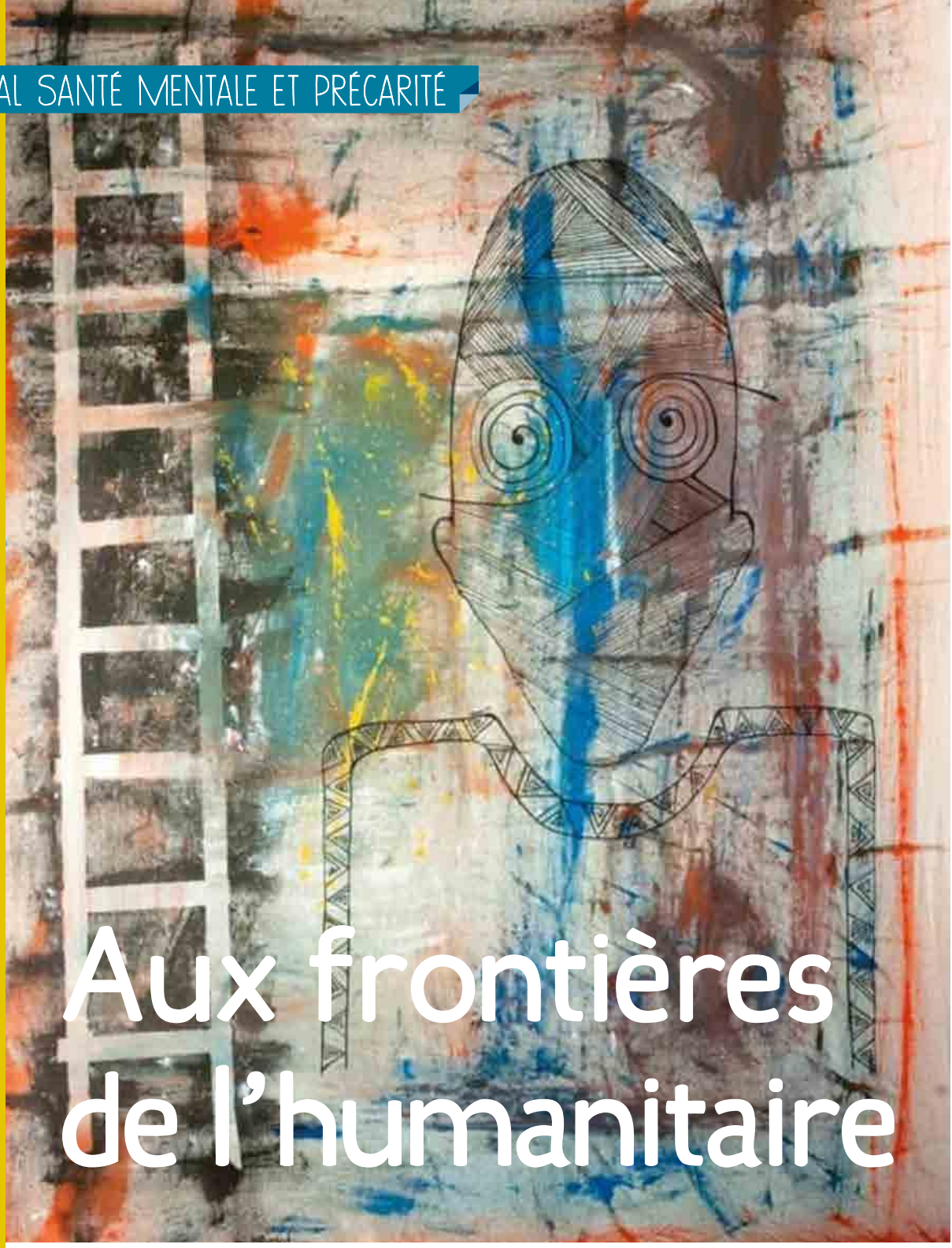
BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

RHIZOME



Aux frontières de l'humanitaire

RHIZOME n. m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante, souvent horizontale, émettant chaque année des racines et des tiges aériennes.



73

Octobre 2019

Nicolas Chambon

Édito

Différentes modalités d'intervention humanitaire se sont développées dans un monde bouleversé par des situations de crises majeures. Aujourd'hui, dans un contexte postcolonial, le modèle de l'action humanitaire se transforme au profit d'actions nationales ou internationales marquées du sceau de l'urgence et visant à répondre aux besoins fondamentaux des personnes. Dans cette perspective, les interventions humanitaires intègrent de plus en plus des programmes qui s'inscrivent dans la terminologie « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS, ou *Mental Health and Psychosocial Support* [MHPSS]).

