IP critique les municipalités, expliquant qu'elles exercent une grande influence sur la politique d'asile, principalement grâce à leur pouvoir de négociation avec les CFA. Par exemple, le nouveau CFA de Balerna (*Visite guidée du CFA*) est, selon IP, "le résultat de l'ignorance des municipalités concernées". Il semble que les structures fermées telles que le nouveau CFA étaient l'option la moins chère, mais pour IP, ce n'est qu'une illusion : "la gestion d'un CFA fermé, qui crée de l'inconfort, de la détresse, de l'agression et de la souffrance, nécessite plus de personnel, beaucoup d'interventions policières et, par conséquent, une augmentation exponentielle des coûts" (IP, P. 8).

PS2 perçoit également une vision "modérément averse" des étrangers au Tessin (PS2, P. 7) et estime qu'il s'agit d'un phénomène sociologique d'une grande portée identitaire, rappelant la théorie du clivage entre centre et périphérie analysée par Mazzoleni (2015) et Mazzoleni et Pilotti (2015). Enfin, le PSG perçoit une grande peur des étrangers au Tessin et rappelle que la cause pourrait être la présence de la frontière à Chiasso. Selon le PSG, les frontières sont souvent un lieu de criminalité et "le risque qu'un RA tombe dans le piège est réel" (PSG, P. 10). Le fait qu'un RA puisse s'engager dans des activités telles que le trafic de drogue ne surprend pas le PSG puisque les conditions de vie ne permettent pas d'avoir un emploi ou un revenu supérieur à dix francs par jour.

En ce qui concerne le climat politique au Tessin, PS1 semble contradictoire. Il déclare ne pas percevoir de xénophobie et fait l'éloge de certains projets d'inclusion proposés par la municipalité de Chiasso. Il déclare ensuite avoir été témoin d'épisodes de racisme, mais pense qu'ils ne sont pas liés au contexte tessinois, mais à des "phénomènes internationaux". Ces concepts s'entrechoquent et montrent en général un type de discours d'atténuation et de protection à l'égard du contexte institutionnel à plusieurs niveaux dans lequel il travaille. Lorsqu'on l'interroge sur la différence

entre les statuts S et les autres, il préfère ne pas faire de commentaires, considérant que la question "dépasse mon expertise technique en matière de santé" (PS1, P. 9).

En ce qui concerne les incidents racistes sur le lieu de travail, personne ne signale de cas flagrants de comportement direct, à l'exception de la PI, dont le témoignage donne à réfléchir :

"Je pourrais citer le cas symptomatique d'un garçon kenyan qui se trouvait en Suisse depuis 12 ans. Il était l'un des derniers à être alité au CPC dans la phase de transition entre l'asile et l'établissement ouvert. Nous avons un projet avec lui pour le placer dans un appartement à Chiasso grâce à un accord avec la municipalité. Il prenait de la cocaïne et a été admis, mais le projet était toujours actif. Un jour, nous sommes allés à la clinique, mais il n'était pas là. Il avait été emprisonné, non pas en vertu d'un décret, mais d'un accord extra-institutionnel et extra-judiciaire entre le directeur de la clinique et le directeur de la prison. Je suis donc allé à la prison pour le suivre et j'ai vu son état : mis à l'isolement dans une cellule souterraine parce qu'il était malade, qu'il criait et qu'il s'agissait d'un cas psychiatrique. Je me souviens avoir téléphoné à la direction pour lui dire que s'il ne sortait pas, il allait mourir. Le lendemain, il a été admis aux urgences parce qu'il était en hypothermie et qu'il mesurait 32 degrés. L'isolement cellulaire en prison est une chose absurde... Il faisait froid et humide. Plus tard, nous avons écrit à la commission juridique pour expliquer ce qui s'était passé et le directeur a déclaré que "j'avais contourné les hiérarchies". Bien sûr que oui, mais j'aurais aussi pu faire une conférence de presse et tout rendre public. Ce qui m'intéressait, c'était que ce genre de situation ne puisse plus jamais se reproduire. Ces gens-là [les étrangers] sont les nouveaux parias par rapport aux malades psychiatriques qui étaient alors protégés par la loi. C'est aussi la faute de ces gens dans les institutions qui laissent faire... [soupirs]. Il y a de la xénophobie et du racisme derrière tout cela. C'est difficile à déterminer, mais quand on voit une différence de traitement qui ne respecte pas la loi, on y pense [...] Je me souviens de l'ironie banale et rétrograde et des blagues racistes qu'ils faisaient sur les Africains. Ce racisme a toujours été là, souterrain mais vivant" (IP, P. 13-14).

Le cas susmentionné n'est pas le seul, et IP parle de manière générale de la violence commise au sein des CFA par les agents de sécurité, les décrivant comme " non formés, incapables de dialogue et de médiation " (IP, P. 14).

En conclusion, les services de soins de santé mentale pour les RA semblent être exempts de discrimination et de préjugés. Néanmoins, les perceptions des spécialistes interrogés donnent une

image ambiguë de la culture politique du Tessin, qui semble s'inscrire dans une dynamique identitaire et sociologique peu favorable aux droits des RA. Le cas d'abus raconté par IP mériterait une enquête plus approfondie, mais il reste didactique sur la façon dont la violence envers les patients psychiatriques étrangers pourrait être présente au Tessin.

## Conclusion

De manière générale, cette recherche a enrichi notre compréhension de l'état actuel des soins de santé mentale pour les requérants d'asile au Tessin. L'étude a impliqué un certain nombre de professionnels travaillant dans les principales institutions de soins de santé du canton italoophone, qui ont mis en évidence les aspects les plus critiques du système d'accueil en Suisse.

Par rapport à la littérature nationale existante sur le sujet, qui se concentre davantage sur les barrières et les obstacles à la santé, l'impact et l'influence de la politique d'asile sur la santé mentale des requérants d'asile et, par conséquent, les difficultés accrues pour les professionnels socio-psychiatriques de mener des thérapies efficaces, ont fait l'objet d'une enquête particulière. De manière surprenante, et en accord avec la littérature exploratoire internationale, la politique d'asile et d'intégration apparaît aux personnes interrogées comme les principaux déterminants d'une mauvaise prise en charge de la santé mentale des requérants d'asile au Tessin. A travers des arguments d'intensité variable, les aspects critiques les plus soulignés sont la surpopulation dans les CFA, les longs délais de procédure, la liberté de mouvement limitée et les modalités des auditions.

### Principaux résultats

Ce *mémoire* étudie les multiples aspects de la santé mentale des RA au Tessin à travers les opinions et les expériences de cinq spécialistes de la santé mentale.

Dans une perspective néo-institutionnelle, l'importance des institutions publiques apparaît clairement en raison de leur impact direct sur la vie des requérants d'asile et de leur influence sur les conditions de travail des professionnels.

*La théorie de la bureaucratie de rue* s'est avérée appropriée pour mieux comprendre la politique de santé et d'asile à travers les récits de ceux qui se trouvent à faire la médiation entre les deux parties dans leur profession. La marge de manœuvre des agents de santé interrogés apparaît ainsi limitée selon le type de profession et le contexte : ceux qui travaillent dans un contexte d'urgence disposent des ressources qu'ils jugent nécessaires pour mener à bien leur travail, tandis que ceux qui mènent des projets de thérapie ou d'intégration à moyen ou long terme rencontrent de nombreuses difficultés. Le service d'interprétariat non couvert par l'assurance maladie ne semble pas représenter une barrière, mais plutôt un aspect qui peut être amélioré en termes de qualité du service, tandis que la formation ethnopsychiatrique donne l'impression d'avoir déjà fait quelques progrès par rapport à il y a quelques années. L'aspect le plus surprenant est certainement l'accent mis sur les conditions d'accueil, qui semblent représenter le plus grand problème pour la protection de la santé mentale des requérants d'asile. Les experts socio-psychiatriques interrogés sont convaincus que la politique d'asile au Tessin, comme en Suisse, doit être revue, en commençant

par les possibilités d'emploi, la garantie de la liberté de mouvement, des conditions moins oppressives dans les CFA et, en général, un changement de l'école de pensée du système. Les procédures d'asile ont un impact direct sur la santé des requérants d'asile et sur les conditions de travail des opérateurs, qui sont empêchés d'effectuer des traitements efficaces à moyen et long terme.

Un aspect positif concerne la présence d'un réseau fonctionnel et évolutif de prestataires de soins sur le territoire tessinois. La répartition des services et un bon niveau de communication entre les différentes agences optimisent généralement la qualité des soins aux requérants d'asile, qui est perçue comme s'étant améliorée au cours des deux dernières décennies. Les services psychosociaux, en collaboration avec le SEM, représentent une réponse concrète à l'urgence de la santé mentale des RA, tandis que le CPC semble être de plus en plus attentif aux cas de RA grâce à des départements spécialisés et à une formation ethnopsychiatrique plus poussée. Pour ce travail, il est dommage que nous n'ayons pas pu contacter directement les travailleurs de la Croix-Rouge du Tessin. Malgré leur volonté de participer au projet, il n'a pas été possible d'organiser des entretiens pour des raisons bureaucratiques.

Plus spécifiquement, l'école de pensée autour de la procédure d'asile est perçue comme la cause principale de l'état de santé mentale précaire des RA, ainsi que comme le facteur qui rend le traitement psychothérapeutique plus difficile. Le système d'asile apparaît comme la principale variable dans la question de savoir comment la santé mentale des RA peut être améliorée en vue de prévenir l'évolution de la mauvaise santé mentale, par le biais, par exemple, de la promotion de la sociabilité et de l'amélioration des activités professionnelles au cours des phases de procédure.

En ce qui concerne les questions de politique de santé, les barrières d'accès aux soins et les obstacles connus dans la littérature, il convient de souligner certaines spécificités du système tessinois. D'une manière générale, tous ont souligné que la langue et la culture étaient les principaux obstacles. Par rapport à la littérature sur le sujet, cependant, tous s'accordent à dire que les services d'interprétation au Tessin évoluent et sont parfois *efficaces*. Les principales lacunes sont la formation des interprètes, parfois insuffisante, et l'absence d'une véritable médiation culturelle. Il ressort que le service actuellement disponible au Tessin est un outil utile mais "à double tranchant", du fait d'opérateurs non professionnels et souvent d'*anciens requérants d'asile*. En ce qui concerne la question de l'ethnopsychiatrie, il apparaît que des supervisions ont été activées au SPS et au CPC, par des professionnels d'autres cantons, afin de former les *équipes* sanitaires. Malgré cela, le niveau général de formation en ethnopsychiatrie est considéré par certains comme insuffisant.

En définitive, au Tessin, par rapport aux études nationales, il semble que l'absence de couverture d'assurance des services d'interprétation n'empêche pas les praticiens d'y avoir recours sans obstacles financiers. En outre, le nouveau modèle de prescription, qui remplace le modèle de

délégation, semble être une nouveauté ayant peu d'impact sur l'assistance des 'RA dans le contexte tessinois.

### **Autres thèmes**

Dans le cadre de cette recherche, d'autres thèmes ont été pris en compte, énumérés ci-dessous :

- En ce qui concerne les histoires de cas concernant les femmes et les membres de la communauté LGBTQ+, une vision décourageante émerge : au Tessin, il semble y avoir une culture de préjugés et de stigmatisation de la part des professionnels de la santé à l'égard de ces sections de la population. D'un autre côté, on constate une amélioration de la sensibilité à l'égard des homosexuels masculins. Les gouvernements suisses sont également sévèrement critiqués pour ne pas avoir établi de *politiques* claires à l'égard des membres de la communauté LGBTQ+.
- En ce qui concerne les ressources disponibles, les réponses sont mitigées. Les personnes interrogées qui travaillent actuellement se plaignent du besoin de personnel supplémentaire dans leurs institutions. Certaines réductions des dépenses de santé effectuées par le gouvernement cantonal au fil des ans sont critiquées. À l'encontre de la tendance actuelle, l'une des personnes interrogées estime que les ressources devraient être affectées non pas aux aspects des soins, mais à la prévention, à l'expansion des services et aux possibilités d'emploi pour les infirmières auxiliaires. En ce qui concerne la qualité générale des soins pour les RA, une amélioration est perçue dans les cas ambulatoires et hospitaliers, grâce à des services spécifiques et au développement constant d'un réseau régional cohérent.
- En ce qui concerne le contexte politique au Tessin, les avis sont très partagés. En général, cependant, la perception de tous est qu'il existe une culture politique défavorable aux requérants d'asile. L'une des explications possibles, qui a émergé lors de deux entretiens, est la précarité socio-économique de la population tessinoise. L'idée la plus répandue est que les bas salaires, ainsi que le sentiment des Tessinois d'être *left-behind* par rapport au reste de la Suisse, font que les préoccupations sont axées sur les problèmes des résidents, excluant ainsi les conditions de vie des migrants des priorités. En général, certains parlent d'une xénophobie répandue parmi les individus, alors qu'en ce qui concerne les institutions, aucune discrimination dans les pratiques n'est perçue. La seule exception vient de la personne interrogée ayant plus d'années d'expérience professionnelle, qui se souvient de certaines pratiques illégales motivées, selon elle, par des formes de racisme. Les autres personnes interrogées perçoivent un climat légèrement discriminatoire et préjudiciable sur le lieu de travail, mais ne signalent aucun comportement direct. Les autres thèmes qui émergent font état d'une peur des étrangers amplifiée par le discours politique de certains

partis. D'autres critiques sont formulées à l'encontre des municipalités et de la politique nationale en matière de migration.

- Lorsqu'on les interroge sur la différence de traitement des réfugiés ukrainiens, des sentiments d'injustice se font jour en ce qui concerne le traitement inégal des RA. Plus précisément, il est fait état d'une grande frustration chez les RA non ukrainiens qui voient leurs procédures s'allonger en raison de la priorité accordée aux Ukrainiens. Certaines des personnes interrogées estiment que cette situation d'urgence est la preuve que les ressources nécessaires à l'amélioration des conditions de vie de tous les RA existent, mais que cela dépend de la volonté politique.
- En ce qui concerne les convictions personnelles relatives à la question de la santé mentale des RA, il existe des raisonnements très spécifiques. Pour ceux qui travaillent dans les cas les plus aigus, le conflit éthique et déontologique semble mineur en raison de la nature des contextes d'urgence, où l'objectif est d'éviter de graves perturbations susceptibles de nuire à la vie du patient. Il en va différemment pour ceux qui travaillent dans des contextes non urgents. Le sentiment le plus répandu est la frustration qui découle de multiples aspects, dont le manque de personnel, le manque de reconnaissance de son travail et la conviction que, en raison du système d'asile, il n'est pas possible d'effectuer des thérapies psychologiques.

### **Limites**

La limite la plus évidente de cette recherche est de ne pas avoir eu l'occasion d'interviewer des intervenants psychosociaux travaillant pour la Croix-Rouge tessinoise et Soccorso Operaio Svizzero. Il aurait été opportun d'élargir et de varier les points de vue en interrogeant également des employés du SEM, afin de comprendre le point de vue des responsables de la politique d'asile sur la question de la santé mentale des requérants d'asile.

Une autre limite est l'absence d'entretiens avec des professionnels de la santé d'autres cantons. Cela aurait grandement enrichi la valeur des résultats par rapport à un discours *national*. Il est certain qu'à l'avenir, l'étude dans d'autres cantons assurerait une comparaison qui permettrait de délimiter les spécificités des politiques publiques cantonales et de faire ressortir clairement les phénomènes à l'échelle nationale, notamment en ce qui concerne la politique d'asile.

Un autre aspect que j'aurais aimé explorer est celui des mécanismes d'*adaptation* avec lesquels les agents de santé parviennent à faire face aux ressources limitées et aux contradictions entre les règles et les coutumes. Il faut considérer que la théorie de la *bureaucratie de rue* devrait inclure une étude ethnographique sur le terrain, en expérimentant la vie quotidienne des travailleurs de la santé à travers une observation des techniques adoptées pour faire face aux situations les plus stressantes et difficiles (Brodin, 2008 ; May et Winter, 2007 ; Dubois, 2010). Enfin, il aurait été opportun

d'explorer précisément les valeurs et les appartenances politiques des personnes interrogées par le biais d'une *enquête*, afin d'enrichir la compréhension des opinions recueillies.

### **Contribution aux sciences politiques et sociales**

En plus de contribuer à la littérature suisse sur le sujet, cette recherche est utile pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il est utile aux acteurs politiques et institutionnels travaillant dans le domaine des politiques d'asile et de santé. La documentation et les entretiens apportent plusieurs éclairages utiles sur les problèmes et permettent d'identifier des pistes de solutions. Au niveau cantonal et communal, les avis des professionnels du domaine peuvent faire prendre conscience de la mesure dans laquelle les choix administratifs, notamment en matière de politiques d'intégration, peuvent améliorer la protection des RA au Tessin. Il convient également de considérer que, selon certaines études, les troubles mentaux ont un impact sur les individus qui en sont atteints, mais pas seulement, puisque l'ensemble de la société en souffre en raison de l'impact économique sur le système d'aide sociale et le marché du travail. Comme le souligne Kiselev (2019), le traitement médical, la réadaptation et la prévention représentent des coûts importants. Dans le même temps, les troubles mentaux augmentent le chômage et les pertes globales de valeurs productives dans le système économique. Un rapport de l'OCDE de 2014 confirme l'ampleur de ces coûts en Suisse. En effet : "Psychische Krankheiten verursachen der Schweizer Wirtschaft Kosten in der Höhe von etwa 3,2 % des BIP durch Arbeitsausfälle, Sozialausgaben für vorübergehend oder ganz aus dem Arbeitsprozess Ausgeschiedene und Gesundheitskosten für beide Gruppen" (2014, P. 15). En ce sens, le fait de ne pas protéger la santé mentale des requérants d'asile "affecte le développement de l'intégration d'un réfugié ou d'un requérant d'asile et finalement le bien-être de l'État" (Kiselev, 2019, P. 16). Si l'on suit ce raisonnement, la santé mentale est une priorité qui doit être assurée non seulement pour le bien-être des individus, mais aussi pour la prospérité de la communauté. En effet, plusieurs études suggèrent qu'investir dans la santé mentale des réfugiés et des requérants d'asile, par opposition à la non-intervention, diminue les coûts de santé globaux au fil du temps (Maier, 2010 ; Bager et al., 2018). Ainsi, la mauvaise gestion de la santé mentale des requérants d'asile, au niveau international et en Suisse, est une problématique dans laquelle il est payant d'investir à la fois pour se conformer aux lois humanitaires internationales et pour diminuer les coûts collectifs. Deuxièmement, ce type de recherche, s'il est développé de manière appropriée, peut fournir un excellent aperçu permettant de découvrir des dimensions non mesurées de la pratique administrative, qui sont cruciales pour attribuer les responsabilités et mieux comprendre les résultats des politiques publiques. Ce type de recherche peut aider les décideurs politiques et les gestionnaires à répondre à la question fondamentale de savoir comment créer des politiques et des structures organisationnelles qui favorisent un bon service aux utilisateurs auxquels les *politiques*

se rapportent (Bodkin, 2008). Dans des travaux futurs, cette recherche pourrait être complétée par des entretiens avec les différents membres de la direction des institutions socio-psychiatriques afin de comprendre l'activité *managériale*, c'est-à-dire le processus dans lequel se déroule la dialectique entre les réglementations et leur mise en œuvre pratique.

Enfin, j'exprime une opinion personnelle : la santé mentale est l'un des piliers de la garantie des droits de l'homme et du respect des Conventions de Genève dont s'inspirent les systèmes juridiques suisses. L'analyse de la littérature existante et les témoignages des personnes interrogées suggèrent qu'en Suisse, malgré le fait qu'il existe une couverture médicale complète par rapport à d'autres pays, l'accent n'est pas suffisamment mis sur le système de prévention et de soutien psychologique pour les requérants d'asile. On a souvent tendance à comparer les conditions des réfugiés en Suisse avec celles d'autres pays, en faisant allusion au fait que les requérants d'asile ont de la "chance" et qu'ils doivent "se débrouiller" avec la situation. Or, face au degré de liberté et d'équité, je crois qu'il ne faut jamais se contenter et qu'il faut au contraire viser le maximum. C'est pourquoi j'espère que ce *mémoire* pourra donner le message de redoubler d'efforts pour atteindre l'équité de traitement entre résidents et *requérants d'asile*, ce qui n'est pas utopique, mais, comme on l'a vu dans le cas des réfugiés ukrainiens, une simple question de volonté, d'ouverture et de courage. Dans une perspective élargie, les critiques de certains spécialistes de la santé mentale à l'égard des politiques d'asile, recueillies dans le cadre de cette recherche, font écho aux plaintes de plusieurs associations humanitaires concernant la violation des droits des requérants d'asile et la faible protection de leur santé mentale. Outre le degré inquiétant d'inadéquation des mesures de protection de la santé des migrants dans le présent, la Suisse et l'ensemble des Etats européens doivent se préoccuper de l'avenir. Selon les prévisions du SEM, au moins 30'000 demandes d'asile seront déposées en Suisse d'ici fin 2024 et, dans le même temps, au moins 56 guerres impliquant 92 pays sont en cours, avec environ 110 millions de personnes déplacées (DFJP ; Institute for Economics & Peace, 2024). En outre, plus de 215 millions de migrants climatiques du monde entier sont attendus d'ici à 2050 (Clement And al., 2021). Ces chiffres effrayants et déplorables ne peuvent que nous faire réfléchir sur la nécessité de développer un système d'asile où les personnes en quête de protection se voient garantir les meilleures conditions pour évoluer sans être marginalisées ou oubliées au sein de structures, comme le définit un haut fonctionnaire du SEM " quelque part entre une colonie, une caserne et une prison " (*Visite guidée du CFA*).

