

Lou Einhorn

Psychologue
Orspere-Samdarra
Lyon

Vincent Tremblay

Chargé d'étude en sociologie
Orspere-Samdarra
Lyon

Halima Zeroug-Vial

Psychiatre
Directrice de l'Orspere-Samdarra
Lyon

Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale

Si la souffrance psychique d'origine sociale est aujourd'hui reconnue, ses modalités pratiques de prise en charge en santé mentale et les moyens d'y remédier font débat. Dans le domaine humanitaire, face aux limites du modèle médical des besoins individuels en situation d'urgence, le terme de « soutien psychosocial » est depuis de nombreuses années accolé aux expressions définissant les programmes en santé mentale. À l'instar des interventions en santé mentale et soutien psychosocial pensées dans des contextes humanitaires à l'étranger, une offre de soins ou de soutien complémentaire mériterait d'être développée en France, notamment pour accueillir la souffrance psychique des personnes en situation d'exil. Intéressons-nous ici plus particulièrement aux personnes exilées, à partir d'une étude qui porte sur le public bénéficiaire de la protection internationale¹.

Le vécu postmigratoire dans le pays d'accueil peut avoir des effets tout aussi importants, sinon plus, sur la santé mentale des personnes exilées², que les événements potentiellement traumatiques vécus dans le pays d'origine ou sur la route migratoire. En effet, les conditions de vie précaires, la nécessité de se déplacer d'une ville ou d'une région à une autre pour être hébergé ou rechercher un hébergement, la procédure d'asile et ses rebondissements peuvent avoir d'importants impacts sur la possibilité ou non de créer des liens et, plus largement, sur la santé mentale. Ce sont alors notamment l'isolement et la difficulté à créer de nouveaux liens dans un environnement souvent peu hospitalier qui constituent une souffrance, évoquée maintes fois au cours des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude. Pour les personnes en situation d'exil, s'attacher ou se rattacher, recréer des liens avec des personnes, des lieux et objets, trouver un environnement sécurisant, s'ancrer sont des défis d'autant plus importants que l'assignation aux catégories stigmatisantes de « étranger », de « migrant », de « sans domicile fixe » est omniprésente dans l'environnement dans lequel les personnes évoluent. De plus, les personnes peuvent être amenées à changer plusieurs fois de lieu d'hébergement, de ville, de région dans le cadre des procédures administratives. Refaire du lien constitue alors une problématique très concrète pour ces personnes. La possibilité d'entrer en relation avec l'autre et de trouver en lui un proche peut également être rendue encore plus incertaine par les violences vécues. Jacky Roptin, psychologue, constate que : « Ces violences n'affectent pas seulement le lien social. [...] Elles impliquent aussi une perte de croyance dans la figure de l'autre³. »

Un cadre clinique éprouvé

De nombreux professionnels du soin en santé mentale décrivent les limites et les difficultés que représente la prise en charge des personnes exilées et de leurs souffrances, nécessitant souvent une

adaptation du cadre clinique habituel : travail avec interprètes, problématiques sociales multiples, statut et contexte juridique incertains impactant la temporalité du soin, etc. Les intervenants font souvent état de leur sentiment d'impuissance face à cette multitude de dimensions complexes, accentuées par un contexte de saturation générale des dispositifs de soin en santé mentale. Cette saturation se traduit notamment, dans les structures de droit commun telles que les hôpitaux, par le fait de prioriser le plus souvent l'accès aux soins aux personnes souffrant de « pathologies psychiatriques avérées », laissant ainsi peu de place à une prise en charge de la souffrance psychosociale.

Comme le constatent Gwen Le Goff, politiste, et Halima Zeroug-Vial, psychiatre : « Les vulnérabilités cumulées et l'intrication des problématiques perturbent le cadre clinique des praticiens. Quelles particularités faut-il prendre en compte ? Les spécificités culturelles ? Psychopathologiques ? Ou contextuelles ? [...] Comment les approches classiques, la psychanalyse, l'ethnopsychiatrie, s'adaptent-elles au nouveau courant migratoire ? Les cliniciens sont contraints d'aménager leur cadre afin d'adapter au mieux leurs pratiques aux souffrances des patients rencontrés⁴. » Cette adaptation du cadre n'est pas toujours possible au vu des contraintes institutionnelles parfois trop coercitives, qui peuvent impliquer, par exemple, l'impossibilité de faire recours à l'interprétariat, les délais importants entre deux consultations ou le manque de temps pour trouver les relais nécessaires dans la prise en charge.

Peu de dispositifs ayant la possibilité d'innover, les formes d'interventions proposées aux personnes exilées sont souvent limitées à une consultation clinique « classique » (soit un binôme patient-soignant, dans un bureau, en face à face, au sein d'une structure de soin). Mais, comme l'évoquent Marie-Caroline Saglio-Yatzimisky et Laure Wolmark, psychologues : « Parce qu'elle déborde des cadres habituels de la psychiatrie, des institutions, des théorisations, la santé mentale des exilés force à l'invention et à la créativité⁵. » Ainsi, face aux limites et aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de ce public, il s'agit peut-être de repenser et de réinventer des formes de soutiens en santé mentale, à la marge de la psychiatrie et de la psychologie.