Christian Laval rappelle comment ce soutien psychosocial se formalise. La pyramide d'intervention sur la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, présenté par le Groupe de

Sommaire

3 *Introduction et devenir d'une préoccupation sur la santé mentale dans le monde humanitaire*
Christian Laval

4 › 5 *Fondement et principes généraux des interventions psychosociales en urgence*
Évelyne Josse

6 › 7 « Cette personne est hors service. » *Santé mentale et soutien psychosocial au Yémen*
Davide Ziveri

7 *Le modèle de travail du Groupe de référence de l'IASC*
Fahmy Hanna

8 *Des interventions d'urgence à l'urgence du développement*
Sarah Rizk

9 › 10 *Sessions de soutien psychosocial avec des femmes syriennes réfugiées au Liban*
Véronique Traverso

11 *La relocalisation dans un pays tiers : espoirs et projections de réfugiés syriens au Liban*
Hala Kerbage

12 › 13 *À bord de l'*Aquarius
Marie Rajablat

14 *Rester soignant en contexte humanitaire*
Gaïa Barbieri

15 › 16 *Repenser nos cadres d'intervention avec les personnes migrantes*
Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky

17 *Le collectif « D'ici et d'ailleurs », passeur d'humanité*
Anne Bernard Hoti

18 › 19 *Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale*
Lou Einhorn, Vincent Tremblay, Halima Zeroug-Vial

référence du Comité permanent interorganisations (Inter-Agency Standing Committee [IASC]), fait référence dans ce domaine. Fahmy Hanna affirme que « les soutiens sociaux sont essentiels pour protéger et soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial en situation d'urgence ». Pour Évelyne Josse, il importe d'« encourager et soutenir les ressources d'une communauté ébranlée par un événement traumatique ». Un article élaboré lors d'un groupe de parole avec l'équipe SMSPS de Handicap International au Yémen illustre comment soutenir pratiquement la population. La position de l'équipe mérite d'être relevée : « Il ne s'agit pas de chercher des données épidémiologiques à partir de catégories diagnostiques occidentales, mais plutôt de comprendre les enjeux psychosociaux dus à une violence politique extrême. » Ils affirment plus loin que leur but est de « faciliter des espaces de dialogue, afin de recréer un tissu social inclusif dans lequel l'entraide est la première forme de résilience ». Entendons là une perspective clinique, dont Sarah Rizk rappelle qu'elle ne peut être uniquement accommodée à l'urgence et à des logiques économiques et de performance.

Véronique Traverso, observant au plus près un groupe de soutien psychosocial au Liban, documente le « travail d'équilibriste pour se maintenir sur le fil entre des considérations psychosociales générales et des échanges approfondis ». Par-delà des normes d'action, il est difficile dans la pratique de marquer des frontières dans les manières d'accompagner et de soigner. La catégorisation est une fiction plus ou moins opérante, mise à l'épreuve des pratiques. Hala Kerbage, psychiatre au Liban, rencontre des personnes syriennes réfugiées potentiellement relocalisées dans un autre pays et nous livre ce constat : « On perçoit souvent chez ces réfugiés en attente de relocalisation un désir d'effacer tout ce qui leur est arrivé et de refaire une nouvelle vie, ailleurs. » Là où certains ne voient chez les personnes en situation d'exil que l'attrait pour le pays d'accueil, on comprend que c'est avant tout une fuite. Loin de se résumer à une considération géopolitique, rencontrer une personne, c'est faire le constat que chacun compose avec les frontières des uns et des autres. L'objectivation les fige, la subjectivation les fait vivre.

Marie Rajablat témoigne, elle, de son action de sauvetage des personnes migrantes en mer à bord de l'*Aquarius*. Nous sommes au cœur de la frontière et de la violence de son passage. Son action et son témoignage, empreints d'humanité, illustrent la difficulté pour les professionnels et bénévoles d'intervenir dans ce contexte. L'augmentation du nombre de migrations contraintes internationalise les modalités de prise en charge en santé mentale et rend la situation des migrants dans les pays d'accueil, notamment leur santé mentale, problématique. Face à ce constat, Gaïa Barberi s'interroge : comment « rester soignant en contexte humanitaire » ? De même, pour Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, les migrants primo-arrivants obligent à repenser le cadre d'intervention clinique.

Il semble alors important de pouvoir proposer des espaces qui ne soient pas nécessairement adossés à des services de soins. Anne Bernard Hoti présente un groupe de rencontres entre des personnes réfugiées et françaises qu'elle anime en tant qu'assistante sociale. Elle défend l'idée que le « collectif restaure le lien d'humanité des personnes réfugiées ». Enfin, l'Orspere-Samdarra, à la faveur de la création d'un espace psychosocial, nous invite à « reconsidérer les frontières de la santé mentale ». Cet espace vise à participer à la reconnaissance d'attachements qui ne sont pas nécessairement connus ou légitimés.

Ce numéro nous invite à penser que la santé mentale est une problématique autant personnelle que collective. Nous pouvons agir sur soi, sur la relation à l'autre, sur les structures collectives, mais pas *sur* l'autre. Ce qui tend à devenir une évidence pour les personnes qui présentent des troubles de santé mentale grâce à des mobilisations et des initiatives de plus en plus nombreuses des personnes concernées le devient aussi dans l'action dite « sociale » ou « humanitaire ». Il faut alors composer avec des groupes sociaux et communautaires hétérogènes. Mais ces communautés existent moins dans la différence entre soi et l'autre que dans l'inscription d'un sujet dans son environnement social ou culturel. Faisons le pari que le fait d'être à l'écoute des revendications communautaires est moins une manière de marquer une frontière entre des communautés, que d'entendre la possibilité pour la personne de s'inscrire, de faire avec, voire de s'émanciper de ses groupes sociaux d'appartenance. Et si le soutien psychosocial n'était pas une version euphémisée de la « clinique », mais bel et bien une écologie de l'intervention, où le social et le psychique ne sont pas des catégories préétablies, mais un couple dynamique et singulier ; pour que les frontières, notamment entre le social et le psychique, puissent se dire, se discuter et se transformer ?