## Bibliographie

### Papiers

Akinyemi, O., Atilola, O. et Soyannwo, T. (2015). Suicidal ideation: Are refugees more at risk compared to host population? Résultats d'une évaluation préliminaire dans une communauté de réfugiés au Nigeria. *Asian journal of psychiatry*, 18, 81-85.

d'Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L., Fakhoury, W. et Priebe, S. (2007). Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 293-301.

Bäärnhielm, S., Edlund, A. S., Ioannou, M. et Dahlin, M. (2014). Approaching the vulnerability of refugees : evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden (Approcher la vulnérabilité des réfugiés : évaluation de la formation psychiatrique interculturelle du personnel chargé des soins de santé mentale et de l'accueil des réfugiés en Suède). *BMC medical education*, 14(1), 1-10.

Bager, L., Hansen, K. S., Andersen, C. J., & Wang, S. J. (2018). La réadaptation multidisciplinaire des réfugiés torturés représente-t-elle un "rapport qualité-prix" ? Un suivi d'une étude de cas danoise. *BMC health services research*, 18, 1-14.

Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R., Framorando, D., Kasina, F., Premand, N., Eytan, A., & Khazaal, Y. (2016). Quels sont les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale et les besoins primaires des requérants d'asile ? Une enquête auprès des soignants en santé mentale et des travailleurs en soins primaires. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-8.

Bernhard, L. (2017). La politisation des questions migratoires par la droite radicale : le Tessin, un cas d'espèce. In *Revue Forum* (Vol. 9, pP. 114-124).

Bernhard, L. (2017b). Trois visages du populisme dans la Suisse actuelle : comparaison de la communication populiste de l'Union démocratique du centre, de la Ligue tessinoise et du mouvement Citoyens genevois. *Revue suisse de science politique*, 23(4), 509-525.

Blackwell, R. D. (1993). Disruption and reconstitution of family, network, and community systems following torture, organised violence, and exile. Dans *International handbook of traumatic stress syndromes* (pP. 733-741). Boston, MA: Springer US.

Bolfíková, E., Hrehová, D. et Frenová, J. (2012). Normative Institutionalism, Institutional Basis of Organizing. *Sociology & Space/Sociologija i Prostor*, 50(1).

Böttche, M., Stammel, N., Meyer, C., Schumacher, T. (2020). Instruments de tests psychologiques destinés à l'appréciation de la santé mentale des requérants d'asile et des réfugiés : état des lieux et évaluation. OFSP.

Braveman, P. A., Arkin, E., Proctor, D., Kauh, T. et Holm, N. (2022). Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling : Study examines definitions, examples, health damages, and dismantling systemic and structural racism. *Health Affairs*, 41(2), 171-178.

Brodkin, E. Z. (2008). Accountability in street-level organisations. *Intl Journal of Public Administration*, 31(3), 317-336.

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H. et Saxena, S. (2019). Nouvelles estimations de l'OMS sur la prévalence des troubles mentaux dans les contextes de conflit : une revue systématique et une méta-analyse. *The Lancet*, 394 (10194), 240-248.

Clement, V., Rigaud, K. K., De Sherbinin, A., Jones, B., Adamo, S., Schewe, J., ... & Shabahat, E. (2021). Groundswell part 2 : Agir sur les migrations climatiques internes. Banque mondiale.

Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S., ... & Groupe d'étude EUGATE. (2012). Soins de santé pour les migrants irréguliers : pragmatisme à travers l'Europe. A qualitative study. *BMC research notes*, 5, 1-9.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., ... & Organisation mondiale de la santé. (2015). Suisse : examen du système de santé. Organisation mondiale de la santé.

Dedman, P. (1993). Home treatment for acute psychiatric disorder (Traitement à domicile pour les troubles psychiatriques aigus). *BMJ: British Medical Journal*, 306(6889), 1359.

Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K. et Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 184.

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. et Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries : risk and protective factors (Santé mentale des enfants déplacés et réfugiés réinstallés dans des pays à revenu élevé : facteurs de risque et de protection). *The Lancet*, 379(9812), 266-282.

Findik, m. et Bedük, A. (2014). Organizational isomorphism in the context of institutional theory (L'isomorphisme organisationnel dans le contexte de la théorie institutionnelle). *International Journal of Social and Economic Sciences*, 4(1), 27-33.

Garcés-Mascareñas, B. (2015). Pourquoi Dublin ne fonctionne pas. *Notes internacionales CIDOB*, 135(1).

Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The 'lost boys of Sudan' : Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(6), 585-591.

Giacco, D., Matanov, A. et Priebe, S. (2014). Fournir des soins de santé mentale aux immigrants : défis actuels et nouvelles stratégies. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 282-288.

Gianni, M. (2017). Comprendre et combattre le racisme structurel, un défi capital. *TANGRAM - Zeitschrift der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus*.

Giordano, C. (2002). Free and Swiss' L'identité tessinoise ou la production sociale de la dialectique. *Ethnologie française*, 37(2), 295-309.

Giudici, F. (2013). Diversity in the life courses of older people : The impact of socio-economic status on health (La diversité dans les parcours de vie des personnes âgées : l'impact du statut socio-économique sur la santé). *Data-Statistics and Society*, 13, 89-101.

Good, A. (2011). Tales of suffering : Asylum narratives in the refugee status determination process (Histoires de souffrance : récits d'asile dans le processus de détermination du statut de réfugié). *Ligne*.

Gorst-Unsworth, C. et Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq : Trauma-related factors compared with social factors in exile. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 90-94.

Greppi, S. (2002). *La population étrangère et les flux migratoires au Tessin*. Manno : Haute école spécialisée de Suisse méridionale, Département de travail social.

Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., ... & Müller, C. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz : Schlussbericht.

Hallas, P., Hansen, A. R., Stæhr, M. A., Munk-Andersen, E. et Jorgensen, H. L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers : a retrospective study from Denmark (Durée du séjour dans les centres d'asile et santé mentale des requérants d'asile : une étude rétrospective du Danemark). *BMC public health*, 7, 1-6.

Haroz, E. E., Decker, E. et Lee, C. (2018). Données probantes pour les programmes de prévention et de réponse au suicide avec les réfugiés : une revue systématique et des recommandations. *Genève : Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés*.

Harrison, S. (2015). Street-level bureaucracy and professionalism in health services. Dans *Understanding street-level bureaucracy* (pP. 61-78). Policy Press.

Hathaway, J. (2005). L'évolution du régime des droits des réfugiés. Dans *The Rights of Refugees under International Law* (pP. 75-153). Cambridge : Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511614859.003

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. et Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities (La stigmatisation en tant que cause fondamentale des inégalités en matière de santé de la population). *American journal of public health*, 103(5), 813-821.

Hecker, T., Huber, S., Maier, T. et Maercker, A. (2018). Associations différentielles entre le TSPT et les symptômes complexes du TSPT et les expériences traumatiques et les difficultés postmigratoires dans un échantillon de réfugiés culturellement diversifié. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 795-804.

Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N. et Maier, T. (2012). Santé mentale des requérants d'asile : une étude transversale des troubles psychiatriques. *BMC psychiatry*, 12, 1-8.

Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T. et Müller, J. (2014). Psychopathologie et statut de résident - comparaison entre les requérants d'asile, les réfugiés, les migrants illégaux, les travailleurs migrants et les résidents. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 818-825.

Hermanowicz, J. C. (2002). The great interview : 25 strategies for studying people in bed. *Qualitative sociology*, 25, 479-499.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process : Advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421.

Hurwitz, A. G. (2009). *La responsabilité collective des États de protéger les réfugiés*. Oxford Monographs in Internati.

I. A. G. (2011). Un cadre conceptuel pour la révision de la classification CIM-10 des troubles mentaux et du comportement. *World Psychiatry*, 10(2), 86.

Institut pour l'économie et la paix. *Global Peace Index 2024 : Measuring Peace in a Complex World*, Sydney, juin 2024. Institut pour l'économie et la paix.

Jerrell, J. M. (1995). Toward managed care for persons with severe mental illness : Implications from a cost-effectiveness study. *Health Affairs*, 14(3), 197-207.

Kiselev, N. (2020). *Barriers to accessing mental healthcare for Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland* (Thèse de doctorat, Université de Zurich).

Kiselev, N., Morina, N., Schick, M., Watzke, B., Schnyder, U. et Pfaltz, M. C. (2020). Barrières à l'accès aux soins de santé mentale ambulatoires pour les réfugiés et les requérants d'asile en Suisse : le point de vue du thérapeute. *Bmc Psychiatry*, 20, 1-14.

Koelble, T. A. (1995). Le nouvel institutionnalisme en science politique et en sociologie.

Kluge, U., Romero, B., & Hodzic, S. (2017). Psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen mit Sprach-und Kulturmittlern. *Swiss Arch Neurol Psychiatry and Psychother*, 5, 133-9.

Kovacev, L. et Shute, R. (2004). Acculturation and social support in relation to psychosocial adjustment of adolescent refugees resettled in Australia. *International Journal of Behavioral Development*, 28(3), 259-267.

Kua, E. H., Chew, P. H. et Ko, S. M. (1993). Spirit possession and healing among Chinese psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 447-450.

Kurt, S. (2017). Un début modeste : les politiques d'intégration dans le domaine de l'asile. *E-Magazine de la cncr-en mouvement. Points forts*, 2, 12-16.

Langford, L. M. (2013). The other Euro crisis : Rights violations under the common European asylum system and the unraveling of EU solidarity. *Harv. Hum. Rts. J.*, 26, 217.

Li, S. S., Liddell, B. J. et Nickerson, A. (2016). La relation entre le stress post-migration et les troubles psychologiques chez les réfugiés et les requérants d'asile. *Current psychiatry reports*, 18, 1-9.

Lipsky, M. (1969). *Toward a theory of street-level bureaucracy*. Institute for Research on Poverty, Université du Wisconsin.

Lorek, A., Ehntholt, K., Nesbitt, A., Wey, E., Githinji, C., Rossor, E. et Wickramasinghe, R. (2009). The mental and physical health difficulties of children held within a British immigration detention centre : a pilot study. *Child abuse & neglect*, 33(9), 573-585.

Luborsky, M. R. (1994). L'identification et l'analyse des thèmes et des modèles.

Maani, L. (2018). Les réfugiés dans l'Union européenne : la dure réalité du règlement de Dublin. *Notre Dame J. Int'l ComP. L.*, 8, 83.

Maiani, F. (2016). *La réforme du règlement Dublin III*. Parlement européen.

Maier, T., Schmidt, M. et Müller, J. (2010). Recherche Santé mentale et utilisation des soins de santé chez les requérants d'asile adultes. *Swiss Medical Weekly*, 140, 27.

Maire, C. & Garufo, F. (2017). Les nôtres d'abord : le concept de préférence indigène dans le discours visuel de l'UDC tessinoise et de la Lega dei Ticinesi. *Forum suisse pour l'études des migrations et de la population*.

March, J. G., Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions*. New York : Free Press.

Marková, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Presses universitaires de France.

Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-194.

Marshall, M., Lockwood, A. et Gath, D. (1995). Social services case-management for long-term mental disorders : a randomised controlled trial. *The Lancet*, 345(8947), 409-412.

Mazzoleni, O. (2015). *Berne est-elle loin ? Le Tessin et le nouveau régionalisme politique*. Armando Dadò éditeur.

Mazzoleni, O. et Pilotti, A. (2015). Le tollé de la périphérie ? Une analyse du non tessinois à l'immigration. *Revue suisse de science politique*, 21(1), 63-75.

Mazzoleni, O., Ferragutti, P., Stanga, M. et Pilotti, A. (2007). L'Europe vue du Tessin. Campaigning and the referendum vote.

Miaz, J. (2019). 8 De la "lutte contre les abus" aux dispositifs et pratiques de contrôle des demandes d'asile. *Asile et abus*, 193.

Mismirigo, F. (2017). Politiques d'intégration : quelles sont les spécificités du Tessin. *Forum suisse pour l'études des migrations et de la population*.

Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees : A 9-year follow-up study (Traumatisme et résilience chez les jeunes réfugiés : une étude de suivi sur 9 ans). *Development and psychopathology*, 22(2), 477-489.

Morina, N., Maier, T. et Mast, M. S. (2010). Lost in translation?-Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie*, 60(03/04), 104-110.

Mucic, D. (2011). La télépsychiatrie transculturelle et son impact sur la satisfaction des patients. *European Psychiatry*, 26(S2), 2227-2227.

Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A. et Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health*, 21(2), 184-189.

Müller, F., Laubereau, B., Bucher, N., Ostrowki, G. (2017). Soins de santé pour les requérants d'asile. Rapport pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Müller, F., Roose, Z., Landis, F., & Gianola, G. (2018). Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden : Situationsanalyse und Empfehlungen. *Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern*.

Müller, F., Thorshaug, K., Stamm, M. (2020) Interventions à bas seuil de courte durée pour les requérants d'asile et les réfugiés souffrant de troubles psychiques.

Ng, B. Y. (2001). *Till the break of day : A history of Mental Health Services in Singapore, 1841-1993 (Jusqu'à l'aube : une histoire des services de santé mentale à Singapour, 1841-1993)*. NUS Press.

Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J. et Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark-the effect of length of stay and number of relocations : a cross-sectional study. *BMC Public health*, 8, 1-9.

Oetterli, M., Niederhauser, A., & Pluess, S. (2013). Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl-und Flüchtlingsbereich. Rapport présenté par l'Office fédéral des migrations BFM.

Olsen, J. P. et March, J. G. (2004). *La logique de l'adéquation* (n° 9). ARENA.

Panese, E. (2023). Border violence by other means : an inquiry into the embodied experience of the Swiss asylum dispositif.

Paraciani, R. (2020). Quand l'exploitation du travail est-elle grave ? Une analyse néo-institutionnelle sur le pouvoir discrétionnaire des inspecteurs du travail.

Peers, S., Moreno-Lax, V., Garlick, M. et Guild, E. (2015). Le règlement Dublin III. In *EU Immigration and Asylum Law (Text and Commentary) : Second Revised Edition* (pP. 345-428). Brill Nijhoff.

Partridge, R. et Brook, J. (1996). Refugees' and immigrants' mental health : Association of demographic and post-immigration factors. *The Journal of social psychology*, 136(4), 511-519.

Phinney, J. S. (1993). A three-stage model of ethnic identity development in adolescence. *Ethnic identity : Formation and transmission among Hispanics and other minorities*, 61, 79.

Piguet, E. (2009). *L'immigration en Svizzera-Sessant'anni con la porta SEM(j)aperta*. Bellinzona : Casagrande

Pilotti, A. et Mazzoleni, O. (2014). Le vote du Tessin sur l'initiative "contre l'immigration de masse" le 9 février 2014.

Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Eds.). (2012). *The new institutionalism in organisational analysis*. University of Chicago press.

Priebe, S., Giacco, D. et El-Nagib, R. (2016). *Aspects de santé publique de la santé mentale chez les migrants et les réfugiés : examen des données probantes sur les soins de santé mentale pour les réfugiés, les requérants d'asile et les migrants en situation irrégulière dans la Région européenne de l'OMS*. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe.

Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., ... & Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe : findings from the PROMO study (Offre de soins de santé mentale aux groupes marginalisés en Europe : résultats de l'étude PROMO). *The European Journal of Public Health*, 23(1), 97-103.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants : views and experiences of care professionals in 16 European countries (Bonnes pratiques en matière de soins de santé pour les migrants : points de vue et expériences des professionnels des soins dans 16 pays européens). *BMC public health*, 11, 1-12.

Procter, N. G., De Leo, D. et Newman, L. (2013). Suicide and self-harm prevention for people in immigration detention. *Med J Aus*, 199, 730-2.

Rahman, A. et Hafeez, A. (2003). Suicidal feelings run high among mothers in refugee camps : a cross-sectional survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), 392-393.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. et Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554.

Razali, S. M., Khan, U. A. et Hasanah, C. I. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients : impact on treatment. *Acta psychiatrica scandinavica*, 94(4), 229-233.

Reijneveld, S. A., de Boer, J. B., Bean, T. et Korfker, D. G. (2005). Unaccompanied adolescents seeking asylum : poorer mental health under a restrictive reception. *The Journal of nervous and mental illness*, 193(11), 759-761.

Reko, A., Bech, P., Wohler, C., Noerregaard, C. et Csillag, C. (2015). Usage of psychiatric emergency services by asylum seekers : Clinical implications based on a descriptive study in Denmark (Utilisation des services d'urgence psychiatriques par les requérants d'asile : implications cliniques basées sur une étude descriptive au Danemark). *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 587-593.

Robjant, K., Hassan, R. et Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers : systematic review. *The British journal of psychiatry*, 194(4), 306-312.

Roy, D., Lelliott, P. et Guite, H. (1996). Inner City Mental Health-A report to the Council of the NHS Trust Federation. *NHS Trust Federation, Londres*.

Rubo, M., Martin-Soelch, C., & Munsch, S. (2020). Formation en psychologie clinique et psychothérapie psychologique en Suisse. *Psychologie clinique en Europe*, 2(3).

Rumbaut, R. G. (1991). *The agony of exile : A study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children*. Johns Hopkins University Press.

Sager, F. et Gofen, A. (2022). The polity of implementation : Organisational and institutional arrangements in policy implementation. *Governance*, 35(2), 347-364.

Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E. et Roberts, B. (2019). Utilisation et accès aux soins de santé mentale chez les réfugiés et les requérants d'asile en Europe : une revue systématique. *Health Policy*, 123(9), 851-863.

Schick, M., & Schnyder, U. (2017). Behandlung multimodale traumatisierter Flüchtlinge. *Psychiatrie & Neurologie*, 17(1), 7-10.

Selten, J. P., Van Der Ven, E. et Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis : a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*, 50(2), 303-313.

Shala, M., Morina, N., Salis Gross, C., Maercker, A., & Heim, E. (2020). Un point dans le cœur : concepts de détresse émotionnelle chez les immigrés albanophones en Suisse. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44, 1-34.

Solcà, P. et Bruno, D. (2017). Immigration et intégration au Tessin des années 1970 à nos jours. *Forum suisse pour l'études des migrations et de la population*.

Solca, P., Testa-Mader, A., Lepori Sergi, A., Colubriale Carone, A., & Cavadini, P. (2013). Transnational migrants and care work. Eastern caregivers co-resident with elderly in Ticino.

Steel, Z., Momartin, S., Bateman, C., Hafshejani, A., Silove, D. M., Everson, N., ... & Mares, S. (2004). Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*, 28(6), 527-536.

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B. et Susljik, I. N. A. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British journal of psychiatry*, 188(1), 58-64.

Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S., & Künzi, K. (2013). Structure de l'offre en psychothérapie psychologique en Suisse 2012. *Berne : BASS*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Trauma and Justice Strategic Initiative. (2012). SAMHSA's working definition of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sujoldžić, A., Peternel, L., Kulenović, T., & Terzić, R. (2006). Social determinants of health-a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium anthropologicum*, 30(4), 703-711.

Tresch, A., Lauener, L., Bernhard, L., Lutz, G. et Scaperrotta, L. (2020). Élections fédérales 2019. *Participation et choix électoral, Selects-FORS, Lausanne*.

Tribe, R. (2002). Santé mentale des réfugiés et des requérants d'asile. *Advances in psychiatric treatment*, 8(4), 240-247.

Tsangarides, N. (2010). *La roulette des réfugiés : le rôle des informations sur les pays dans la détermination du statut de réfugié*. Service de conseil en matière d'immigration.

OFSP et SEM (2017) Soins de santé pour les requérants d'asile dans les centres fédéraux d'asile et les hébergements collectifs cantonaux. OFSP.

Valsangiacomo, N., & Marcacci, M. (2017) Arrivées et départs. Les flux migratoires dans le canton du Tessin aux XIXe et XXe siècles. *Forum suisse pour l'études des migrations et de la population*.

