




Soutenir la santé mentale des personnes migrantes

**Guide ressource
à destination
des intervenants
sociaux**

Réalisé par l'Orspere-Samdarra



Chapitre 1	
Santé mentale et migrations, de quoi parle-t-on ?	3
Définitions de la santé mentale	4
Des spécificités en santé mentale pour les personnes migrantes ?	5
Les problématiques de santé mentale	9
Chapitre 2	
L'accès aux soins de santé mentale	13
Les professionnels de santé et de santé mentale	14
Les différentes structures et services de soins	15
Urgences et modalités de soins psychiatriques	19
Les difficultés d'accès aux soins et les refus de soin	21
Les instances de concertation : travailler en réseau sur son territoire	21
Chapitre 3	
Soutenir la santé mentale des personnes migrantes	23
Les intervenants sociaux : des acteurs de la santé mentale ?	24
Le repérage des personnes en souffrance psychique	26
Accompagner et soutenir la santé mentale en tant qu'intervenant social	28
Chapitre 4	
La santé mentale des intervenants	33
Lexique	35

Chapitre 1
**Santé mentale
et migrations,
de quoi parle-t-on ?**

Définitions de la santé mentale

La définition de la « santé mentale » établie en 1946 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ fait référence à un concept de la « santé » entendue comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité² ». Jean Furtos, psychiatre, fondateur de l'Orspere³, l'a reprise en caractérisant la dimension sociale et environnementale de la santé mentale. Il la définit ainsi comme : « La capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non sans révolte, c'est-à-dire la capacité à vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même⁴. »

Notons que la notion de « santé mentale » est située socialement. Sa définition peut évoluer selon les périodes et les cultures. Les termes autrefois utilisés pour caractériser les sujets souffrant de troubles psychiques (comme « fou », par exemple) sont aujourd'hui bannis, car considérés comme stigmatisants. Actuellement, l'Orspere-Samdarra propose d'envisager la santé mentale comme un continuum allant d'un pôle de souffrance psychique (dénommé parfois « détresse psychologique ») à un pôle de santé mentale positive, c'est-à-dire un état de bonne santé mentale. La position d'une personne sur ce continuum peut varier au cours de sa vie, que celle-ci soit porteuse ou non d'un trouble psychique. En effet, il existe aujourd'hui un consensus sur le fait, d'une part, que la santé mentale concerne tout le monde, et d'autre part, que les troubles psychiques contribuent à l'état de santé mentale des individus mais qu'ils ne les déterminent pas. Ainsi, il devient possible d'envisager d'aller mieux, et ainsi de se rapprocher du pôle positif de la santé mentale, avec ou malgré la présence d'un trouble psychique.

● Les troubles psychiques

En se basant sur des critères définis par les classifications de référence (Classification internationale des maladies [CIM], *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM])⁵, les médecins peuvent diagnostiquer certains troubles de santé mentale pouvant être qualifiés de « maladies ». Celles-ci font référence à des critères et à des actions thérapeutiques ciblés, de durée variable, et pouvant être plus ou moins sévères et invalidants. Parmi les différents troubles men-

taux, nous retrouvons : les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, ainsi que les troubles du développement. En fonction du degré d'intensité de la souffrance psychique, de sa permanence, de sa durée, ainsi que de ses conséquences, il peut être nécessaire de mettre en place une prise en charge médicale, notamment médicamenteuse.

● La souffrance psychosociale

Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, elle est considérée comme une **réaction adaptative normale**. Cette détresse, non pathologique, même si elle peut leur être associée, n'entraîne pas forcément de troubles mentaux. Sa sévérité peut justifier un accompagnement par des professionnels. Lorsque la détresse psychologique est liée à une problématique sociale (par exemple, la perte de son logement, de son travail, ou le fait de subir une situation de précarité...), elle est appelée **souffrance psychosociale** ou **souffrance psychique d'origine sociale**.

● La santé mentale positive

La santé mentale positive fait référence « soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi)⁶ ». Elle correspond donc à un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les caractéristiques de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter.

Ainsi, la santé mentale...

- doit être considérée comme un continuum entre un état de bonne santé mentale et la maladie mentale ;
- évolue au cours du temps et des événements auxquels font face les individus. Elle dépend donc des causes internes et externes à chaque individu.

Nous pouvons donc agir sur notre santé mentale, à titre individuel, mais aussi collectif.

¹ World Health Organization. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Organisation mondiale de la santé.

² Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*.

³ Créé en 1996 par Jean Furtos et Christian Laval au Centre hospitalier le Vinatier à Bron, l'Orspere se décline en observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion. En 2013, l'Orspere fusionne avec le réseau Samdarra (Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes, fondé en 2007). L'Orspere-Samdarra est créé et se décline en « Observatoire, santé mentale, vulnérabilités et sociétés », composé d'une équipe pluridisciplinaire et sous la direction d'Halima Zeroug-Vial, psychiatre.

⁴ J. Furtos, (2005). Introduction. Souffrir sans disparaître. Dans J. Furtos et C. Laval (dir.), *La santé mentale en actes* (pp. 9-38). Érès.

⁵ Le DSM, réalisé par l'Association américaine de psychologie, a été publié pour la première fois en 1952. La CIM est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Des spécificités en santé mentale pour les personnes migrantes ?

● Migration contrainte et santé mentale

De nombreux facteurs peuvent avoir un effet négatif sur la santé mentale. La migration en tant que telle n'entraîne pas nécessairement de problématiques de santé mentale.

L'exil peut néanmoins entraîner différents facteurs de vulnérabilités, en raison notamment :

- du vécu prémigratoire, dans le pays d'origine, soit les violences et les autres événements vécus qui ont poussé la personne au départ du pays ;
- de l'expérience migratoire, soit des expériences vécues tout au long du trajet qui a parfois duré de nombreuses années ;
- du vécu post-migratoire, soit la précarité et l'isolement social auxquels les personnes sont confrontées à leur arrivée en France.

La migration nécessite des adaptations. Ce qui pouvait être identifié par les personnes comme des ressources et des sources de soutien dans leur pays d'origine (leurs habitudes, leurs loisirs, leurs proches...) ne sont plus présentes. Il est donc nécessaire pour elles d'en créer de nouvelles, ce qui peut les fragiliser et impacter leur santé mentale.

● Une précarisation importante

Beaucoup de situations vécues par les personnes migrantes à leur arrivée en France peuvent avoir un impact négatif sur leur santé mentale, voire aggraver leurs troubles mentaux.

Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les « stressseurs post-migratoires » suivants :

- le manque lié à l'éloignement du pays et des proches, l'inquiétude pour la famille restée au pays ;
- les conditions de vie précaires : les difficultés d'accès à l'hébergement, à la nourriture ou aux besoins primaires qui ne sont pas assurés ;
- l'isolement ;
- la barrière de la langue, l'incompréhension ou les différences culturelles ;
- les démarches administratives : la procédure de demande d'asile, la temporalité administrative, la lourdeur et la lenteur des procédures ;
- l'attente et l'incertitude pour l'avenir, l'impossibilité de se projeter ;
- l'inactivité forcée, l'impossibilité de travailler pendant de longues périodes ;
- l'incompréhension du système : les difficultés d'accès à l'information, la dépendance vis-à-vis des travailleurs sociaux et des acteurs humanitaires ;
- la précarité des liens sociaux ;
- la perte du statut social ;
- le vécu d'exclusion, d'infantilisation, voire de dés-humanisation.

Cette liste, non exhaustive, mentionne différents ressentis et vécus pouvant avoir des impacts importants sur la santé mentale des personnes.

Des personnes ne présentant pas particulièrement de difficultés de santé ou de santé mentale et n'étant pas considérées comme vulnérables à leur arrivée en France peuvent le devenir du fait des conditions de vie précaires auxquelles elles sont confrontées. À titre d'exemple, nous pouvons citer le cas des jeunes hommes seuls, qui, à leur arrivée sur le territoire, ne sont pas considérés comme prioritaires pour une demande d'hébergement. Le temps passé à la rue en attente d'une réponse peut alors fortement contribuer au développement de troubles ou, a minima, d'une vulnérabilité importante en ce qui concerne la santé et la santé mentale.

Ousmane, débouté de l'asile, témoigne : « Moi je connais quelqu'un, il avait demandé l'asile, je l'ai retrouvé "fou". Il ramassait même les mégots dans la rue et il dormait dans la rue. Du coup le gars, il est devenu "fou". Parce que beaucoup de gens le connaissaient, il n'était pas "fou". »

Les problématiques de santé mentale rencontrées par ce public sont donc le plus souvent des réactions normales à des situations anormales.



● Banalisation et normalisation des violences

De nombreux événements et situations peuvent être générateurs de violence. Toutefois, ces violences ne sont bien souvent pas reconnues, nommées ou verbalisées par les personnes qui les subissent ; au contraire, elles sont parfois niées, invisibilisées ou tues. De plus, le fait que leur environnement ne les reconnaisse pas a pour effet de les renforcer. En effet, lorsque celles-ci ne sont pas reconnues, elles peuvent avoir un impact d'autant plus fort sur la santé mentale. Ainsi, certains individus peuvent considérer que s'ils ne vont pas bien, c'est parce qu'ils ne sont « pas assez forts », « capables » ou qu'ils sont « défailants », car leur environnement normalise les violences auxquelles ils sont confrontés.

Aussi, en tant que professionnel accompagnant, et même s'il est difficile d'agir directement sur les violences vécues, il est important de les nommer et de les reconnaître, et ce afin de soutenir le fait qu'il est normal de souffrir ou d'être en difficulté face à de tels événements. Par exemple, lorsqu'une personne qui n'a pas accès à un hébergement se plaint de ne pas bien dormir ou de mal supporter les conditions de vie précaires, il est important de rappeler que le fait de dormir à la rue est anormal et qu'il est, par conséquent, logique que cette situation impacte la santé mentale.

● Mise à mal du pouvoir d'agir

Les capacités de pouvoir d'agir et d'autonomie des sujets touchés par la précarité peuvent être affectées. Des rapports de dépendance peuvent se créer entre les personnes migrantes et celles qui les accompagnent (les intervenants sociaux, les acteurs humanitaires...) ou leurs compatriotes (qui maîtrisent la langue du pays d'origine et du pays d'accueil, ou qui sont arrivés depuis plus longtemps et qui connaissent le fonctionnement du système).

L'empowerment fait référence à «la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie*».

Le renforcement du pouvoir d'agir désigne la capacité concrète des personnes (individuellement ou collectivement) d'exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient.

*Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, 15-2, p. 121-145.

Les rapports de dépendance sont perceptibles :

- dans le cadre de la survie quotidienne : répondre aux besoins primaires (se nourrir, trouver des vêtements, un logement...) nécessite souvent de s'en remettre à autrui ;
- dans le domaine administratif : la non-maîtrise de la langue, la difficulté à comprendre le système et ses procédures, l'absence de traduction de documents administratifs ne permettent pas une autonomie optimale. Elles doivent donc s'en remettre aux personnes qui « savent » ;
- dans le domaine du soin : lors des consultations médicales ou pour la lecture d'une ordonnance, l'absence d'interprétariat crée une situation de dépendance entre les personnes et leur intervenant social ou compatriote afin de comprendre ce qui est dit.

Cette perte du pouvoir d'agir a des conséquences négatives sur la santé mentale des personnes, provoquant parfois un sentiment d'infantilisation – « *Je ne suis plus autonome pour manger, m'habiller, me laver...* » –, voire de déshumanisation, les services étant parfois proposés « à la chaîne », sans tenir compte des souhaits spécifiques de leur bénéficiaire et en réponse à des besoins définis par des personnes qui ne les connaissent pas.

Aussi, et dans ce contexte, les compétences des personnes ne peuvent que difficilement s'exprimer. Cela participe à dégrader une estime de soi déjà mise à mal par la précarité.

« Cette perte du pouvoir d'agir a des conséquences négatives sur la santé mentale »

● Santé mentale en contexte interculturel

« *Aller voir des psys, cela ne fait pas partie de leur culture* »

Le facteur culturel, loin de constituer une explication à lui seul, est néanmoins à prendre en considération. L'origine des problématiques de santé mentale peut renvoyer à différents systèmes de croyances : dans certains milieux culturels, elles peuvent être considérées comme la conséquence d'un mauvais sort, d'une punition, d'un esprit ou du fait d'être doté d'une sensibilité ou d'une sensorialité exceptionnelle différente... De la même manière, les modalités de soin et les acteurs compétents pour les prodiguer, comme le recours à de l'exorcisme ou à des référents religieux, peuvent être très variés.

En outre, les problématiques de santé mentale et leurs modalités occidentales de soin (l'hôpital psychiatrique, les psychiatres, les psychologues...) sont parfois un facteur de stigmatisation. Les personnes malades peuvent alors être mises à l'écart, enfermées, et violentées. Ainsi, la présence des professionnels de santé mentale, des dispositifs (tels que les hôpitaux) et des moyens alloués à ce domaine (les lits d'hospitalisations, par exemple) est parfois mineure, voire inexistante, dans certains pays.

Les soins en santé mentale peuvent alors être uniquement perçus comme une contrainte. Le fait d'y avoir recours représente parfois le moyen d'obtenir quelque chose. Par exemple, dans certains pays, l'obtention d'un certificat médical rédigé par un médecin psychiatre permet d'éviter le service militaire.

Christian Lachal⁷, psychiatre, explique ainsi : « Les conceptions de la souffrance et des troubles psychiques, somatiques et sociaux sont très différentes d'une culture à une autre, ainsi que les conceptions sur les méthodes de soins ; cela nous oblige à adapter, modifier, voire abandonner, dans certains cas, nos méthodes "occidentales", mais cela ne constitue pas a priori une impossibilité d'agir. » La difficulté pour les professionnels accompagnant des personnes migrantes est donc de ne pas sous-estimer la dimension interculturelle, sans pour autant tomber dans le « tout culturel ».

En effet, en plus du contexte culturel dans lequel les personnes ont évolué, les représentations de la santé mentale et de ce qui peut faire soutien sont personnelles, puisque deux personnes ayant grandi dans le même pays – que ce soit en France ou à l'étranger – auront des représentations très différentes de la santé mentale, de la pathologie et du soin.