Christian Laval
Sociologue
Lyon

Introduction et devenir d'une préoccupation sur la santé mentale dans le monde humanitaire

Lorsqu'à l'orée des années 1990, les acteurs humanitaires introduisent la thématique de santé mentale en Arménie puis en ex-Yougoslavie, ils sont animés par un souci pratique qui consiste à témoigner d'une souffrance psychique qui ne se voit pas et qui ne peut être médiatisée. Les organisations non gouvernementales (ONG) sont motivées par une dimension morale et, afin de décrire ce qu'elles voient sur le terrain, elles ont besoin d'un vocabulaire d'expert. Pour ce faire, elles vont faire appel à des « psys » – psychiatres et psychologues – afin d'authentifier la santé mentale dégradée des populations. Ainsi, au fur et à mesure des années, deux objectifs distincts vont être poursuivis.

Le premier objectif de cette démarche porte le souci du témoignage et du « prendre soin ». Les premiers psys humanitaires ne parlent pas de *post-traumatic stress disorder* (PTSD). La dimension morale est princeps. C'est le souci de l'autre souffrant qui caractérise leur démarche éthique. Lorsque les soignants psys humanitaires annoncent « *Nous soignons les blessures qui ne se voient pas* », ce n'est pas la catégorie nosographique de la clinique psychiatrique qui est l'essentiel de leur préoccupation. Bien au contraire, leur engagement s'accompagne d'une mise à distance importante par rapport aux classifications académiques[1]. Les risques de stigmatisation nosographique sont dénoncés.

Le second objectif, basé sur le travail clinique, s'appuie sur des concepts forgés par la discipline psychiatrique afin d'asseoir un solide plaidoyer concernant le poids des souffrances psychiques engendrées par les guerres et les catastrophes. Au fur et à mesure de leur engagement, les psys cherchent et expérimentent des concepts plus ajustés aux situations complexes qu'ils rencontrent. D'une part, cela explique l'apparition et le succès de certains termes dans le monde humanitaire, tels que le psychotraumatisme, la résilience, mais aussi la détresse psychique, ainsi qu'*a contrario,* le bien-être psychique et la santé mentale positive. D'autre part, cela a également participé à faire émerger diverses controverses sur les manières de « faire de la santé mentale » en contexte humanitaire (les arguments avancés sont, à titre d'exemple : la rareté des ressources, l'hégémonie des théories occidentales, les différences culturelles, l'existence aléatoire des systèmes de santé, l'autoplacement de certaines ONG qui se proclament innovantes sur ce sujet).

L'intervention humanitaire en santé mentale a donc oscillé entre une activité de reconnaissance de diverses formes de souffrances psychiques et une meilleure identification des troubles mentaux en contexte de grande vulnérabilité sociale. C'est au creux de l'écart existant entre l'accent mis en prioritairement sur le travail humanitaire ou alors sur l'évaluation biomédicale, que se sont construites des collaborations entre acteurs humanitaires soignants psys et chercheurs. Ces derniers souhaitant tout d'abord quantifier, expliciter, analyser les causes et les corrélations qui provoquent des troubles psychiques en situation dite humanitaire, le risque demeure que les priorités initiales du travail humanitaire (témoigner et consoler pour réduire l'injustice) soient inversées.

Mais de quelle sorte d'injustice parle-t-on ? De la pratique psychiatrique aux interventions qui se font au nom de la santé mentale, le rapport entretenu entre soin psychique et injustice sociale est en mutation profonde. Depuis sa création, la psychiatrie, en tant qu'elle traite des pathologies mentales, a été régulièrement traversée par des sentiments collectifs d'injustice. Ceux-ci se réfèrent aux expériences morales vécues par les acteurs du soin (soignants et patients) et ont donné lieu à des critiques de l'institution asilaire, mais aussi à l'invention d'alternatives aux pratiques de soins en vigueur. Durant la période dite de désinstitutionnalisation, ces sentiments d'injustice ont contribué à redéfinir la folie non comme une exception (qui justifierait le fait asilaire), mais comme partie intégrante de la condition humaine. Plus récemment encore, la demande de justice visant à moins de subordination et à plus de réciprocité dans les échanges, issue du mouvement des usagers, s'est posée plus particulièrement en matière de dé-stigmatisation et de droit à la différence.