Vijayakumar, L. et Jotheeswaran, A. T. (2010). Suicide in refugees and asylum seekers. *Mental health of refugees and asylum seekers*, 195-210.

Vink, H., Carlsson, J., Poulsen, S. et Vindbjerg, E. (2022). Comparing Western symptoms of depression with Arabic idioms of distress : a qualitative study. *Current Psychology*, 41(5), 2985-2997.

Walter, F. (2010). Histoire de la Suisse : Certitudes et incertitudes du temps présent (de 1930 à nos jours), Tome 5. Neuchâtel : *Éditions Alphil-Presses universitaires suisses*, 2019.

Womersley, G., & Kloetzer, L. (2018). Être par le faire : l'auto-immolation d'un requérant d'asile en Suisse. *Frontiers in psychiatry*, 9, 110.

Womersley, G., Kloetzer, L. et Goguikian Ratcliff, B. (2017). Problèmes de santé mentale associés aux procédures d'asile des réfugiés dans les pays européens. *NCCR-on the move*, 2, 34-40.

Woodward, A., Howard, N. et Wolffers, I. (2014). Santé et accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour vivant dans l'Union européenne : une étude exploratoire. *Health policy and planning*, 29(7), 818-830.

## Organisations internationales et ONG

AIDA, *Rapport national : Suisse 2021* [en ligne] <https://asylumineurope.org/reports/country/switzerland/> [consulté le 28.10.2023]

Amnesty International, *Amnesty fordert ende von menschenrechtsverletzungen in bundesasylzentren,* <https://www.amnesty.ch/de/laender/europa-zentraLAsien/schweiz/dok/2021/amnesty-fordert-ende-von-menschenrechtsverletzungen-in-bundesasylzentren> [Consulté le 06.07.2024]

Amnesty International, *Procédure d'asile accélérée : un régime rigide dans les centres fédéraux et des délais très courts* [en ligne] <https://www.amnesty.ch/fr/pays/europe-asie-centrale/suisse/docs/2020/un-regime-rigide-dans-les-centres-federaux-et-des-delais-tres-courts> [consulté le 25.10.2023].

Amnesty International, *Référendum contre la loi sur l'asile prise de position de la section suisse d'amnesty international* [en ligne] [https://www.amnesty.ch/it/news/2016/revisione-della-legge-sull-asilo/posizione\\_aich\\_0506\\_ok.pdf](https://www.amnesty.ch/it/news/2016/revisione-della-legge-sull-asilo/posizione_aich_0506_ok.pdf) [consulté le 19.12.2023].

Croix-Rouge suisse - Association cantonale du Tessin, Espace Migration [en ligne] <https://www.crocerossaticino.ch/attivita-e-servizi/divisione-della-migrazione> [consulté le 09.07.2024]

Commission européenne, *Procédures d'asile*) [en ligne] [https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/common-european-asylum-system/asylum-procedures\\_en#:~:text=The%20Asylum%20Procedures%20Directive&text=setting%20clear%20rules%20for%20registering,do%20so%20quickly%20and%20effectively](https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/common-european-asylum-system/asylum-procedures_en#:~:text=The%20Asylum%20Procedures%20Directive&text=setting%20clear%20rules%20for%20registering,do%20so%20quickly%20and%20effectively) [consulté le 21.11.2023]

Commission européenne, *Régime d'asile européen commun (CEAS)* [en ligne] [https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/common-european-asylum-system-ceas\\_en](https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/common-european-asylum-system-ceas_en) [consulté le 21.11.2023].

Commission européenne, *Statistiques sur les migrations vers l'Europe* [en ligne] [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe\\_en#seeking-asylum-in-europe](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en#seeking-asylum-in-europe) [consulté le 24.10.2023].

Agence de l'Union européenne pour l'asile (EASO), *Asylum procedures and the principle of non-refoulement* [en ligne] [https://euaa.europa.eu/sites/default/files/asylum-procedures-ja\\_en.pdf](https://euaa.europa.eu/sites/default/files/asylum-procedures-ja_en.pdf) [consulté le 21.11.2023].

Agence de l'Union européenne pour l'asile (EASO), *Dublin Procedure Guide : operational rules and indicators* [en ligne] <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/EASO-Guidance-Dublin-procedure-IT.pdf> [consulté le 23.11.2023].

Agence de l'Union européenne pour l'asile (EASO), *An Introduction to the Common European Asylum System for Judges* [en ligne] [https://euaa.europa.eu/sites/default/files/easo-introduction-to-ceas-ja\\_it.pdf](https://euaa.europa.eu/sites/default/files/easo-introduction-to-ceas-ja_it.pdf) [consulté le 21.11.2023].

OCDE, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung : Schweiz* [en ligne] <https://www.vask.ch/media/archive1/oecd-Bericht-2.pdf> [consulté le 22.02.2024]

OSAR, *Situation des RA et des bénéficiaires de la protection atteints de troubles mentaux dans les pays de l'UE.*

*Croatie* [en ligne]

[https://www.refugeecouncil.ch/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Dublinlaenderberichte/2112\\_21\\_Croatia\\_summary\\_I.pdf](https://www.refugeecouncil.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Dublinlaenderberichte/2112_21_Croatia_summary_I.pdf) [consulté le 26.10.2023].

Parlement européen, *Pourquoi les gens migrent-ils ? Explorer les causes des flux migratoires* [en ligne] <https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/world/20200624STO81906/perche-le-persone-migrano-esplorare-le-cause-dei-flussi-migratori> [consulté le 24.10.2023]

Secrétariat d'État à l'économie (SECO), *Union européenne (UE)* [en ligne] [https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Aussenwirtschaftspolitik\\_Wirtschaftliche\\_Zusammenarbeit/Wirtschaftsbeziehungen/Wirtschaftsbeziehungen\\_mit\\_der\\_EU.html#:~:text=La%20Svizzera%20non%20fa%20parte,accesso%20al%20mercato%20interno%20europeo](https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Aussenwirtschaftspolitik_Wirtschaftliche_Zusammenarbeit/Wirtschaftsbeziehungen/Wirtschaftsbeziehungen_mit_der_EU.html#:~:text=La%20Svizzera%20non%20fa%20parte,accesso%20al%20mercato%20interno%20europeo) [consulté le 20.11.2023].

Soccorso Operaio Svizzero (SOS), *Service des requérants d'asile* [en ligne] <https://www.sos-ti.ch/servizio-richiedenti-asilo-.html> [consulté le 09.07.2024]

HCR, *Convention et Protocole relatifs au statut des réfugiés* [en ligne] <https://www.unhcr.org/media/convention-and-protocol-relating-status-refugees> [consulté le 21.11.2023]

Vivre Ensemble(a), CSP Genève | *Prise de position sur la restructuration de l'asile* [en ligne] <https://asile.ch/2017/11/28/csp-geneve-prise-de-position-restructuration-de-LAsile/> [consulté le 19.01.2024]

Vivre Ensemble(b), *Évolution des demandes d'asile* [en ligne] <https://asile.ch/prejuge/invasion/evolution-des-demandes-dasile/> [consulté le 23.11.2023].

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2023). *Santé mentale des réfugiés et des migrants : facteurs de risque et de protection et accès aux soins.*

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Le trouble de stress post-traumatique* [en ligne] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> [consulté le 09.11.2024].

### **Textes juridiques :**

EUR-Lex, *Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011* [en ligne] <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:en:PDF> [consulté le 21.11.2023].

EUR-Lex, *Document 52001PC0447* [en ligne] <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52001PC0447> [consulté le 23.11.2023]

EUR-Lex, *La politique d'asile de l'Union européenne : déterminer le pays de l'UE responsable de l'examen des demandes* [en ligne] <https://eur-lex.europa.eu/IT/legal-content/summary/eu-asylum-policy-eu-country-responsible-for-examining-applications.html> [consulté le 26.10.2023].

EUR-Lex, *Règlement (eu) n° 603/2013 du parlement européen et du conseil* [en ligne] [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L\\_.2013.180.01.0001.01.ITA](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2013.180.01.0001.01.ITA) [consulté le 26.10.2023].

Fedlex, *Constitution fédérale de la Confédération suisse (CFCS)* [en ligne] <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/it> [consulté le 09.07.2024]

Fedlex, *Loi fédérale sur les étrangers et leur intégration (LEI)* [en ligne] <https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2007/758/20230401/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2007-758-20230401-it-pdf-a.pdf> [consulté le 27.11.2023].

Fedlex, *Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)* [en ligne] [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/it](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/it) [consulté le 04.03.2024]

Fedlex, *Droit d'asile (LAsi)*, [en ligne] <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1999/358/20220601/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1999-358-20220601-it-pdf-a-3.pdf> [consulté le 26.06.2024].

### Sources nationales et cantonales :

Assemblée fédérale-Le Parlement suisse, Lisa Mazzone, *Prise en compte du risque suicidaire et prévention en matière de santé mentale chez les demandeuses et requérants d'asile* [en ligne] <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20224593> [Consulté le 27.10.2023].

Ats-Keystone, *CN : Asile, le risque de suicide n'est pas une raison pour éviter l'éloignement* [en ligne] [https://www.parlament.ch/it/services/news/Pagine/2022/20221212154933980194158159038\\_bsi179.aspx](https://www.parlament.ch/it/services/news/Pagine/2022/20221212154933980194158159038_bsi179.aspx) [Consulté le 27.10.2023]

Conseil fédéral, *Asile : statistiques 2022* [en ligne] <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/comunicati-stampa.msg-id-93006.html> [consulté le 24.10.2023]

Conseil fédéral(b), *Conséquences économiques et financières de l'association de la Suisse à Schengen* (PDF, 122 Pages, 2.1 MB, Italien) [en ligne]

<https://www.dfae.admin.ch/europa/it/home/dienstleistungen-publikationen/berichte/berichteschengen-dublin.html> [Consulté le 19.11.2023]

Conseil fédéral(c), *La croissance démographique de la Suisse se poursuit en 2022* [en ligne]  
<https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/comunicati-stampa.msg-id-97432.html#:~:text=Neuch%C3%A2tel%2C%2024.08.2023%20%2D%20Il,9%25%20in%20pi%C3%B9%20del%202021.> [consulté le 16.11.2023].

Conseil fédéral(d), *Schengen/Dublin* [en ligne]  
<https://www.eda.admin.ch/europa/it/home/bilateraler-weg/bilaterale-abkommen-2/schengen.html>  
 [consulté le 19.11.2023]

Conseil fédéral(s), *08.000 Rapport du Conseil fédéral sur la libre circulation des personnes et l'immigration en Suisse* [en ligne]  
<https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/81065.pdf> [consulté le 03.10.2024].

Département fédéral de justice et police (DFJP), *Rapport au Conseil fédéral* [en ligne]  
<https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/70431.pdf> [consulté le 20.11.2023]

Département fédéral de justice et police (DFJP), *Même pour 2024, le SEM s'attend à environ 30 000 nouvelles demandes d'asile* [en ligne]  
<https://www.ejpd.admin.ch/sem/it/home/sem/medien/mm.msg-id-99913.html> [consulté le 02.08.2024].

Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS), *Il sistema dell'asilo in Ticino* [en ligne]  
<https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/sostegno-sociale/inserimento-e-integrazione-socio-professionali/il-sistema-delLasilo-in-ticino> [consulté le 09.07.2024].

Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS) And Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC), *Clinica delle migrazioni: un approccio multidisciplinare e integrato nella presa psicologica territoriale,* [online]  
[https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/Eventi/Salute\\_migrazione\\_2023\\_Ferrazzo.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/Eventi/Salute_migrazione_2023_Ferrazzo.pdf)  
 [Accessed 06.07.2024].

Division de la santé publique (DSP(a)), *Présentation OSC* [en ligne]  
<https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/presentazione-osc> [Accédé le 09.07.2024]

Division de la santé publique (DSP(b)), *Services psychosociaux* [en ligne]  
<https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/servizi-psico-sociali> [consulté le 09.07.2024].

Dodis, *Les 50 ans de l'accord de libre-échange avec la CEE* [en ligne] <https://www.dodis.ch/it/i-50-anni-dellaccordo-di-libero-scambio-con-la-cee#:~:text=Il%20popolo%20e%20i%20cantoni%20accettarono,direttore%20di%20Dodis%2C%20Sacha%20Zala> [consulté le 20.11.2023]

Programme cantonal d'intégration (PIC(a)), *L'intégration, une tâche commune*, [en ligne]  
<https://www.kip-pic.ch/it/pic/> [consulté le 11.07.2024]

Programme cantonal d'intégration (PIC(b)), *Suivi de l'AIS : plan général*, [en ligne]  
[https://www.kip-pic.ch/media/1422/monitoring\\_ias\\_gesamtkonzept\\_17112020\\_def\\_fr.pdf](https://www.kip-pic.ch/media/1422/monitoring_ias_gesamtkonzept_17112020_def_fr.pdf)  
[consulté le 11.07.2024].

République et canton du Tessin, *Statut de protection S*, [en ligne]  
<https://www4.ti.ch/di/ucraina/it/statuto-s> [consulté le 26.06.2024].

SEM(a), *2 Procédures d'asile (PDF, 138 kB, 13.07.2020)* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz/faktenblaetter.html>  
[consulté le 24.11.2023].

SEM(b), *3 Régions et centres fédéraux pour requérants d'asile (PDF, 348 kB, 13.07.2020)* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz/faktenblaetter.html> [consulté le 24.11.2023]

SEM(c), *Asylgesuche nach Nationen (1986 bis 2021) (XLSX, 43 kB, 07.11.2023)* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>  
[Consulté le 26.11.2023].

SEM(d), *Questions et réponses pour les réfugiés d'Ukraine* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/sem/aktuell/ukraine-krieg.html#-230797826> [consulté le 14.03.2024].

SEM(e), *Immigration et intégration : statistiques 2022* [en ligne]  
<https://migrazione.swiss/rapporto-sulla-migrazione-2022/immigrazione-e-integrazione/statistiche-sullimmigrazione> [consulté le 16.11.2023].

SEM(f), *Rapport de suivi du régime d'asile 2022 (PDF, 5 MB, 14.09.2023)* [en ligne]  
[https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/berichte/monitoring\\_asylsystem.html](https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/publiservice/berichte/monitoring_asylsystem.html)  
[consulté le 24.11.2023].

SEM(g), *Régions d'asile et Centres fédéraux d'asile* [en ligne]  
[https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz.html#tab0\\_\\_content\\_sem\\_it\\_home\\_asyl\\_asylverfahren\\_asylregionen-baz\\_jcr\\_content\\_par\\_tabctrl](https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz.html#tab0__content_sem_it_home_asyl_asylverfahren_asylregionen-baz_jcr_content_par_tabctrl) [consulté le 24.11.2023]

SEM(h), *Règlement de Dublin* [en ligne] <https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/dublin.html>  
[consulté le 25.10.2023].

SEM(i), *Statistique d'asile, aperçu par années (XLSX, 30 kB, 21.11.2023)* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>  
[consulté le 26.11.2023].

SEM(j), *Statistique des étrangers et de l'asile 2022* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/publiservice/statistik/bestellung/auslaender-asylstatistik-2022.pdf.download.pdf/auslaender-asylstatistik-2022-f.pdf> [consulté le 27.10.2023].

SEM(k), *Statistique en matière d'asile 2022* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/dam/sem/fr/data/publiservice/statistik/asylstatistik/2022/stat-jahr-2022-kommentar.pdf.download.pdf/stat-jahr-2022-kommentar-f.pdf> [consulté le 16.12.2023].

SEM(l), *Statistique en matière d'asile 2023* [en ligne]  
<https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/sem/medien/mm.msg-id-100040.html> [consulté le 16.12.2023].

SEM(m), *SEM réduit les coûts dans le secteur de l'asile et améliore le retour des requérants d'asile déboutés* [en ligne] <https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/aktuell/news/2019/2019-09-09.html> [consulté le 17.12.2023]

Ti.ch, *Résultats dans le canton* [en ligne] [https://www.elezioni.ti.ch/cantionali-2023/risultati-nel-cantone/ripartizione-seggi?tx\\_tichelezioni\\_elezione%5Baction%5D=seats&tx\\_tichelezioni\\_elezione%5Bcontroller%5D=Cantons&tx\\_tichelezioni\\_elezione%5Bcontroller%5D=24&tx\\_tichelezioni\\_elezione%5BnoFile%5D=000\\_00\\_1&tx\\_tichelezioni\\_elezione%5Bpotere%5D=GC&tx\\_tichelezioni\\_elezione%5Boggetto%5D=Cantone&cHash=50a97541f94319fb2c7bd6d4ee5137b6](https://www.elezioni.ti.ch/cantionali-2023/risultati-nel-cantone/ripartizione-seggi?tx_tichelezioni_elezione%5Baction%5D=seats&tx_tichelezioni_elezione%5Bcontroller%5D=Cantons&tx_tichelezioni_elezione%5Bcontroller%5D=24&tx_tichelezioni_elezione%5BnoFile%5D=000_00_1&tx_tichelezioni_elezione%5Bpotere%5D=GC&tx_tichelezioni_elezione%5Boggetto%5D=Cantone&cHash=50a97541f94319fb2c7bd6d4ee5137b6) [Accessed 28.11.2023]

Office fédéral de la santé (OFSP(a)), *Convention entre la Confédération et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 23.05.2013 (en allemand) (PDF, 24 kB)*, 09.11.2016) [en ligne] <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantone.html> [Consulté le 11.07.2024].

Office fédéral de la santé (OFSP(b)), *Facteurs de risque et de protection des suicides* [en ligne] <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/risiko-und-schutzfaktoren-zu-suiziden.html#contact> [consulté le 10.07.2024].

Office fédéral de la santé (OFSP(c)), *La nouvelle réglementation de la psychothérapie psychologique à partir du 1er juillet 2022* [en ligne] <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen/neuregelung-der-psychologischen-psychotherapie-ab-1-juli-2022.html> [Consulté le 05.03.2024].

Office fédéral de la statistique, *Élections fédérales* [en ligne] <https://www.elections.admin.ch/it/ti/> [consulté le 28.11.2023].

ODM, *Promotion spécifique de l'intégration, tâche commune de la Confédération et des cantons* [en ligne] <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/it/data/integration/foerderung/kip/grundlagen-kip-i.pdf.download.pdf/grundlagen-kip-i.pdf> [consulté le 27.11.2023].

**Articles de journaux et de médias :**

Aronsky, A., *Schnellere Asylverfahren -Deutlich mehr Asylbescheide gehen zurück ans SEM*, SRF [en ligne] <https://www.srf.ch/news/schweiz/schnellere-asylverfahren-deutlich-mehr-asylbescheide-gehen-zurueck-ans-sem#main-comments> [Consulté le 19.12.2023]

LaRegion, *Chiasso et les migrants, voici la "contre-narration" populaire* [en ligne] <https://www.laregione.ch/cantone/mendrisiotto/1719278/mendrisiotto> [consulté le 12.07.2024]

LaRegion, *Accelerated asylum procedures, not everything is working properly* [en ligne] <https://www.laregione.ch/svizzera/svizzera/1530763/sem-asilo-procedure-procedura-stato> [Consulté le 17.12.2023]

Mombelli, A., *Feu vert à la nouvelle réforme de l'asile SWI* [en ligne] [https://www.swissinfo.ch/ita/politica/votazione-federale\\_verso-un-s%C3%AC-alla-nuova-riforma-dell-asilo/42204616](https://www.swissinfo.ch/ita/politica/votazione-federale_verso-un-s%C3%AC-alla-nuova-riforma-dell-asilo/42204616) [consulté le 16.12.2023]

Romy, K., *"La détresse psychologique des jeunes migrants est difficile à détecter"*, SWI [en ligne] <https://www.swissinfo.ch/fre/economie/-la-d%C3%A9tresse-psychologique-des-jeunes-migrants-est-difficile-%C3%A0-d%C3%A9tecter-/48325766> [consulté le 20.10.2023].

Romy, K., *"Switzerland violates Dublin agreements by letting migrants transit"*, SWI [en ligne] <https://www.swissinfo.ch/ita/economia/-la-svizzera-viola-gli-accordi-di-dublino-lasciando-transitare-migranti-/48006072> [consulté le 19.12.2023].

CSR, *Asile, les procédures accélérées fonctionnent* [en ligne] <https://www.rsi.ch/info/svizzera/Asilo-le-procedure-rapide-funzionano--1268730.html> [consulté le 17.12.2023]

RTS, *Après le suicide d'un deuxième requérant à Genève, les milieux de l'asile s'interrogent* [en ligne] <https://www.rts.ch/info/regions/geneve/13685555-apres-le-suicide-dun-deuxieme-requerant-a-geneve-les-milieux-de-LAsile-sinterrogent.html> [consulté le 20.10.2023].