Afin d'accompagner au mieux les personnes, il importe donc de s'appuyer sur leurs représentations et aussi d'accepter de questionner les nôtres. Il ne faut donc pas hésiter à interroger le public rencontré sur le fonctionnement du soin en santé mentale dans les pays d'origine et sur ses représentations propres pour trouver des réponses ensemble.

- Dans votre pays, comment faites-vous quand quelqu'un ne va pas bien ?
- Et, vous concernant, que faites-vous quand vous n'allez pas bien ?
- Comment savez-vous que quelqu'un ne va pas bien ?
- Comment soutenir une personne qui ne va pas bien ? Quelles prises en charge identifiez-vous ? Comment soigner une personne qui ne va pas bien ? Vers qui faut-il l'orienter afin qu'elle soit soignée ? Faut-il l'orienter vers des psychiatres ou des psychologues ?
- Comment fonctionne le soin ?
- Quand vous n'allez pas bien, quels soutiens et quelles ressources trouviez-vous ?

Les réponses permettront d'ajuster et de coconstruire une offre de soins adaptée qui prendra notamment en compte les représentations du sujet.

● La nécessité de l'interprétariat et de la médiation culturelle

Pour les personnes allophones, le fait de se retrouver dans un pays dont elles ne comprennent pas la langue, sans pouvoir être comprises ni exprimer ce qui ne va pas, peut être une expérience difficile à différents niveaux. L'interprétariat est un aspect très important dans la prise en charge en santé mentale de ces personnes. Il va permettre de donner du sens à ce qui se passe et aux situations que vivent les personnes.

César, bénéficiaire de la protection internationale, témoigne : « *Psychiquement, les demandeurs d'asile, ce sont des personnes très fragilisées et face à l'inconnu, le pays dans lequel on est venu sans famille, sans frères, on ne connaît personne et on est là, on se pose pas mal de questions... Comment on va s'en sortir ? Par où on va commencer et quel chemin faut-il suivre ? Et c'est encore pire quand on ne connaît pas la langue...* »

Il faut bien faire la distinction entre les interprètes professionnels (en France, ils sont le plus souvent indépendants ou rattachés à une association) et les personnes bilingues sollicitées ponctuellement en tant qu'interprètes dans le cadre de situations précises (tels que des membres de la famille, des compatriotes ou des professionnels de santé ou du travail social). Les interprètes professionnels sont tenus au secret professionnel : ils ne peuvent pas répéter ce qui a été dit pendant les échanges avec les soignants. S'ils le font, ils peuvent être sanctionnés par la loi.

Au-delà de la langue, les représentations que les personnes peuvent avoir du soin, des psychologues, des psychiatres ou de ce qu'elles pensent avoir le droit de dire ou non, peuvent également être à l'origine d'incompréhensions. Pour cette raison, le rôle de médiateur porté par les interprètes peut revêtir une certaine importance dans la relation de soin.

Les hôpitaux ainsi que les différents dispositifs qui leur sont attachés disposent normalement de conventions avec des associations d'interprétariat professionnel. En principe, les personnes allophones prises en charge par l'hôpital peuvent donc bénéficier d'interprétariat professionnel. En pratique, cela n'est pas toujours vrai et l'interprétariat professionnel n'est pas proposé de manière systématique par beaucoup d'institutions. En pratique, et bien souvent, cela fait place aux scénarios suivants :

- Il est demandé aux personnes de venir aux rendez-vous en étant accompagnées d'un tiers qui pourra traduire les échanges. Il s'agira alors souvent de compatriotes, de membres de la famille, voire des enfants. Ces situations d'interprétariat non professionnel posent des problématiques particulières. Du côté des personnes dont les propos sont traduits, celles-ci

⁷ Lachal, C. (2003). Mettre en place une mission de soins psychologiques. Pourquoi ? Quand ? Comment ? . Dans Baubet, T., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M.-R. (dir.), *Soigner malgré tout* (pp. 21-40). La Pensée sauvage.

peuvent craindre que leur histoire soit répétée par ailleurs ou d'être jugées. Il arrive aussi que certains compatriotes puissent vendre leurs services de traduction ou d'interprétariat. En effet, la possibilité pour les personnes allophones de s'exprimer librement dépendra de la relation qui se crée entre elles et celles qui interprètent. Du côté des personnes sollicitées pour interpréter, celles-ci peuvent quant à elles être mal à l'aise, notamment lorsqu'elles doivent traduire des propos intimes. Dans ce sens, le rôle d'interprète peut également avoir un impact fortement négatif sur les personnes sollicitées pour traduire, notamment lorsqu'il s'agit d'enfants. Les situations impliquant des interprètes non professionnels ne sont pas idéales, mais la traduction par les enfants, notamment dans une consultation en santé mentale, est à éviter dans tous les cas.

- Lorsque des professionnels d'une équipe parlent plusieurs langues, ils peuvent parfois être sollicités, dans d'autres domaines, en tant qu'interprètes ponctuels (par exemple, un travailleur social peut être appelé à interpréter une consultation médicale). En plus de leur faire porter une charge de travail supplémentaire, cela peut interférer dans la relation future des professionnels avec les personnes qu'ils accompagnent.

Nous vous conseillons de toujours essayer d'avoir accès à un interprète professionnel pour accompagner les personnes allophones.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à rappeler aux personnes que vous accompagnez qu'elles ont le droit de...

- dire qu'elles ne se sentent pas à l'aise avec l'interprète ou de choisir de ne pas en solliciter;
- questionner l'interprète: pour qui travaille-t-il? A-t-il un statut d'interprète professionnel?;
- faire répéter leurs interlocuteurs et de poser des questions quand elles ne comprennent pas;
- signaler aux professionnels si elles rencontrent des problèmes de compréhension ou d'un autre ordre avec l'interprète.

Quelques outils pratiques

- **La charte de l'interprétariat médico-social du 14 novembre 2012.** Créée dans le but de promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein des associations.
- **Mental Health Atlas.** Cet atlas de la santé mentale comprend des fiches par pays, réalisées par l'OMS. Cet outil peut notamment être utile dans le cadre de demandes de titre de séjour pour soins psychiques.
- **Déconstruire les préjugés pour travailler avec un interprète,** réalisé par l'Orspere-Samdarra. Les préjugés présentés sont inspirés de situations vécues par des interprètes professionnels. Ce livret est avant tout une invitation à la rencontre et à la réflexion. Il a comme objectif de vous inviter à porter un regard nouveau sur les innombrables possibilités et avantages que le recours à l'interprétariat peut offrir, car au-delà des problématiques qu'il soulève, l'interprétariat apporte des solutions concrètes et un soutien réel au suivi des personnes allophones.
- **L'interprétariat en santé et en santé mentale,** film d'animation réalisé par l'Orspere-Samdarra. Se basant sur l'expérience de professionnels de santé, d'interprètes et de migrants, ce film de sensibilisation vise à mettre en lumière les différents enjeux autour des situations d'interprétariat.

Bibliographie

- Pestre, E. (2010). **La vie psychique des réfugiés.** Payot.
- Métraux, J.-C. (2013). **La migration comme métaphore** (2^e édition). La Dispute.
- Saglio-Yatzimirsky, M-C. (2018). **La voix de ceux qui crient. Rencontre avec des demandeurs d'asile.** Albin Michel.
- D'Halluin, E. (2009). **La santé mentale des demandeurs d'asile.**
- **Les revues Rhizome** (publiée par l'Orspere-Samdarra) – et plus spécifiquement les *Cahiers de Rhizome* : « Cliniques et migration (n° 63, 2017) » et « Pair-aidance, interprétariat, migration (n° 75-16, 2020) » –, **Maux d'Exil** (publiée par le Comede), **Mémoires** (publiée par Primo Levi).

Filmographie

- Dubos, A. (Réalisateur). (2020). **Avec les mots des autres** [Film documentaire].
- Lachaise, J. (Réalisateur). (2014). **Ce qu'il reste de la folie** [Film documentaire]. ED Distribution.

Les problématiques de santé mentale

● Qui cela concerne-t-il ?

Face à un événement grave ou une situation de crise, il est normal et fréquent qu'un individu souffre de détresse psychologique et présente par conséquent des réactions psychologiques.

Dans les jours ou les semaines qui suivent l'événement, un apaisement survient dans la majorité des cas. En tant qu'accompagnant, il est néanmoins important d'être attentif à ces souffrances et de reconnaître les difficultés vécues pour soutenir les personnes accompagnées dans ces périodes compliquées.

Projection de l'OMS concernant les troubles de santé mentale chez les populations adultes dans les situations de crise et face à un événement grave (2005)		
	Avant la situation de crise	Après la situation de crise
Détresse normale et autres réactions psychologiques > Sans véritable pathologie	Aucune estimation	Pourcentage important, estimé entre 35 % et 50 %
Troubles mentaux légers ou modérés > Formes légères et modérées dépression, troubles anxieux, syndromes de stress post-traumatiques	10 %	15-20 %
Troubles psychiatriques sévères > Psychose, dépression sévère, trouble anxieux majeur, etc.	2-3 %	3-4 %

Les projections de l'OMS sur les troubles de santé mentale dans les situations de crise ou à la suite d'événements graves fournissent une estimation des réactions possibles chez les populations touchées. Nous remarquons que les troubles psychiatriques sévères ne concernent qu'une infime partie de la population.

Il est important de différencier la détresse psychologique des troubles mentaux (mentionnés supra), car ces derniers ne nécessitent pas le même accompagnement.

Afin de pouvoir répondre à la diversité des besoins et des problématiques de santé mentale rencontrées, les interventions de soutien en santé mentale peuvent se situer à plusieurs niveaux et être fournies par différents acteurs, comme nous le verrons par la suite.

● Les différentes problématiques de santé mentale

Il existe différentes problématiques de santé mentale dont nous présentons ici les plus courantes.

L'anxiété et les troubles anxieux

L'anxiété est une émotion normale d'inquiétude ou d'angoisse qui peut être ressentie par tout le monde. Ainsi, on peut entendre qu'une personne se sent « stressée », « à cran », « nerveuse », « épuisée » ou « tendue ».

Cette émotion est éprouvée, de manière plus ou moins consciente, lorsque la personne craint d'avoir à affronter des événements dangereux ou problématiques dans le futur ou qu'elle ressent des peurs en lien avec son environnement. L'anxiété peut également être constatée par un sentiment de peur irrationnelle ou excessive, des pensées obsédantes, une confusion ou une agitation. Le degré d'anxiété ressenti peut être très variable, allant d'un léger malaise à une attaque de panique.

Lorsque cette émotion se répète, s'installe dans la durée, est envahissante ou affecte la qualité de vie d'une personne, ses activités ou ses relations sociales, un accompagnement est parfois nécessaire.

Des outils...

- Les applications Respirelax + et Mind
- Le site internet : www.anxiete.fr
- La brochure *Troubles anxieux et phobiques*, réalisée par Psycom

● Le psychotraumatisme

Lorsque l'on a été témoin ou victime d'événements qui ont provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, il arrive que l'on développe différentes réactions psychologiques, allant chez certaines personnes jusqu'au psychotraumatisme. Celui-ci peut :

- faire suite à un événement unique (par exemple, un tremblement de terre ou une agression) ou répété (violences de guerre ou de violences conjugales);
- être en lien avec des causes naturelles (par exemple, une catastrophe naturelle) et se produire sans volonté d'un tiers (par exemple, un accident de voiture), ou être causé intentionnellement par autrui (le fait d'avoir subi des violences volontaires ou une agression sexuelle).

Lorsque l'événement traumatique est volontairement causé par quelqu'un, celui-ci peut ébranler profondément la confiance qu'à l'individu en lui-même ainsi qu'en autrui – d'autant plus lorsque la personne connaissait son agresseur –, et remettre en cause ses croyances les plus profondes.

Le traumatisme peut avoir lieu lorsqu'une personne a vécu directement l'événement, en a été témoin, mais également lorsqu'elle y a été confrontée indirectement (par exemple, en écoutant le récit d'une autre personne).



Un même événement peut provoquer des réactions différentes : ce qui vous apparaît comme événement traumatique ne l'est pas nécessairement pour celles qui l'ont vécu. De la même manière, ce qui ne vous semble pas être un événement traumatique peut en réalité être perçu comme tel.

Dans les jours qui suivent un événement traumatique, une **réaction de stress aigu peut se développer**. Lorsque ces réactions se poursuivent au-delà de plusieurs semaines, si elles sont responsables d'une détresse significative ou d'une altération du fonctionnement social, cela est alors évocateur d'un état de stress post-traumatique, dont les manifestations classiques sont les suivantes :

Des reviviscences

Il s'agit d'une réactivation involontaire, subie, de certains aspects de l'expérience traumatique, de manière vivace et avec un sentiment de détresse intense. L'événement revient hanter le présent et s'impose par des cauchemars, des souvenirs récurrents ou des flash-back. Cela peut également être le cas lorsqu'un stimulus vient rappeler l'événement traumatique (par exemple : « *Mon agresseur avait un pull vert et dès que je croise une personne avec un pull vert, je peux avoir le sentiment de revivre l'événement* »). C'est alors « comme si » l'événement allait se reproduire; la personne peut ressentir les mêmes émotions que lors de l'événement

Par exemple : « *Je revis l'agression toutes les nuits. Dans mes cauchemars, je revois la scène.* »

L'altération de la vigilance

Les sujets atteints par un état post-traumatique peuvent être en alerte ou « sur le qui-vive » en permanence, afin de pouvoir identifier les éventuels dangers qui pourraient advenir. Elles peuvent être très agitées, avoir des réactions de sursaut exagérées, être plus irritables, ressentir des difficultés de concentration et de sommeil. Cet état d'hypervigilance peut être psychologiquement épuisant.

Par exemple : « *Je sursaute dès que j'entends un bruit, j'ai du mal à m'endormir.* »

L'évitement

Afin ne pas être confronté de nouveau à cette charge émotionnelle, des réactions d'évitement des lieux, des personnes, des activités qui peuvent rappeler ou sont associés à l'événement traumatique peuvent apparaître. Ces stratégies peuvent conduire à la diminution, voire à l'absence de réaction affective, à un désinvestissement de relations interpersonnelles et à un isolement.