Aujourd'hui, de nouvelles formes de comptes rendus se cherchent. Appelons cette situation nouvelle *une préoccupation de santé mentale.* Notons d'emblée que la constitution d'une représentation commune de ce qu'est et de ce que devrait être la santé mentale (socle scientifique, public cible, technologies propres) n'est pas encore faite. Loin de là. Notons, toutefois, une caractéristique essentielle qui la différencie de la psychiatrie. Un cycle renouvelé de sentiments collectifs d'injustice portés, entre autres, par des acteurs moraux, soit les intervenants au front de l'humanitaire (mais aussi de la précarité sociale ou du monde du travail), a contribué à rendre visible une souffrance psychique d'origine sociale différenciée des pathologies psychiatriques. S'est ainsi ouvert une théorie d'intervention dans le champ humanitaire labellisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par les concepts de *santé mentale* et de *soutien psychosocial*[2].

Au sein de cette reconfiguration sociétale, où l'intériorité acquérant une valeur économique et sociale appelle une politique de la preuve, il devient essentiel de rester vigilant sur les mouvements généraux de quantification et de classification exponentiels des états mentaux, soit à des fins morales et cliniques, soit à des fins de gestions des populations. ◗

1 Fassin, D. et Rechtman, R. (2011). *L'Empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime.* Paris : Champs Essais Flammarion.

2 Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (IASC). Repéré à https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings

Évelyne Josse
Maître de conférences associée à l'université de Lorraine (Metz)
Psychologue, psychothérapeute (EMDR, hypnose, thérapie brève), psychotraumatologue[1]
La Hulpe, Belgique

Fondement et principes généraux des interventions psychosociales en urgence

Les actions en santé mentale menées dans les contextes d'urgence ont pour objectif de soutenir psychologiquement et socialement les populations éprouvées et de diminuer les effets du traumatisme psychique, du stress, de la souffrance psychologique, de la détresse, du deuil et des pertes multiples ainsi que de la désintégration du tissu social.

Interventions psychosociales et cliniques

Par « interventions psychosociales » sont désignées les actions visant prioritairement à créer, restaurer et maintenir le fonctionnement social de la population affectée ainsi que l'équilibre affectif et émotionnel des individus au sein de leur environnement social. L'appellation « interventions cliniques » est réservée aux actions centrées sur les individus les plus vulnérables, visant spécifiquement des effets psychologiques ou psychiatriques.

Les approches psychosociales et cliniques ne s'excluent pas mais se complètent et se renforcent mutuellement. Toutes deux contribuent à préserver et à restaurer l'équilibre des personnes afin de comprendre et répondre aux défis de la vie quotidienne, ressentir et exprimer un éventail d'émotions et maintenir des relations de qualité avec leur environnement social. Les processus psychiques et sociaux étant étroitement liés : les interventions psychosociales ont des effets sur la situation personnelle et, inversement, l'amélioration clinique des individus a des répercussions sur la dynamique collective. En effet, la reconstruction du tissu social contribue à réduire sensiblement, voire à éliminer les conditions qui produisent des troubles psychologiques. En retour, l'équilibre individuel incite les individus à s'engager activement et de manière positive au sein de leur communauté, promouvant ainsi la cohésion sociale. Notons encore que les activités psychosociales offrent l'opportunité d'identifier les individus vulnérables permettant ainsi de les adresser vers les services adéquats[2].

Idéalement, les interventions de santé mentale comprennent deux dimensions : d'une part, des activités psychosociales préventives dirigées vers toute la communauté affectée et/ou vers des groupes vulnérables ; d'autre part, des activités psychosociales et cliniques, préventives et curatives, s'adressant aux personnes souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques, ou à risque de développer ultérieurement un trouble mental suite aux événements vécus.

Toute communauté produit sa santé mentale au même titre que son économie, son système scolaire, son régime politique, sa culture ou son histoire. Une communauté peut aussi bien construire que détruire sa santé mentale.

Les catastrophes naturelles et les guerres sont des éléments exogènes aux individus qui ébranlent l'organisation sociale et créent des conditions défavorables au maintien de l'équilibre psychique. En effet, elles provoquent des dégâts matériels substantiels (habitations, établissements scolaires, institutions, industries et structures de soins de santé détruits, routes et ponts coupés, etc.), altèrent la géographie humaine (cultures inondées, région militarisée dont les civils sont exclus, par exemple), affectent le fonctionnement et les activités de la population et perturbent la continuité de l'organisation sociale par destruction ou altération de ses réseaux fonctionnels (réseaux de production, de distribution et de consommation d'énergie, de nourriture, d'eau potable et de soins médicaux, de circulation des biens et des personnes, des systèmes de communication et d'information, d'éducation, de maintien de l'ordre et de gestion des cadavres).

Face aux événements hautement stressants et traumatiques, la communauté a la capacité de s'aider elle-même à travers les réseaux traditionnels de soutien et les stratégies de *coping*[3] préexistantes. Des actions concrètes peuvent maintenir, consolider et accroître le bien-être mental des individus et de leur communauté, notamment par le rétablissement d'activateurs sociaux. Parmi ces activités, citons la diffusion d'information, le rétablissement des liens familiaux et la réunification des familles dispersées pendant la fuite ou la migration, la réintroduction d'un quotidien prévisible, la reprise d'activités sociales[4] et la facilitation du support mutuel[5]. Ces interventions ne relèvent pas du domaine de l'expertise des professionnels de la santé mentale et sont généralement mises en œuvre dans des contextes non cliniques (abris, camps, établissements scolaires, centres communautaires).

