

La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective

Halima Zeroug-Vial

Psychiatre et directrice de l'Orspere-Samdarra (Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés)

Gwen Le Goff

Politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

Julia Maury de

Feraudy

Psychologue

Depuis plus de vingt ans, l'Orspere-Samdarra⁴, Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés, interroge les liens entre santé mentale et migrations dans le but de produire de la connaissance et de soutenir les intervenants de première ligne dans l'accueil, le soin et l'accompagnement des personnes migrantes. Nos recherches et nos échanges avec les professionnels des champs sanitaire et social nous ont permis de documenter la saturation et le débordement des dispositifs face à des demandes de soin importantes et complexes (nécessitant par exemple le recours à un interprète), souvent liées à des souffrances et des traumatismes multiples. Les professionnels se retrouvent en difficulté pour repérer, orienter ou soigner des personnes pour lesquelles la souffrance psychique paraît aigüe, sans forcément correspondre à une catégorie nosographique particulière.

La prise en charge en santé mentale des personnes migrantes : un enjeu de santé publique

Les personnes migrantes peuvent « théoriquement » bénéficier de soins en santé mentale dans le « droit commun ». Mais, faute d'une offre de soins suffisante, elles accèdent difficilement, comme la population générale, à un suivi d'ordre psychologique ou psychiatrique. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, les personnes migrantes sont identifiées par de nombreux acteurs comme relevant, ou devant relever, des dispositifs à destination des personnes précaires. De fait, de nombreux migrants fréquentent les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Sur certains territoires français, c'est même uniquement ce public que les professionnels de ces services rencontrent. Parfois, des soignants orientent les personnes exilées vers ces dispositifs spécifiques pour personnes précaires. L'orientation vers le droit commun de ces dispositifs « passerelles » est en revanche plus compliquée, bien qu'elle en soit l'objectif. Les Pass et EMPP se retrouvent donc débordés et en difficulté pour répondre aux nouvelles demandes. Les dispensaires des associations humanitaires et les centres de soins spécialisés (pour personnes victimes de torture, consultations transculturelles...) ne sont pas non plus en mesure de répondre à tous les besoins identifiés. En parallèle, certaines structures d'hébergement recrutent des psychologues, notamment pour évaluer et orienter,

4. L'Orspere-Samdarra est un observatoire national situé à Lyon, au centre hospitalier Le Vinatier, et est la fusion de deux dispositifs : l'Orspere-ONSMP et le réseau Samdarra.

mais ces professionnels se retrouvent à leur tour dans une impasse, les possibilités d'orientation étant souvent insuffisantes. Le constat de l'inadéquation entre offre de santé et besoin de soin en santé mentale des populations primoarrivantes semble faire consensus.

L'augmentation des flux migratoires, à partir de 2015, les conditions sanitaires des camps du nord de la France et de la région parisienne contribuent à modifier la situation. Nous assistons depuis à une préoccupation grandissante pour la santé mentale des personnes migrantes de la part des pouvoirs publics. Il n'est plus question uniquement d'une problématique pratique venant du terrain dont il s'agirait de panser les effets indésirables, mais d'une préoccupation politique qu'il s'agirait d'organiser. L'inscription de l'interprétariat dans la loi de modernisation de notre système de santé⁵ nous semble symbolique d'une reconnaissance de la spécificité des personnes non francophones. Ce recours aux interprètes « paraît être une possibilité pour proposer un soin adapté et personnalisé sans mettre en place un soin spécialisé à telle ou telle catégorie administrative ou ethnique » [J05]. Cette mention n'a cependant pas un caractère contraignant et de nombreuses questions restent en suspens, notamment celle du modèle économique pour organiser le recours à l'interprétariat. Une autre évolution est à noter : l'instruction du 19 juin 2018 préconise l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme. Il est bien spécifié que le public visé est notamment celui victime de traumatismes de guerre ou liés à l'exil et à la migration⁶.

Proposer un soin en santé mentale adapté

Pour l'Orspere-Samdarra, les personnes migrantes représentent un public qui « serait » en partie spécifique, ou tout du moins « à besoins spécifiques » : nécessité d'un interprète pour les personnes allophones, complexité de la situation sociale souvent marquée par l'interculturalité, l'intrication de vulnérabilités liées à l'exil et à l'arrivée en France, migration marquée par des violences successives et des procédures administratives longues et anxiogènes.

5. Le chapitre préliminaire du titre premier du livre premier de la première partie du Code de la santé publique comprend l'article L. 11 10-13 ainsi rédigé : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

6. Dans ces dispositifs, le recours à un interprétariat professionnel doit être organisé pour les patients ne maîtrisant pas la langue française.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

Malheureusement, de nombreux professionnels de santé mentale ne se sentent pas suffisamment formés et peuvent être réticents à prendre en charge les personnes migrantes «traumatisées». Ils cherchent alors à les orienter vers des cliniciens ou des dispositifs spécialisés. Nous défendons que tous les intervenants peuvent à leur niveau proposer des modalités de soutien à la santé mentale des personnes : une écoute, un accompagnement, et ainsi participer à la reconnaissance de leurs difficultés et de leurs souffrances.