SRF, *Schweiz wird zum Transitland- Wieso die Schweiz Migranten passieren lässt* [en ligne] <https://www.srf.ch/news/schweiz/schweiz-wird-zum-transitland-wieso-die-schweiz-migranten-passieren-laesst> [consulté le 19.12.2023].

Stevanovic, D. (2023), *20-year-old Afghan commits suicide at the Cadro asylum centre*, LaRegione [en ligne] Disponible sur : <https://www.laregione.ch/cantone/luganese/1682570/cadro-svizzera> [Consulté le 20.10.2023].

Summermatter, S. & Nguyen, D., *Asile : la Suisse défend l'accord de Dublin, et ce n'est pas un hasard*, SWI [en ligne] [https://www.swissinfo.ch/ita/politica/la-questione-migratoria\\_asilo-la-svizzera-difende-l-accordo-di-dublino-e-non-%C3%A8-un-caso/41966916](https://www.swissinfo.ch/ita/politica/la-questione-migratoria_asilo-la-svizzera-difende-l-accordo-di-dublino-e-non-%C3%A8-un-caso/41966916) [consulté le 19.12.2023].

Summermatter, S. & Nguyen, D., *La Suisse applique-t-elle les accords de Dublin de manière trop stricte ?* SWI [en ligne] [https://www.swissinfo.ch/ita/politica/politica-migratoria\\_la-svizzera-applica-in-modo-tropo-rigioso-gli-accordi-di-dublino/42947656](https://www.swissinfo.ch/ita/politica/politica-migratoria_la-svizzera-applica-in-modo-tropo-rigioso-gli-accordi-di-dublino/42947656) [consulté le 19.12.2023].

Swiss Info, *Les centres d'asile suisses ont enregistré quelque 2 000 incidents violents en 2022*, [en ligne] <https://www.swissinfo.ch/eng/society/swiss-asylum-centres-recorded-some-2-000-violent-incidents-in-2022/48231528> [consulté le 06.07.2024].

Swiss Info, *La Suisse enregistre une hausse de 43% des demandes d'asile au premier semestre 2023* [en ligne] <https://www.swissinfo.ch/eng/business/switzerland-records-43--surge-in-asylum-claims-in-first-half-of-2023/48675432> [consulté le 24.10.2023].

Ticino News, *Demandes d'asile, le Tessin figure parmi les cantons qui comptent le plus de requérants* [en ligne] <https://www.ticinonews.ch/ticino/domande-dasilo-il-ticino-e-tra-i-cantoni-che-conta-piu-richiedenti-380284> [Consulté le 09.07.2024].

Travaini, L., *Migratory routes change : southern border under pressure* [en ligne] <https://www.cdt.ch/news/ticino/mutano-le-rotte-migratorie-confine-sud-sotto-pressione-330544> [Accédé le 09.07.2024].

Vuilleumier, M., *Comment fonctionne le nouveau système d'asile suisse ?* SWI [en ligne] <https://www.swissinfo.ch/fre/economie/-la-d%C3%A9tresse-psychologique-des-jeunes-migrants-est-difficile-%C3%A0-d%C3%A9tecter-/48325766> [consulté le 24.11.2023].

Vuilleumier, M., *"Depuis 30 ans, les pays européens tentent d'accélérer les procédures d'asile"*, SWI [en ligne] [https://www.swissinfo.ch/ita/politica-migratoria\\_-da-trent-anni--i-paesi-europei-cercano-di-accelerare-le-procedure-d-asilo-/46186266](https://www.swissinfo.ch/ita/politica-migratoria_-da-trent-anni--i-paesi-europei-cercano-di-accelerare-le-procedure-d-asilo-/46186266) [consulté le 26.10.2023].

### **Autre :**

Dahinden, J., *Un appel à la solidarité avec tous les réfugiés, au-delà des doubles standards !* [en ligne] <https://nccr-onthemove.ch/blog/a-call-for-solidarity-with-all-refugees-beyond-double-standards/> [consulté le 14.03.2024].

BundesPsychotherapeutenkammer (2015), *Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge* [online] Microsoft Word - Konzept\_Modellprojekt\_Versorgung\_Flüchtlinge\_BPtK\_BÄK\_final.docx (bundesaerztekammer.de) [Consulté le 06.03.2024].

Frei, J., *Versorgung von Asylsuchenden - Finanzierung als grösste Hürde*, FSP [en ligne] <https://www.psychologie.ch/versorgung-von-asylsuchenden-finanzierung-als-groesste-huerde> [consulté le 27.10.2023].

Oxford Learner's Dictionaries, *Barrier* (2) [en ligne] [https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american\\_english/barrier](https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/barrier) [consulté le 05.03.2024]

Righetti, N., *Contemporary Symbolic Interactionism*, [en ligne] <https://www.dsu.univr.it/documenti/Avviso/all/all732711.pdf> [consulté le 28.06.2024].

Thales, *Eurodac : le premier système biométrique multinational de l'Union européenne* [en ligne] <https://www.thalesgroup.com/en/markets/digital-identity-and-security/government/customer-cases/eurodac> [consulté le 23.11.2023].

Unige, *Intégrité dans la recherche scientifique* [en ligne] <https://memento.unige.ch/doc/0003>  
[consulté le 08.07.2024]

Université de York, Coping with trauma [en ligne] [https://www.york.ac.uk/admin/hr/health-and-well-being/stress/cic\\_coping-with-trauma-2.pdf](https://www.york.ac.uk/admin/hr/health-and-well-being/stress/cic_coping-with-trauma-2.pdf) [consulté le 09.11.2024].

---

# Pièces jointes

## 1) Grille de questions

	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5
<b>Thème 1 : Travailler avec les requérants d'asile</b>	Comment trouvez-vous le fait de travailler avec des requérants d'asile ?	Quelles sont les difficultés et les obstacles ? Que couvre la caisse d'assurance maladie ?	Aperçu des questions soulevées par la personne interrogée	Quels sont les diagnostics les plus courants ? Quelles sont les différences par rapport à la population résidente ?	Comment l'approche change-t-elle en ce qui concerne la phase procédurale de la demande d'asile ? Comment travaillez-vous avec les demandeurs qui ne sont pas gravement malades ?
<b>Thème 2 : Politiques d'asile et de santé</b>	Dans le cadre de votre travail, comment évaluez-vous les politiques d'asile au Tessin ? Que pensez-vous des procédures de Dublin ?	Pensez-vous que la politique d'asile et les objectifs de santé sont cohérents en ce qui concerne la protection des demandeurs ? Que pensez-vous des requérants d'asile chez qui l'on a diagnostiqué un grave problème mental et qui se voient ensuite refuser le statut de protection ? Avez-vous eu connaissance de cas où l'un des patients requérants d'asile dont vous vous occupiez a été transféré dans un autre État en raison du système de Dublin ?	Comment vous percevez-vous dans ce contexte institutionnel ? Pensez-vous que les attentes sont trop élevées par rapport aux ressources disponibles ?	Comment gérez-vous la charge de travail élevée et les ressources limitées ? Quelle est votre vision stratégique des problèmes de santé mentale des requérants d'asile ? Que changeriez-vous ?	Comment évaluez-vous la qualité du service offert à l'utilisateur final ?
<b>Thème 3 : Climat politique</b>	Selon une étude, il existe au Tessin un climat politique hostile à la migration et aux étrangers. Qu'en pensez-vous ?	→ Si oui : pensez-vous que cette xénophobie est également présente sur votre lieu de travail ? Avez-vous déjà été témoin d'un comportement discriminatoire ?	Pensez-vous que les conditions sont réunies au Tessin pour intégrer les requérants d'asile ? Le canton pourrait-il faire plus ?	Que pensez-vous du traitement réservé aux réfugiés ukrainiens ? Avez-vous remarqué des différences par rapport aux autres requérants d'asile ?	
<b>Thème 4 : Croyances personnelles</b>	À la lumière des questions soulevées, que pensez-vous de votre éthique personnelle ?	Vous sentez-vous responsable de la situation actuelle ?	Vous sentez-vous interpellé et écouté par les institutions chargées des procédures d'asile ?		

## 2) Visite guidée du CFA

**Visite du nouveau centre de pâturage (Via G. Motta 4A - Pâturage - Balerna), 23.05.2024**

### **La structure**

Le nouveau centre d'accueil fédéral "Pasture" à Balerna remplacera l'ancien centre du même nom. Ce dernier sera conservé pour les situations d'urgence ou de crise. La capacité maximale est de 350 personnes, tandis que le personnel employé sera de 80 personnes, dont huit agents de sécurité en permanence, 20 travailleurs sociaux et "une douzaine d'infirmiers". L'établissement est de type *Minergie*. Ce choix est indiqué à la fois pour une question de durabilité environnementale et pour des raisons de sécurité liées à la présence de fenêtres non ouvrantes. Les fenêtres conventionnelles sont considérées comme dangereuses pour diverses raisons : tentatives de suicide et transit de matériel, d'armes et/ou de substances interdites. Il y a des caméras de surveillance dans tout l'établissement. On a l'impression que tous les coins du bâtiment sont surveillés, à l'exception des chambres. Toutes les portes sont équipées d'alarmes lorsqu'elles restent ouvertes trop longtemps. Cette mesure a une fonction de sécurité. Les quelques secondes disponibles avant la pré-alarme et l'alarme font imaginer le risque que ce dispositif pollue la tranquillité du centre, en rappelant constamment au client qu'il se trouve dans un régime sécurisé. Les volets sont centralisés. Il n'est pas possible de les gérer de manière autonome car "l'expérience montre que les volets manuels peuvent provoquer des conflits entre les résidents d'une même chambre".

### **Rez de chaussée**

Le "hall" de l'installation présente immédiatement, sur le côté droit du point de vue des personnes qui entrent, 4 ou 5 guichets où la procédure d'asile est entamée. Il est expliqué que des agents de *Securitas* seront présents, avec pour mission de fouiller, de prendre une photo d'identité pour des raisons de sécurité, de se faire remettre des documents et des preuves pour faciliter la demande d'asile et, enfin, d'enregistrer les empreintes digitales conformément aux protocoles de la procédure de Dublin. Le service de réception des demandes d'asile fonctionnera 24 heures sur 24. Des fouilles seront effectuées à chaque fois qu'un demandeur quittera le centre et y reviendra. Comment les RA arrivent-ils au centre ? Ils arrivent de manière indépendante et spontanée, la logique sous-jacente étant que dès qu'ils arrivent en Suisse, vraisemblablement depuis les frontières méridionales, ils ne sont pas amenés contre leur gré au centre d'asile. Après la phase d'enregistrement, le personnel médical vérifie l'état de santé physique du demandeur. La présence ad hoc d'un dépistage psychologique et/ou de spécialistes de la santé mentale n'est pas explicitée. En cas de symptômes évidents de maladies contagieuses, il existe une zone de contrôle où les vêtements infectieux sont placés dans une cellule d'hibernation. Le rez-de-chaussée est conçu de la manière suivante : le hall

est relié à gauche à un couloir étroit, jugé "claustrophobe" par certaines personnes présentes, qui mène à une chambre d'environ 15/20 m<sup>2</sup> avec 4 lits. Cette pièce accueille les demandeurs pour une durée maximale de 24 heures et est normalement destinée aux arrivées de nuit ou aux situations d'urgence en cas de quarantaine pour des maladies infectieuses. Vient ensuite la salle de fouille. Elle comprend au moins six espaces divisés par des rideaux afin de garantir l'intimité. On veille à ce que les fouilles soient effectuées dans le respect du sexe (femme/femme/homme). Le système de lavage (que mon groupe n'a pas visité) semble être industriel et se trouve au sous-sol. Il semble que chaque demandeur dispose d'un sac d'identification qu'il utilise pour collecter son linge sale, qui sera ensuite lavé. Le service est censé être assuré par des demandeurs désireux de se rendre disponibles pour occuper le temps imparti.

### **Premier étage et division des pièces**

Quant à la subdivision des chambres, elle semble être organisée selon une logique respectueuse de leur genre. Les mineurs non accompagnés se trouveront dans une zone qui leur est réservée au 1er étage. Les familles et les femmes seules se trouveront au 2ème étage, ainsi que des chambres pour les personnes en transition de genre et/ou mal à l'aise à l'idée de partager une chambre avec un certain genre. Les familles pourraient-elles se retrouver à devoir partager leur chambre avec d'autres familles ? "Cela dépend du beau et du mauvais temps : le placement se fait en fonction de la disponibilité et de la population. Nous n'avons visité que le 1er étage. Il dispose de chambres d'une capacité de dix personnes. Lits superposés, casiers personnels et quatre prises électriques. L'architecture des chambres est standardisée dans tous les centres d'asile fédéraux. Les portes peuvent être verrouillées de l'intérieur, une mesure prise pour assurer la tranquillité des hôtes, en particulier des femmes seules. Le personnel de Securitas dispose de clés permettant de les ouvrir de l'extérieur. À côté des chambres, il y a un espace de vie relié à une terrasse à tous les étages. Elle est assez grande et permet 24/24 de respirer de l'air frais et de fumer des cigarettes. L'espace entre le mur et le vide est "sécurisé" par un treillis métallique, dont le groupe a beaucoup discuté. Au milieu du 1er étage se trouve la cantine, qui peut accueillir 240 personnes et dispose d'une grande cuisine. Il y a des tables séparées pour les mineurs accompagnés par les opérateurs.

### **Activité et liberté**

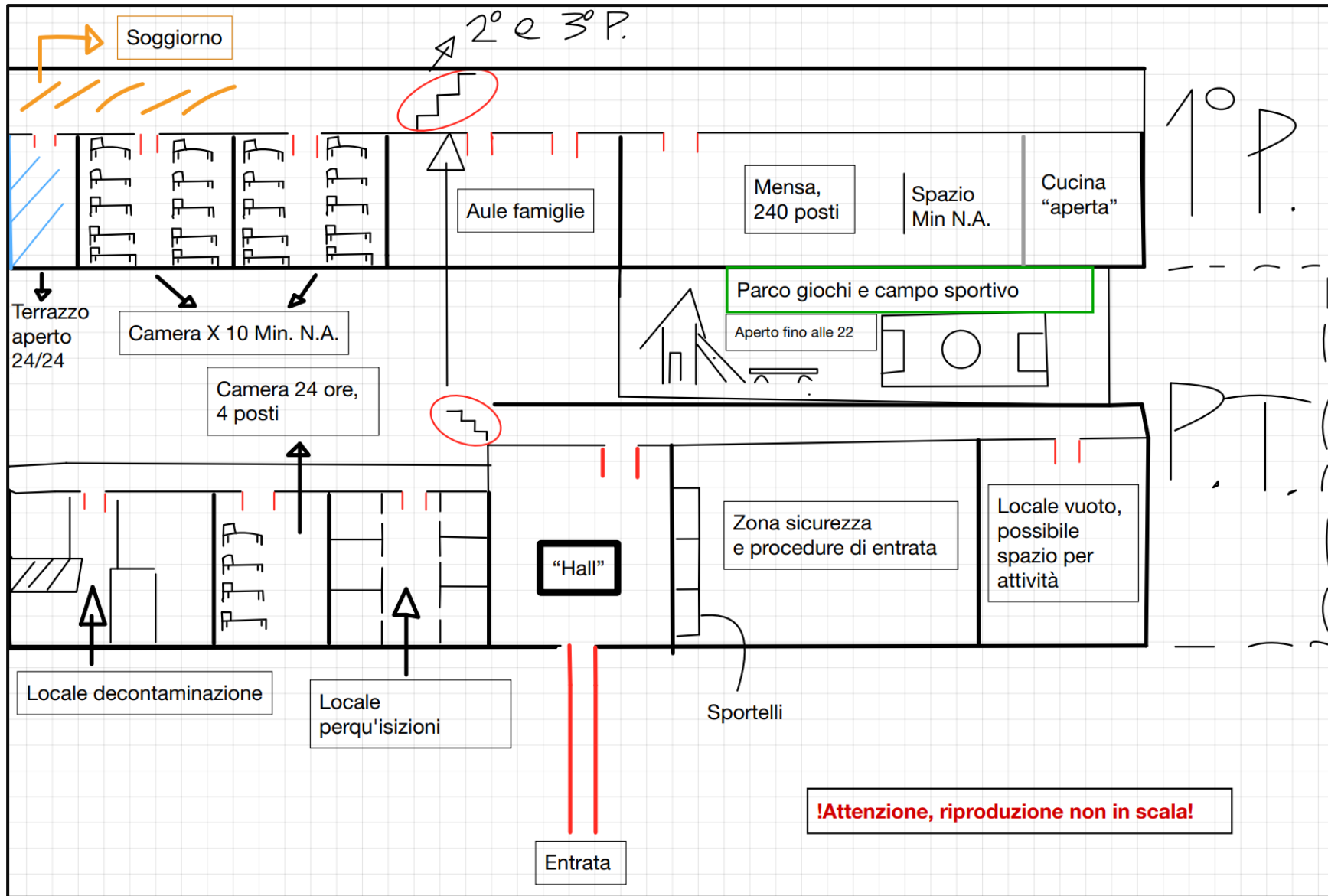
Une "cuisine de production" ( ? ) est introduite, c'est-à-dire la possibilité pour les RA de cuisiner aux côtés des chefs. Une pièce supplémentaire située à proximité du hall pourrait être consacrée à des activités récréatives et culturelles. C'est un espace auquel Mendrisiotto Regione Aperta pourrait aspirer afin de réaliser certaines de ses activités futures. Malheureusement, à ce jour, les gestionnaires de l'établissement ne sont pas en mesure de garantir sa disponibilité future. Quant à l'espace extérieur, il est composé d'une aire de jeux et d'un terrain de sport, qui peut être modifié

pour jouer au football ou au volley-ball. L'aire de jeux est de taille modeste compte tenu du nombre d'enfants pouvant être accueillis en même temps. En apparence, l'espace est bien construit.

**Informations complémentaires :** actuellement (23.05.2024) il y a 70 demandeurs à Chiasso et 100 demandeurs dans l'ancien centre "Pasture". Parmi eux, 60 sont des mineurs non accompagnés, qui sont pris en charge par 10 travailleurs sociaux.

Selon l'un des guides, la gestion du centre est également compliquée en raison de l'évolution constante de la population qui y vit.

En ce qui concerne l'école de pensée à l'origine du centre d'accueil, le guide souligne la structuration "paternaliste" nécessaire au maintien de la sécurité. Commentant la structure, il dit : "(la structure) se situe quelque part entre une colonie, une caserne et une prison". La conception de la structure émane d'architectes fédéraux, faisant allusion à la mentalité, peut-être trop axée sur l'efficacité, présente au sein de l'administration fédérale.



### 3) Analyse de l'entretien approfondi

Pour présenter le contenu des entretiens, je suivrai la subdivision thématique déjà élaborée dans le cadre de la conception des questions.

#### **Les personnes interrogées et le réseau spatial de soins au Tessin**

Les personnes interrogées ont travaillé ou travaillent pour l'OSC. PS1 et PSG travaillent pour les services psychosociaux (SPS) tandis que PS2, AS et IP sont ou ont été employés par l'OSC. IP a travaillé de 1980 à 2015 et est maintenant à la retraite et fait partie de Mendrisiotto Regione Aperta (MRA), une association régionale qui promeut le soutien aux requérants d'asile.

Grâce aux témoignages recueillis, il est possible de visualiser le fonctionnement de la prise en charge de la RA au Tessin. D'une manière générale, comme l'illustre le *Schéma 2* Lorsque'un requérant d'asile entre dans la procédure d'asile au Tessin, il devient un hôte dans l'un des centres d'accueil fédéraux (CFA). A la fin de la procédure, si le requérant est attribué au Tessin, la responsabilité devient cantonale et deux phases d'intégration commencent. Pour cette phase de la procédure d'asile, sur mandat cantonal, la Croce Rossa Ticino (CRT) est chargée du processus d'intégration du requérant, en lui offrant un hébergement dans un centre collectif et un éventail de possibilités, dont un service de conseil psychologique. À la fin de cette première phase d'intégration, une autre suit, où Soccorso Operaio Svizzero (SOS) place les RA dans des appartements et assure la continuité de l'intégration. Dans toutes ces situations, si un requérant d'asile a des problèmes psychologiques aigus et est admis au CPC, il sera probablement suivi par le SOS après sa sortie. Sur prescription de son médecin référent, le requérant d'asile peut accéder au SPS à tous les stades. Dans les cas où le requérant d'asile se trouve dans la première phase d'intégration, ce sont les travailleurs des CRT qui conseillent aux requérants d'asile de s'adresser au SPS.

