

Prendre en charge les conduites suicidaires des personnes migrantes : redonner du sens, restaurer les liens

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en milieu psychiatrique sont des dispositifs destinés à accueillir des personnes en situation de précarité et dont les conditions de vie limitent l'accès aux soins en raison d'absence d'assurance maladie ou d'hébergement, d'allophonie ou d'isolement. À Lyon, comme dans la plupart des métropoles, le public rencontré est dans sa quasi-totalité (à 98 %) composé de personnes migrantes, qu'elles soient demandeuses d'asile, sans papiers, déboutées ou réfugiées. Elles ont comme point commun des parcours marqués par des vulnérabilités multiples, telles que l'exposition à tout type de violences, à l'absence d'hébergement, à l'instabilité administrative, à l'isolement social, aux discriminations et au défaut d'accès aux soins.

Dans ce contexte, la Pass constitue un lieu singulier du système de soins. Il s'agit d'un espace à l'interface du médical et du social, au sein duquel l'accès aux soins est indépendant du statut administra-

tif. Les orientations se font par tous les acteurs des milieux sanitaire et social, soit les urgences psychiatriques, les structures d'hébergements, les associations d'entraide, les Pass généralistes ou par les personnes elles-mêmes et leur entourage. C'est depuis ce lieu et cette pratique clinique que se mène la réflexion proposée ici, centrée sur les enjeux de prise en charge des conduites suicidaires en contexte de migration et de précarité.

Parler du suicide en Pass

Nous accueillons régulièrement des personnes en crise suicidaire. La verbalisation d'idées suicidaires peut, par ailleurs, être un motif d'adressage dans notre structure. Dans d'autres cas, cette souffrance psychique se révèle progressivement, au fil des consultations, dans le cadre d'une relation qui se construit dans la durée. Ainsi, les crises suicidaires sont fréquentes en Pass, mais ne sont pas nécessairement exprimées comme telles. Elles peuvent apparaître de manière « indirecte », soit à travers des plaintes somatiques, une fatigue extrême ou des propos évoquant la lassitude.

Fréquemment, les idées suicidaires émergent dans des contextes d'adversité, tels que les annonces de refus de titre de séjour, de sortie d'hébergement ou le fait de recevoir des nouvelles préoccupantes en provenance du pays d'origine. Elles s'inscrivent dans un continuum de souffrance, où les différentes phases du parcours migratoire – avant, pendant et après la migration – laissent des traces durables. Ces temps ne sont pas séparés, mais s'additionnent, créant un « effet boule de neige » où une difficulté en appelle une autre et où la souffrance psychique vient s'alourdir sans possibilité de récupération. Cela aboutit à un sentiment d'impasse, d'enfermement et peut conduire à un profond désespoir.

L'enjeu n'est pas seulement de repérer le risque suicidaire, mais de créer les conditions permettant d'en parler. Le suicide peut être un sujet difficile à aborder, chargé de honte ou de culpabilité, notamment lorsqu'il est pris dans des interdits religieux. Il ne faut cependant pas « préjuger » des idées de l'autre ou de ses représentations des conduites suicidaires en raison de sa religion ou de son appartenance à un groupe socio-culturel, car la culture, empreinte de dynamisme, ne se réduit pas à des catégories figées¹. L'accès à l'interprétariat professionnel est indispensable, non seulement pour recevoir et transmettre



des informations, mais aussi pour ouvrir un espace permettant l'expression des idées suicidaires. En effet, pouvoir les aborder dans la langue de son choix, partager ses représentations, ses craintes dans un espace non jugeant est fondamental. Les interprètes prennent alors le rôle de médiateurs et véhiculent des connaissances qui facilitent la compréhension mutuelle.

Une spécificité importante concerne les personnes ayant déjà vécu des expériences d'enfermement lors de leur parcours migratoire. Pour elles, l'évocation d'une prise en charge coercitive peut réactiver des vécus traumatiques et entraîner des ruptures de soin ou une majoration de la souffrance. Nous nous trouvons alors dans une position d'équilibre délicate. Il importe donc d'ouvrir un espace de parole autour du suicide, d'évaluer le risque et de garantir la sécurité de la personne, tout en préservant l'alliance thérapeutique. Cela peut générer un fort sentiment d'impuissance en particulier lorsque le désespoir exprimé est extrême et que la situation paraît inextricable. « Je préfère mourir ici que retourner au pays », nous disent parfois les personnes. Dans ces situations, il est indispensable de ne pas rester seul, de collégialiser les décisions en équipe afin d'en partager la responsabilité et d'accepter que nos sentiments soient engagés, car il s'agit d'une pratique qui n'est pas tant « technique » que « relationnelle ».