De la nécessité d'un soutien psychosocial

Compte tenu des éléments évoqués précédemment, plusieurs pistes nous semblent pouvoir constituer des formes alternatives de soutien en santé mentale. Tout d'abord, il nous paraît important de considérer cette possibilité de soutien en dehors des lieux de soin. Nous pouvons d'ailleurs faire l'hypothèse que, dans certains cas, c'est justement le fait de se situer en dehors du cadre

1 Les entretiens avec des personnes bénéficiaires de la protection internationale ont été réalisés en 2018 dans le cadre d'une étude sur l'accès aux soins et la santé mentale menée par l'Orspere-Samdarra : Einhorn-Jardin, L. et Tremblay, V. (2019). *Bénéficiaire d'une protection internationale... et après ? Pour une prise en charge effective en santé mentale : État des lieux sur l'accès aux soins et la santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale en région Auvergne-Rhône-Alpes*. Lyon : Orspere-Samdarra. Repéré à http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf

2 Womersley, G., Kloetzer, L. et Goguikian Ratcliff, B. (2017). *Mental health problems associated with asylum procedures of refugee in European countries. NCCF-on the move*, (2), 34-40; Veisse, A., Wolmark, L., Revault, P., Giacomelli, M., Bamberger, M. et Zlatanova, Z. (2017). *Violences, vulnérabilités et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 19-20, 405-414; Ventevogel P., Schinina G., Strang A., Gagliato P. et Juul Hansen L. (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe : A multi-agency guidance note*. Genève : OMS, UNHCR, IOM and MHPSS.

3 Roptin, J. (2016). *Comment la violence délie les langues. Mémoires*, (68), 6.

4 Le Goff, G. et Zeroug-Vial, H. (2017). *Avant-propos. Rhizome*, 63(1), 11.

5 Saglio-Yatzimisky, M.-C. et Wolmark, L. (2018). *Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. Revue européenne des migrations internationales*, 2(34), 21-27.

de soin habituel qui peut revêtir la possibilité d'un mieux-être, comme l'évoque cet extrait d'entretien réalisé avec une personne bénéficiaire de la protection internationale, qui décrit son suivi par une équipe mobile de psychiatrie et précarité (EMPP) : « *Changer de cadre, aussi, ça fait oublier que tu es malade ou que tu as été malade. Des fois en terrasse, des fois ils te téléphonent. Avec les autres [soignants], on se voyait dans le bureau, avec lui on se voyait et on marchait. C'était moins une relation malade-docteur, mais moi je préfère parler dans les deux sens plutôt que la personne ne dise rien en retour.* »

En contexte migratoire ou postmigratoire, où les repères et pratiques habituelles sont bousculés, le soutien en santé mentale peut également consister à favoriser la possibilité de faire exister des attachements préexistants⁶, à rendre possible la remobilisation de ce qui faisait soutien dans le passé. Les possibilités de lire un livre ou de regarder un film dans sa langue d'origine, d'écouter de la musique traditionnelle de son pays, d'écrire, de jouer l'instrument de musique qu'on a pratiqué pendant des années, de faire du sport peuvent être, à titre individuel, de fortes ressources pour les personnes, aussi basiques et légères qu'elles puissent paraître. En effet, avec l'expérience de la migration et/ou de la précarité, les personnes ont souvent perdu de nombreuses pratiques « d'autosupport ». Ainsi, prendre soin de soi et pratiquer des activités autres que celles nécessaires pour survivre au quotidien ne font plus partie des priorités, voire ne semblent plus pouvoir exister ou avoir du sens dans ces contextes.

Au-delà de ces attaches préexistantes qu'il peut être bénéfique de remobiliser, il semble également nécessaire d'ouvrir « le champ des possibles » sur les attaches potentielles à construire dans la nouvelle ville, dans le nouveau pays d'accueil. Celles-ci comprennent bien sûr la possibilité d'entrer en relation avec de nouvelles personnes sur le territoire, mais aussi de s'attacher à de nouveaux environnements, lieux et objets. Là encore, ce qui pourrait sembler anodin peut s'avérer source importante de soutien. Diane B. Mitschke, docteure en psychologie, dans une étude permettant aux personnes réfugiées de s'exprimer sur les interventions en santé mentale qui leur ont été proposées, met par exemple en avant la nécessité de prendre en compte la question du « sens du lieu⁷ » dans les interventions proposées, et ainsi participer à recréer un sentiment d'appartenance à un lieu⁸. Connaître son environnement, les espaces qui le composent (des paysages aux associations du quartier, en passant par la piscine ou le club d'échec du coin) pourraient alors permettre aux personnes de s'autoriser à se l'approprier, à s'y ancrer, créer de nouvelles routines, développer de nouvelles possibilités de soutien.