Toute la communauté est touchée

Les situations d'urgence provoquent un afflux massif de rescapés, de déplacés ou de réfugiés. Même si la plupart d'entre eux ne présentent aucune pathologique mentale, bon nombre sont en crise parce qu'ils ont été soumis à un événement générateur de stress, voire traumatique. Le vécu de crise est collectif, le tissu familial et social est profondément ébranlé et, par conséquent, le risque de séquelles dans la population est important.

La communauté a des ressources

En règle générale, les survivants d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit sont des gens « normaux » ; ils étaient autonomes et compétents avant le drame et le redeviendront après. La plupart d'entre eux ne s'effondrent pas. Ils ne sont pas sans ressources et totalement dépendants de l'aide humanitaire. Ils restent des individus ordinaires, même s'ils ont vécu une expérience désastreuse hors du commun. Pour preuve, les survivants, indemnes ou légèrement blessés, n'attendent pas l'arrivée des secours, mais construisent spontanément des abris de fortune, se mettent en quête d'eau et de nourriture et portent immédiatement assistance aux blessés et aux plus vulnérables.

1 Nous vous invitons à consulter le site internet de l'auteure : www.resilience-psy.com

2 Josse, É. et Dubois, V. (2009). *Interventions en santé mentale dans les violences de masse.* Bruxelles : De Boeck.

Si la plupart des personnes acceptent dans un premier temps de recevoir de l'aide, elles désirent cependant retrouver leur autonomie le plus rapidement possible. Il est donc important de les encourager à se construire cette nouvelle vie sans tarder. Les rescapés ont perdu leur logement, leurs biens matériels, leur travail, des proches, mais ils n'ont perdu ni leur savoir ni leurs compétences. Ils ont été forcés d'abandonner leur mode de vie et leurs rôles traditionnels, mais ils ont la capacité d'en redéfinir d'autres, similaires ou différents.

Une communauté forte pour soutenir les plus vulnérables

Encourager et soutenir les ressources d'une communauté ébranlée par un événement traumatique renforce les mécanismes opérants pour prendre soin des plus dépendants et des plus vulnérables. En effet, la santé mentale de ces derniers dépend avant tout du soutien social qui leur est offert.

Facteurs favorisant le processus de récupération psychosociale

Voici quelques facteurs de récupération qu'il est possible de stimuler rapidement et efficacement dans les premiers temps de l'urgence.

Une bonne information

Une fois les besoins primaires satisfaits, le tout premier besoin vital est d'être informé. Pendant la crise, les gens subissent sans comprendre ce qui leur arrive. Une bonne information sur les événements (récents, actuels et attendus) et sur les mesures prises pour maîtriser la situation permet de réduire sensiblement l'état de stress et de prévenir son impact traumatique. En effet, l'information procure un sentiment de maîtrise et de contrôle de la situation, et réintroduit de la prévisibilité par rapport au futur.

Le support social et familial

Quand les supports sociaux et familiaux sont efficaces, ils offrent des ressources suffisantes pour redonner un sens à la vie et régénérer l'estime de soi.

Les comportements d'adaptation

Lorsque les personnes peuvent expérimenter des comportements d'adaptation efficaces suite à l'événement traumatique, cela leur permet de retrouver le sentiment d'avoir une prise sur leur vie et sur les événements. Par exemple, si elles ont la possibilité de faire des choix ou d'être actives par rapport à leur condition de rescapé, de déplacé ou de réfugié (par exemple en participant à la construction des camps, en cuisinant la nourriture plutôt qu'en recevant des repas préparés, en créant des activités scolaires et ludiques pour les enfants), elles diminuent leurs risques de présenter des séquelles psychotraumatiques à long terme.

Le retour à la routine quotidienne

Plus vite les personnes ont la possibilité de retrouver une routine quotidienne, moins elles courent le risque de développer des troubles mentaux :

- les activités sociales, culturelles et religieuses peuvent apporter un sentiment de vie normale même dans un camp de déplacés et de réfugiés ;
- les activités scolaires et les jeux offrent un cadre structurant permettant aux enfants de poursuivre leur apprentissage tout en les aidant à dépasser leurs peurs, et ce, où que ce soit ;
- pour les femmes, la possibilité de parler avec d'autres femmes peut les réconforter, même au sein d'une population déplacée ;
- travailler peut aider les hommes à se sentir de nouveau pleinement époux et pères, même loin de leur demeure.

L'aide psychologique de première urgence

Dans la mesure du possible, un support émotionnel simple et efficace, basé sur le sens commun, doit immédiatement être apporté aux victimes directement affectées par le désastre ou la violence et leurs conséquences. Ce soutien non expert, fondé sur le respect, l'empathie et l'écoute peut être prodigué par des professionnels de la santé mentale ou par des assistants psychosociaux formés à ce type d'intervention. Ces aidants doivent être à l'écoute des personnes affectées (entretiens informels et peu structurés) et les encourager à s'exprimer, mais sans les forcer. Pour certaines victimes, leur seule présence silencieuse constitue un soutien précieux. Les aidants doivent reconnaître la pénibilité des événements vécus par les victimes, s'assurer que leurs besoins de base sont satisfaits, se soucier de leurs autres besoins essentiels et, le cas échéant, les orienter vers les services *ad hoc*. Ils veilleront particulièrement à venir en aide aux personnes aux prises avec des réactions émotionnelles majeures ou des problèmes personnels.