Par exemple : « *Depuis que je me suis fait agresser dans le métro, je ne le prends plus ; J'évite les plages depuis la traversée.* »

Les altérations négatives des cognitions

Des dimensions cognitives peuvent être touchées : incapacité de se souvenir d'un ou plusieurs éléments du traumatisme; croyances ou appréhensions exagérées, représentations erronées sur les causes et les conséquences; émotions négatives, détachement, diminution de l'intérêt porté aux activités, incapacité de ressentir des émotions positives.

Par exemple : « *Même avec mes amis, je me sens seul, je me sens différent maintenant.* »

Le trauma est une expérience qui n'est pas intégrée par le psychisme et qui se répète par conséquent, encore et encore, tel un disque rayé. Il est donc difficile de s'inscrire dans le présent ou de se projeter dans l'avenir. Le rapport au temps et à l'espace est perturbé. Cela impacte la vie quotidienne des personnes, leur possibilité de faire des projets, d'apprendre une nouvelle langue...

Ressources

- Les sites internet Info Trauma et du Centre National de Ressources et de Résilience
- La brochure d'information *Quand le passé résiste à l'oubli*, réalisée par la Croix-Rouge suisse

Tous ces symptômes peuvent être très impressionnants et inquiétants pour les personnes, car ils prennent parfois énormément de place dans la vie quotidienne et rendent la verbalisation difficile avec parfois l'impression de « devenir fou ».

● La dépression, le trouble dépressif caractérisé et les troubles dépressifs

La dépression se traduit par le fait de se sentir triste, vide, fatigué, ne pas avoir d'envie ni d'énergie pour réaliser des activités qu'on apprécie habituellement. Les symptômes de la dépression comprennent des idées négatives, un sentiment de solitude, une perte de sens. Souvent, cet état s'accompagne d'une perte d'appétit, de difficultés à trouver le sommeil, à se concentrer ou à prendre des décisions. La dépression est une souffrance très courante qui peut toucher n'importe qui. Lorsqu'elle est passagère, les personnes peuvent généralement réussir à faire face et se rétablir rapidement sans prise en charge professionnelle. Toutefois, lorsque cet état dure plus de deux semaines, qu'il revient régulièrement ou qu'il affecte sa capacité à réaliser des activités quotidiennes, son travail ou à établir des relations personnelles satisfaisantes, une prise en charge est nécessaire.

Ressources

- Les sites internet France dépression et Info dépression
- L'application Stop blues
- La brochure *Troubles dépressifs* réalisée par Psychom

● Les addictions et les troubles liés à la consommation de substances

La dépendance recouvre un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs/psychiques et physiologiques dans lesquels la consommation d'une ou plusieurs substances spécifiques, ou d'une catégorie de

substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La personne éprouve un désir puissant, parfois compulsif, de consommer la substance et une impossibilité répétée de contrôler ce comportement et d'y mettre un terme, même lorsque la personne sait que sa poursuite a des conséquences négatives sur sa vie et qu'elle souhaite arrêter. Les mêmes processus se retrouvent également impliqués, chez certains sujets, dans des addictions sans substance (aux jeux, par exemple).

Ressources

- Les sites internet Tabac info service, Alcool info service et Drogues info service
- La brochure *Troubles addictifs* réalisée par Psychom

Dans chaque région, il existe des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), ainsi que des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud). Par ailleurs, de nombreux groupes d'entraide par les pairs existent, tels que les Alcoo- liques anonymes.

Afin de faciliter l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes dépendantes à des substances illé- gales, il est important de rappeler que l'accompagne- ment d'une personne dépendante par le corps médical n'entraînera pas de problèmes juridiques.

● Les troubles psychotiques

Le terme de « trouble psychotique » est utilisé pour désigner un trouble de santé mentale se caractérisant par une perte de contact avec la réalité sociale parta- gée. La personne concernée peut alors présenter un comportement inadapté, un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de soi, des autres ou du monde extérieur, des idées délirantes ou des hallucinations, ressentir des perceptions inhabituelles. Ces éléments contribuent à créer une réalité non partageable et isolant le sujet.

Ressources

- Les sites internet du Collectif schizophrénie, de l'Unafam et du Réseau français sur l'entente de voix

Nous souhaitons donner ici quelques clés de lecture concernant les problématiques de santé mentale afin que vous puissiez les appréhender au mieux. Il ne s'agit en aucun cas de transmettre des éléments nosographiques exhaustifs qui pourraient vous per- mettre de diagnostiquer, cela étant du ressort d'un professionnel de santé.



Chapitre 2

L'accès aux soins de santé mentale

Les professionnels de santé et de santé mentale

● Les professionnels de santé

Les professionnels de santé peuvent constituer un premier lien vers le soin et, si nécessaire, permettre par la suite un accès aux soins de santé mentale.

- **Les médecins généralistes** sont des acteurs centraux de l'accès aux soins de santé mentale. Ils peuvent aborder les questions de santé mentale, donner un traitement apaisant les symptômes et, si cela est nécessaire, orienter vers des professionnels de santé mentale.
- **Les infirmiers** peuvent intervenir dans les centres d'hébergement, ainsi qu'à domicile. Ils sont souvent les premiers interlocuteurs sanitaires des personnes migrantes hébergées.

● Les professionnels de la santé mentale

- **Les psychologues** apportent un soutien psychologique aux personnes. Leurs entretiens se basent sur l'échange, la parole et le vécu des personnes. Grâce à différents outils et méthodes, ils préviennent et soignent les souffrances psychologiques. Ils prennent en compte les individus de manière globale ainsi que leur environnement.

Les psychologues ne sont pas médecins, ils ne peuvent donc pas prescrire de médicaments.

Ils exercent en libéral, dans des structures rattachées à l'hôpital, des associations ou au sein d'autres lieux, tels que les missions locales, les écoles...

Les **psychothérapies** peuvent être réalisées par des psychiatres et des psychologues. La personne est invitée à échanger avec le soignant sur ses sentiments, ses vécus et ses préoccupations. Ainsi, le soignant cherche avec elle comment améliorer sa situation.

Les psychothérapies ont comme objectif de « soigner par la parole ».

En libéral, les consultations auprès d'un psychologue sont désormais remboursées par l'assurance maladie dans certaines conditions.

- **Les psychiatres** sont des médecins qui ont choisi de se spécialiser en psychiatrie pour traiter et prévenir les troubles de santé mentale. Ils ont la possibilité de prescrire des médicaments et des hospitalisations ainsi que de proposer des **psychothérapies**. Ils travaillent majoritairement auprès de structures hospitalières et en libéral.

Lorsqu'ils travaillent en libéral, les consultations sont remboursées par la Sécurité sociale. Certains psychiatres libéraux peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Ils ont toutefois **l'obligation d'appliquer le tarif de la Sécurité sociale** pour des personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (Puma) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

● Quelles approches ?

Les professionnels de santé mentale sont issus de différents courants théoriques et pratiques. Parmi les plus connus, nous retrouvons notamment :

- **les thérapies cognitives et comportementales (TCC)** : ce sont des thérapies brèves portant sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Elles se concentrent sur les problèmes actuels de la personne, tout en prenant en compte leurs causes historiques ;
- **l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** : il s'agit d'une méthode qui permet de traiter des vécus traumatiques non « digérés » grâce à une stimulation sensorielle bialternée (droite-gauche) qui se pratique par mouvements oculaires ;
- **l'approche psychanalytique** est une approche qui consiste à résoudre, avec l'aide d'un thérapeute, les conflits intrapsychiques inconscients de la personne grâce à la parole. Dans son cadre classique, il s'agit d'une méthode qui s'inscrit dans le temps, contrairement aux thérapies brèves ou cognitivo-comportementales ;
- **l'approche humaniste** est un courant fondé sur une vision positive de l'être humain, qui s'appuie sur la tendance innée de la personne à vouloir se réaliser, c'est-à-dire à mobiliser les forces de croissance psychologique et à développer son potentiel.

Au-delà de ces approches, le soin psychologique est avant tout une rencontre entre deux personnes et il est nécessaire que le « courant » passe avec le soignant.

Ressources

- **Psycom a publié des fiches pratiques sur les différentes approches théoriques**

Les différentes structures et services de soins

● Dans le droit commun

En France, le lieu qui regroupe la majeure partie de l'offre de soins en santé mentale est l'hôpital (général ou spécialisé en psychiatrie) auquel différentes structures de santé sont rattachées :

- **les hôpitaux psychiatriques et les établissements spécialisés en santé mentale** : ce sont des lieux pivots de l'offre de soins en santé mentale en France. Ils sont composés de différents services, unités d'hospitalisation et de consultations ambulatoires ;

Qu'est-ce que la sectorisation ?

Pour les structures hospitalières, les personnes dépendent d'un « secteur » et donc d'un ensemble de dispositifs qui correspondent à celui-ci. Le secteur est déterminé selon le lieu d'habitation. Par exemple, une personne qui a besoin de soins de santé mentale ne peut pas être orientée vers n'importe quel CMP, mais elle doit bien être orientée vers le CMP qui correspond à son secteur dépendant de son lieu de domiciliation.

Si les personnes n'ont pas de domiciliation, une orientation en CMP est toujours possible selon l'organisation propre à chaque hôpital.

- **les centres médico-psychologiques (CMP)** assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique. Ils organisent également leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, d'assistants sociaux, assure la coordination des soins psychiatriques.

Il existe également des centres médico-psychologiques (CMP) enfants et adolescents. Ces dispositifs permettent de consulter gratuitement puisque les consultations sont prises en charge par la Sécurité sociale.

En plus des CMP, des dispositifs spécifiques accueillent les personnes en situation de précarité, tels que :

- **les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** : Coordonnées par un psychiatre, les équipes pluridisciplinaires comportent, au minimum, un médecin, un cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues et un secrétaire. Sans se substituer aux équipes de droit commun, les EMPP ont pour mission :
 - ▶ « d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment, ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologies mentales avérées ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
 - ▶ d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité⁸. »

En mars 2019, on comptait 145 EMPP inégalement réparties sur le territoire français. Leurs modalités d'intervention sont très diverses. Certaines EMPP organisent des maraudes et se déplacent dans des structures d'hébergement. Selon les situations, les liens avec les CMP sont plus ou moins étroits, certaines EMPP font majoritairement des orientations alors que d'autres mettent plutôt en place des suivis.

Pour beaucoup d'EMPP, le public migrant constitue une part importante de la patientèle.

○ **Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les Pass Psy** :

La Pass est un dispositif créé par l'article L. 6112.6 du Code de santé publique adapté aux personnes en situation de précarité, qui « vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une Pass doit :

- ▶ offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;

⁸ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

⁹ Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).

► agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.»

En France, les Pass Psy sont inégalement réparties sur les territoires. Elles sont souvent situées au sein de l'hôpital.

Pour les personnes en situation de précarité nécessitant des soins de santé, deux dispositifs spécifiques incluant l'hébergement existent :

○ **les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisé (LAM) :**

Ces dispositifs peuvent prendre en charge toute personne à la rue présentant des pathologies lourdes et chroniques nécessitant un suivi médical régulier. Cela concerne également les personnes en sortie d'hospitalisation, nécessitant des soins postopératoires. Ils ont des « structures médico-sociales » qui hébergent à temps complet et de manière inconditionnelle des personnes sans-domicile ayant une pathologie aiguë ne nécessitant pas d'hospitalisation.

● **Pour les enfants**

En plus des structures hospitalières, des structures et des professionnels spécifiques peuvent accompagner, de manière gratuite, les enfants et les adolescents. Nous pouvons citer :

- **les centres médico-psychopédagogiques (CMPP) :** ce sont des centres associatifs qui proposent des consultations et un suivi pour les enfants et adolescents de 0 à 20 ans ;
- **la protection maternelle et infantile (PMI) :** ce service, destiné aux mères et aux enfants, propose des consultations, des actions collectives et des actions pour les femmes enceintes ainsi que pour les enfants dans les domaines de la planification et de l'éducation familiale ;
- **l'aide sociale à l'enfance (ASE) :** ce service peut apporter un soutien matériel, éducatif, et psychologique aux mineurs et à leur famille ;
- **les maisons des adolescents :** ces lieux proposent un accueil et un accompagnement des adolescents de 11 à 18 ans (parfois jusqu'à 25 ans) ainsi que de leur famille ;
- **les points accueil écoute jeunes** pour les jeunes de moins de 25 ans ;
- **les psychologues et les psychiatres pour enfants** installés en libéral ;
- **les psychologues, infirmières, assistantes sociales et médecins de l'Éducation nationale ;**
- **les orthophonistes.**

Les structures non spécifiques suivantes sont également importantes pour préserver et renforcer une bonne santé mentale chez les enfants :

- **les haltes-garderies, les crèches et les autres lieux de socialisation de la petite enfance :** ces lieux peuvent permettre aux bébés d'apprendre à se séparer de leurs parents et à être en lien avec d'autres enfants pour mieux grandir.
- **les écoles :** ce ne sont pas seulement des lieux où l'on apprend des choses, mais c'est aussi un lieu où les enfants apprennent à être en relation, à jouer...
- **les centres aérés, les Maisons des jeunes et de la culture (MJC) :** ce sont des lieux qui permettent d'avoir du plaisir à être ensemble en pratiquant des activités agréables, toute l'année, mais aussi pendant les vacances scolaires.
- **les missions locales :** il s'agit d'un dispositif qui accompagne les jeunes de 16 à 25 ans vers l'emploi ou la formation.

La famille, les amis et les autres adultes jouent également un rôle très important, car ils peuvent apporter un soutien dans les moments difficiles.



Comment accéder à un psychologue/un psychiatre ?

Services de l'hôpital

● Les centres médico-psychologiques (CMP)

Ils permettent de consulter un professionnel de santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers)

« Je n'ai pas de droits ouverts. » « Je n'arrive pas à accéder aux soins au CMP. » « J'ai des conditions de vie précaires, des difficultés financières. »

Il existe des services spécialisés pour les personnes en situation de précarité. Plusieurs travaillent avec des personnes concernées par la migration.

● Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les équipes sont composées de psychologues, psychiatres, infirmiers et d'assistants sociaux. Elles se déplacent dans les lieux de vie, proposent parfois des permanences dans des foyers, dans la rue, dans les squats ou reçoivent, en entretien, dans leurs locaux.

● Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) psychiatriques

Les équipes proposent un accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique ou sociale.

● Les urgences

en cas d'urgence appelez les pompiers au ☎ 18.

En libéral, à leur cabinet

● Psychologue libéral

Les psychologues en libéral sont remboursés par l'assurance maladie dans certaines conditions.

● Psychiatre libéral

Les consultations sont remboursées par l'assurance maladie. Certains psychiatres libéraux peuvent demander plus d'argent, mais si vous avez la protection universelle maladie (Puma) ou l'aide médicale d'État (AME), les consultations sont théoriquement gratuites.

Structures sociales

Il peut y avoir des consultations gratuites de psychologues et psychiatres dans des centres sociaux, dans des centres communaux d'action sociale (CCAS), à l'école, à la mission locale, dans les services d'accompagnement pour personnes victimes de violences.

Structures spécialisées

Consultations transculturelles, spécialisées dans la prise en charge de personnes concernées par la migration.

Il y en a, par exemple, à Nantes, à Bobigny, à Avicennes et à Lyon.

Centres régionaux psychotrauma (CRP):

Ils accompagnent les personnes ayant vécu des traumatismes: à Lyon, Tours, Lille, Toulouse, Paris, Bobigny, Strasbourg, Nice, Dijon, Poitiers, Bordeaux.

Quelques structures sont spécialisées pour les personnes en situation de migration et de précarité ou ayant vécu des traumatismes extrêmes, par exemple:

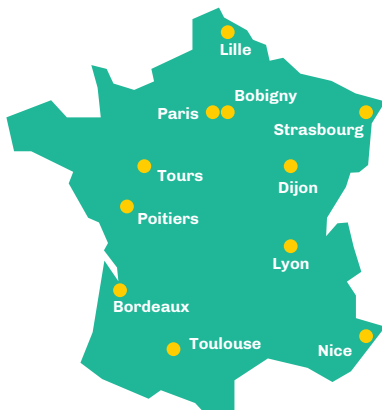
- Paris: Le Comede, Primo Levi, le Centre Minkowska, le Chêne et l'hibiscus, Parcours d'Exil
- Lyon: Le centre Essor
- Saint-Étienne: le Comede
- Bordeaux: l'association Accompagnement psychologique et médiation interculturelle (AMI)
- Au Havre: Terra psy
- Rennes: Le réseau Louis Guilloux
- Montpellier: Le Centre Frantz Fanon
- Marseille: le centre Osiris
- Strasbourg: Parole sans frontières
- Dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde dans plusieurs villes

● Des centres régionaux de psychotraumatisme

En 2019, 11 centres régionaux spécialisés dans le psychotraumatisme (CRP) ont ouvert.

« Ces centres sont des lieux de consultations spécialisées proposant une offre de soins aux personnes victimes de psychotraumatismes, indépendamment de la nature du traumatisme vécu (physique ou psychique, résultat d'un accident, de violences, de maltraitance...) ou des populations concernées (enfants, adultes, civils, militaires, avec handicap, migrant...). Ces unités spécialisées (avec antennes départementales) regroupent une équipe de professionnels spécifiquement formés au psychotrauma et proposant une offre de soins gratuite répartie sur le territoire national¹⁰. »

Cartographie des centres régionaux de psychotraumatisme



Les modalités de fonctionnement des CRP diffèrent d'une structure à l'autre.

● Des dispositifs spécifiques en santé mentale pour les personnes migrantes

L'imbrication de situations problématiques multiples (sociales, juridiques et sanitaires) rend spécifique et complexe la prise en charge du public migrant précaire au sein des structures sanitaires de droit commun. Pour répondre aux spécificités des besoins, des dispositifs spécialisés autour de l'interculturalité, des victimes de tortures ou au psychotraumatisme ont émergé au sein de différentes régions. Toutefois, celles-ci restent rares sur le territoire français et sont implantées essentiellement dans les grandes agglomérations. De plus, au vu du nombre de demandes, celles-ci ont été contraintes de limiter leur file active.

Ressources

- La liste des centres régionaux de psychotraumatisme ainsi que leurs contacts sont disponibles sur le site du Centre National de ressources et de résilience (CN2R)

10 Site internet du CN2R

Cartographie des dispositifs spécialisés en France (non exhaustive)

Primo Levi

Centre de soins pluridisciplinaire d'orientation psychanalytique pour les personnes victimes de torture ou de violence politique

Centre Françoise Minkowska

Consultations de psychiatrie transculturelle centrées sur les personnes migrantes et réfugiées

Parole sans frontière

Accueil, orientations et consultations psychothérapeutiques pour les victimes de torture
Objectif : promotion de « l'approche interculturelle » dans le domaine de la psychiatrie, de la psychothérapie et de la psychanalyse

Le chêne et l'hibiscus

Accompagnement thérapeutique des personnes en situation d'exil

Réseau Louis Guilloux

Accompagnement psychosocial spécialisé, portant sur les problématiques de l'épuisement psychosocial, le syndrome d'Ulysse et les traumatismes liés à la migration

AMI

Consultations psychologiques individuelles, de couples ou familiales pour un public issu de l'immigration et des quartiers prioritaires de la ville

Parcours d'exil

Accompagnement thérapeutique des exilés souffrant de psychotraumatismes
Accueil et suivi inconditionnel des victimes
L'association n'a pas recours à l'interprétariat

Terra Psy – Psychologues sans frontière

Accueil du public en situation de vulnérabilité et en souffrance psychosociale
Accompagnement psychologique des personnes migrantes, réfugiées, issues de l'immigration ou victimes de violences traumatiques ou basées sur le genre

Comede

Pôle de psychothérapie et de santé mentale
Suivi des patients recouvrant des modes de prise en charge adaptés à la situation des patients, thérapies d'orientation psychanalytiques ou thérapies de soutiens dans lesquelles se nouent les effets du traumatisme psychique et la précarité de la situation sociale

Centre Essor

Consultations individuelles et familiales destinées aux personnes exilées en souffrance psychique, ainsi qu'aux victimes de violences intentionnelles et de torture

Le caméléon

Lieu de soin associatif
Accompagnement, sous forme de suivis individuels et en groupe, avec des psychologues et des psychomotriciens
A destination des personnes exilées et en souffrance psychologique

Comede

Espace de parole, d'accueil et de soutien pour l'orientation des personnes exilées en souffrance psychique

Osiris

Centre de soins d'orientation psychanalytique dont l'objectif thérapeutique : soulager la souffrance post-traumatique dans ses expressions psychiques et corporelles
S'adresse à des personnes exilées ayant connu des guerres, des tortures, des conflits ethniques, des génocides, des massacres, des déplacements des populations et des exils forcés

Rhizome

Accompagnement psychologique des personnes en situation d'interculturalité

Franz Fanon (Cimade)

Centre de soins et de ressources dont l'objectif est de renforcer l'accès aux soins psychiques pour les personnes en situation d'exil résidentes en région Occitanie

Comede
En partenariat avec l'équipe mobile psychiatrie précaire du CH de Cayenne (Guyane), un psychiatre consulte une demi-journée par semaine.

Une prise en charge pluridisciplinaire, intégrant les dimensions juridiques, sociales, médicales et psychologiques, est proposée dans la plupart des centres de soins. En plus des consultations individuelles, un travail groupal peut également être mis en place.

Les dispositifs proposant des **consultations transculturelles** sont spécialisés dans la prise en charge

de personnes migrantes. Ces derniers sont généralement rattachés à des hôpitaux — vous en trouverez, par exemple à Nantes (44), Bobigny (93), Avicenne (93), Lyon (69) et Clermont-Ferrand (63). Les équipes, composées de cothérapeutes (des médecins, des psychologues, des infirmières et des travailleurs sociaux) d'origines culturelles et linguistiques multiples, formés à la clinique, proposent une prise en charge groupale.

Les personnes migrantes doivent-elles être orientées vers une prise en charge spécifique ou vers le droit commun ?

Lorsque l'on accompagne une personne migrante, le fait de chercher à l'orienter directement vers un acteur « spécialisé » plutôt que vers le droit commun peut être un écueil. Ainsi, il ne faut exclure aucune des deux possibilités. Ce n'est pas parce qu'un professionnel de santé n'est pas « spécialisé » dans la prise en charge des personnes migrantes qu'il ne pourra pas leur venir en aide. Il ne faut pas oublier ce qu'il y a d'universel chez les personnes au-delà des catégories de personnes migrantes, exilées, réfugiées, précaires, comme l'explique ce médecin psychiatre : « Je ne sais pas s'il y a des spécificités [à accompagner des personnes en situation de migration]... Je n'ai

pas l'impression qu'il y en ait. Il y a des cumuls de problématiques, ce qui n'est pas la même chose. La migration ce n'est pas une maladie. Il n'y a pas de pathologies de la migration, mais dans la migration il y a des cumuls de difficultés, d'embûches, qui sont extrêmement variés, mais qui, pour moi, ont de l'universel. Être obligé de changer, être en rupture avec... »

Ou cet autre psychiatre :
« On n'est pas migrantologues. »

Ce qui serait spécifique chez les personnes migrantes en situation de précarité n'est pas tant la nature des difficultés auxquelles elles sont confrontées (vécues par tout un chacun) que leur cumul. Les dispositifs spécialisés proposent ainsi une prise en compte globale des personnes qu'ils accompagnent et peuvent également proposer un soutien aux professionnels non spécialisés afin de les accompagner dans la prise en charge.

Urgences et modalités de soins psychiatriques

● Les urgences

Qu'est-ce qu'une urgence ?

L'urgence n'est pas nécessairement définie ni ressentie de la même manière dans le champ de la psychiatrie et celui du secteur social.

En psychiatrie, l'urgence est définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

L'urgence psychiatrique serait donc liée :

- à l'état du patient ;
- à la notion de danger pour le patient ou son entourage ;
- au ressenti de l'entourage, du voisinage ou de la famille estimant qu'une intervention médicale immédiate serait nécessaire, sans attendre une consultation programmée.

Une urgence psychiatrique peut se manifester chez une personne par :

- l'envie de se faire du mal, voire de se suicider ;
- l'envie de faire du mal, voire de tuer quelqu'un.

On peut observer chez la personne des comportements alarmants tels que :

- un état d'abattement extrême (la personne est prostrée, ne s'alimente plus) ;
- une violence de la personne envers elle-même (tentative de suicide, automutilation), envers autrui ou son environnement matériel ;
- un délire, des hallucinations, un état d'agitation ;
- une angoisse ou une souffrance psychique extrême, un état dépressif intense.

Le service gérant les urgences psychiatriques peut être rattaché à un hôpital général ou psychiatrique. Les urgences sont ouvertes 24 h/24 et sont accessibles à tout le monde, quel que soit le statut ou la situation administrative.

Est-ce qu'il y a urgence ?

Si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, il y a urgence. N'hésitez pas à échanger avec vos collègues pour croiser vos ressentis. Par ailleurs, n'hésitez pas à partager vos craintes avec la

personne concernée et à l'associer au maximum aux démarches qui la concernent. Elle pourra parfois exprimer directement le fait qu'elle ait besoin d'aide. En cas de doute, vous pouvez également joindre le service des urgences psychiatriques afin d'échanger avec un infirmier, ou les pompiers pour avoir leurs avis sur la situation.

Qu'est-ce que nous pouvons faire ?

Lorsqu'une personne peut être dangereuse pour elle ou pour autrui :

- ne restez pas seul avec elle ;
- essayez de ne pas céder à la panique, de créer le calme, de parler doucement : cela pourra avoir un « effet miroir » et aider la personne à s'apaiser ;
- limitez le nombre de personnes présentes et, si nécessaire, enlevez les objets dangereux.

Lorsque vous êtes face à une personne qui va très mal et qu'il n'y a pas d'autre solution d'aide évidente, vous pouvez :

- si la personne est consciente de ses problématiques, qu'elle s'inscrit dans une démarche de soins et si vous vous sentez en sécurité, vous pouvez l'accompagner aux urgences, de préférence en étant accompagné d'une autre personne afin d'être deux ;
- appeler les pompiers (en composant le 18). Dans cette situation, si vous avez le temps, vous pouvez préparer la transmission des informations concernant la personne que vous accompagnez en essayant de répondre aux questions suivantes : que s'est-il passé ? Depuis combien de temps cette personne présente des problématiques de santé mentale ? Est-elle suivie en psychiatrie ? Prend-elle un traitement ? Si la personne est déjà suivie par un professionnel de santé – médecin traitant ou psychiatre –, n'hésitez pas à l'appeler afin qu'il puisse se mettre en lien avec l'hôpital. Les idées suicidaires seront évoquées plus loin au sein de cet outil.

● Modalités de soins psychiatriques

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Cependant, les soins sans consentement permettent de dispenser des soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leurs besoins impératifs de soins.

Dans ces cas-là, le Code de la santé publique définit des modalités de soins psychiatriques sans consentement (SSC)¹² :

- les soins sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) :
 - ▶ les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
 - ▶ les soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI) ;

- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE), qui constitue la 3^e modalité. Un représentant de l'État décide de l'imposition des soins, avec une demande du préfet, par exemple.

En cas d'hospitalisation sans consentement, la loi définit une période d'observation maximale de 72 heures avant de proposer un type de prise en charge. Un examen somatique complet doit être réalisé par un médecin dans les 24 heures suivant l'hospitalisation.

Le juge des libertés et de la détention exerce un contrôle systématique avant le 12^e jour et au 6^e mois de toutes les hospitalisations complètes sans consentement. Le juge peut décider de lever l'hospitalisation sous contrainte ou de la maintenir. Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.

Les hospitalisations sous contrainte sont également sous la responsabilité du contrôleur général des lieux de privation de liberté, représentant de ces lieux.