En général, le réseau est étendu sur tout le territoire et fait interagir différentes entités : CPC, SPS, CRT et SOS. Le CPC de Mendrisio s'occupe des cas aigus, c'est-à-dire des cas d'urgence pour lesquels une admission est nécessaire. À la sortie de l'hôpital, les travailleurs sociaux font le lien avec les autres entités, principalement le SEM, le CRT et le SPS. Ces derniers offrent des services ambulatoires dans des centres multidisciplinaires où sont présents des spécialistes dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie, des soins infirmiers et du travail social. Comme l'explique PS1, les SPS sont présents à Chiasso, Lugano, Bellinzona et Biasca. À l'origine, ces centres n'offraient pas de traitement ambulatoire de la RA jusqu'à ce que, à la suite d'une série de consultations liées à la création de protocoles médicamenteux entre les institutions, une collaboration étroite débute en 2020. Idéalement, un jour par semaine, dans les CFA de Chiasso et de Balerna, des travailleurs du SPS seraient présents et pourraient visiter la RA dans un espace aménagé par le SEM. Cet espace, comme le reconnaît PS1, s'est avéré inadapté. Il a donc été décidé

que RA se rendrait directement au centre ambulatoire de Chiasso en attendant l'ouverture du nouveau CFA de Balerna. De plus, à partir de 2023, pour certains cas urgents, le CFA pourra s'appuyer sur les SPS, une évolution destinée à alléger la charge de travail du service des urgences de l'hôpital régional de Mendrisio (OBV) et à garantir une visite rapide. Bien entendu, les SPS offrent un service ambulatoire, garantissant une thérapie psychologique et médicamenteuse sur prescription médicale. Le PSG rapporte également que les RA référés au SPS proviennent de trois cas spécifiques : "Ils sont souvent référés par le service d'écoute de la Croix-Rouge. Leurs psychologues, qui ont estimé que les demandeurs avaient besoin d'un conseil plus régulier et plus approfondi, les orientent vers notre centre de contact et nous commençons à les conseiller. Parfois, les requérants d'asile sont envoyés par des médecins généralistes qui soupçonnent un problème lié à l'anxiété ou à l'expérience émotionnelle. La troisième possibilité est que le requérant d'asile arrive à la fin d'une admission au CPC. En ce qui concerne le réseau territorial, PS1 signale que depuis 2020 à Chiasso, un protocole pharmacologique commun à toutes les institutions a été mis en place "de sorte que tout le monde fait exactement la même chose et qu'il n'y a pas de différences de prescription". En ce qui concerne le CPC, AS explique qu'il existe un département dédié exclusivement aux requérants d'asile, bien que "souvent il n'est pas possible d'être fidèle à la compétence du département pour des raisons de nécessité et de surnuméraire".

## **Thème 1 : Travailler avec les requérants d'asile**

En ce qui concerne l'expérience de travail avec les RA, les opinions sont variées et confirment une grande partie de la littérature sur le sujet.

### **Diagnostiques et différences avec la population résidente**

Tout d'abord, tous les répondants confirment une prévalence des troubles chez les RA dans le domaine post-traumatique, des troubles anxieux et de l'inadaptation. Ceux qui travaillent ou ont travaillé au CPC, et qui sont donc confrontés à des cas aigus, révèlent également des cas psychoactifs avec des phénomènes dissociatifs. Les troubles psychotiques sont plus rares, selon PS2, bien qu'ils soient en augmentation, surtout chez les RA originaires du Maghreb. En ce qui concerne la population résidente, PS1 considère que, compte tenu du flux important de migrants entrant dans les CFA, environ une centaine par semaine, l'histoire des cas n'est en fait pas si différente de celle de la population résidente. En termes de chiffres, à SPS, tant PS1 que PSG confirme qu'au moins 50 % des patients sont des requérants d'asile. Le PSG suivait une dizaine de migrants au moment de l'entretien et me rappelle que beaucoup d'autres ne suivent qu'un traitement médicamenteux.

Selon PS1, le fait d'accueillir des patients migrants, qui, par rapport aux résidents, sont souvent en transit et dans l'incertitude d'être transférés d'un jour à l'autre, ne change pas l'attitude et la stratégie

des opérateurs. Selon PS1, en fait : "le code de déontologie stipule que vous devez prendre en charge toute personne, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race, de la religion, de la situation politique ou de toute autre chose ; par conséquent, il n'y a pas de différence en soi, mais seulement l'intérêt que la personne puisse aller mieux". En outre, PS1 estime que les recherches universitaires montrent que l'investissement dans la santé mentale des migrants réduit le coût global des soins de santé par personne : "nous devrions donc intensifier encore davantage la qualité des soins".

Selon AS, au CPC, la qualité des soins est la même pour tous, sans discrimination. Le problème, s'il y en a un, "c'est qu'une personne moins connue ou qui pose moins de problèmes aura moins d'entretiens et sera un peu oubliée...". C'est pourquoi, dans le passé, "les migrants ne posaient souvent pas de problèmes et il était donc facile de les oublier, alors qu'aujourd'hui, il est d'usage de garantir une visite hebdomadaire". En général, le requérant d'asile a plutôt le désavantage de la langue par rapport au résident.

D'autre part, sur la base de son expérience au CPC, PS2 souligne que par rapport à la population résidente, les migrants présentent au moins trois différences. Premièrement, "la culture façonne la présentation clinique", de sorte que "selon le contexte culturel, la même pathologie peut s'exprimer différemment". Ce phénomène est l'effet patho-plastique de la culture et, selon PS2, il conduit à des formulations diagnostiques différentes alors que "peut-être, il n'y aurait même pas tant de différence". Le deuxième aspect à prendre en considération est la migration, qui est considérée comme un "filtre" à la base. L'engagement et le stress de la migration contemporaine "agissent comme un filtre positif" dès le départ, en ce sens que les migrants dont l'état mental est très grave "ne peuvent même pas partir". Enfin, la migration a une composante psycho-réactive, c'est-à-dire le stress, qui "met à rude épreuve la personnalité et son fonctionnement". Il faut aussi considérer que sans l'enveloppe culturelle du pays d'accueil, "tout se complique", car on ne connaît pas la langue, le contexte social, l'arrière-plan culturel et les règles. Ces conditions, ajoutées à la procédure d'asile et au stress qui s'ensuit, "placent le migrant dans une position plus vulnérable, l'exposant davantage que les résidents à des conditions inadaptées, à des réactions de stress aigu et à des dépressions réactives".

Selon PSG, il y a une pathologisation excessive des troubles psychiques, qui sont considérés comme des "réactions objectivement normales" à la condition du migrant "qui se sent coupé de son projet de vie". Il raconte que le processus d'asile n'offre pas assez d'activités et dénonce explicitement les délais : "J'ai des gens qui sont là depuis deux ans avec 300 Chf par mois et aucune possibilité. Ils ne peuvent même pas s'inscrire à un cours Migros. Ils ne peuvent même pas s'inscrire à un cours Migros. Comment peut-on vivre avec 300 francs ? Je ne veux pas compter dans les poches du SEM... Mais ensuite, ils commencent à développer des dépressions, des troubles anxieux, etc... Je me demande s'ils sont pathologiques ou si quelqu'un serait comme ça après deux ans d'absence".

En approfondissant le sujet, le PSG établit une comparaison entre les migrants et les résidents. Selon lui, ce n'est pas le type de traumatisme qui fait la différence entre ces deux groupes, mais plutôt les conditions de vie dans lesquelles on peut travailler dessus. "Le problème des migrants traumatisés n'est pas le traumatisme : le problème est que votre vie est en suspens, que vous ne savez pas ce qu'il va advenir de vous et que vous n'êtes pas en mesure de décider. En psychologie, cet état est appelé perte du sens de l'action, c'est-à-dire lorsque "vous avez le sentiment de ne pas pouvoir agir". Les conséquences de la perte d'autonomie et des conditions de vie restrictives entraînent plusieurs problèmes. Tout d'abord, le demandeur dispose de beaucoup de temps pour réfléchir. Selon le PSG, "une personne qui a effectué un voyage de migration a beaucoup de soucis [...] et ce sont des choses de l'ordre de : je ne sais pas si mes parents sont vivants, je ne sais pas si je les reverrai un jour etc...". Deuxièmement, en raison des restrictions de circulation liées au permis N, si un membre de la famille décède, ils ne peuvent pas se rendre aux funérailles. Cette prise de conscience "active cette peur où l'on se dit : maintenant que ma grand-mère est morte, qui sait quand ma mère le sera". La troisième conséquence est la méconnaissance des attentes en matière de migration. "N'oublions pas que ceux qui sont restés dans leur pays d'origine ont investi toutes leurs économies pour envoyer un membre de leur famille en Europe. Ils ont évidemment l'espoir et l'attente que ceux qui émigrent gagneront de l'argent, et ils les appellent souvent pour leur demander ce qu'il en est...". En raison de la longueur des procédures et de l'impossibilité de travailler, "ils mentent souvent explicitement à leurs proches et omettent de dire qu'ils sont dans des centres d'accueil avec des dizaines et des dizaines d'autres migrants et qu'ils gagnent 300 francs par mois. Beaucoup envoient donc tout à leurs proches et vivent sans rien...". En général, PSG pense que l'aspect problématique n'est pas le traumatisme mais l'impossibilité de faire sa vie une fois arrivé dans le pays d'accueil. En outre, il critique sévèrement les "limbes" de l'incompréhension des délais et la déception résultant de la conscience "d'avoir vécu en vain tant d'événements traumatisants". PSG conclut enfin : "même les prisonniers savent combien de temps ils seront détenus, alors que les RA n'en ont aucune idée...". En ce qui concerne l'approche thérapeutique, PSG ne fait pas de différence entre les RA et les résidents dans la phase initiale : "Je pars de l'idée que la patiente a quelque chose qui la perturbe. Par exemple, si une personne souffre de troubles du sommeil, je commence par lui demander à quoi cela est dû selon son point de vue et, à partir de là, j'applique mes connaissances et mes ressources ethno-psychiques pour comprendre comment aller de l'avant".

En ce qui concerne les diagnostics, IP donne un exemple qui clarifie les préjugés qui peuvent naître des différences culturelles entre le médecin et le patient. Dans ce cas, une femme racontait sa traversée du désert, exposant les violences sexuelles qu'elle avait subies en chemin et un vol au cours duquel des coups de feu de mitrailleuse avaient été tirés en l'air. L'interprétation qui en a découlé était que la femme était traumatisée par les violences sexuelles qu'elle avait subies : "en

fait, elle avait subi beaucoup de violences sexuelles et a dit qu'elle était séparée lorsque cela s'est produit. C'est plutôt le fait d'avoir entendu les tirs de mitrailleuse qui l'a traumatisée et qui a provoqué le TSPT". Selon IP, "nous avons du mal à comprendre les traumatismes, qui ne sont jamais évidents ni linéaires. Il faut mettre ses connaissances entre parenthèses et avoir des capacités d'écoute. Le grand risque est de faire encore plus de dégâts avec des médicaments psychotropes, des diagnostics erronés et les étiquettes qui en découlent". IP estime que l'on n'accorde toujours pas assez d'attention à la question du soutien social, qui est pourtant cruciale : "Souvent, les personnes qui viennent en Suisse sont issues de structures sociales extrêmement intégrées, où elles ont des liens sociaux très forts. En venant ici et en vivant dans des structures séparées, elles souffrent. Elles ont besoin d'une thérapie, mais surtout d'un soutien social, d'une interaction avec le contexte social. Sans cela, une autre maladie apparaît, à savoir l'isolement. Et à partir de là, qui sait ce qui peut naître ?

### **Langue et interprétation**

Chacun d'entre eux indique la langue et la culture comme premier obstacle. Au Tessin, le service d'interprétariat et de médiation culturelle est assuré par l'agence Derman, gérée par SOS.

Selon PS1, le principal obstacle dans les relations avec les RA est la langue, et il considère le service d'interprétation comme une "bonne aide", car en psychiatrie, le dialogue est l'outil le plus important. Il considère que le service est toujours disponible, notamment grâce à la possibilité de travailler par téléphone.

Selon AS, le service d'interprétation du CPC fonctionne bien, même s'il y a des problèmes d'organisation dus au manque de personnel dans la clinique. Il est difficile de faire coïncider les temps de disponibilité des interprètes et des agents de santé. Néanmoins, "au moins une fois par semaine, une visite avec un médecin et un interprète est garantie". En ce qui concerne le service, AS rappelle qu'il s'est amélioré au fil du temps, même si, à certains moments, il y a eu un manque d'interprètes pour les langues pachtou et dari, qui sont principalement parlées en Afghanistan. Les interprètes sont des résidents tessinois qui suivent des cours de médiation culturelle organisés par SOS. Le niveau de formation est jugé "relativement simple", sans exigences trop élevées. Le service est pris en charge par les institutions psychiatriques et non par l'assurance maladie, avec des honoraires allant de 65 à 80 Chf plus les frais de déplacement. En ce qui concerne la performance du service, AS se souvient de cas où les interprètes ont eu du mal à contenir leur émotion, ce qui a rendu l'entretien difficile. Il arrive que "l'interprète se lie d'amitié avec le requérant d'asile, lui donne des conseils sur la procédure d'asile. [...] mais il arrive aussi que les deux fassent partie d'une très petite communauté, comme les Érythréens, et qu'il devienne alors difficile d'aborder des questions culturellement embarrassantes ou non acceptées. [...] Si l'interprète fréquente vos lieux de rencontre, cela devient difficile car le secret professionnel est en jeu". Cet aspect est lié à celui

de la stigmatisation, et AS convient qu'il est parfois contre-productif d'avoir un interprète issu de la même communauté que le patient.

Pour PS2, la difficulté n'est pas seulement linguistique mais aussi culturelle. De manière transversale, l'ensemble de l'équipe, du médecin à l'assistant social, "doit être en phase avec la culture grâce à la traduction du contenu culturel". Au niveau des services d'interprétation linguistique et culturelle, PS2 estime qu'au Tessin "nous avons globalement des professionnels mieux formés et d'autres qui le sont moins". PS2 confirme également qu'au niveau organisationnel, le système est rapide et, en général, il est "suffisamment satisfait de la qualité du service offert". Cependant, il ne considère pas le service capable d'offrir une médiation culturelle et souligne que même ceux qui mènent l'entretien doivent être capables de gérer la présence d'un interprète, qui "doit être un outil et non celui qui mène l'entretien". Le risque est que l'agent de santé "ne comprenne pas ce qui se passe, ce qui l'empêche de comprendre le problème qu'il doit résoudre".

PSG2 considère qu'il y a plusieurs problèmes critiques dans le service d'interprétation. Comme les autres personnes interrogées, il révèle que dans certains cas, les traductions sont simplifiées à l'extrême, ce qui dénote un manque de formation. Dans d'autres cas, les interprètes sont eux-mêmes d'anciens RA, ce qui entraîne des réactions émotionnelles très intenses. Interrogée sur cette question, la PSG estime que le service peut être amélioré, notamment en n'employant pas de personnes dont la langue maternelle n'est pas celle des requérants d'asile. Elle souligne également l'importance de la médiation culturelle et pas seulement linguistique, et espère une formation plus poussée à l'avenir. Comme les autres, la PSG apprécie la disponibilité des traducteurs, même si cela dépend beaucoup de la langue recherchée. Par exemple, "il y a très peu de traducteurs qui parlent le pachtou et malheureusement ils ne connaissent pas bien l'italien", bien que l'offre "change constamment".

IP considère les interprètes comme une aide mais aussi comme une arme à double tranchant. Selon lui, "les interprètes peuvent influencer considérablement le dialogue, mais ils ne sont malheureusement pas neutres". L'implication émotionnelle et l'interprétation de la langue sont les deux aspects qui peuvent créer le plus de bruit entre le patient et le soignant. "Vous ne connaissez pas l'histoire de votre interprète, ni les projections qu'il ou elle peut faire dans l'interprétation. D'une manière générale, l'outil de l'interprétation a constitué une nouveauté importante pour la PI, mais il a également soulevé des questions cruciales.

### **Attentes**

PS1 souligne que de nombreux RA adressent des demandes abusives aux médecins, pensant qu'ils peuvent en quelque sorte accélérer la procédure d'asile. Pour remédier à ce problème, l'habitude a été prise de structurer les premières minutes des séances en expliquant clairement le but des visites. Outre l'attente d'une aide à l'obtention de l'asile, PS1 se souvient qu'on lui pose souvent des

questions sur l'avocat et la procédure d'asile elle-même. Cet élément dénote un possible manque d'informations claires dans les procédures malgré l'introduction récente d'un avocat d'office.

Le PSG signale également le même problème, car plusieurs patients demandent, par exemple, des certificats pour obtenir facilement l'asile. Il critique également les praticiens qui envoient les RA en psychothérapie sans les informations correctes, car "j'attends d'eux qu'ils clarifient mon rôle et qu'ils soient capables d'expliquer ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire". PS2 confirme également la fausse croyance de certains RA selon laquelle une admission en psychiatrie peut augmenter la probabilité d'obtenir l'asile. En général, il est confirmé qu'il y a des problèmes d'information à la fois avec les résidents et les opérateurs de l'ensemble de l'échafaudage.

### **Ethnopsychiatrie**

IP se souvient que lorsqu'il a commencé à travailler au CPC à la fin des années 1980, "il n'y avait pas de formation professionnelle ou culturelle en ethnopsychiatrie ni de service de médiation culturelle". Selon IP, "l'impact sur les RA était violent [...] ils interprétaient les traumatismes qu'ils portaient dans une perspective psychiatrique qui n'allait déjà pas bien avec les résidents". Progressivement, de "nouvelles visions anthropologiques et ethnopsychiatriques" sont apparues avec l'introduction de services d'interprétation et de médiation culturelle. IP critique, par exemple, le traitement par médicaments psychotropes utilisé dans les cas de délire : "le délire était considéré comme un symptôme négatif. Je me souviens d'un jeune homme de 19 ans de Saint-Domingue qui entendait les voix de ses grands-parents et qui a donc été traité avec des médicaments psychotropes dans l'intention d'arrêter le délire. En réalité, il avait besoin de ces voix, elles étaient une compensation et une réponse à un déséquilibre et à une souffrance ! [À Saint-Domingue, l'audition des voix est perçue d'une autre manière. Ils ont une autre conception du guérisseur, du chaman, et un autre rapport à la souffrance. Souffrir signifie entrer en contact avec la réalité et est considéré comme une initiation. C'est une tout autre conception. Imposer notre modèle [aux étrangers] qui fonctionne déjà mal avec les autochtones ? Allez savoir...". IP est très critique à l'égard de l'école de pensée prépondérante de l'époque : "se référer au DSM, c'est une vision occidentalocentrée du mal-être et centrée sur l'utilisation de psychotropes pour traiter les symptômes [...] Au lieu de lui demander ce que lui disaient ses grands-parents, on lui a donné 50 gouttes d'Aldolan et on lui a donné un rendez-vous pour le lendemain".

Au SPS, PS1 indique qu'il existe depuis plusieurs années des supervisions d'ethnopsychiatrie animées par un psychiatre expert en la matière. Il y a également un travail actif en psychotraumatologie mandaté par le canton pour renforcer les outils de prise en charge des personnes souffrant de TSP.

AS estime que, de manière générale, la formation ethnopsychiatrique au Tessin peut encore être améliorée et qu'il existe encore une lecture trop ethnocentrique de la détresse. À l'appui de cette

affirmation, il rappelle le cas d'une femme érythréenne qui a eu une crise de conversion, se retrouvant "affalée sur le sol en émettant des cris et des gémissements" et dont la situation n'a été résolue que grâce à une autre femme érythréenne, par "des prières et des manœuvres avec de l'ail et de l'eau bénite orthodoxe". Dans un autre cas, plus psychiatrique cette fois, une femme a traversé une crise mystico-religieuse et ce n'est que grâce à l'ouverture du SPS, qui a fait appel à un expert en ethnopsychiatrie, qu'un cours avec un imam a pu être mis en place, ce qui a eu un effet très positif à terme sur la santé psychique de la patiente. Selon AS, les médecins sont pour l'instant trop ancrés dans leurs études pendant leurs années de formation. Heureusement, "au CPC, il y a une supervision par des experts en la matière qui enseignent aux psychiatres et autres psychothérapeutes comment lire les situations. Les infirmiers, quant à eux, ont des cours de recyclage assez fréquents".