Travailler avec le personnel local

Lorsqu'elles interviennent en situation d'urgence, les organisations d'aide doivent envisager la continuité de l'action entreprise, car toute intervention crée des besoins qu'il est indispensable de prendre en considération. Les bénéficiaires peuvent souffrir durablement de troubles de santé mentale et nécessiter de l'aide longtemps après la cessation du programme humanitaire. Il est donc essentiel de créer des relais dès le début du projet en collaborant avec le réseau d'aide existant dans la communauté, la région et le pays.

Outre la pérennité des activités, les bénéfices d'un travail avec des partenaires locaux sont :

- gagner la collaboration de la communauté qui créditera plus volontiers les activités humanitaires si elles sont avalisées par des leaders communautaires à qui elle accorde sa confiance ;
- disposer d'une visibilité sur l'aide existante et la manière dont les patients y ont accès ;
- faciliter la prise de décision et l'affectation rapide des ressources ;
- dépasser plus facilement les malentendus et les incompréhensions de la communauté par rapport au programme de santé mentale ;
- promouvoir des interventions culturellement appropriées.

Conclusion

Au vu des répercussions délétères des désastres et des situations de conflit sur les communautés, on comprend l'importance que revêtent les aides visant la restauration du tissu social et des processus collectifs. Le renforcement de la communication et des réseaux sociaux doit donc constituer un objectif à part entière des programmes de santé mentale. Néanmoins, si le volet communautaire est essentiel, il ne doit pas occulter la dimension individuelle. Dans la mesure du possible, les programmes de santé mentale devraient comprendre un volet clinique permettant de répondre aux besoins spécifiques des personnes les plus vulnérables.

3 Face à une situation difficile, nous ne restons pas inactifs, mais nous tentons d'y répondre. En anglais, on parle de *coping* (du verbe *cope with*, signifiant « faire face »). Le *coping* peut être défini comme la façon dont nous raisonnons et agissions pour remédier aux situations stressantes. Les processus de *coping* peuvent être orientés vers la diminution de la réaction de stress (relaxation, activité de détente, invitation à relativiser, à penser à autre chose) ou vers le contrôle de la situation stressante (recherche d'information et de solutions). Ils peuvent être « évitants » (agressivité, déni, résignation, fuite, consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues) ou « vigilants » (recherche d'information, de moyens et de solutions, recherche de soutien social).

4 Rites religieux, coutumes, rituel du thé ou du café, activités récréatives pour les adultes telles que les cartes et autres jeux traditionnels, activités ludiques, sportives et éducatives pour les enfants et les adolescents, médiation familiale ou communautaire, etc.

5 Intégration sociale des personnes isolées, mise en contact des personnes avec les services existants ou avec les ressources communautaires, groupes d'entraide, etc.

Davide Ziveri
Docteur en psychologie sociale
Handicap International
Bruxelles

« *Cette personne est hors service.* » Santé mentale et soutien psychosocial au Yémen

« Hors service » : c'est par cette expression que certains Yéménites qualifient toute personne souffrant d'un trouble de santé mentale[1]. Huit ans après la transformation paradoxale et perverse des revendications du Printemps arabe au nom de la démocratie en une guerre qui laisse 24 millions de personnes en besoin d'assistance humanitaire ou de protection[2], c'est une population entière qui se trouve « hors service ».

Les infrastructures du pays se sont en partie effondrées ; la fragmentation du pouvoir, qui contribue à la détérioration économique au vu du nombre de fonctionnaires sans salaire, fragilise la cohésion sociale. Les efforts auparavant déployés afin de poursuivre sa propre éducation ou la construction de sa maison ont été supplantés par d'autres priorités, telles que celle de s'assurer un abri pour la nuit. Cela, bien entendu, sans pouvoir se ressourcer. Chez l'individu, le stress est aigu et les préoccupations nombreuses : elles vont de la honte que ressentent les chefs de famille ne pouvant pas assurer un niveau de nutrition basique à leurs enfants ; à la peur que suscite l'actuelle explosion de la criminalité d'occasion qui vient s'ajouter aux violences de la guerre ; ou encore l'angoisse que provoque chaque bruit d'avion (évoquant les bombardements menés par la Coalition internationale dirigée par l'Arabie Saoudite, qui se poursuivent depuis 2015).