Conjointement aux attaches propres à chaque individu, pouvant apporter soutien et ressources, il peut également s'agir de favoriser et de renforcer les « attaches collectives ». Rempart contre l'isolement social, le collectif offre l'opportunité aux personnes de cultiver, par l'échange et le partage, le sentiment d'appartenance à un monde commun, ne serait-ce que le temps d'une activité. Le collectif permet, de plus, de recevoir, mais également d'apporter un soutien à d'autres membres du groupe, ce qui peut favoriser le développement d'un sentiment d'utilité dans un environnement généralement inhospitalier qui rappelle souvent aux personnes exilées leur manque de pouvoir⁹. Dans ce sens, un espace « sécurisé » où le collectif peut se créer et se développer peut suffire à faire

exister la possibilité de refaire du lien. Celui-ci peut aussi, participer à restaurer une estime de soi positive en offrant aux personnes un cadre bienveillant, sans attentes spécifiques, constituant un espace de possibles, de redéfinition des personnes par elles-mêmes.

Cette vision par les espaces d'attachements (collectifs ou individuels, positifs et apportant du soutien, ou négatifs et occasionnant une souffrance) nous invite à repenser l'importance des éléments et événements ordinaires de la vie quotidienne ainsi que leur impact sur la santé mentale, questionnant la place qui leur est laissée dans le soin.

Proposer des espaces

Concluons cet article sur quelques considérations et questionnements qui nous animent, en lien avec la création d'un espace psychosocial¹⁰. Dans la perspective qui est la nôtre, il importe de faire vivre un cadre permettant aux personnes de développer et de renforcer des mécanismes de soutien (pour elle-même et pour les autres). Prendre soin de la personne consisterait alors prioritairement à prendre soin du cadre, veiller à ce qu'il puisse accueillir de manière sécurisante les personnes, tout en renforçant leur pouvoir d'agir, afin que puissent être abordées aussi bien les problématiques de la vie quotidienne que les traumatismes et récits de torture, les dernières nouvelles du club de foot du quartier ou encore les cauchemars. Cela impliquerait de reconnaître les effets positifs d'activités non spécialisées, d'accepter le fait qu'elles font soutien, parfois davantage que de parler directement du traumatisme.

Cela peut alors nécessiter « un pas de côté » pour les intervenants spécialisés en santé mentale, devant parfois redéfinir leurs pratiques et modalités d'intervention, remodeler leur cadre thérapeutique. Dans ces formes de soutien en santé mentale, le « prendre soin » est à l'origine d'intervenants multiples, et pas uniquement spécialisés en santé mentale : l'interdisciplinarité fait tout son sens. La place des intervenants sociaux, souvent en difficulté en première ligne face aux problématiques de santé mentale, mériterait alors d'être reconnue et valorisée. Ils peuvent avoir une place primordiale dans les possibilités de mieux être des personnes qu'ils accompagnent, sans être à proprement parler des « intervenants en santé mentale ». Il importe alors d'affirmer leur capacité d'agir en ce sens et non de marquer les limites de l'accompagnement.

L'enjeu serait également aujourd'hui de reconnaître, de valoriser, voire de faire exister, le soutien par les pairs. Si des interventions en santé mentale basées sur le soutien par les pairs sont déjà appliquées dans le champ de la santé mentale, elles ne sont pas encore mises à l'œuvre avec les personnes exilées en France, bien qu'elles aient fait leurs preuves dans d'autres pays¹¹. Ici ce n'est pas l'expérience du trouble qui fait « pair », mais une expérience commune de l'exil, de l'intégration¹². Le pari consiste alors à penser que c'est l'expérience partagée qui constitue une base sur laquelle un intervenant pair peut s'appuyer pour soutenir une personne. L'expertise ne se situe alors plus à un niveau « technique », mais provient de la connaissance pratique de situations problématiques et d'épreuves expérimentées et « dépassées » par l'intervenant pair. ▶

⁶ Chambon, N. (2016). Personne n'est isolé. *Mémoires*, (68), 8-10.

⁷ Sense of place, dans le texte original.

⁸ Mitschke, D. B. et al. (2017). Listening to refugees: How traditional mental health interventions may miss the mark. *International social work*, 62(3), 588-600.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ L'Orspere Samdarra propose, de manière expérimentale en 2019 un espace psychosocial, financé par la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRDJSCS), la Fondation de France et l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS).

¹¹ Voir, par exemple : The Psycho-Social Services and Training Institute in Cairo (PSTIC) existant depuis 2009 (<http://www.pstic-egypt.org/>) et le projet pilote mis en place par Médecins sans frontières à l'hôpital Saint-Josef de Schweinfurt, en Bavière, en mars 2017 (<https://www.msf.org/fr/rapport-dactivites-international-2017/allemanne>).

¹² Stewart, M., Simich, L., Beiser, M., Knox, M., Edward, M. et Edward, S. (2011). Impacts of a social support intervention for Somali and Sudanese refugees in Canada. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 4, 186-199; Miller, K. et Rasco, L. (2004). *The mental health of refugees: Ecological approaches to healing and adaptation*. Abingdon-Thames, GB: Routledge.