PS2 avance des arguments intéressants. Il admet qu'il n'existe pas de services d'ethnopsychiatrie spécifiques, mais ne voit pas cela comme un problème. PS2 se souvient d'une diatribe qui a duré jusque dans les années 90 et dans laquelle la question se posait de savoir s'il était préférable de créer des services transculturels/ethno-psychiatriques hautement professionnels ou s'il ne valait pas mieux diffuser ces connaissances dans les différents services de compétence préexistants. Selon PS2, "la conclusion de tous est que la deuxième hypothèse est de loin la meilleure, car la création de services spécifiques, qui ont longtemps été politiquement et socialement avantageux, risque de renforcer la ghettoïsation". L'approche non spécialisée suit un courant de pensée selon lequel "même la santé peut devenir une voie d'intégration si les mêmes services sont utilisés pour les résidents et les migrants". PS2 reconnaît cependant qu'il existe des centres spécialisés qui font "un travail exceptionnel", bien qu'ils "risquent d'être perçus comme quelque chose de détaché des autres services psychiatriques", de sorte que, selon lui, "il est préférable d'avoir des connaissances spécialisées intégrées dans les services généraux". PS2, enfin, se demande si la psychiatrie n'est pas toujours quelque chose d'*ethnique* :

*Puisque le monde ne se nivelle pas comme on l'imaginait il y a quelques décennies... Où l'on imaginait un monde qui... Comme pour dire qu'il finissait par se niveler à tous points de vue, socialement, économiquement, politiquement, en termes de croyances, comme si nous allions tous devenir plus ou moins de petits occidentaux.... Non, les choses se passent différemment, les cultures font preuve d'une grande capacité - on dirait aujourd'hui de résilience, mais utilisons des termes normaux - de résistance et d'adaptation... Il y a des changements, mais sans abandon de leur noyau de significations : les cultures continuent donc d'exister. Peut-être que toute la psychiatrie est en principe de l'ethnopsychiatrie. Nous avons besoin de personnel qui garde à l'esprit que la culture est l'élément qui permet le fonctionnement mental. Tobin Atan a*

*dit que "la culture est précisément l'appareil culturel, ce qui permet le fonctionnement mental". Sans culture, donc sans l'ensemble des signifiants - langue, traditions, etc. - on ne peut pas s'exprimer, on ne peut même pas développer sa personnalité. Un enfant a besoin, par exemple, pour grandir et se développer, d'un certain type de référence que nous appelons la culture.*

Dans son approche de la RA, le PSG exploite les interventions culturelles qui apparaissent au cours des séances avec les patients. En partant du trouble initial, il demande au patient d'expliquer comment il interprète ce symptôme. Par exemple, il raconte : "J'ai eu un patient qui considérait que ses plaintes étaient la conséquence d'une malédiction jetée par un parent de son pays d'origine. Dans ce cas, son intervention culturelle m'a fait prendre conscience de la forte croyance du patient dans ce type de culture magique". Dans ces situations, le PSG effectue un travail mixte d'immersion et de conversion : "d'une part, je conseille au patient de demander à quelqu'un de son pays d'origine d'aller voir le chaman en son nom, d'autre part, je donne au patient une explication de son problème dans notre code médical, afin qu'il puisse se faire comprendre par les autres professionnels de la santé". En réalité, ce n'est pas le patient qui a besoin du diagnostic, mais l'agent de santé pour savoir comment s'orienter. Pour rester dans l'exemple, PSG rappelle qu'il y a une tentative de concilier la vision culturelle du problème avec une lecture thérapeutique où "il ne s'agit peut-être pas tant d'une malédiction que d'une réaction anxieuse du patient à la suite de quelques querelles et malentendus". Néanmoins, même ces lectures peuvent être totalement hors de propos pour le patient qui a des croyances spécifiques, religieuses ou autres : "Je ne démonte jamais les croyances des autres. Je donne une explication alternative et je laisse le patient choisir comment s'orienter". Selon PSG, chaque cas est différent. Parfois, une interprétation occidentalisée fonctionne, comme dans le cas d'une femme épileptique, que l'on croyait victime du mauvais œil, et qui a amélioré sa vie après avoir pris conscience de son épilepsie. "Parfois, certaines interprétations culturelles peuvent piéger le patient parce qu'elles ne lui donnent pas de solution. Mais à d'autres moments, elles sont le seul moyen d'avancer, par exemple à travers la prière et les rencontres, qui sont très précieuses et qu'il ne faut pas enlever car c'est vraiment déstabilisant de ne pas avoir ces points de repère. Êtes-vous athée et suisse ? Je vous recommande la pleine conscience ou une promenade dans les bois. Vous êtes croyant et pratiquant ? Alors allez prier". En conclusion, l'ethnopsychiatrie est importante pour le PSG et c'est en adoptant la bonne attitude et l'expérience adéquate que l'on se forme. "Il faut être ouvert aux explications du patient sur sa culture. Vous devez avoir l'humilité d'accepter les connaissances que le patient vous donne sur lui-même et sur sa culture et de tout intégrer dans le processus de traitement".

### **Les femmes et la communauté LGBTQ**

AS a avancé plusieurs arguments concernant la prise en charge des femmes et, en général, leurs conditions de vie en tant que requérants d'asile. Tout d'abord, elle affirme que les femmes migrantes partent souvent avec de plus grandes fragilités et que, selon la traite qu'elles ont subie, elles auront très probablement été abusées. Elle rappelle que lorsqu'elle travaillait avec des femmes dans les centres collectifs de la Croix-Rouge, la plupart des femmes enceintes attendaient des enfants "résultat des abus subis en Libye". AS rappelle donc un élément fondamental : "la route migratoire est faite de souffrances, d'abus et de mauvais traitements". Les femmes et les enfants mineurs non accompagnés en sont les principales victimes". Il s'attarde ensuite sur un aspect lié aux différences culturelles et aux difficultés de les faire cohabiter dans le cadre des règles suisses. Il rappelle le cas d'une mère d'origine africaine qui, en allant faire ses courses depuis son centre collectif, a laissé son fils sur la petite place fréquentée par la communauté des requérants d'asile. La culture d'origine de cette femme voulait que ses enfants soient également élevés par la communauté et, par conséquent, l'acte de le laisser-là était "normal" et "juste", y compris d'un point de vue éducatif. AS a dû la mettre en garde parce qu'en Suisse, laisser un enfant sans surveillance signifie risquer que "l'autorité régionale de protection de l'enfance vous retire la garde". Mais cela conduit aussi à une réflexion : "ce cas montre aussi l'ethnocentrisme présent qui nous fait réaliser que même la notion d'être une bonne mère est quelque chose qui appartient à la culture de base. Je me suis sentie mal parce que j'avais l'impression de lui dire : *souviens-toi de ta valeur en tant que communauté que tu as apprise en Afrique : eh bien, oublie-la et apprend celle que nous avons au Tessin*". En réalité, poursuit-il, "ces situations sont l'occasion d'apprendre de nouveaux concepts étrangers au pays d'accueil, une richesse que nous pouvons intégrer, en créant des liens vertueux et des synergies, un peu comme dans les groupes de mères migrantes que nous voyons se réunir et créer une communauté". Enfin, AS critique vivement la culture patriarcale présente à tous les niveaux de la société tessinoise, y compris au sein des institutions de soins. Les blagues sexistes et transphobes, même si elles ne sont pas dites avec malice, je ne veux plus les entendre et je l'ai fait savoir explicitement à mes collègues". Au niveau des services au sein du CPC, cependant, il y a de grandes lacunes : "Lorsqu'un patient arrive, son hétérosexualité est considérée comme acquise. C'est grave, et encore plus grave pour les migrants qui sont venus ici parce qu'ils sont persécutés pour leur identité de genre et leur orientation sexuelle. Au Tessin, le sujet est trop tabou, même pour les médecins". Le manuel de diagnostic (CIM 10) utilisé par le CPC, dans lequel "le transsexualisme est toujours considéré comme un trouble mental, et il se trouve que j'ai lu cela comme un diagnostic, donne également matière à réflexion. C'est formidable".

Le PSG, spécialisé dans la prise en charge des membres de la communauté LGBT, émet également d'autres critiques. De manière générale, il dénonce le fait qu'en Suisse, le thème de l'identité de genre est peu connu et que, par conséquent, il y a peu de tact. Pour les homosexuels, c'est une autre

histoire : il rappelle des cas où des homosexuels originaires de pays "homophobes" ont été placés dans des appartements privés plutôt que dans des centres d'accueil, "évitant ainsi le cauchemar de la persécution qu'ils auraient vécu en restant avec leurs compatriotes dans des chambres surpeuplées". Malheureusement, "il n'en va pas de même pour les femmes : si une lesbienne se sent en danger dans une chambre de femmes, elle sera prise moins au sérieux". En fait, selon le PSG, "les abus sexuels entre femmes ne sont pas reconnus comme tels ; au contraire, ils sont souvent ridiculisés ou, dans le pire des cas, érotisés". En général, pour le PSG, le problème est lié à l'absence de lois, de règles et de pratiques qui normaliseraient l'attitude des opérateurs et la sensibilité des institutions sur ces questions. Sans réglementation, poursuit-il, "nous nous en remettons à la compréhension de chaque opérateur et c'est un gros pari, car c'est alors le migrant qui risque tout".

## **Thème 2 : Asile et santé**

### **Prévention et amélioration des services**

PS1 indique que, bien que lui et son équipe y aient pensé, le *dépistage* psychologique automatique des RA dans les CFA serait trop coûteux par rapport au bénéfice qu'il apporterait. Pour le médecin, le *dépistage* nécessiterait la présence permanente de RA Derman et d'un psychologue et entraînerait des coûts élevés pour la compagnie d'assurance maladie. PS1 pense que l'instrument n'aurait même pas une grande valeur diagnostique. PS1 invite plutôt à se poser la question suivante : "est-il utile de quantifier quand je sais déjà qu'il y a une situation de traumatisme aigu ? Dans cette optique, PS1 estime qu'il est nécessaire de garder à l'esprit la relation entre les dépenses et les bénéfices, en essayant d'optimiser les ressources et d'éviter les gaspillages, comme dans le cas du *dépistage* psychologique global. PS1 explique plutôt l'utilité de l'emploi et de la déjudiciarisation pour les requérants d'asile. Plus précisément, il identifie trois niveaux de réhabilitation pour les personnes souffrant de maladies mentales. La première étape consiste à soulager les symptômes, par le biais d'une thérapie médicamenteuse ou autre. La deuxième est la réadaptation personnelle, au cours de laquelle le patient se stabilise sans être encore guéri, en réalisant les activités qu'il n'est pas encore en mesure d'accomplir. La troisième phase est celle de la réadaptation fonctionnelle, au cours de laquelle les fonctions vitales sont rétablies, c'est-à-dire le travail, l'école, la famille, etc. En ce sens, pour la PS1, il est important de traiter les symptômes et de récupérer les fonctions qui étaient actives avant la maladie, ainsi que les capacités cognitives. Cette récupération est possible grâce à l'activité et c'est précisément pour cette raison que le SPS dispose d'un centre de jour qui propose différents programmes. En plus de structurer son temps, la distraction est également un mécanisme de réduction interne, selon PS1, bien qu'elle ne soit pas décisive, car une fois que j'ai terminé l'activité de distraction, je repense à ce que j'ai vécu dans ma vie.

Tout comme PS1, PS2 reconnaît également certains éléments qui pourraient améliorer les conditions de vie des RA et réduire l'incidence de certains maux psychologiques. Tout d'abord, il s'attarde sur les espaces dans les centres d'accueil. Selon le médecin, "il y a parfois des conditions de surpopulation et de partage problématique des espaces. [...] Certaines situations conflictuelles peuvent être liées à ces espaces confinés "où la consommation de substances est peu contrôlée et où ils n'ont rien à faire sauf, trivialement, sortir et souvent trouver dans l'alcool ou d'autres substances un refuge momentané". Il poursuit : "si je pouvais décider... je ferais en sorte que ce soit un lieu où il n'y ait pas seulement la dimension de l'attente [...] mais qu'il y ait quelque chose de plus. Il y a déjà quelque chose, du cours de langue au petit boulot, etc... Tout cela ne peut être qu'un élément protecteur".

Selon le PSG, la santé mentale "découle de la possibilité d'exercer des activités stimulantes et d'avoir des espaces de regroupement" et il est donc d'accord sur la nécessité d'offrir des possibilités de travail rémunéré aux RA en attente d'une réponse. Le raisonnement du PSG tourne autour du fait que le simple fait d'avoir la possibilité financière de se déplacer dans le canton créerait des liens entre les RA et leurs communautés avec des permis provisoires ou définitifs, qui "grâce à leur plus grande intégration peuvent expliquer de nombreux aspects pratiques sur la vie au Tessin et sur le fonctionnement de la procédure d'asile. A mon avis, c'est une solution *gagnant-gagnant* car elle soulagerait le travail des opérateurs". Un emploi donnerait également "un sens à sa vie et un sentiment d'utilité". De nombreux RA expriment au PSG leur désir d'être "utiles" à la Suisse en signe de "reconnaissance de l'asile [transitoire, temporaire ou définitif]". En outre, le travail a une fonction de distraction et de réduction du stress, sans oublier "les possibilités de confrontation avec les autres, en particulier les résidents".

Pour IP, la meilleure prévention pour la santé mentale des RA serait de créer un réseau social actif et des opportunités d'emploi pour les requérants d'asile. IP parle de l'association MRA dont il est membre, en énumérant les différentes activités et les effets bénéfiques sur les demandeurs qui y participent. Ainsi, des jeux sportifs, des activités de couture, des excursions pour découvrir le Mendrisiotto, des sorties au lac Ceresio, des activités de cuisine, etc. "Il suffit de peu de choses pour qu'ils se sentent bien accueillis. C'est ainsi que l'on prévient le malaise, le mal-être et la souffrance. [...] En interagissant avec la population résidente, nous apprenons à nous connaître et les préjugés commencent à diminuer ! Dans cette optique, IP et l'association MRA aspirent à ouvrir un centre social qui puisse garantir des espaces dédiés aux requérants d'asile, avec la création d'un musée pour cimenter la mémoire collective et recueillir les témoignages des milliers de personnes qui migrent à travers le Tessin.

**La politique d'asile et son impact sur la santé mentale des RA**

Interrogé sur cette question, PS1 considère que le lieu d'accueil d'un requérant d'asile traumatisé n'affecte pas significativement son état mental. En termes élargis : "Ce n'est pas que [les conditions d'accueil] aggravent l'état du patient. [A mon avis, le patient sort du traumatisme à partir du moment où il y a une réponse positive ou négative [à la demande d'asile]. Tant qu'il n'y a pas de réponse, le patient reste dans une zone traumatique aiguë. [...] Dès qu'il y a une réponse, il y a un autre aspect. En effet, si l'on compare les patients qui attendent une réponse et ceux qui en ont reçu une, ces derniers montrent un changement de perspective par rapport à la zone traumatique en raison de l'acceptation, du changement de statut ou simplement du permis obtenu". En ce qui concerne la politique d'asile, PS1 ne s'attarde pas sur les délais de procédure des demandes d'asile. Il critique plutôt les cas où les familles séparées en Europe restent longtemps dans l'attente d'être réunies conformément aux règles de Schengen. Curieusement, en ce qui concerne la question sur la criticité du système d'asile, PS1 exprime également l'avis qu'il faut tenir compte de "la présence de personnes très problématiques ayant des attitudes incorrectes", qui "créent une pression sur le système interne de l". PS1 souligne que de telles attitudes ne sont pas créées par la migration ou les conditionnalités liées à la procédure d'asile. Il comprend "le besoin du pays d'accueil d'avoir des invités qui suivent un ensemble de règles internes" et admet que la délinquance justifie le refus de l'asile. En même temps, il souligne que la surpopulation dans les centres est "problématique" pour tous les êtres humains, tout comme le peu de possibilités d'occuper le temps. En conclusion, il affirme qu'il faut comprendre la finalité du système d'asile : "S'il s'agit d'héberger une personne en détresse dans son pays d'origine, alors l'offre doit répondre à ce problème. Or, ajoute-t-il en évoquant les personnes non binaires qui n'ont pas de toilettes particulières dans les CFA, "certaines questions ne sont pas prioritaires dans les centres d'accueil mais sont malheureusement généralisées. C'est une dynamique sociétale".

AS juge la loi sur l'asile très "dure et très stricte, où l'aspect humain peine à émerger". D'un autre côté, s'il critique vivement les textes fédéraux, il a des mots positifs pour la section tessinoise sur l'immigration. Sur la base de son expérience, il évoque des cas où les retours sont empêchés par les pays d'origine eux-mêmes et où les requérants d'asile se retrouvent dans l'incertitude. Dans ces cas, le bureau tessinois des migrations "dit souvent : nous sommes prêts à garder cette personne et à en supporter les coûts". Il envoie la demande à Berne, mais la Confédération s'y oppose". Ce point de vue vient s'ajouter aux critiques formulées à l'encontre des deux auditions de la procédure d'asile. Selon AS, "être là entre quatre et huit heures pour raconter, et donc revivre, tous les traumatismes de son voyage est un processus violent. Nous pensons aux histoires de meurtres de membres de la famille, de mutilations, etc. Il demande ensuite : "Pourquoi n'y a-t-il pas de psychiatre et/ou de psychothérapeute ? Pourquoi demander deux fois tous les récits en détail ? La critique porte également sur les critères d'évaluation des entretiens. AS sait très bien que la double audition,

confirmée par un travailleur du SEM, a pour but de déceler les contradictions dans les récits des requérants d'asile. Pourtant, AS ne comprend pas comment les moindres différences dans les incidents traumatiques peuvent si facilement délégitimer la véracité des récits et, par conséquent, changer l'issue de la procédure d'asile. Commentant la structure de la procédure d'asile et des auditions, bien qu'il sache que ce n'est pas son domaine, PS2 reconnaît que la procédure de demande d'asile impose "une forte pression sur la manière et le calendrier, en raison de l'examen de la légalité d'un contenu que l'on apporte pour justifier une demande d'aide". En fait, "nous avons très souvent des admissions qui se produisent en même temps, immédiatement ou après les audiences". En général, les décompensations se produisent lorsque l'on perçoit que l'asile sera refusé ou précisément à cause de ce que l'on a vécu pendant l'audition. Mais que se passe-t-il pendant l'audition ? PS2 explique que les traumatismes psychiques les plus intenses sont "encapsulés au plus profond", et que lors des auditions, le sujet "est confronté à des personnes qui ont pour mission d'ouvrir la boîte à traumatismes, qui l'incitent à les raconter et donc à les revivre". Lorsque le traumatisme est plus réel et plus profond, il y a une certaine violence, mais il ne m'appartient pas de dire si c'est la bonne manière". En outre, il existe un paradoxe problématique : "dans les cas où la personne a une organisation psychique fortement post-traumatique, il y a un grand risque qu'elle ne puisse pas en parler. Lors des auditions, ils essaient de rassembler les événements qui se sont produits et de saisir où ils se sont réellement produits et s'il y a quelque chose de grave. Il est vrai qu'ils ne s'occupent pas de l'aspect psychique, mais plutôt de la véracité des faits et des risques encourus par le migrant en cas de transfert dans son pays d'origine...". A la question de savoir s'il ne serait pas utile de faire appel à un spécialiste de la santé mentale pour assister les audiences, PS2 répond : "Je ne sais pas, il faut un équilibre. Nous ne devrions pas tout psychiatriser, notamment parce que 8 fois sur 10, les diagnostics de TSPT ne sont pas corrects. [Le risque, d'une part, est de transformer toute expérience négative en diagnostic. D'autre part, c'est celui de passer à côté des pathologies qui méritent vraiment un traitement psychiatrique". En général, les auditions sont, pour PS2, "peut-être inévitables du point de vue du système et de la bureaucratie, bien que j'imagine qu'il y a certaines dimensions sur lesquelles on pourrait intervenir pour avoir un parcours plus accueillant".

Pour AS, la violence de la procédure d'asile "est structurelle, que l'on obtienne ou non l'asile", car elle revit le traumatisme des audiences et se sent sous enquête. D'un point de vue éthique, AS trouve la loi sur l'asile "inhumaine" et inutile car "elle finit par exclure et ne pas intégrer des individus qui pourraient être utiles à tous, par exemple en formant des infirmières, des aides-soignants et du personnel de santé". Enfin, il critique également la procédure dans son ensemble, car elle place les personnes interrogées dans une situation où elles doivent élaborer des stratégies pour maximiser leurs chances de réussite. Il cite l'exemple de certains jeunes Kurdes qui ont été rejetés par le SEM

pour avoir fait de la propagande en ligne pendant la procédure d'asile, une action réalisée "pour s'assurer que les autorités suisses avaient la preuve qu'ils étaient de *véritables* militants kurdes, et donc des individus exposés au risque de persécution politique". En tant que Kurdes, ils auraient pu obtenir l'asile, mais par peur de ne pas être reconnus, ils ont "creusé leur propre tombe". En général, selon AS, la rigidité de la procédure d'asile a créé "un mécanisme très pervers où [le demandeur] doit créer un résumé de la souffrance, de la persécution et du réfugié".