En France, les soins sans consentement représentent environ 24 % des hospitalisations complètes¹³.

Les hospitalisations sans consentement sont des **décisions médicales** qui ne relèvent en aucun cas des intervenants sociaux. Elles doivent rester exceptionnelles, elles ne sont pas une modalité de soins classiques et elles peuvent être vécues de manière extrêmement violente.

Quelques outils

- la loi précise que les patients soignés sans leur consentement en psychiatrie doivent être informés sur leur situation juridique, leurs droits, leurs garanties et leurs voies de recours par la loi dès que possible à compter de leur admission. Des fiches explicatives multilingues ont été réalisées par l'APHP ;
- Santé Info Droits est une ligne téléphonique, créée par un collectif d'associations, qui fournit des informations juridiques ou sociales liées à la santé : 01 53 62 40 30 ;
- Psycom propose différentes brochures explicatives sur la question des hospitalisations sans consentement, concernant notamment :
 - ▶ les modalités de soins en psychiatrie ;
 - ▶ le tiers et les soins sans consentement ;
 - ▶ les droits des usagers des services de psychiatrie.

Filmographie

- Depardon, R. (2017). *12 jours* [Film documentaire].

11 Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

12 Réformés en juillet 2011 et en septembre 2013. - 13  Consulter le site de l'IRDES.

● Urgences collectives : les cellules d'urgences médico-psychologiques (Cump)

Les Cump sont des dispositifs médicaux d'urgence qui assurent la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des personnes victimes de catastrophes collectives (telles qu'un attentat, un suicide avec témoins...). Face aux situations d'urgences collectives, leur intervention peut être déclenchée par le Service d'aide médicale urgente (Samu), après une évaluation de la situation ou par le préfet. Les Cump interviennent sur des situations de grandes ampleurs, avec un grand nombre de personnes impliquées, au regard de différents critères, tels que l'existence d'une crise sur le terrain, la désorganisation des secours, la présence d'un nombre important de familles et la dimension émotionnelle majeure impliquée par l'événement. L'objectif de ces dispositifs est de diminuer l'impact psychique des événements vécus et de prendre en charge précocement les « blessés psychiques » afin d'éviter l'installation de troubles, notamment de stress post-traumatiques. Les Cump n'ont pas vocation à assurer le suivi des patients au-delà de l'intervention post-immédiate et peuvent donc orienter (notamment vers des CRP). Les équipes sont composées de psychiatres, de psychologues, de médecins et d'infirmiers spécialisés en santé mentale et formés à l'intervention d'urgence. Il existe une Cump par département. Le dispositif est rattaché à l'établissement de santé dans lequel siège le Samu et est dépendant de l'agence régionale de santé. Chaque région dispose également d'une Cump au niveau régional assurant la coordination des Cump sur le territoire.

Les difficultés d'accès aux soins et les refus de soin

Les personnes en situation de migration et de précarité doivent pouvoir accéder à tout type de soins de santé. Dans la réalité, il existe un certain nombre d'éléments qui peuvent rendre difficile cet accès aux soins. Nous pouvons notamment citer les délais d'attente pour avoir un premier rendez-vous pouvant être très longs en raison de la saturation des dispositifs de soins en santé mentale, les difficultés d'accès à des interprètes professionnels ou encore des professionnels refusant de recevoir ce public. Si un professionnel refuse explicitement de recevoir un patient, au regard du type de couverture maladie (AME, Puma...) dont il bénéficie, en raison de son origine géographique ou de son orientation sexuelle, il peut être accusé de discrimination. La discrimination est interdite et punie par la loi, comme le stipule le Code de la santé publique. L'article 7 précise ainsi : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou

les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée¹⁴. »

Si vous constatez des refus de soin explicites liés à ces motifs, vous pouvez le signaler à différentes instances afin de contribuer à l'amélioration des soins proposés à ces personnes et d'éliminer au fur et à mesure les pratiques discriminantes à leur rencontre. Vous pouvez contacter :

- le conseil départemental ou national de l'ordre du professionnel concerné ;
- le défenseur des droits (en appelant le : 09 69 39 00 00, mais aussi par courrier et en ligne) ;
- le conciliateur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) via le médiateur.

Quelques outils :

- La plaquette « » et la », réalisée par le Défenseur des droits ;
- Les fiches pratiques de France Asso Santé :
 - ▶ « A. 10 Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'Aide médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé » ;
 - ▶ « A. 10.1 Accompagnement par les associations des bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS, victimes de refus de soins » ;
 - ▶ Une lettre type destinée aux associations et une lettre destinée aux victimes (au format Word).

Des sites internet et des acteurs de référence :

- Le Conseil départemental ou national de l'Ordre des médecins
- Le Défenseur des droits
-  www.andiscriminations.fr

Les instances de concertation : travailler en réseau sur son territoire

Différentes instances et dispositifs de concertation existent et varient selon les territoires. Ils peuvent avoir pour objectifs :

- de favoriser la rencontre, l'échange sur les pratiques et les modalités d'exercices des différents professionnels du territoire ;
- de coordonner la prise en charge autour d'une personne Lorsque ces instances concernent les personnes et

¹⁴ Article R. 4127-7 du Code de la santé publique.

les acteurs de la santé mentale, elles ont vocation à être inscrites dans le projet territorial de santé mentale (PTSM).

● **Le projet territorial de santé mentale (PTSM)**

Porté par les agences régionales de santé, le PTSM a pour objectif de repenser l'organisation des dispositifs de santé mentale et la psychiatrie pour réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité. Défini par l'article L. 3221-2 du Code de la santé publique, le PTSM détaille les actions prioritaires et la coordination des acteurs dans les domaines suivants :

- prévention et promotion de la santé mentale (en particulier au repérage, diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles);
- soins (modalités techniques de soins et de prise en charge spécifique);
- accompagnement à l'autonomie, à l'inclusion sociale et citoyenne.

Il se base sur un diagnostic territorial partagé par différents acteurs.

Les différents PTSM sont centralisés sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé

● **Différentes instances et organisations**

Ces dispositifs et instances peuvent prendre différentes formes ou appellations selon les territoires. Parmi ces dispositifs, il existe notamment :

○ **Les plateformes territoriales d'appui (PTA)**

Les plateformes territoriales d'appui sont un soutien pour les professionnels dans la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Les PTA, définies par l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé, peuvent être mises en place sur les territoires par les agences régionales de santé. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations évitables et les ruptures de parcours de soins, à travers trois missions principales :

- ▶ information auprès des professionnels de santé et patients, et orientation vers les ressources du territoire;
- ▶ appui à la coordination et à l'organisation du parcours;
- ▶ appui aux pratiques des professionnels de santé.

Leur objectif est de proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En région, les agences régionales de santé peuvent renseigner sur l'existence et le fonctionnement de ces plateformes.

○ **Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)**

Les CLSM sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ils regroupent des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire. Leur objectif est de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations. Ils s'organisent autour d'axes de travail divers. Ces derniers sont différents selon les problématiques des territoires.

Plus de 200 CLSM sont recensés en France, inégalement répartis sur le territoire.

Un centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale recense l'ensemble des CLSM. Vous pouvez consulter le site du Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale.

○ **Les ateliers Santé Ville (ASV)**

Les ASV font référence à une démarche ayant pour objectif de favoriser la mise en réseau, la coordination des acteurs et les actions en lien avec la santé sur un territoire. Ils ont aussi pour but de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé grâce à :

- ▶ la connaissance de l'état de santé de la population;
- ▶ la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants;
- ▶ l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé;
- ▶ l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins;
- ▶ les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion;
- ▶ la qualité et l'organisation de l'offre de soins;
- ▶ les besoins en formation des professionnels accueillant des publics en situation de précarité.

L'ASV n'est pas un dispositif, mais bien une démarche destinée à créer du maillage et à consolider les dynamiques du territoire. La mise en réseau doit permettre aux acteurs et aux professionnels de santé d'élaborer des programmes de santé publique à l'échelle locale et, si possible, avec les habitants.

De nombreux dispositifs de santé mentale spécifiques, rattachés ou non à l'hôpital, destinés aux enfants et aux adultes existent. Pour en savoir plus, nous vous invitons à consulter le schéma et les explications proposés par Psycom sur le parcours en santé mentale

Chapitre 3

Soutenir la santé mentale des personnes migrantes

Les intervenants sociaux : des acteurs de la santé mentale ?

Lorsqu'on parle de « santé mentale », on identifie souvent les psychologues et les psychiatres comme les acteurs de référence, voire comme les uniques acteurs agissant dans ce domaine. Pourtant, prendre soin de la santé mentale ne consiste pas uniquement à « traiter les troubles » ; il s'agit également de les prévenir ainsi que de participer à aider au maintien et au renforcement d'une santé mentale positive. Dans ce sens, les professionnels de la santé mentale ne sont pas les seuls acteurs impliqués et concernés par la santé mentale et de nombreux acteurs entrent en jeu.

Au quotidien, les intervenants sociaux soutiennent la santé mentale des personnes via différentes modalités d'accompagnement – en prenant le temps de discuter avec une personne qui semble aller mal, en réhumanisant les personnes et en travaillant à l'amélioration de leurs conditions socio-économiques – et activités – l'organisation d'accès à des cours de français, en jouant au football, etc.

Un psychologue le souligne :

« Il me semble très important de soutenir tout ce qui vient participer à un maintien dans l'espèce humaine de ces personnes. Dans le sens de supporter quelque chose qui est indispensable. Tous ces gens qui ont affaire aux guichets de la préfecture et aux réponses négatives du 115, s'ils n'ont pas des personnes, des professionnels ou des bénévoles, qui leur signifient qu'ils ont le droit d'exister, ne serait-ce que ça, qu'est-ce qu'il va leur rester ? »

La pyramide des interventions en santé mentale¹⁵, utilisée dans le domaine humanitaire, offre un aperçu des différentes activités pouvant être réalisées et soutenant la santé mentale au sens large. Les interventions proposées vont des plus basiques, concernant une large part de la population, à des besoins plus spécialisés, concernant un nombre plus réduit de personnes, potentiellement en situation de vulnérabilité psychique.

Le principe clé de cette grille d'intervention est de favoriser la mobilisation des ressources, de soutenir les moyens d'entraide et de renforcer les capacités existantes des personnes. À chaque niveau de la pyramide, un des objectifs principaux est d'identifier, de mobiliser et de renforcer les compétences et les capacités des individus, des familles, des communautés et de la société.

Pyramide des interventions

Soins de santé mentale prodigués par des spécialistes (infirmiers/infirmières en psychiatrie, psychologues, psychiatres, etc.).

Services spécialisés

Soins de santé mentale de base prodigués par des médecins assurant les soins de santé primaire.
Soutien affectif et pratique assuré par des travailleurs sociaux / animateurs socioculturels.

Dispositifs de soutien ciblés non spécialisés

Activation des réseaux sociaux.
Dispositifs de soutien communautaires traditionnels.
Espaces de soutien pour les enfants.

Renforcement du soutien communautaire et familial

Assurer des services fondamentaux sûrs, socialement adaptés et garantissant la dignité des personnes.

Sécurité et respect dans les services fondamentaux

Source : Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010).
Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir. Genève.

➔ Consulter le site de l'Organisation mondiale de la Santé

¹⁵ Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010).
Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir. OMS.

Le premier niveau d'intervention fait référence à la promotion des « **services de base et de la sécurité** ». Il concerne l'accès à des services de base sûrs, socialement appropriés et respectueux de la dignité des personnes (alimentation, logement, soins de santé de base). Ces derniers doivent être mis en place de manière participative, en renforçant les soutiens sociaux locaux et en mobilisant les réseaux existants. À ce niveau, il s'agit d'être attentif au fait que les personnes aient bien accès à l'information concernant les services proposés pour pouvoir y accéder afin que cela ne nuise pas à leur santé mentale. Il importe également de faire en sorte que cela soit également le cas pour les personnes vulnérables – notamment que les femmes, les enfants et les personnes en situation de handicap puissent accéder aux besoins de base de manière sécurisée – et que la dignité des personnes soit bien respectée.

Une action s'inscrivant dans ce premier niveau serait, par exemple, de transmettre aux personnes un inventaire des ressources existantes et des moyens d'y accéder, qui répondrait aux questions suivantes : quels services sont disponibles ? Par qui sont-ils fournis ? Quelles sont les modalités d'accès ?

Le deuxième niveau concerne les **dispositifs de soutien communautaires et familiaux**. Il fait référence aux personnes qui sont en mesure de préserver la santé mentale et le bien être psychosocial des personnes. À cet étage de la pyramide, les interventions ont comme objectif d'aider à évaluer les soutiens familiaux et communautaires clés, ainsi que de renforcer la cohésion sociale, les mécanismes de soutiens communautaires et familiaux traditionnels qui peuvent être fortement perturbés par les situations de précarité et de migration. Par exemple, des activités peuvent être mises en place pour permettre aux femmes de se retrouver dans des lieux non mixtes, pour proposer des temps qui puissent favoriser les liens parents-enfants, pour développer des programmes de soutien parental, pour créer de l'entraide par groupes d'âge, pour aider à la réunification des familles (en permettant à un mineur non accompagné de parler à ses parents), ou pour porter assistance en cas de deuils ou des cérémonies de guérison communautaires. Globalement, il s'agit de permettre à la communauté de retrouver des mécanismes de soutien qui existaient avant la situation de crise ou d'en développer de nouveaux.

Le troisième niveau concerne les **dispositifs de soutien ciblés non spécialisés**. Il s'agit, ici, d'interventions individuelles, familiales ou groupales, réalisées par des travailleurs non spécialisés et par des pairs sympathisants dans les domaines de la santé, de l'éducation ou des services communautaires, pouvant apporter aux personnes un soutien émotionnel et pratique ou des soins de santé mentale de base. Cette dimension fait référence à l'accompagnement proposé par

des intervenants qualifiés (des travailleurs sociaux, des médecins généralistes, des animateurs, des enseignants) à des groupes de personnes affectées par la situation (par exemple, femmes victimes de violences liées au genre, des mineurs non accompagnés). Des activités spécifiques, telles que les premiers secours psychologiques, la médiation familiale, la mise en place de groupes de parole autour de thématiques spécifiques, peuvent participer à cela.