Les problèmes psychosomatiques ne sont qu'une manifestation d'un état de pression constante, d'une série de pertes sans fin et d'un deuil compliqué, d'une peur toujours présente, d'une incertitude envers le futur et un désespoir qui engloutit tout effort empathique, ou encore des tensions et de la violence intrafamiliales. Les enfants, par exemple, expriment leur souffrance par des comportements régressifs ou de l'agressivité difficile à gérer par leurs parents. Il ne s'agit donc pas de chercher des données épidémiologiques à partir de catégories diagnostiques occidentales, mais plutôt de comprendre les enjeux psychosociaux dus à une violence politique extrême. Chercher de l'aide auprès des centres de santé, souvent extrêmement impactés par les opérations militaires (bombardements), n'est pas le premier choix pour un individu : de nombreux médecins se sont réfugiés à l'étranger, les personnels médicaux ne perçoivent plus ou peu de salaire et les médicaments manquent. Les services privés dans le secteur de la santé mentale sont rares, coûteux et basés sur un modèle de soins exclusivement psychiatriques. L'accès aux services de base est fort difficile, surtout pour les personnes en situation de handicap, les patients en santé mentale qui restent isolés et même enchaînés dans les maisons, et les personnes vulnérables qui habitent en zone rurale.

Les services de santé mentale et psychosociale (SMSPS), au-delà de ces défis, souffrent des malentendus propres à ce secteur, encore plus flagrants là où les conséquences de la violence sont confondues avec des maladies mentales et où les difficultés des patients chroniques sont exacerbées par le manque de continuité de soins.

Au Yémen, la notion de « souffrance psychique » est de plus en plus admise, car elle est perçue comme étant liée à des causes externes et non plus comme une faiblesse. Puisque les normes sociales ont été saccagées par un état d'urgence continu, il est devenu difficile de distinguer ce qui est jugé « normal ». Néanmoins, exprimer la souffrance reste malaisé, surtout pour les combattants (peut-être en raison de leur rôle social). Partager un vécu douloureux est souvent tabou, même en famille, car il y a une crainte des conséquences sociales. En effet, les problèmes psychologiques sont parfois vus comme une maladie infectieuse. Par exemple, une femme qui révèle un problème de santé mentale risque de réduire ses chances de mariage. Par ailleurs, les femmes ne participent pas aux prises de décisions, y compris celles qui les concernent telles que recevoir de l'aide professionnelle. La famille reste néanmoins un lieu de ressourcement, les activités sociales à l'extérieur de ce cercle étant très réduites. Entre autres stratégies de gestion du stress, les hommes (et les femmes dans des espaces privés) peuvent mastiquer du *qat*[3] ou fumer la *shisha* ensemble. Pour beaucoup, la religion aussi est un facteur protecteur (dans l'adversité, certains vivent leurs pratiques religieuses de façon plus orthodoxe). Cet aspect est souvent oublié par une intervention psychosociale qui n'ose pas se laisser transformer par la culture locale au nom des principes humanitaires d'impartialité et neutralité. C'est un débat éthique qui mériterait davantage d'espace et de créativité. Des approches plus sensibles aux confessions religieuses (*faith-sensitive*) sont conseillées par l'Inter-Agency Standing Committee (IASC)[4], le mécanisme de coordination humanitaire. Cependant, une utilisation purement tactique du discours spirituel pourrait susciter une certaine méfiance. En effet, les acteurs humanitaires – les organisations non gouvernementales (ONG) – sont parfois mal perçus par la population. Leur positionnement est encore plus sensible en ce qui concerne les activités SMSPS qui, par ailleurs, ont été récemment suspendues dans certaines zones du pays par les autorités locales, probablement en raison d'une méconnaissance du secteur, ou d'un manque d'adaptation culturelle des outils ou de son pouvoir de transformation sociale.

Face à cette opposition, il s'agit d'investir davantage dans la représentation du secteur SMSPS. C'est tout un discours sur la souffrance dans les contextes de guerre qui doit prendre plus de place au sein des interventions humanitaires. Cela ne se réduit pas à une simple activité de sensibilisation ; il s'agit plutôt d'une coconstruction d'une narration sur l'humain face aux changements violents et critiques. Cela demande une collaboration avec les communautés, leurs leaders (notamment les *shiekh* et autres référents), ainsi qu'avec les usagers des services de santé. Finalement, le but de la SMSPS est de faciliter des espaces de dialogue, afin de recréer un tissu social inclusif dans lequel l'entraide est la première forme de résilience.

Malgré ces obstacles, les réussites des activités SMSPS ne manquent pas. Prenons le cas d'une enfant de 8 ans qui n'arrivait

1 Les informations de cet article ont été recueillies lors d'un groupe de parole avec l'équipe SMSPS de Handicap International au Yémen, au mois d'août 2019 (4 hommes et 7 femmes, psychologues et personnels non spécialisés tous confondus) dans le cadre des projets financé par la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne, anciennement appelée Office humanitaire de la Communauté européenne (*European Commission Humanitarian Office*, ECHO), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le gouvernement allemand. Les noms des plusieurs contributeurs à cet article ont été omis pour des raisons de sécurité. L'auteur remercie toute l'équipe de Handicap International au Yémen.