En ce qui concerne la politique migratoire, le PSG estime que l'aspect le plus corrigé est le timing : "De manière un peu brutale, je pense qu'il vaut mieux annoncer rapidement qu'un migrant ne peut pas se voir accorder l'asile. Attendre un an ou plus et être transféré est plus violent et traumatisant". Ensuite, PSG, spécialiste du transsexualisme, émet une critique acerbe contre la Suisse, dénonçant le fait qu'elle a signé trop tard la Convention d'Istanbul (*Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*) et que, de manière générale, elle ne protège pas les personnes qui migrent en raison de discriminations fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. En termes plus généraux : "Je suis des personnes qui ont fui leur pays parce qu'elles sont homosexuelles ou transgenres. Dans certains pays, ces personnes sont discriminées : on les empêche de recevoir des soins de santé, elles sont battues dans la rue, elles sont licenciées, leur médecin leur dit qu'elles sont malades d'homosexualité, elles doivent se déguiser en hétérosexuelles, elles ne peuvent pas avoir de vie affective et sexuelle sans risquer la prison ou la peine de mort... La Suisse n'a pas de position claire sur ces questions et il n'est jamais certain qu'elle protège ces personnes. Si vous venez d'un pays où, par exemple, le fait d'être homosexuel est explicitement illégal ou injustement désavantageux, la Suisse ne vous donnera pas nécessairement l'asile parce qu'il n'y a pas de *politique* claire". Il conclut en espérant que la politique migratoire deviendra cohérente avec la Convention d'Istanbul et que des mécanismes de protection plus importants seront créés pour les membres de la communauté LGBTQ+.

IP critique vivement les conditions d'accueil et l'impact sur la santé mentale des requérants d'asile. Il le fait en comparant les asiles aux CFA actuels, qui sont considérés comme des "institutions totales". Il met l'accent sur le fait qu'il existe des lois qui permettent "d'enfermer les gens comme ils le font actuellement jusqu'à 15 heures par jour" et qui ne prévoient pas "de manière structurelle des possibilités d'emploi et de temps de socialisation". Pour IP, ce système juridique est source "d'inconfort et de souffrance" et un changement législatif structurel est nécessaire de toute urgence pour que les requérants d'asile ne souffrent pas de l'isolement et de l'incertitude liés à la demande d'asile. Selon IP, les détenteurs de permis N se retrouvent "dans un vide où ils sont obligés de ne rien faire", une situation où "ils ne peuvent que tomber malades". Selon IP, l'augmentation du personnel médical ou des travailleurs sociaux n'est pas une priorité : "les requérants d'asile n'ont

pas besoin d'être médicalisés, ils ont besoin de vivre socialement ! Sans socialité, on tombe malade". Pour IP, un changement politique et juridique est nécessaire, et il établit un parallèle avec la transition de l'asile à la structure ouverte qui a eu lieu à partir des années 1980. En 1985, la nouvelle loi socio-psychiatrique est entrée en vigueur, inspirée par la célèbre loi Basaglia qui a fermé tous les asiles d'Italie. Selon IP, à partir de ce moment-là, "le paradigme a été inversé, le centre n'étant plus l'institution mais le patient". Avant cette loi, poursuit-il, l'asile était un lieu de déni de droits où la criminalité était institutionnalisée. Après l'adoption de la nouvelle loi, "tout a changé et ce n'est pas dû à des mérites scientifiques ou à des découvertes dans le domaine de la psyché, mais à des changements dans la sphère juridique et à des confrontations politiques. Donner ces droits aux personnes leur permettait d'être mises sur le même plan que vous et de négocier avec des pouvoirs égaux". Mais, comme il le rappelle, dans ce cas et en général, il ne suffit pas de changer les lois : "entre la loi et la réalité, il y a toujours un fossé. La loi pose le principe de la liberté et autour de cette liberté, on met d'autres lois qui changent les structures et l'organisation. Nous avons besoin de lois multifactorielles qui protègent le principe de liberté". Revenant à la loi socio-psychiatrique et à la comparaison avec la réalité, IP rappelle qu'après 1985, 150 personnes étaient encore enfermées au CPC et que pour éliminer cette lacune, il était nécessaire de "créer une tension idéale entre l'éthique et la politique". Il y avait des "situations de pouvoir difficiles à dénouer". Le CPC était un centre de pouvoir économique et politique ; nous devons donc aller à l'encontre de la logique qui centralisait l'institution". Pour IP, cet exemple est une bonne source d'inspiration pour comprendre les problèmes de la loi sur l'asile et la manière dont l'évolution de la société peut conduire à une nouvelle réalité, comme cela s'est produit lors de la transition de l'asile à la clinique socio-psychiatrique ouverte. IP se dit "déçu" par l'ouverture récente d'un nouveau CFA à Balerna, qui a été vivement critiquée par le HCR, le syndicat de la police cantonale et l'Assemblée des directeurs cantonaux de justice et police. Pour IP, la philosophie des institutions totales est injustifiée : "ces centres sont des poudrières où se créent surpopulation et promiscuité [...] Mais d'où vient cette idée de fermeture ? Ces gens-là [les requérants d'asile] n'ont commis aucun crime et sont traités comme des criminels". IP dénonce également le déni de la liberté de mouvement, rappelant qu'il s'agit d'une des valeurs fondamentales dont s'inspire la Suisse, et dénonce "la suspension des droits" pour les requérants d'asile en Suisse, soulignant que l'impact de cette école de pensée sur la santé mentale est lourd : "il y a des dépressions, des automutilations et des suicides. Il faut ouvrir une grande discussion et le plus vite possible...".

### **Influence du diagnostic sur la procédure d'asile**

PS1 confirme également que l'état mental d'un requérant d'asile, même s'il est certifié par un psychiatre, n'affecte pas la procédure d'asile. En outre, il note que l'on pourrait penser qu'un abri apporterait un avantage à la demande d'asile, alors que ce n'est pas le cas, et qu'en fait, "il contribue

à ralentir la procédure", la rendant plus épuisante. Malgré ce faux espoir, PS1 pense que les demandes d'aide sont pertinentes "dans la grande majorité des situations". Il précise qu'il arrive plutôt que "certains demandeurs essaient d'obtenir de la drogue pour la revendre, un phénomène qui se produit également chez les résidents". En général, cependant, il apparaît que PS1 fait toujours référence à ces quelques RA qui sont "problématiques" et qui "créent intérieurement un malaise pour les autres qui sont là pour une vie meilleure".

AS rappelle les attentes élevées exprimées par les médecins, qui "sur la base de l'état de santé des patients, tentent, au moyen de certificats médicaux, d'empêcher d'éventuels transferts. Mais ils n'exercent aucune influence sur la procédure car il s'agit d'un processus politique. Vous êtes une personne en danger dans votre pays ? Nous vous accordons le statut de réfugié. Vous êtes un malade mental qui n'est pas en danger dans votre pays d'origine ? Alors non". Il est donc confirmé que les avis psychiatriques n'ont aucune incidence sur la procédure d'asile. PS2 commente également le fait qu'un demandeur puisse demander l'asile sur la base d'une hospitalisation ou d'un certificat médical. PS2 estime que l'inconfort causé par la procédure d'asile provoque clairement un inconfort psychologique et qu'il y a toujours un besoin derrière un inconfort *forcé*, même s'il ne s'agit que de passer quelques jours en dehors du centre d'accueil.

Le PSG indique que de nombreux requérants d'asile, par désespoir de percevoir que leur demande se dirige vers une issue négative, tentent de se suicider. En partie à cause de l'hypothèse erronée selon laquelle le risque de suicide compte comme une raison de demander l'asile, il arrive que certains continuent à menacer de se suicider ou à mettre en pratique leur désir de le faire, ce qui entraîne une hospitalisation continue. Cette attitude, motivée selon le PSG par le "désespoir", crée un cercle vicieux de forte anxiété à chaque sortie et des situations statiques et dangereuses qui en découlent. Le PSG reconnaît que les diagnostics n'affectent pas la procédure d'asile. Le seul aspect qui peut être souligné est le fait que le transfert d'un requérant d'asile vers un pays particulier le priverait des soins psychiatriques et psychothérapeutiques dont il aurait besoin. Le fait qu'un diagnostic grave n'affecte pas les décisions du SEM est, selon le PSG, compréhensible : "chaque cas est dicté par le désespoir, mais il est vrai qu'il existe un risque objectif que certaines personnes invoquent une détresse psychique uniquement pour obtenir l'asile. Il n'y a pas de mauvaise foi, ils sont simplement dictés par le fait que l'on ne veut pas retourner dans son pays d'origine". Le PSG répond également à ceux qui pensent que le système de santé suisse ne peut pas prendre en charge les maladies des personnes originaires d'autres pays, en exprimant l'opinion suivante : "Si l'on regarde l'histoire de *plus près*, on constate que le colonialisme européen a créé les germes des problèmes contemporains. D'une certaine manière, nos ancêtres et nos grands-parents ont créé les problèmes que nous sommes aujourd'hui appelés à résoudre... D'un autre point de vue, je me demande : nous soucions-nous du bien-être des gens ou seulement des citoyens suisses ?

**Ressources**

PS1 estime que le SPS est en mesure de garantir l'offre thérapeutique même si "avec un ou deux médecins de plus, nous pourrions augmenter l'apport au service". Il considère que l'offre et la demande s'équilibrent pour l'instant, même si la collaboration avec le SEM a amené beaucoup de nouveaux patients, avec une moyenne de 50 nouvelles visites par mois pendant les périodes les plus chargées. La grande mobilité des personnes complique grandement la prise en charge des requérants d'asile, qui sont souvent transférés, ce qui complique la gestion des ressources.

AS rapporté qu'il y a un manque évident de ressources au sein du CPC. Tout d'abord, le manque de personnel est l'un des aspects les plus soulignés. Il n'y a que deux travailleurs sociaux dans l'ensemble de l'établissement et, d'une manière générale, il faudrait plus d'infirmières, mais aussi plus de médecins. Ce besoin de personnel est essentiellement lié au fait que le CPC reçoit "tous les malaises du Tessin" et que, face à une forte demande d'admission, il arrive aussi que des cliniques privées sélectionnent des patients et refusent d'en admettre certains, créant ainsi un surnuméraire au CPC. Malgré des ressources limitées, AS présente le cas d'un garçon marocain qui voulait retourner au Maroc mais qui n'a pas été autorisé à le faire parce que "le Maroc n'accepte pas les retours forcés ou volontaires". Ainsi, "il était dans l'incertitude et avait le soutien de tout le réseau [CFA, SEM, OSC] également parce qu'il était suicidaire. Nous avons, malgré nos faibles ressources, pris des mesures pour l'accompagner régulièrement au centre islamique de Lugano afin de lui offrir un espace de prière et de soutien". Dans cet exemple, AS montre à quel point le réseau travaille bien ensemble, en parvenant à un accord pour que le patient soit accompagné non pas par une infirmière mais par un interprète de l'agence Derman, afin de ne pas priver le CPC de personnel.

PSG pense qu'il y a un manque général de personnel. Au regard de son expérience au CPC, il estime qu'il manque un service d'interprétariat d'urgence car les admissions et les sorties se font souvent dans des délais très courts, précisément en raison de la nature des établissements qui accueillent des cas aigus. Au niveau du personnel, il rappelle que le canton réduit depuis des années les dépenses de santé, ce qui a pour conséquence de diminuer l'offre de spécialistes alors que la demande augmente. En termes de services, il se souvient positivement de la mise en place d'un service d'accompagnement social (SAS) qui a vu le jour il y a quelques années à Lugano, mais uniquement pour les adultes qui y habitent. Selon le PSG, il manque un lieu axé sur l'aspect culturel, comme un centre social. Au niveau des opportunités d'emploi, il existe divers ateliers tels que des cours d'italien et des activités créatives, ainsi que la possibilité d'assister à des cours de lycée exclusifs pour les migrants dans des matières variées. En général, selon le PSG, les ressources sont là mais "c'est le macrosystème qui ne fonctionne pas" en raison des délais trop longs, faisant allusion au fait que faire ces activités pendant six mois est acceptable, mais pendant un an ou plus, ce n'est pas supportable. Un autre problème se pose au niveau de la communication des opportunités : "à

Lugano, par exemple, de nombreux bars proposent des dîners ethniques gratuits. Le problème est que les migrants ne le savent pas et que le déplacement de Chiasso à Lugano coûte de l'argent de poche pour toute une semaine [...] c'est aussi un problème pour ceux qui veulent aller au centre islamique parce qu'ils n'ont pas les moyens de faire le voyage". Selon le PSG, les ressources disponibles pourraient être améliorées, par exemple en créant des postes de fonctionnaires pour soutenir les migrants et en impliquant davantage la société civile.

### **La caisse d'assurance maladie n'est-elle pas un obstacle ?**

PS1 n'est pas convaincu que la caisse d'assurance maladie doive prendre en charge les frais d'interprétariat, malgré son utilité pour "offrir un espace qui permet au patient de se sentir un peu plus chez lui en le mettant à l'aise pour s'exprimer dans sa propre langue". Il estime qu'il n'est pas de sa compétence d'exprimer une opinion à ce sujet. En revanche, AS a un point de vue axé sur la nécessité d'assurer "l'équité des services", considérant l'interprétation comme une partie intégrante des soins, et donc susceptible d'être couverte.

PS2 confirme qu'en ce qui concerne les soins aigus, tout le monde, y compris les RA, quel que soit leur statut migratoire, ne rencontre aucun obstacle. Les projets à long terme sont plus problématiques en raison du statut transitoire du requérant d'asile, car "nous ne savons pas où il sera placé et, plus important encore, s'il sera accepté comme requérant d'asile".

En ce qui concerne les doutes soulevés dans la littérature sur l'accessibilité des psychothérapeutes indépendants par les RA, le PSG et une source externe confirment que le passage du système de délégation au système de prescription élargit également l'offre de thérapeutes aux requérants d'asile. Selon le PSG, la question de savoir si l'indépendant est disposé à prendre en charge un requérant d'asile se pose différemment. De plus, si un interprète est nécessaire, ce sera aux frais du requérant d'asile.

En général, il ressort de tous les entretiens que le système de soins et de soutien en matière de santé mentale est déjà très centralisé. Les références du réseau se concentrent toujours sur le public, notamment parce que "l'organisme public est rapide et ne peut jamais refuser, alors que l'organisme privé peut le faire". Il faut rappeler qu'il est coûteux et compliqué pour un requérant d'asile de se déplacer au Tessin, donc la centralisation sur le public simplifie ces démarches et l'accessibilité des soins.

## **Thème 3 : Climat politique et culturel au Tessin**

### **Deux poids, deux mesures**

En ce qui concerne la crise migratoire due à la guerre en Ukraine, PS1 rappelle que de nombreuses demandes d'asile ont été gelées, ce qui a entraîné une surpopulation dans les centres d'accueil du Tessin et une "nervosité" chez les RA non ukrainiens. Au niveau des activités SPS, "rien n'a changé,

mais ce n'est pas à moi de dire si ces mesures étaient bonnes ou mauvaises car il y a des raisons qui dépassent mon expertise technique en matière de santé".

AS juge "absurde" la différence de traitement lors de l'urgence ukrainienne, considérée comme une "gifle pour les autres requérants d'asile" qui ont attendu plus d'un an contre les six mois habituels en raison de la priorité accordée aux Ukrainiens. Dans son raisonnement, il observe que le requérant d'asile est déjà perçu comme une personne d'une "catégorie inférieure", également en raison du peu de droits et de libertés accordés : une situation aggravée par le fait qu'ils ont été "contournés" par d'autres requérants d'asile, comme s'il y avait "différentes catégories de personnes dans le besoin". PS2 estime qu'au sein du CPC, l'immigration d'Ukrainiens n'a pas vraiment changé quoi que ce soit à la prise en charge des requérants d'asile. Sur le plan personnel, il perçoit la proximité culturelle, même s'il trouve "glaçants" les récits politiques "qui utilisent le facteur *blanc-chrétien-européen* pour expliquer la dynamique". Quoi qu'il en soit, "j'ai un peu l'impression qu'il y avait une sorte de plus grande considération... Qu'elle soit liée à l'acuité de la guerre et de l'invasion, ou à l'identité proche de nous...".

D'une manière générale, le PSG estime que la situation d'urgence des Ukrainiens a mis en lumière plusieurs aspects controversés de la politique migratoire suisse. Il s'exprime ainsi : "La Suisse [dans cette situation] a agi rapidement et la manière dont elle l'a fait suggère qu'il y a beaucoup de possibilités et beaucoup de ressources, cela dépend juste, peut-être, de la volonté et de la quantité que l'on veut mettre sur la table". Sur la base des commentaires recueillis auprès de ses patients immigrés, PSG se souvient de "la colère suscitée par cette inégalité de traitement. Il y a ceux qui ont attendu pendant des années et qui ont vu le requérant d'asile ukrainien dans leur appartement en trois semaines. D'autres disent : "Ils peuvent aller à l'école et se déplacer librement, je suis là à chanter des chansonnettes à l'atelier d'intégration et au cours d'italien...". Selon le PSG, une interprétation de cette disparité réside dans les relations internationales : "La Suisse est très attentive à ce que pensent les autres pays et la communauté internationale est indignée par l'attaque de la Russie en Ukraine... Je dirais que les Afghans sont moins indignés. Dans les autres pays d'émigration, il n'y a pas beaucoup d'attention de la part des médias et la communauté européenne et mondiale exprime une forte solidarité, de sorte que la Suisse ne s'est pas sentie obligée de prendre des mesures exceptionnelles. La Suisse ne s'est donc pas sentie obligée de prendre des mesures exceptionnelles. Au contraire, avec l'Ukraine, elle a ressenti le besoin de rejoindre ce "front commun politique".

IP reconnaît qu'il y a eu une inégalité de traitement entre les migrants ukrainiens et ceux d'autres pays, jugeant le phénomène "xénophobe". Selon IP, la personne noire correspond à une image d'exotisme qui est "effrayante" par rapport aux Ukrainiens blancs. La disparité qui dérange le plus la personne interrogée est certainement la possibilité donnée aux Ukrainiens de se déplacer

gratuitement dans toute la Suisse, une liberté refusée aux autres requérants d'asile, même dans leur propre région.

### **Comment les personnes interrogées se sentent-elles ?**

PS1 déclare qu'il existe une bonne communication au sein de son institution, tant en interne qu'avec le canton. Par le biais de réunions et d'autres canaux, les conditions sont réunies pour aborder les questions de gestion et de service. Plus en détail, l'efficacité de la collaboration entre l'OSC et le SEM est soulignée. "L'excellent climat de coopération au plus haut niveau des institutions nous permet de trouver plus facilement des solutions optimales [...] le travail qui a été fait jusqu'à présent est quelque chose qui ne se perd pas parce qu'il reste ensuite le patrimoine des institutions.

PS2 affirme qu'au sein de l'OSC, il existe un bon niveau de coopération avec les organes fédéraux sur la question des requérants d'asile, et que le médecin lui-même a été approché à plusieurs reprises.

PSG, en tant que spécialiste LGBT, n'a jamais été sollicitée et pense qu'on n'appellerait pas les spécialistes de sa position pour des consultations institutionnelles. Elle estime que les cliniciens devraient également être davantage consultés car elle trouve injuste le manque de considération des autorités pour leurs fonctions : "lorsqu'il s'agit de s'occuper du candidat qui pose problème dans les CFA, tout va bien. Mais quand, par contre, on donne des indications sur ce qui ne va pas dans le TDS ou qu'on critique les procédures d'asile, alors on est rejeté et on n'est pas pris en compte". Pour le PSG, "cet aspect est très frustrant. Ce manque d'écoute entre les parties crée des situations paradoxales : "le risque est que les cliniciens doivent manipuler le tableau clinique de la personne afin de la protéger de ce qui pourrait être une future décompensation grave. J'ai rencontré cela dans des conversations informelles avec des personnes sur le terrain. Dans certains contextes, il semble que les médecins soient confrontés à des situations où ils préfèrent exagérer l'état du patient afin d'éviter une réinsertion dans le CFA, tout cela dans le but de lui offrir de "meilleures conditions momentanées". L'aspect de cette "désobéissance civile" devrait certainement être approfondi, symptôme d'un court-circuit et d'un paradoxe entre le droit de la santé, l'éthique personnelle et le système d'asile.

### **Climat politique au Tessin**

En ce qui concerne le climat politique au Tessin, PS1 rappelle qu'il n'a pas vécu en Suisse et qu'il a donc un point de vue d'étranger. Quoi qu'il en soit, il ne perçoit pas de climat politique hostile aux étrangers ou xénophobe lié à un quelconque parti politique. PS1 donne un exemple de valeurs inclusives en m'illustrant un projet photographique promu par la municipalité de Chiasso où des mosaïques en langues étrangères ont été placées. Dans ce projet, "beaucoup de gens ont participé, beaucoup de travail a été fait sur l'inclusion". Il dit avoir été témoin d'épisodes de racisme, mais, selon lui, sans rapport avec le contexte tessinois en tant que tel.