Enfin, les **dispositifs spécialisés** sont placés au sommet de la pyramide et concernent les interventions auprès d'un faible pourcentage de la population en souffrance. Ils peuvent concerner, pour les personnes souffrant de troubles mentaux importants, un soutien psychologique ou psychiatrique fourni par des professionnels de santé mentale. Ainsi, en situation de crise humanitaire, les « consultations psy » ne représentent qu'une petite part de ce qu'il est possible de faire pour soutenir la santé mentale des personnes.

Quelques références bibliographiques :

- Orspere-Samdarra. (2019). *Aux frontières de l'humanitaire. Rhizome*, (73). Orspere-Samdarra.
- Josse, E. et Dubois, V. (2009). *Interventions en santé mentale dans les contextes de crise*. De Boeck Sup.

Ces différents niveaux d'intervention se complètent et s'imbriquent pour répondre aux besoins des populations impactées par les situations de crise. Il est souhaitable que les activités soient coconstruites avec les personnes, dans une dynamique de renforcement du pouvoir d'agir, individuel et collectif, afin d'être adaptées et de faire sens pour elles.

Cette grille de lecture, bien que destinée aux interventions humanitaires, trouve également tout son sens dans la définition des interventions réalisées auprès des personnes migrantes en situation de précarité en France. Les intervenants sociaux qui accompagnent les personnes peuvent agir sur ces différents niveaux en veillant à garantir l'accès aux besoins les plus basiques jusqu'aux liens avec les professionnels de santé mentale (les psychiatres et les psychologues). Le soin ne se limite pas aux consultations spécialisées, il est bien plus large.

Comme en témoigne un psychiatre :

« Moi j'ai découvert que ce monsieur-là, il venait un peu plus tôt [au rendez-vous] pour dormir... Ce n'est pas compliqué à imaginer quand je connais sa situation, il se trouve que lui, là, il peut dormir... Les gens ont vite fait de le repérer, c'est enfin l'endroit où ils peuvent lâcher, il n'y a pas de flics ici, on ne te demande pas tes papiers, on te demande de ne rien prouver, on ne te demande pas la vérité... Ça ne veut pas dire qu'on leur demande cela partout, mais ça veut dire que là, au moins, ils sont tranquilles... Si c'est ça qui peut servir, ici ou ailleurs, peu importe... Oui c'est du soin. Ah oui, c'est sûr que c'est du soin. Mais je ne sais pas, le boulanger d'à côté, s'il le laissait dormir dans son fournil ce serait du soin. Ça n'a pas besoin d'être sophistiqué. Le soin ce n'est pas... Ce n'est pas de la grande chirurgie cardiaque. »

Le repérage des personnes en souffrance psychique

● Des signes et comportements qui peuvent alerter

Les intervenants sociaux repèrent au quotidien des personnes en souffrance psychique et se basent bien souvent sur leur ressenti. De nombreux signes peuvent alerter sur la souffrance psychique d'une personne. Nous vous proposons, ci-dessous, une liste non exhaustive de « signaux d'alerte » qui peuvent appeler à une vigilance particulière :

- la tristesse intense ;
- le stress et l'anxiété ;
- les idées noires et les idées suicidaires ;
- le repli sur soi, l'isolement ;
- les angoisses ;
- les reviviscences, les flash-back, les ruminations ;
- les hallucinations visuelles et auditives ;

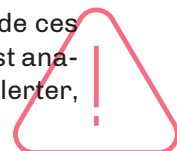
- la dissociation (l'impression d'être là sans être réellement là) ;
- les troubles du sommeil ;
- les troubles alimentaires ;
- le fait de parler seul ;
- les difficultés de concentration ;
- les addictions ;
- les conduites à risques ;
- le sentiment de persécution ;
- les douleurs physiques persistantes et inexplicables dans la poitrine, le dos, l'estomac, la tête, des fourmillements ou des tremblements ;
- les excès de colère, le fait d'être impulsif ou nerveux ;
- les troubles de la mémoire ;
- le fait d'avoir des problèmes pour se repérer dans le temps, dans l'espace.

Nous remarquons souvent les signes « bruyants » - une personne qui s'énerve ou qui pleure -, mais certaines personnes expriment leurs souffrances de manière plus « silencieuse », par un repli sur elles-mêmes ou en arrêtant de répondre aux sollicitations des intervenants sociaux, par exemple.

Ce sont souvent les **changements de comportement** qui peuvent alerter sur une éventuelle souffrance psychique de la personne. Sur ce point, les intervenants sociaux, qui accompagnent les personnes au quotidien, ont une place privilégiée pour identifier ces signes afin de les transmettre au corps médical.

Ces signes sont variables d'une personne à une autre et d'un moment à un autre. Si vous repérez des signes, faites-vous confiance.

Il est important de contextualiser le repérage de ces signes, car un signe isolé ne veut rien dire s'il est analysé hors de son contexte. Les signes peuvent alerter, mais il ne s'agit pas de critères objectifs.



● Des signes spécifiques pour les enfants

Les enfants et les adolescents, quel que soit leur âge, sont aussi concernés par la santé mentale. Celle-ci peut également être impactée par ce qu'ils vivent et par leur environnement, mais aussi de manière plus indirecte à travers ce que vivent leurs parents. Différents signes peuvent vous alerter, tels que :

- les difficultés pour dormir ;
- le refus de s'alimenter ;
- l'isolement relationnel : ils n'ont pas de copains, ils sont agressifs avec les autres (mordent, par exemple), ne regardent pas leurs parents ou ne vous regardent pas ;
- le fait d'avoir l'air triste ;
- l'agitation et le manque de concentration ;
- les difficultés pour parler français et pour apprendre à l'école ;
- les difficultés pour bien grandir et être à l'aise dans son corps ;
- ils continuent, ou se remettent, à faire leurs besoins sur eux, au lit, la nuit et parfois le jour, alors même qu'ils avaient acquis la propreté ;
- ils régressent dans leurs apprentissages.

Là encore, ce ne sont que des signaux d'alerte qui sont à remettre dans un contexte plus large.

● Des périodes à risques

Certaines périodes peuvent être marquées par des événements ou des démarches particulièrement difficiles. Parmi celles-ci, notons par exemple :

- le fait de subir des violences ou une période d'enfermement dans un centre de rétention administratif (CRA) peuvent raviver des souvenirs traumatiques ;
- la rédaction du récit de demande d'asile, le fait d'être confronté à l'Ofpra, à la CNDA ou de se rendre dans un centre de médecine légale et plus largement toutes les démarches qui demandent d'expliquer dans un temps limité les violences vécues, à des interlocuteurs inconnus, sur des modalités qui ne sont pas choisies. Anisa, réfugiée, raconte : « J'ai commencé à avoir des troubles sur la mémoire, c'était quand ils m'ont expliqué les procédures. Et j'ai commencé à réfléchir à la vie que j'avais avant, les situations qui me sont arrivées, les conditions dans lesquelles j'ai quitté le pays, me séparer brutalement de ma famille, mes enfants et mon pays, brutalement, traverser les histoires pour me retrouver ici. Ce n'était pas ce que j'imaginais, c'est une autre réalité qui n'est pas facile à affronter, vraiment. J'avais eu des problèmes, je n'arrivais pas à dormir, ce n'était pas facile. Moins je dormais, plus je pensais, j'avais des veines un peu tendues, j'avais des maux de tête qui avaient commencé et ça me dérangeait beaucoup. J'avais vraiment du mal » ;
- le rejet de la demande d'asile, marquant la non-reconnaissance des violences vécues, le déni, le rejet, peut être vécu de manière extrêmement violente pour les personnes ;

- la perte d'un logement, d'un emploi.

Ces différents événements peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé mentale à cause de la violence qu'ils engendrent, mais également parce qu'ils ont le pouvoir de leur rappeler des événements traumatiques qu'elles ont pu vivre précédemment dans leur pays d'origine ou sur la route migratoire.

Les périodes à risques peuvent également faire référence à des **périodes de changements importants, même lorsque ceux-ci sont vus comme positifs**. Ces changements nécessitent en effet des adaptations, des remaniements qui peuvent être angoissants et inquiétants pour les personnes. Parfois, même dans le chaos, les personnes ont pu retrouver une routine et des habitudes pouvant être sécurisantes. Ces changements peuvent alors venir bouleverser un équilibre.

Ainsi, des périodes de vie peuvent être particulièrement à risque pour la santé mentale, telles que :

- l'obtention du statut de réfugié, du titre de séjour, ou la reconnaissance de la minorité. La période d'obtention de la protection est particulièrement délicate psychologiquement. Si toute l'énergie était jusqu'alors centrée sur la demande d'asile, une fois celle-ci obtenue, le présent et l'environnement peuvent être, en théorie, laissés de côté pour penser à l'avenir, mais cela permet également aux personnes de retourner explorer le passé. En effet, l'obtention de la demande d'asile marque la réalité des violences vécues, mais aussi l'impossibilité de retourner dans son pays pendant dix ans et le départ imminent du centre d'hébergement. L'obtention du statut est aussi l'occasion de voir que tout ne change pas et que certaines problématiques et souffrances sont toujours présentes ;
- une grossesse, une réunification familiale peuvent bouleverser l'équilibre familial et nécessiter des réadaptations entre les membres ;
- l'obtention d'un hébergement. Bien qu'il soit attendu parfois depuis des années, l'accès à un logement peut avoir un fort impact sur la santé mentale et un caractère anxiogène important pour des personnes en situation de précarité depuis plusieurs mois ou années. Il peut amener à des passages à l'acte pouvant se traduire par le fait de déposer les clés de l'appartement dans la boîte aux lettres du foyer et quitter la ville, ou faire une tentative de suicide.

Dans ces périodes, le fait d'aller mal peut paraître contre-intuitif et renforcer la difficulté à en parler : « *Pourquoi je ne suis pas content alors que j'ai enfin obtenu mes papiers ? Tout le monde se réjouit pour moi, mais je suis malheureux.* » Les représentations positives de l'entourage peuvent être un frein supplémentaire à une demande d'écoute ou de prise en charge psychologique. Les personnes peuvent alors ne pas se sentir légitimes à être en souffrance et ne pas s'autoriser à en parler. Ces périodes de changement peuvent également avoir un impact important sur la famille et les enfants.

Ainsi, il est important d'être vigilant ainsi que de rendre possible et d'anticiper la mise en place d'un espace de parole sur l'éventualité d'un mal-être chez les personnes dans ces moments-là.

Accompagner et soutenir la santé mentale en tant qu'intervenant social

● Des conseils pour soutenir la santé mentale ?

Parallèlement au souhait « d'aider » la personne, il peut être nécessaire de garder en tête qu'il est surtout important de ne pas « nuire » à sa santé mentale dans les activités du quotidien. Avoir cette vigilance peut être un préalable à la mise en place d'activités adaptées pour soutenir la santé mentale.

Voici quelques étapes et objectifs qui peuvent être importants dans le cadre de l'accompagnement des personnes afin de renforcer leur santé mentale.

● Sécuriser et informer

Pour les personnes ayant vécu des violences, la sécurisation et la stabilisation sont extrêmement importantes. La confiance en soi et en son environnement a souvent été mise à mal par les difficultés rencontrées sur le parcours de migration, pouvant créer un état d'hypervigilance constant ou d'alerte permanent.

Il peut être important d'informer et d'explicitier le cadre d'intervention afin que les suivis permettent un sentiment de confiance, de pouvoir d'agir et ainsi se diriger vers un sentiment potentiel de sécurité. Vous pouvez, par exemple, établir des éléments de transparence du suivi en répondant aux interrogations suivantes :

- Pour qui travaillez-vous ? Quels sont vos liens avec les institutions telles que l'Ofpra ou la préfecture ?
- Pendant combien de temps allez-vous accompagner la personne et jusqu'à quelle « étape » de son parcours ? En effet, il est préférable d'être honnête sur vos possibilités d'accompagnement et votre cadre d'intervention afin de ne pas créer de « faux espoirs » chez les personnes.
- À quelle fréquence allez-vous la voir ?
- Que faites-vous des informations recueillies au cours des entretiens ?

Si ce qui est dit dans l'entretien reste confidentiel, il peut être important de le verbaliser à chaque rencontre. Il est important d'avoir une vigilance particulière sur l'accès à l'information et la compréhension des informations données. L'incompréhension des démarches peut avoir un fort effet d'infantilisation et impacter la santé mentale des personnes.

- Comment fonctionnent les procédures et les démarches dans lesquelles la personne se trouve ?
- Quelles sont les différentes étapes de la procédure dans laquelle la personne est inscrite ? Comment vont-elles se passer ?

Toutes les informations apportées peuvent permettre de mieux comprendre le cadre des interventions et de retrouver un peu de pouvoir d'agir.

● Accompagner le pouvoir d'agir

« Faut-il apprendre à pêcher ou donner du poisson ? » Cela nécessite de regarder si la rivière est accessible, si les berges sont propres, et s'il n'y a pas une compagnie de chalutiers qui est passée dans la rivière et qui a bouffé tous les poissons.

C'est-à-dire que la question n'est pas de savoir s'il faut apprendre à pêcher ou donner un poisson : il faut d'abord donner un poisson, parce que si on n'a pas la force d'aller pêcher on ne pourra pas le faire. Et il faut apprendre à pêcher, mais il faut aussi s'occuper de l'état des berges, de la législation qui permet l'accès à la berge, et de l'état de pollution de la rivière. [...] Et on retrouve encore la victimisation, le caractère sauveur : bien souvent, les institutions considèrent que si on vous apprend

à pêcher et qu'on vous prête le matériel, vous devriez revenir avec du poisson. Sinon vous avez un problème de compétence à pêcher. On fait comme si tout le reste des variables qui vous permet d'accéder aux poissons n'existait pas. Le problème majeur, c'est qu'un groupe de personnes qui décide d'apprendre à pêcher, qui va pêcher et qui revient sans poisson, s'accuse lui-même de cette incompétence, il s'attribue l'échec. Et dans ce cas, non seulement on n'a pas aidé les personnes, mais on les a abîmées¹⁶. »

La situation de précarité peut mettre à mal le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes. Il est donc important de leur permettre de redevenir actrices de leur vie quotidienne en leur facilitant l'accès à l'information et, dans la mesure du possible, en énonçant le principe selon lequel elles ont le choix lorsque c'est le cas. En effet, il importe d'être honnête, car si les personnes n'ont pas vraiment le choix, il est préférable de s'attacher à énoncer les différentes possibilités existantes et leurs potentielles conséquences. Dans la mesure du possible, ne prenez jamais de décisions importantes à la place des personnes suivies.