S'appuyer sur les facteurs de protection. Religion et spiritualité

Au-delà des facteurs de risque, la prévention des crises suicidaires suppose d'identifier et de soutenir les ressources propres aux personnes. Parmi celles-ci, les croyances religieuses et spirituelles occupent une place centrale². Elles servent de repères identitaires – « je suis catholique », « je suis musulman » – et permettent de faire face à l'adversité et de lutter contre le désespoir. Se représenter comme pratiquant d'une religion assure un maintien de l'identité et une continuité dans une réalité et un monde faits de ruptures, notamment chez les personnes migrantes.

La religion désigne un ensemble organisé de croyances et de pratiques partagées, alors que la spiritualité renvoie à une recherche personnelle de sens, de lien ou de transcendance, religieuse ou non³. La religion et la spiritualité permettent donc de retrouver du sens, de lutter contre la sensation d'être piégé en mobilisant l'espoir. Elles ouvrent la voie vers un avenir meilleur et inscrivent la souffrance dans une temporalité plus longue. Là où la crise suicidaire tend à figer la personne dans un présent douloureux et sans issue, la foi permet de se projeter et peut ainsi contribuer à éclaircir un horizon. De plus, elles aident à remettre la souffrance dans une forme de narrativité et de cohérence dans la vie de l'individu. Celle-ci n'est plus insensée, illisible ou injustifiée, mais devient la volonté d'une puissance qui le dépasse : « C'est la volonté de Dieu. » Cela vient l'inscrire dans une histoire plus large que soi. Enfin, la religion peut véhiculer des valeurs morales qui s'inscrivent dans la santé mentale positive, telles que le respect de l'autre, le partage, la bonté et l'aide à relativiser.

L'appartenance religieuse peut également favoriser l'inscription dans une communauté, offrant des soutiens matériels et relationnels. Les lieux de culte apportent souvent un toit à l'heure où les dispositifs d'hébergement sont surchargés. Ces réseaux peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide, en particulier lorsque les liens sociaux sont fragilisés par la migration et la précarité. Ils participent à restaurer un sentiment d'appartenance et à rompre l'isolement.

Cette ressource demeure cependant ambivalente. En effet, la religion, en interdisant le suicide, peut mettre en place un cadre limitant le passage à l'acte. Cela doit cependant être distingué d'un apaisement réel de la souffrance : l'interdit religieux peut empêcher le passage à l'acte, mais peut également limiter la verbalisation du désespoir. De plus, la souffrance psychique peut être interprétée exclusivement à travers un registre moral. « Si je vais mal, c'est parce que j'ai péché », disent certaines personnes. Dans ces situations, la culpabilité et la honte peuvent être renforcées, rendant l'accès aux soins plus difficile. Il est donc essentiel de ne pas présumer du caractère protecteur ou délétère de la religion, mais d'explorer avec la personne la place qu'elle occupe pour elle. Aborder ces questions suppose une posture ouverte et non jugeante. Des questions simples permettent d'ouvrir cet espace, telles que : « Qu'est-ce qui vous aide à tenir ? » ou « À quoi vous raccrochez-vous dans les moments difficiles ? »

Redonner de l'espoir et retisser des liens

L'accompagnement des personnes en crise suicidaire en Pass, comme dans les dispositifs de prévention du suicide, repose sur la continuité du lien et la disponibilité. Cette dernière ne se limite pas au temps de la consultation. Il s'agit aussi de la possibilité d'être accueilli sans rendez-vous, de revenir, de téléphoner et d'être reconnu dans la durée par l'équipe. Cela peut constituer un facteur de protection. Pour des personnes dont les parcours sont marqués par les ruptures et la discontinuité, cette stabilité relative a une importance majeure. La Pass devient ainsi un lieu ressource, un point d'ancrage dans un quotidien marqué par l'instabilité.

Redonner de l'espoir ne signifie pas promettre une amélioration rapide des conditions de vie, souvent hors de notre pouvoir. Il s'agit plutôt de reconnaître la souffrance liée aux conditions de vie, qui est souvent une réaction normale à une situation anormale, et de soutenir l'idée que la situation peut évoluer, même lentement. Ainsi, nous pouvons parfois répondre : « Je ne peux changer votre situation mais je peux vous aider à mieux la vivre. »

Le soin s'articule étroitement avec le social. Orienter vers d'autres dispositifs, accompagner dans les démarches, soutenir l'accès aux droits participent pleinement à la prévention des crises suicidaires. Le soin ne peut être pensé indépendamment de ces dimensions, tant celles-ci conditionnent le vécu d'impasse ou, au contraire, la possibilité de se projeter dans un avenir meilleur. Un autre enjeu central est celui de la restauration du capital social. Repérer les liens existants, même fragiles, les valoriser

² Favro, P. et Amadéo, S. (2025). Religion et prévention du suicide – une approche multiculturelle. *Hegel*, 15(2), 239-248.