Aujourd'hui, en plus du traumatisme, les problématiques d'intégration, de discrimination, d'isolement sont extrêmement présentes chez les migrants primoarrivants et peuvent être à l'origine d'un certain nombre de leurs maux. Afin de prendre en charge cette souffrance qui ne rentre pas nécessairement dans les catégories nosographiques, il est important, en parallèle de l'offre de soins «classique» en santé mentale, de proposer de nouvelles formes d'accompagnement et de soutien dans lesquels les personnes peuvent parler librement de leurs difficultés dans la société d'accueil, construire des liens, partager un savoir expérientiel et valoriser leurs savoir-faire et compétences. L'intérêt de ces espaces de soutien est de maintenir et renforcer une santé mentale qui n'attendrait pas l'apparition d'un trouble psychique, l'urgence, la crise, ou l'émergence d'une demande de soin, en s'appuyant sur le lien social et les ressources de la communauté, des pairs.

Soutenir les intervenants sociaux

Les professionnels des structures d'hébergement que nous rencontrons à l'Orspere-Samdarra se retrouvent confrontés à des personnes extrêmement fragilisées, et les situations complexes paraissent de plus en plus constituer le quotidien des équipes. Les critères de vulnérabilités⁷ redéfinissent les profils des personnes hébergées dans le cadre du dispositif national d'accueil (DNA), rendant prioritaires les personnes identifiées comme plus vulnérables⁸, notamment du fait de parcours migratoires potentiellement plus dangereux en raison des politiques européennes de fermeture des frontières. Nous proposons alors différentes réponses face aux difficultés exprimées par les intervenants : permanence téléphonique, séminaires cliniques et de réflexions, coordinations locales d'acteurs, formations...

7. Si une vulnérabilité est détectée, l'Ofpra peut adapter la durée de l'instruction aux côtés d'autres garanties procédurales particulières et demander à l'Ofii de réévaluer les conditions matérielles d'accueil du demandeur d'asile (art. L 744-6 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [Ceseda]).

8. «L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations génitales féminines» (art. L 744-6 du Ceseda).

En partageant le quotidien des publics, les intervenants sociaux sont souvent leurs interlocuteurs privilégiés, parfois les seules personnes à qui il est possible de se confier et d'adresser les multiples demandes⁹. Ils deviennent aussi les premiers témoins de la dégradation psychique des personnes, ce qui génère une inquiétude et une souffrance pesante. La pratique de l'écoute pose un certain nombre de questions aux équipes : Jusqu'où aller dans la confiance ? Est-ce que parler fait du bien, quand les procédures administratives réactualisent sans cesse les traumatismes et forcent la parole ?

Recevoir en dépôt des histoires traumatiques souvent difficiles à entendre peut produire une certaine violence¹⁰. La traumatisation vicariante est une construction lente et invisible qui a des conséquences sur la vie professionnelle et personnelle de l'intervenant. Il nous semble alors important de pouvoir proposer des espaces d'échanges entre les professionnels et bénévoles et d'inviter à la discussion sur ce type de questions : Un soin psychique est-il possible ? Quel est le sens de celui-ci dans des contextes de violences sociales quand les besoins de base ne sont pas assurés ? L'urgence et l'interventionnisme social seraient-ils compatibles avec un soin psychique qui s'apparente à une temporalité lente, le temps qu'il faut pour un sujet et qui s'oppose en ce sens aux temporalités administratives ?

Restaurer le collectif, le lien, et soutenir le réseau

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. Dans cette clinique où l'attaque porte sur l'articulation entre le collectif et l'individuel, où ce qui a été «effracté» touche à l'enveloppe (ce qui protège l'homme et le met en lien), soutenir une seconde ligne pour les acteurs nous paraît essentiel. Nous observons que cette seconde ligne offre alors un espace de restauration narcissique, de reconnaissance mutuelle pour les professionnels. En miroir des problématiques des personnes qu'ils accompagnent, ce qui se partage en premier lieu est un vécu d'impuissance et d'isolement. Dans ces espaces «au dehors», «tiers», le lien se travaille, se tisse, se restaure.

Pour un certain nombre de soignants en santé mentale, le soin auprès des personnes migrantes s'inscrirait dans une approche résolument relationnelle, éthique et humaniste. Il viserait à réinscrire dans une communauté humaine celui qui en a été violemment exclu, et en ce sens à soutenir un lien humain. Dans cette perspective, il convient alors de soutenir le réseau bio-psycho-social dans ces prises en charge. Le soin psychique serait porté par tous les acteurs concernés par l'accompagnement, qui, engagés dans une relation d'aide, peuvent incarner ce «tiers protecteur qui a manqué».

9. Demandes concernant les besoins de bases, la scolarité, les soins, les procédures administratives, juridiques, etc.

10. Le DSM 5 (2013) reconnaît comme facteur de risque de développer un stress posttraumatique le fait d'être confronté de manière répétée dans sa pratique professionnelle à des récits sordides. Le traumatisme vicariant apparaît en ce sens dans les manuels de classifications des troubles psychiatriques.