● Reconnaître les violences

La banalisation des violences a un impact important sur la santé mentale. Ainsi, il est important de pouvoir nommer et reconnaître les violences de tout ordre, vécues par les individus.

¹⁶ Le Bossé, Y. (2016) *Le développement du pouvoir d'agir dans l'intervention sociale* [Vidéo].

▶ Visionner l'intervention sur le site education-populaire.fr

Pour des violences uniques (telles que le fait d'être victime d'une agression) comme pour les violences récurrentes de la vie quotidienne (telles que des violences policières), il est important de ne pas minimiser les événements vécus. En effet, ce qui peut faire traumatisme diffère d'une personne à l'autre, même lorsque les événements qui nous sont relatés ne nous semblent pas être « suffisants » pour développer une réaction (par exemple, lors d'une agression, recevoir uniquement des menaces et ne pas être blessé). À l'inverse, il est important de ne pas dramatiser les événements vécus. Afin d'accueillir les récits sans juger ni culpabiliser les personnes au sujet des événements auxquels elles ont été confrontées, de leurs conséquences ou de leurs décisions, ainsi que de pouvoir les informer et les accompagner dans l'exercice de leurs droits (afin qu'elles puissent porter plainte ou saisir le Défenseur des droits), un équilibre est à trouver du côté des professionnels qui les accompagnent.

Dans tous les cas, en parler, ça ne peut que faire du bien ?

Non. Parler peut effectivement faire du bien, mais uniquement lorsque cela est un choix et non une contrainte. Lorsque les personnes ont vécu des événements traumatiques, leur faire répéter l'histoire traumatique les contraint à raviver les souvenirs des événements qui prennent déjà souvent énormément de place dans leur vie quotidienne. Le trauma « fige » le fonctionnement mental dans un temps passé. Il importe donc de pouvoir avancer et de ne pas ramener les personnes à ce temps traumatique sauf lorsqu'elles le souhaitent et sur les modalités qu'elles souhaitent.

Par ailleurs, les personnes exilées doivent déjà faire face à de nombreuses injonctions à raconter et se raconter dans le cadre des démarches administratives.

● Rassurer et soutenir les personnes

Les symptômes ressentis peuvent provoquer de l'inquiétude : ils peuvent donner l'impression de perdre pied ou la crainte que ces ressentis perdurent toute la vie. La honte et la peur de « devenir fou » peuvent être des obstacles importants à l'expression du ressenti. Ainsi, il peut être utile de rappeler les points suivants :

- les conditions de vie (passées et présentes) peuvent avoir un impact sur la santé mentale ;
- lorsque nous sommes en situation de précarité, il est fréquent de se sentir mal. Cela est normal de souffrir dans un contexte d'incertitude douloureuse (en étant dans l'attente d'un hébergement fixe ou de réponse pour ses papiers) ;
- la situation actuelle et le ressenti ne sont pas définitifs. Des professionnels peuvent contribuer à apaiser les symptômes.

Ces rappels peuvent permettre de « normaliser » les ressentis avec les personnes et donc de faciliter leur expression par celles-ci.

● Quelques conseils pour orienter une personne vers les soins de santé mentale

Informer pour lutter contre la stigmatisation

« **Les psys c'est pour les "fous" »**

Les problématiques de santé mentale peuvent être « taboues », et de nombreuses personnes n'accèdent pas aux soins par peur d'être stigmatisées. Il peut être important de rappeler que les situations difficiles impactent souvent la santé mentale.

« **Ce n'est pas toi qui es "fou", mais c'est la situation dans laquelle tu es qui est « folle »**

Expliquer le système de soin français peut permettre de déconstruire des représentations erronées et faciliter l'accès aux soins de santé mentale.

Omar, réfugié, raconte : « Quand tu es réfugié ou demandeur d'asile, il y a une chose qui est vraiment difficile : c'est la peur. Déjà, avec tout ce qu'on a vécu là-bas au pays c'est difficile pour retrouver la confiance. Tu as peur, tu ne sais pas. Même quand tu vas chez le médecin tu as peur : peut-être que ce tu vas dire au médecin ça va tourner mal pour toi. Parce que tu ne sais pas : même si je parle avec le docteur, le docteur va parler aux... demain ils vont m'arrêter encore, tout ça. Donc ça m'angoissait de parler, en fait je ne parlais pas de tout avec le médecin. Surtout avec le psychiatre je ne parlais pas trop. »

Il est donc important de prendre le temps d'expliquer de nouveau, par exemple, ce qu'est un psychologue, un psychiatre ou un CMP. Il peut être également nécessaire d'expliquer comment cela se passe concrètement, et notamment de rassurer la personne sur :

- le fait qu'elle ne sera pas obligée de raconter son histoire une énième fois, mais qu'elle pourra choisir ce dont elle veut parler ;
- la confidentialité des entretiens et le secret professionnel. De plus, les soins de santé mentale n'ont pas de lien avec les procédures administratives ou juridiques en cours.

Ces précisions peuvent permettre de lever les représentations erronées et faciliter l'accès aux soins de santé mentale.

● Respecter la temporalité et le choix de la personne accompagnée

Le déni des problématiques de santé mentale est très fréquent. Il peut souvent être mis en lien avec des questions de temporalité propres à chacun. En effet, s'occuper de sa santé mentale, reconnaître et travailler sur les problématiques de santé mentale peut représenter un coût psychique qu'il n'est pas possible de fournir à tout moment.

Une personne en situation de précarité témoigne :

« Oui, j'avais un suivi avec l'équipe mobile. Tu as déjà fait des séances psy ? Tu as vu comment ça détruit ? Moi, 2, 3 jours avant j'y pense et après vu ce que tu te prends dans la gueule il faut encore 3, 4 jours pour assimiler le truc. Alors quand tu te retrouves à la rue, ou juste en hébergement d'urgence, tu ne peux pas te poser pour faire le vide dans ta tête et réfléchir aux bonnes questions. Parce que toi, jusqu'à présent, tu t'es contenté des réponses qui t'arrangeaient, et quand tu vas chez la psy, elle met le doigt ailleurs. Et, des fois, ça fait mal. Donc après, se remettre en question, il faut quelques jours avant de s'en remettre. Moi c'est ce qu'il s'est passé toutes les fois. Ça abîme, ça abîme. »

Dans un contexte de précarité, parvenir à « ne pas s'effondrer » demande déjà une énergie psychique importante. Les personnes se focalisent sur la survie, il s'agit d'abord de gérer l'urgence de la survie physique et psychique au quotidien, et il n'y a pas toujours la place ou l'espace pour traiter des problématiques plus anciennes ou plus profondes.

Il est important de respecter le droit de la personne de ne pas se faire soigner, sauf si son comportement est dangereux pour elle-même ou pour autrui.

Parfois, des symptômes présents depuis des mois ou des années s'intègrent dans le fonctionnement individuel et un « équilibre » est trouvé. Le bouleverser alors même que les personnes ne sont pas dans une situation stable ou sécurisée peut les mettre en danger. Il est important de respecter les mécanismes de défense, les souhaits, la temporalité de chacun, et d'accepter qu'on puisse refuser votre aide. Dans ce cas, n'hésitez pas à informer tout de même la personne sur la possibilité d'en reparler à un autre moment et sur les possibilités existantes d'accès aux soins afin que l'idée puisse faire son chemin et qu'elle puisse s'en saisir lorsqu'elle le souhaitera.

● Mobiliser d'autres ressources

Vous pouvez questionner les personnes que vous accompagnez sur ce qui leur ferait du bien. Lorsqu'on est dans une situation de précarité, de migration et d'incertitude, les mécanismes de « prendre soin » de soi et de sa santé mentale peuvent être mis à mal : le réflexe de faire des choses apaisantes pour soi peut s'amenuiser.

Peut-être qu'au-delà d'aller consulter un psychologue ou un psychiatre, d'autres ressources pourraient soutenir la santé mentale. Vous pouvez alors questionner les personnes, pour essayer de remobiliser leurs ressources propres :

○ comment faisaient-elles, dans leurs pays, lorsqu'elles n'allaient pas bien ?

○ est-ce que des choses les apaisent ou peuvent leur faire du bien ?

Les « petites choses » de la vie quotidienne – lire un livre dans sa langue, aller se promener, écouter de la musique –, si elles ne règlent pas tout, peuvent souvent apaiser les problématiques et faire un premier soutien en santé mentale.

● Expérimenter et rassurer

La santé mentale est un sujet complexe et il n'y a pas de réponse unique à chaque problématique. Il importe donc qu'il n'y ait pas d'« obligation de réussite ». Que ce soit d'aller voir un psychologue ou de faire des exercices de relaxation, il n'y a pas de garantie que cela corresponde, « fonctionne », et cela n'est pas grave... Des choses peuvent être tentées, et si elles ne marchent pas, il ne faut pas hésiter à en essayer d'autres. L'idée étant d'avoir une palette « d'outils » à disposition, que la personne peut expérimenter. Expliquer à la personne que ce n'est pas grave si cela ne fonctionne pas, que d'autres choses peuvent être mises en place, peut permettre de « dédramatiser » et faciliter le lien.

● Situations inquiétantes et interrogations

« Le lien de confiance est établi. La personne veut me parler, mais pas à quelqu'un d'autre. J'ai peur de mal faire... »

Quand quelqu'un commence à se livrer à vous, c'est souvent davantage votre humanité qu'elle recherche plus que vos compétences techniques et professionnelles. Pour la personne qui témoigne, librement et sans contrainte, il n'y a pas de risque spécifique pour sa santé mentale. Par contre, le récit n'est pas sans effet sur la personne qui écoute – à ce sujet, nous vous invitons à lire le chapitre 4 de cet outil qui traite de la santé mentale des intervenants. L'écoute est une position active, elle ne peut pas être faite n'importe où (par exemple, il est préférable d'être dans un lieu calme, qui sera plus approprié, plutôt que dans un endroit bruyant) et à n'importe quel moment. Pour écouter, il est nécessaire que vous soyez disponible physiquement et psychologiquement. Si vous êtes pressé par un prochain rendez-vous ou par le temps, cela ne semble pas être le moment idéal. Toutefois, vous ne pouvez pas être disponible tout le temps ni écouter tout le temps : cela est normal et il n'y a pas de mal à le communiquer à la personne rencontrée. L'important est de reconnaître que le récit qui vous est livré est légitime et a de l'importance. Il faut donc tout faire pour que celui-ci puisse être écouté dans les meilleures conditions possibles. Si ce n'est pas le bon moment pour vous, il est nécessaire de pouvoir offrir à la personne une alternative :

○ avec vous : en proposant un autre moment, durant lequel vous serez disponible et vous aurez réellement du temps ;

○ avec un professionnel du soin : en expliquant à la

personne que ce n'est pas votre rôle, que vous ne vous sentez pas compétent et que des professionnels en santé mentale existent.

« J'ai l'impression qu'il n'est plus là pendant l'entretien, qu'est-ce que je fais ? »

Parfois, au cours des entretiens, vous pouvez avoir l'impression que la personne « n'est plus là » et qu'elle est partie dans ses pensées. Il est possible qu'elle soit en train de revivre une scène traumatique, un flash-back. Dans ce cas, vous pouvez essayer de l'aider à revenir dans « l'ici et maintenant » :

- en lui parlant doucement et calmement ;
- en lui proposant un verre d'eau, une boisson chaude ou quelque chose à manger ;
- en lui laissant la possibilité de faire quelques exercices, comme, par exemple, de respirer profondément, de marcher, de sentir ses pieds dans ses chaussures ou de s'auto masser.

Les personnes ont fréquemment des reviviscences et apprennent souvent à les gérer. Une fois la situation passée, n'hésitez pas à demander ce que vous pouvez faire, ce qui l'apaise lorsque cela arrive.

« J'ai l'impression que la personne a envie de se suicider... »

Selon la Haute Autorité de santé, le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations, qui sont :

- l'expression d'idées et d'intentions suicidaires : menace directe de se blesser ou de se tuer ; évocation, ou expression de ne pas avoir de raison de vivre, ne pas avoir de but dans la vie ; recherche de moyens pour se donner la mort (prise de médicaments, usage d'armes, par exemple) ;
- des manifestations de crise psychique : changement de comportement de manière importante, augmentation de sa consommation d'alcool ou de drogues, comportements à risques ou dangereux, détachement de ses amis, de sa famille, de la société, abandon d'objets ou de possessions, revue de toutes les relations ;
- dans un contexte de vulnérabilité : signes de nervosité, d'agitation, d'impulsivité ou d'anxiété.

Les signes d'alerte sur le suicide sont majoritairement des signes « non spécifiques », qui peuvent renvoyer à différentes problématiques de santé mentale.

Si vous pensez qu'une personne a des idées suicidaires, demandez-lui directement : cela ne va pas renforcer le risque suicidaire s'il y en a un ni en provoquer un s'il n'y en a pas. Cela permettra surtout à la personne d'en parler.

Pour aborder ce sujet, il est nécessaire que vous vous sentiez à l'aise et que vous sachiez quoi faire en cas de

réponse positive. Si vous ne vous sentez pas à l'aise pour le faire, adressez-vous à quelqu'un qui pourra évoquer avec elle la question des idées suicidaires (si possible, un professionnel de santé, ou alors avec un collègue).