³ Koenig, M., Harold G., Tyler J. VanderWeele et Peteet, J. R. (2023). Définitions. Dans Koenig, M., Harold G., Tyler J. VanderWeele et Peteet, J. R., *Handbook of Religion and Health* (3^e éd.) (p. 3-14). Oxford University Press.

et les soutenir constitue un pan majeur de l'accompagnement. Il peut s'agir de relations familiales à distance, de liens communautaires, associatifs ou religieux, parfois mis à mal par la migration et la précarité. Favoriser la réinscription de la personne dans un réseau relationnel participe à rompre l'isolement et à diminuer le risque suicidaire.

Pour conclure, les patients s'adressent souvent à nous comme à un individu et non comme à un professionnel, sollicitant une présence humaine plus qu'une réponse technique. Cette posture implique une attention particulière. Il s'agit donc d'être présent sans se substituer, de soutenir sans créer de dépendance et d'accompagner sans promettre. Cet équilibre constitue un enjeu quotidien de la pratique en Pass. Dans ce contexte, redonner du sens et restaurer les liens constituent des leviers essentiels de prévention du suicide. La Pass, en tant que lieu d'accueil et de continuité du lien, y occupe une place singulière, au croisement du soin, du social et de l'humain. ▶

Christian⁴ a quitté le Cameroun après avoir subi des violences intrafamiliales durant de nombreuses d'années. Lors de son long parcours migratoire, il a été incarcéré plusieurs fois, notamment en Libye, avant de rejoindre l'Europe en traversant la Méditerranée. Épuisé lors de son arrivée en France, il est orienté à la Pass Psy par une Pass généraliste devant des idées suicidaires scénariées par l'ingestion de produits caustiques et la rédaction d'une lettre d'adieu à destination de son fils resté au pays. Il présente un trouble de stress post-traumatique sévère avec un risque suicidaire élevé et une intentionnalité forte dans un contexte de précarité sociale (soit l'isolement et le sans-abrisme). Il verbalise son « envie d'en finir » avec une vie qui ne lui a « apporté que du malheur », mais refuse toute prise en charge hospitalière en mettant notamment en avant une hospitalisation qui s'est mal passée en Italie. Initialement fermé, il accepte cependant de revenir en consultation peu de temps après et d'être rappelé au téléphone « seulement de temps en temps ». « Je sais que vous voulez m'aider, mais vous ne pouvez rien faire pour moi », confie-t-il. Parfois, il passe plus de temps à dormir au chaud en salle d'attente qu'en consultation. Comme sa présence aux rendez-vous est très aléatoire, nous lui avons finalement dit de venir quand il en ressentait le besoin, tout en lui expliquant qu'il ne serait reçu en consultation que peu

de temps et si les conditions le permettaient. Après quelques rendez-vous, il accepte finalement une médication, d'abord de la miansérine (10 mg) pour apaiser son sommeil, puis un traitement de fond, de la sertraline, qui a permis une relative amélioration de son état. Un signalement de sa vulnérabilité majeure lui a également permis d'accéder à un hébergement dans une autre région. Le lien s'est poursuivi quelque temps au téléphone, il repasse d'ailleurs nous voir quand il est de retour à Lyon.

Emmanuel est en France depuis plusieurs années. Il est parti d'Angola après avoir subi des persécutions, notamment de l'emprisonnement et de la torture, car il était opposant au gouvernement en place. Il a été débouté de l'asile et dort dans un campement dans le centre de Lyon. Il est orienté à la Pass par un service d'urgence à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Il accepte la prise en charge resserrée (soit des consultations hebdomadaires) et le traitement médicamenteux (de la paroxétine, un antidépresseur, et de la cyamémazine [25 mg], un neuroleptique anxiolytique). Sa principale ressource est la religion : il explique en effet que, ne supportant pas les conditions de vie au campement, il part prier dans une église lyonnaise dès le matin et y reste jusqu'à la fermeture. Il est ainsi soutenu par un prêtre, qui l'invigore. « Le père... prie pour moi, il me donne de la force », exprime-t-il. Il prend régulièrement de ses nouvelles et s'assure qu'il suit bien le traitement prescrit : « Il me rappelle de prendre mes médicaments et me dit que c'est bon pour moi. » Malgré le traitement, il décrit des symptômes psychotraumatiques résiduels avec des cauchemars et des flash-back, qu'il arrive à apaiser en se rendant à un groupe de prière. Il explique, en effet, que cela lui permet de partager sa peine avec d'autres personnes qui le comprennent. Ce soutien était un facteur rassurant, cela lui apportait des bases suffisantes et une stabilité pour l'orienter vers une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme, malgré ses conditions de vie précaires. Grâce à l'entremise de cet homme d'Église, il est hébergé chez une famille habitant à la campagne où il s'occupe d'un homme âgé et malade.