AS estime qu'au Tessin et en Suisse, il existe une grande contradiction sur le sujet des migrants, car "nous parlons beaucoup d'inclusion et d'intégration, mais lorsqu'ils arrivent ici, nous les plaçons loin des résidents et des centres de population". Il cite les différents centres collectifs de la Croix-Rouge au Tessin, qui sont situés dans des zones qui, il y a quelques années encore, "n'étaient même pas reliées par des bus et les mères devaient parcourir plusieurs kilomètres avec des poussettes". Ces dernières années, "la situation a changé, des fonds sont arrivés et les services se sont développés", même si "les centres que la Croix-Rouge parvient à ouvrir sont toujours situés dans des zones périphériques et *loin des habitants*". En ce qui concerne le climat d'aversion à l'égard des migrants au Tessin, AS analyse en profondeur les conditions précaires de l'habitant moyen du Tessin, ce qui, selon elle, peut expliquer les difficultés à s'ouvrir à la migration. En fait, elle déclare :

*"Les personnes qui ne sont pas confrontées aux migrants ont peur. Il faut savoir que le Tessin est un canton frontalier, le seul canton entièrement italoophone, le canton où les salaires sont les plus bas et l'assurance maladie la plus élevée. Ces derniers aspects suscitent de la colère chez moi et chez les gens. Et pour cette raison, les Tessinois sont moins sensibles aux migrants et aux assistés... La solidarité est importante, mais ceux qui ne travaillent pas dans le domaine social et qui vivent concrètement la souffrance économique sont, à mon avis, à l'intérieur d'une dynamique qui alimente la xénophobie... Le Tessin est très fragile et malheureux."*

Ces réflexions recourent celles du PSG. En ce sens, selon PSG, le canton "privilégie les problèmes de la population indigène en refusant d'être plus sensible à d'autres questions, dont celle de la migration". Lorsqu'on lui demande si ce phénomène est observé dans son travail, AS déclare que l'on ressent l'héritage xénophobe et patriarcal, mais jamais avec agressivité à l'égard des patients. Il y a plutôt "un degré d'inconscience et d'ignorance qui est en tout état de cause inexcusable. Cela se produit surtout dans les *couloirs* entre les services, parfois pour atténuer la frustration des conditions de travail". Comme nous l'avons déjà mentionné, le PSG partage des positions similaires à celles d'AS, notamment en ce qui concerne le statut socio-économique précaire de la population tessinoise. Le PSG est d'avis qu'il y a beaucoup de xénophobie au Tessin, perceptible même chez les personnes d'origine italienne et encore plus chez les personnes originaires de pays non européens. Selon PSG, il existe une perception de la "dangerosité du migrant" causée également par la frontière de Chiasso, "parce qu'il y a beaucoup de criminalité à cet endroit où les substances vont et viennent ; il y a donc un risque que les migrants tombent également dans le piège de la criminalité". Le psychologue ajoute : "Il est certain que quelqu'un arrive à Chiasso avec l'intention de dealer, mais beaucoup

d'autres, à force de recevoir 300 Chf par mois, deviennent partie prenante de l'activité criminelle, précisément pour gagner de quoi survivre ou envoyer à leurs proches". Pour le PSG, le phénomène criminel n'est pas surprenant si les conditions de vie ne permettent pas d'avoir un emploi ou un revenu. La frontière, les conditions socio-économiques de base et la criminalité qui attire les RA ont donc "créé une image négative de la migration" où "les gens ne perçoivent pas l'opportunité d'échange que l'on pourrait avoir avec les étrangers mais, au contraire, seulement la menace qu'ils puissent vous prendre quelque chose". En outre, le PSG critique la "culture paternaliste de l'Occident" où l'étranger est perçu comme "le barbare à civiliser" à qui "on peut apprendre à vivre", un autre élément qui peut compliquer les relations entre les résidents et les requérants d'asile. En ce qui concerne les CFA et le fait qu'ils ne soient pas ouverts au public, PSG a une explication très claire : "bien sûr, ils sont fermés parce que si les gens voyaient comment ils sont là-dedans, ils seraient certainement plus indulgents avec les requérants d'asile". En résumé, le PSG estime que le problème de la xénophobie au Tessin est imputable aux "individus" et non aux institutions. "Les procédures officielles peuvent présenter de nombreuses lacunes, mais elles ne sont pas xénophobes. Le problème, ce sont les personnes, qui ont une probabilité considérable d'être xénophobes". Dans son travail, PSG n'a jamais été témoin d'un cas grave de racisme, mais il se souvient, en général, d'un grand paternalisme et d'une infantilisation du migrant et du patient psychiatrique : "une attitude très dévalorisante, dépréciant les facultés de la personne et son origine ethnique".

A la question "*Comment percevez-vous l'opinion des étrangers au Tessin ?*" PS2 répond : "modérément défavorable". Il analyse que le phénomène est lié à des changements majeurs dictés par des phénomènes sociologiques, au sein desquels il existe une peur et "une illusion identitaire dans laquelle les gens s'accrochent à leur identité culturelle de Suisses-Tessinois d'une manière quelque peu défensive". Selon PS2, le processus de mondialisation et ce qu'il a entraîné a conduit à une peur de la perte de l'individualité, "et ce n'est pas seulement une question de qualité de vie à défendre contre l'invasion de l'étranger, mais je pense qu'il s'agit d'une question d'invasion dans le sens de l'enracinement de sa propre identité. Nous le constatons également dans le succès des propositions politiques qui défendent l'identité". Il poursuit : Je pense qu'il faut répondre à cette peur, parce qu'elle est là et qu'elle sera là ! Le mieux est que ces processus soient guidés autant que possible par une politique qui doit partir du respect de l'individu - quelle que soit son origine et en tenant compte des droits de l'homme - de manière intelligente, c'est-à-dire en tenant compte du fait démographique que si les Européens disparaissent, il faudra compenser". En ce qui concerne les modèles d'intégration appliqués jusqu'à présent en Europe, PS2 estime qu'ils ne fonctionnent pas très bien, citant en exemple les banlieues françaises et la stratification sociale en Angleterre. Le phénomène, selon PS2, "est continental", tandis qu'en Suisse, il perçoit le Tessin comme "peut-être le canton le plus fermé", encore une fois en raison d'une peur sous-jacente de l'identité.

IP pense qu'il existe une forme de racisme et de xénophobie profondément enracinée mais "latente" au Tessin : "les gens [xénophobes] ne l'admettraient jamais, mais ils sont là. En outre, ils ont la croyance absurde que plus vous créez de la détresse et de l'inconfort, plus vous rendez le pays moins attrayant". Le récit du pays moins attrayant, selon IP, est basé sur des spéculations et non sur des preuves claires, ce qui démontre une xénophobie profondément enracinée : "La Suisse crée-t-elle un environnement qui ne respecte pas les droits de l'homme pour que les migrants n'arrivent pas ? Tout d'abord, les migrants ne s'arrêtent pas face à la guerre, au changement climatique et à la famine. Ils viendront toujours et vous ne pouvez pas céder sur la question des droits fondamentaux parce que cela fait partie de votre système juridique ! Vous ne pouvez pas piétiner les principes fondamentaux sur la base de "calculs absurdes de politique migratoire". Pour IP, la responsabilité incombe à la fois au gouvernement fédéral et aux réalités locales. En effet, il critique vivement les municipalités du Bas-Tessin qui, rappelle-t-il, ont un grand pouvoir d'influence dans l'accueil des requérants d'asile. Selon IP, par exemple, le nouveau CFA de Balerna est le résultat de "l'inertie et de l'ignorance" dont ont fait preuve les municipalités concernées. Apparemment, l'un des arguments en faveur des CFA fermés est le coût inférieur à celui de la construction d'appartements séparés mais décentes. Selon IP, l'argument économique est une illusion car "la gestion d'un CFA fermé, qui crée de l'inconfort, de la souffrance, de l'agressivité et de la détresse, entraîne la nécessité de plus de personnel, de nombreuses interventions policières et, par conséquent, une augmentation exponentielle des coûts".

MRA, le groupe de soutien aux RA dont IP est membre, est né dans un contexte qui peut aider à comprendre le climat politique au Tessin sur la question de la migration. Selon IP, la politique dominante, qui est souvent l'expression de mouvements de droite, "a créé une image à travers des campagnes dénigrantes, racistes et xénophobes à l'encontre des réfugiés". Ce récit "a créé des préjugés absurdes : certaines femmes avaient peur de traverser la Via Soldini [à Chiasso] pour aller au terrain de jeu, etc. Nous avons donc mené une enquête sociologique à l'aide d'une méthode scientifique". Les résultats de cette recherche ont montré que la majorité de la population de Chiasso ne craint pas les étrangers et aimerait qu'ils aient la possibilité d'être employés. En outre, les personnes les plus effrayées par "eux" ont également répondu qu'elles n'avaient jamais eu de contact avec un requérant d'asile. Cette enquête a permis à IP et à des dizaines d'autres citoyens de "combler le vide créé par le silence des institutions et de la gauche face aux haut-parleurs xénophobes de la droite". Selon IP, les actions de la société civile ont rééquilibré le débat politique, créant la base d'un dialogue avec le SEM. Selon IP, le SEM "vit dans la peur" en raison du climat politique au Tessin et de l'occupation des médias par la droite xénophobe, à laquelle s'ajoute le journal de la Lega Nord. L'intervention de la société civile et la collaboration de toutes les parties est, pour IP, la voie à suivre pour faire des CSP des lieux d'accueil et non des institutions totalisantes contraires

aux droits fondamentaux. IP, sur la base de son expérience au sein d'un appareil exécutif local, exprime de manière convaincante l'opinion selon laquelle le MES est tellement ciblé et attaqué par les droites qu'il est "bloqué" dans ses initiatives, s'enferme et se retrouve dans des situations compliquées "en raison du manque de coopération des réseaux locaux". IP évoque avec nostalgie l'histoire de l'immigration au Tessin, soulignant la "forte solidarité humaine et primitive où, avec spontanéité, le réfugié était accueilli et hébergé par la population locale". Le passage de ce modèle spontané à celui d'aujourd'hui réside, pour IP, dans la structuration institutionnelle et l'école de pensée de la séparation entre étranger et résident : "l'effet secondaire de ces institutions super-organisées est qu'elles séparent, en favorisant les préjugés et les peurs qui seraient annulés par le contact social". Néanmoins, IP cite plusieurs exemples de personnes solidaires, comme les chauffeurs de bus, qui désobéissent civilement à certaines règles pour compenser l'illibéralité des requérants d'asile : "il y a des chauffeurs de tramway qui ne demandent jamais de ticket de bus. Il s'agit d'une adaptation sociale aux conflits et aux difficultés existentielles. Il s'agit d'une aide non structurée dans laquelle le sens commun de la coexistence civile est appliqué". Selon IP, malgré les récits politiques anti-étrangers et les "mégaphones médiatiques", la réalité civile évolue vers la solidarité avec les requérants d'asile.

À la question de savoir si la période d'enquête avait été témoin de formes explicites d'inégalité de traitement sur le lieu de travail, il a répondu par l'affirmative, en présentant un cas réel :

*Je pourrais citer le cas symptomatique d'un garçon kenyan qui se trouvait en Suisse depuis 12 ans. Il était l'un des derniers à être alité au CPC lors de la phase de transition entre l'asile et l'établissement ouvert. Nous avons un projet avec lui pour le placer dans un appartement à Chiasso grâce à un accord avec la municipalité. Il prenait de la cocaïne et a été admis, mais le projet était toujours actif. Un jour, nous sommes allés à la clinique, mais il n'était pas là. Il avait été emprisonné, non pas par un décret, mais par un accord extra-institutionnel et extra-judiciaire entre le directeur de la clinique et le directeur de la prison. Je suis donc allé à la prison pour le suivre et j'ai vu son état : en isolement dans une cellule souterraine parce qu'il était malade, qu'il criait et qu'il s'agissait d'un cas psychiatrique. Je me souviens avoir téléphoné à la direction pour lui dire que s'il ne sortait pas, il mourrait. Le lendemain, il a été admis aux urgences parce qu'il était en hypothermie et qu'il mesurait 32 degrés. L'isolement cellulaire en prison est une chose absurde... Il faisait froid et humide. Plus tard, nous avons écrit à la commission juridique pour expliquer ce qui s'était passé et le directeur a déclaré que "j'avais contourné les hiérarchies". Bien sûr que oui, mais j'aurais aussi pu faire une conférence de presse et tout rendre public. Ce qui m'intéressait, c'était que*

*ce genre de situation ne puisse plus jamais se reproduire. Ces gens-là [les étrangers] sont les nouveaux parias par rapport aux malades psychiatriques qui étaient alors protégés par la loi. C'est aussi la faute de ces gens dans les institutions qui laissent faire... [souples]. Il y a de la xénophobie et du racisme derrière tout cela. C'est difficile à déterminer, mais quand on voit une différence de traitement qui ne respecte pas la loi, on y pense [...] Je me souviens de l'ironie banale et rétrograde et des blagues racistes qu'ils faisaient sur les Africains. Ce racisme a toujours été là, souterrain mais vivant.*

Le cas susmentionné n'est pas le seul, et IP parle de manière générale de la violence commise au sein des CFA par les agents de sécurité, les décrivant comme "non formés, incapables de dialogue et de médiation". Selon IP, la rigidité des règles dans les CFA est inadaptée, avec, par exemple, la sanction de la suppression de "l'argent de poche" lorsqu'un candidat rentre en retard. Enfin, ils critiquent l'impossibilité de permettre l'utilisation indépendante des cuisines et des toilettes non séparées dans certains CFA.

## **Thème 4 : Croyances personnelles**

Le Ps1 explique qu'en tant que médecin, il travaille dans le domaine de la santé et qu'il n'a donc "pas de problèmes particuliers", mais aussi parce qu'il estime que le service SPS, ces dernières années, grâce au protocole pharmacologique et à la collaboration avec le SEM depuis 2020, a construit quelque chose "là où il n'y avait rien avant". Lire l'intégralité de l'article :

*Nous avons essayé de créer un système qui soit aussi simple que possible et qui nous permette de réduire les efforts internes, n'est-ce pas ? Parce que je peux déjà vous dire qu'il n'est pas facile d'écouter des histoires traumatisantes, certaines sont vraiment très émouvantes. Et je dois être honnête, ce n'est même pas... ce n'est pas l'histoire qui détermine le traumatisme, c'est l'expérience de la personne qui détermine ce qu'est le traumatisme. Ce n'est donc pas parce qu'une personne a vécu les pires choses qu'elle est fortement traumatisée, mais parce qu'elle a vécu très peu de choses qu'elle n'est pas traumatisée. Il y a parfois des expériences minimales qui sont très traumatisantes et il y a des expériences, d'autre part, d'un autre type, qui sont même vécues par la personne comme moins traumatisantes, indépendamment de l'impact, mais ce sont des situations très délicates. Donc, dans une telle situation, se retrouver dans des embouteillages bureaucratiques supplémentaires ou dans quelque chose qui entrave le travail est, je pense, la pire des choses. Ce que nous avons essayé de faire, c'est de permettre à*

*l'utilisateur d'avoir la meilleure situation pour exprimer son malaise. Disons de cette manière, et en même temps en étant capable de donner des réponses qui n'étaient pas bureaucratiques, compliquées ou difficiles. Je pense qu'il y a encore des améliorations possibles, mais nous sommes dans ce circuit de qualité, donc d'autres choses vont certainement se présenter. Nous essaierons d'optimiser et d'améliorer encore ce type d'activité.*

AS, en réponse à la question sur les incohérences et les complications entre le droit de la santé, le droit d'asile et l'éthique personnelle, exprime une grande frustration. Selon elle, le Tessin ne parvient pas à intégrer les migrants, qui finissent trop souvent par être pris en charge et sans emploi, "si vous ne parvenez pas à les intégrer, la promesse de l'immigration échoue". Sur le plan personnel, AS se sent "en colère" en raison des contradictions et du manque de reconnaissance de son travail. "Je suis professionnelle depuis huit ans et, malgré les augmentations de salaire, je vois mon pouvoir d'achat diminuer. Toutes mes connaissances dans le secteur partagent cette souffrance. De plus, le fait de percevoir que la classe politique utilise le thème de la migration pour monter les gens contre ceux que nous essayons d'aider contribue à ne pas se sentir reconnu dans son travail". En général, selon AS, la situation socio-économique du secteur de la santé au Tessin met les travailleurs dans une position difficile, car ils sont confrontés à des conditions de travail précaires et doivent faire face à des situations conflictuelles.

PS2 comprend le dilemme *du bureaucrate* de base, mais estime que le fait de travailler dans le domaine aigu de la psychiatrie atténue les tensions et les incohérences dues aux lois sur la santé, à la migration et à l'éthique personnelle. En ce sens, les admissions d'urgence et les hospitalisations placent les travailleurs des CPC dans un contexte d'urgence, où toutes les ressources sont déployées sans véritables obstacles. "Il n'y a pas de thérapie trop coûteuse, ce que nous devons faire en cas d'hospitalisation aiguë, nous pouvons le faire", mais il ajoute : "la situation est très différente lorsque le patient sort d'ici". En effet, sur le plan déontologique, l'urgence pose le défi de fournir les soins appropriés pour ramener un cas aigu à la maison, sans fournir de véritable responsabilité pour la poursuite de la vie du patient.

Le PSG exprime un grand sentiment de frustration face aux conditions des RA et un sentiment d'impuissance face à la rigidité du système.

*"J'ai beaucoup de respect pour mes patients migrants et pour ce qu'ils endurent. Je ne sais pas si j'en serais capable [...] L'idée que ce soir, je prépare mon sac à dos et je vais prendre un train en espérant que personne ne m'attrapera... J'arrive à la gare, je dépense l'argent du billet en calculant combien il me reste pour le reste du voyage... Je*

*fais les calculs en pensant 'qui sait si la police m'attrapera dans le train, qui sait qui est la personne [le trafiquant] qui m'attendra... Juste à un moment comme celui-ci, je comprends la lourdeur de l'expérience des requérants d'asile. [Je ne prétends jamais comprendre ce qu'ils ressentent parce que je ne peux pas le comprendre. J'essaie d'offrir de la stabilité.... Je me sens utile en accueillant les débordements. Mais je ne fais pas de psychothérapie, j'accueille et je soutiens, mais sans requérant d'asile, on peut faire une vraie thérapie".*

Il est intéressant de comprendre pourquoi on ne peut pas faire de thérapie avec ceux qui n'ont pas de permis. Le PSG répond que "vous ne pouvez pas le faire avec quelqu'un qui se trouve dans une situation instable. La thérapie permet de travailler sur soi-même et si, à ce moment-là, on ne sait pas qui on est parce qu'on n'a pas de rôle dans la société, que fait-on ? Si la personne ne se sent pas comme une personne, comment puis-je travailler sur ses émotions ? Un tel raisonnement révèle une plus grande frustration pour le PSG, à savoir :

*être dans un état où je ne peux pas effectuer le travail qui m'est demandé. Mais je ne suis pas capable parce qu'il y a un problème en amont ! Je me sens dans les bons jours utiles et dans les mauvais jours frustré et énervé... L'homme et puis on essaie et on fait les appels ! L'avocat, le SEM, le SOS. Mais les délais sont longs pour nous et pour eux. En ce sens que j'appelle l'opérateur du SEM qui me dira "on verra bien" et après il faut deux semaines pour me tenir au courant... Et là parce que nous sommes surchargés, là parce qu'il n'y a pas assez de personnel. D'un point de vue déontologique, le PSG explique que ceux qui exercent leur profession suivent des codes qui proviennent de différentes sources internationales, y compris l'OMC et l'APA. Pour les migrants, "ces codes incluent le respect de la culture d'origine, ne jamais forcer un changement de religion, etc... Ils semblent évidents mais ne sont pas toujours respectés.*

Personnellement, le PSG suit la valeur de "l'autodétermination du patient", visant à donner au patient "autant de liberté que possible, mais seulement si cette liberté garantit la sécurité personnelle". Sur le plan formel, il n'existe pas de code de déontologie que l'on signe ou sur lequel on jure. En Suisse, l'autorisation d'exercer exige un certain nombre d'heures de pratique, ce qui atteste que "l'on sait respecter les règles de la profession". Lorsqu'on lui demande s'il existe une charte des valeurs à l'OSC, il répond qu'il y a quelque chose de similaire dans le contrat où "la santé et l'autonomie de la personne sont promues, mais il s'agit de concepts très basiques". En ce qui concerne la confiance dans la politique, le PSG ne se sent pas représenté par les forces politiques et exprime une certaine confiance dans la société civile. Lorsqu'on lui demande si la fédération des

psychologues, dont il est membre, fait pression pour la protection des RA, il répond par la négative, car "elle ne se consacre qu'aux praticiens et non aux droits des patients".