Ressources :

- SOS Suicide Phénix écoute des personnes en souffrance psychologique ou confrontées au suicide et leur entourage : 01 40 44 46 45 (7 j/7, 13 h-23 h)
- Suicide écoute propose une écoute anonyme et sans jugement : 01 45 39 40 00 (7 j/7, 24 h/24)

Si vous êtes décidé à demander à la personne si elle a des idées suicidaires, utilisez toujours des formulations neutres et claires (telles que : « Est-ce que tu envisages de te donner la mort ? ») plutôt que des formulations jugeantes ou indirectes (par exemple : « Tu n'as pas l'idée de faire quelque chose de stupide au moins ? »).

Chercher également à vous renseigner sur la sécurité immédiate de la personne : a-t-elle déjà prévu un scénario ? Quand compte-t-elle passer à l'acte ?

À noter :

- une personne sous emprise de produit présente plus de risques de passage à l'acte ;
- une absence de scénario ne garantit pas qu'il n'y ait pas de passage à l'acte.

Si vous avez des doutes, appelez le 15 pour avoir une évaluation professionnelle. Dans la mesure du possible, faites ces démarches avec l'accord de la personne.

Les idées suicidaires sont à prendre au sérieux, elles ne sont que rarement utilisées comme des « manières d'attirer l'attention » ou des menaces. Dans le doute, alertez des professionnels de santé.

● Pendant la demande d'asile

Les symptômes du psychotraumatisme peuvent fortement impacter la procédure de demande d'asile. Ils peuvent directement interférer avec le processus d'asile.

L'étape du récit

Les personnes migrantes doivent souvent se justifier, répéter leur récit, raconter leur histoire à plusieurs reprises et face à différents interlocuteurs. Le récit, réactivant les traumatismes passés, est une étape difficile.

« Se raconter sans pouvoir être accompagné dans un travail d'élaboration, de mise en sens, exacerbe la sensation que connaissent les demandeurs d'asile à devoir exhiber leur histoire sans pour autant être socialement entendus. Qui plus est, la temporalité psychique n'est pas en phase avec celle des procédures administratives. Il y a donc lieu de se soucier de l'existence d'un espace psychothérapeutique¹⁷. »

Lors du recueil du récit de vie, et afin que cette étape soit la moins douloureuse possible, des aménagements peuvent être construits. Par exemple, le fait d'écrire le récit seul, avec un ami, en plusieurs fois ou tout d'un coup, peut participer à soutenir le récit. Souvent, les personnes sont en mesure de proposer elles-mêmes des aménagements et pourront dire ce qui est « le moins pire » pour elles.

Concernant les événements traumatiques, comme nous l'avons vu, le récit peut amener à des reviviscences et être douloureux pour celui qui le réalise. Ainsi, il est important :

- de ne pas mettre la pression à la personne pour qu'elle parle à tout prix de l'événement. Essayez de respecter son rythme, ses choix, ses décisions ;
- d'essayer de faire attention à ce que l'entretien ne s'apparente pas à un interrogatoire, y compris dans les modalités physiques de l'accueil (disposition du bureau, de la chaise, porte fermée...). Vous pouvez demander à la personne si elle se sent à l'aise ou comment elle souhaite s'installer ;
- d'éviter les questions répétitives.

N'oubliez pas que l'incapacité à se souvenir et l'incohérence des propos peuvent être des symptômes du psychotraumatisme, alors même que l'événement vient de se produire.

Signaler les vulnérabilités

Dans le cadre de la procédure de demande d'asile, des signalements de vulnérabilité des personnes peuvent être adressés : lors de l'introduction au guichet unique, dans le dossier de demande d'asile, lors de l'entretien ou dans la transmission d'informations complémentaires. Ceux-ci peuvent être formulés par des intervenants associatifs, sociaux ou issus du milieu médical, inscrits dans l'accompagnement du demandeur d'asile.

Pour cela, des groupes d'experts se rapportent à cinq besoins spécifiques de protection, assimilables aux principales vulnérabilités, qui sont :

- les demandeurs d'asile et personnes protégées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre ;

- les mineurs non accompagnés ;
- les personnes victimes de tortures et de traumatismes ;
- les femmes victimes de violences ;
- les personnes victimes de la traite des êtres humains.

Ainsi, la durée de la procédure peut être adaptée, de l'interprétariat peut être proposé, ou le choix du genre de l'officier par le demandeur. Les personnes peuvent être accompagnées lors de l'entretien à l'Ofpra par leur avocat ou le représentant d'une association agréée par l'Ofpra. Dans des cas exceptionnels, l'Ofpra peut accepter la présence d'un tiers autre.

Attester, certifier ?

Des attestations médicales et psychologiques peuvent être fournies complémentaires au dossier de demande d'asile et être adressées à l'Ofpra ou à la CNDA par le médecin ou le psychologue accompagnant. Attention à ne pas ajouter des violences supplémentaires en réalisant ces démarches.

Lorsqu'un certificat est ajouté au dossier d'asile, celui-ci doit être réalisé avec l'accord de la personne et recontextualisé, c'est-à-dire qu'il peut être nécessaire d'expliquer à la personne à qui se destine le document, comment il sera adressé, dans quel cadre et avec quel objectif. Il importe que la personne puisse lire le document afin qu'elle donne ensuite son accord pour qu'il soit ajouté à son dossier et que le secret médical soit bien respecté.

Accompagner physiquement certaines personnes

Pour certaines personnes fortement traumatisées, la présence à l'entretien d'une personne en soutien pourra faciliter son bon déroulement.

Pour l'Ofpra, il peut s'agir d'un membre d'une des associations agréées, mais également d'un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute.

Pour la CNDA, les audiences sont libres et accessibles. Les personnes peuvent donc être accompagnées par qui elles souhaitent. Les certificats peuvent également être transmis à la CNDA afin d'étayer le dossier.

● Ofpra. *Guide des procédures.*

● Le Centre Primo Levi (2016). *Persécutés au pays, déboutés en France. Rapport sur les failles de notre procédure d'asile.*

● Comede (2015). *Soins et accompagnement. Migrants/étrangers en situation précaire. Guide pratique pour les professionnels.*

¹⁷ Chambon, N. et Pétrouchine, R. (2020). « Faire cas » du traumatisme dans une consultation d'expertise médicale auprès de demandeurs d'asile. *Rhizome*, 1(1-2), 141-150.

Chapitre 4

La santé mentale des intervenants

Le travail social auprès des personnes ayant vécu la migration contrainte est difficile car il touche à plusieurs niveaux et mobilise souvent les intervenants sociaux au-delà de leur posture professionnelle. L'accompagnement social, juridique ou autre, qu'il soit bénévole ou professionnel, au sein ou en dehors des structures, peut impacter fortement la santé mentale des intervenants.

Le DSM-V reconnaît que la confrontation de manière répétée à des récits sordides est un facteur de risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Le traumatisme vicariant fait référence au fait d'avoir été confronté aux histoires traumatiques des personnes accompagnées. Il fait suite à l'exposition du matériel traumatique d'autrui et présente, lui-même, les caractéristiques cliniques d'une traumatisation, telles que des images intrusives ou des cauchemars. Le traumatisme vicariant implique des modifications des pensées et des croyances consécutives aux contacts répétés avec des sujets psychotraumatisés.

D'autres problématiques auxquelles sont exposés les intervenants accompagnant les personnes migrantes sont la fatigue et l'usure de compassion.

«Le traumatisme vicariant fait référence au fait d'avoir été confronté aux histoires traumatiques des personnes accompagnées»

Elles résultent d'une surcharge émotionnelle au contact des récits de détresse. Il s'agit d'un débordement voire d'un épuisement face à la souffrance d'autrui, sans que cela soit forcément en lien avec une histoire traumatique de la personne aidée. La fatigue de compassion peut provoquer une modification de la vision de soi et du monde, une perte du sentiment de sécurité et de confiance, de la capacité à être en connexion avec les autres, du désespoir, du cynisme, une désillusion, mais également une perte de l'estime de soi, une tendance au blâme et à la négativité au travail.

Enfin, les intervenants peuvent faire face au syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé burnout. Le burnout est l'épuisement des mécanismes d'adaptation au stress subi dans le cadre du travail. Il résulte d'une exposition prolongée au stress dans le travail. C'est un état d'épuisement général, à la fois psychique, émotionnel et mental. Les « batteries sont vides » et le sujet n'est plus capable de récupérer sur de courtes durées.

Le burnout comporte trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel fait référence au sentiment d'être débordé, vide et sans possibilité de ressourcement. Il s'agit d'un sentiment chronique de ne pas pouvoir affronter un autre jour et une perte de confiance en soi ;
- la dépersonnalisation ou le cynisme sont des pertes d'idéalisme et d'intérêt pour le travail. Les personnes deviennent « froides » et distantes. Par exemple, des réponses négatives, insensibles ou excessivement détachées sont adressées aux personnes accompagnées ;
- la réduction de l'efficacité est une baisse du sentiment de compétence et de productivité au travail.

Dans tous les cas, ces souffrances sont liées au travail exercé et nécessitent une prise en charge et un accompagnement.

Il est important de pouvoir porter attention aux signes de stress et de syndrome de stress post-traumatique, chez soi et chez ses collègues. Ainsi, voici quelques signes qui peuvent vous alerter :

- des préoccupations deviennent récurrentes et envahissantes, comme le fait de penser au travail de retour chez soi ou à une personne accompagnée ;
- des sentiments de colère ou une impression d'irritabilité. On a le sentiment de ne plus réussir à prendre de la distance par rapport à ses propres émotions et qu'elles nous envahissent ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars, de l'hyper-vigilance.

Faire attention à sa consommation d'alcool, de tabac et de médicaments peut être également un paramètre important.

Vous pouvez aussi essayer d'être attentif à vos propres réactions liées à la fatigue, l'irritabilité ou à votre capacité à mettre à distance des personnes accompagnées. Au regard des histoires que vous êtes amené à écouter, il est important de pouvoir reconnaître les émotions qui vous appartiennent, telles que :

- ressentir de la colère contre les agresseurs ;
- ressentir de l'impuissance pour aider les victimes ;
- ressentir de la tristesse face à la détresse des victimes ;
- ressentir du malaise ou du dégoût face aux détails sordides.

Ressentir ces sentiments est un phénomène normal. Nommer ces émotions et échanger avec vos collègues au sujet de vos ressentis peut vous aider.

Voici quelques conseils qui peuvent vous aider à préserver votre santé mentale :

- Discutez avec vos collègues et vos supérieurs. Ne restez pas isolé. Le travail auprès des personnes ayant vécu des violences extrêmes peut être très impactant et touche tous les intervenants ;
- Écoutez vos propres limites et besoins. Pour cela il est nécessaire de commencer par les identifier. Un exercice permettant d'identifier les besoins peut être la réalisation d'un *self care plan*.

Vous pouvez essayer de répondre aux questions suivantes :

- individuellement :
 - ▶ de quoi est-ce que je pense avoir besoin pour aller bien (aller à la piscine, lire un livre, voir des amis, pratiquer un sport, écrire, aller au cinéma, cuisiner) et à quelle fréquence ? ;
 - ▶ quel souvenir puis-je mobiliser quand je n'ai pas le moral ?
- collectivement (concernant votre équipe) : de quoi est-ce que nous avons besoin, collectivement, pour nous sentir mieux dans notre travail (l'organisation d'un repas partagé, un temps « comment ça va ? » à chaque réunion) et à quelle fréquence ? ;
- développer des stratégies de prévention pour votre bien être et contre l'épuisement professionnel (en pratiquant un sport, de la relaxation, ou en réalisant des activités qui vous ressourcent).

Quelques sites sur internet :

- Afin de s'autoriser à penser collectivement la santé mentale de l'équipe, le Comité international de la Croix-Rouge propose des brochures qui apportent des explications sur le stress et des tests pour apprendre à « gérer son stress sur le terrain » qui peuvent être faits régulièrement (individuellement, mais sur un temps collectif)
- Le site Headington Institute

Quelques lectures pour les responsables et les services de ressources humaines :

- CICR. *Prendre soin des volontaires, outils de soutien psychosocial*.
- Antares Foundation (2012). *Gestion du stress chez les travailleurs humanitaires, guide de bonnes pratiques*.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (2011). *Santé psychologique, prévention et soutien*.

Lexique

AME: Aide médicale d'État

ASE: Aide sociale à l'enfance

ASV: Atelier Santé Ville

Caarud: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CCAS: Centre communal d'action sociale

CIDFF: Centre d'informations sur les droits des femmes et des familles

CIM: Classification Internationale des maladies

CLSM: Conseil local de santé mentale

CMP: Centre médico-psychologique

CMPP: Centre médico-psychopédagogique

CNDA: Cour nationale du droit d'asile

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

CRP: Centre Régional du Psychotraumatisme

Csapa: Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CUMP: Cellule d'urgence médico-psychologique

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EMDR: *Eye Movement Desensitization And Reprocessing*

EMPP: Équipe mobile psychiatrie précarité

LAM: Lit d'accueil médicalisé

LHSS: Lit halte soin santé

Ofpra: Office français de protection des réfugiés et apatrides

Pass: Permanence d'accès aux soins de santé

PMI: Protection maternelle et infantile

PTA: Plateforme territoriale d'appui

PTSM: Projet territorial de santé mentale

SDDE: Soins sur décision du directeur d'établissement de santé

SDT: Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU: Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

SPI: Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers

SDRE: Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

TCC: Thérapie cognitivo-comportementale

Pour les personnes en situation de migration contrainte, les événements vécus dans le pays d'origine, le parcours migratoire et les difficultés rencontrées à l'arrivée en France peuvent avoir des impacts importants sur leur santé mentale. Les intervenants sociaux qui accompagnent ces personnes sont souvent en première ligne face aux souffrances et aux problématiques de santé mentale qu'elles rencontrent.

Le présent guide a pour objectif d'apporter quelques clés de lecture sur la santé mentale et ainsi, nous l'espérons, de faciliter l'appréhension des situations auxquelles les professionnels accompagnants peuvent être confrontés au quotidien.

Le terme de « migration » utilisé au sein de cet outil fait uniquement référence aux situations de migrations contraintes et au vécu de précarité qui y est souvent associé.

Ce document a été coconstruit avec des intervenants sociaux du territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et ce, notamment, afin de valoriser leur savoir expérientiel.

L'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales.

04 37 91 53 90 | orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
www.orspere-samdarra.com