2 Humanitarian Needs Overview (2019). Repéré à https://www.ochayemen.org/hpc/

3 Plante traditionnelle qui contient une substance psychotrope.

4 French, M. et Fitzgibbon, A. (2018), *A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming.*Geneva and Birmingham: LWF and IRW.

plus à exprimer verbalement ses émotions à la suite d'une amputation. Elle refusait tout type de soutien. Le travail de l'équipe SMSPS de Handicap International avec la famille a facilité sa réhabilitation physique, fonctionnelle et psychologique. Le dernier jour de son hospitalisation, le personnel a organisé une fête pour elle et elle a progressivement recommencé à dessiner et à jouer.

Si le but ultime de toute intervention SMSPS est de permettre de regagner de l'espoir, pouvons-nous déléguer cette tâche au seul secteur médical ? Une prise en considération intégrée des besoins de base et d'autres déterminants sociaux de la santé mentale s'avère nécessaire. Dès lors, parmi les nombreux défis à relever, il y a celui d'assurer des programmes à long terme, capables de susciter de la confiance entre les prestataires de services et les usagers. Soulignons aussi toute l'importance d'offrir un soutien continu au personnel de santé (coaching et supervision), eux-mêmes membres de la même communauté en souffrance.

En conclusion, la situation extrême au Yémen amène à un double questionnement. Pour les usagers des services SMSPS, comment remettre l'espoir « en service » pour des personnes en souffrance psychosociale considérées par leur entourage « hors-service » ? Pour les professionnels du secteur, comment éviter le piège de l'impuissance pour offrir un soutien digne et de qualité face à l'impact de la violence sur l'individu, la communauté, et le sens ?

Le modèle de travail du Groupe de référence de l'IASC

Fahmy Hanna

Responsable technique, coprésident du Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (IASC) sur la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence
Département de la santé mentale et de la toxicomanie, OMS
Genève

Le terme « psychosocial » désigne l'interconnexion entre les processus psychologiques et sociaux et le fait que ceux-ci interagissent et s'influencent continuellement. Le terme composite « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) est utilisé pour décrire tout type de soutien local ou externe visant à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux. Les soutiens sociaux sont essentiels pour protéger et soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial en situation d'urgence. Il est essentiel qu'ils soient organisés au travers des nombreux secteurs dans lesquels l'aide d'urgence est fournie (tels que la santé, la protection, la gestion de camps, l'éducation, la sécurité alimentaire et la nutrition, les abris, l'eau et l'assainissement).

En intégrant les SMSPS à la programmation, tous les acteurs humanitaires peuvent contribuer à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes affectées par des situations d'urgence. Durant ces dernières, les réponses SMSPS englobent différents niveaux de soutien coordonnés dans différents secteurs, selon un modèle à plusieurs niveaux complémentaires (illustrés par la pyramide d'intervention pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence[1]).

Pour la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations affectées par l'urgence, il est d'une importance primordiale de mettre en place des mesures visant à rétablir les sentiments fondamentaux de dignité et de sécurité, tout en améliorant l'égalité d'accès aux services de base en utilisant des approches participatives (niveau 1). Le bien-être de tous devrait être protégé par le biais de la (re)mise en place de la sécurité, d'une gouvernance adéquate et de services répondant aux besoins physiques de base (nourriture, logement, eau, soins de santé de base, lutte contre les maladies transmissibles). Dans la plupart des situations d'urgence, des spécialistes fournissent des services de base dans les secteurs tels que l'alimentation, la santé et le logement.

Une réponse associant SMSPS aux besoins de services de base et de sécurité peut consister à plaider pour que ces services soient mis en place avec des acteurs responsables ; à documenter leur impact sur la santé mentale et le bien-être psychosocial ; et à influencer les acteurs humanitaires pour que les services de base qu'ils mettent en place promeuvent la santé mentale et le bien-être psychosocial. Ces services devraient être mis en place de manière participative, sûre et socialement appropriée, afin de protéger la dignité de la population locale, renforcer les soutiens sociaux locaux et mobiliser les réseaux communautaires.

D'autres interventions importantes visent le renforcement de la cohésion sociale et de soutien dans la communauté et la famille (niveau 2). C'est particulièrement le cas des interventions d'urgence pour un plus petit nombre de personnes dont la santé mentale et le bien-être psychosocial peuvent être maintenus en les aidant à accéder à des soutiens clés de leur communauté et de leur famille. Dans la plupart des situations d'urgence, les réseaux familiaux et communautaires sont gravement perturbés par les pertes, les déplacements de populations, la séparation des familles, les craintes et la méfiance de la communauté. Cependant, même lorsque les réseaux familiaux et communautaires restent intacts, les personnes en situation d'urgence pourront ainsi bénéficier d'une aide pour accéder à davantage de soutien communautaire et familial. Les actions d'urgence utiles dans ce niveau incluent la recherche de la famille et sa réunification, l'assistance au deuil et les cérémonies de guérison collectives, la communication de masse sur les méthodes d'adaptation constructives, les programmes de soutien parental, les activités éducatives formelles et non formelles, les moyens d'existence, ainsi que l'activation de réseaux sociaux, tels que les groupes de femmes ou les clubs de jeunes.

Un soutien émotionnel et pratique (par le biais d'interventions individuelles, familiales ou de groupe) peut être également fourni par des travailleurs non spécialisés et par des pairs sympathisants dans les domaines de la santé, de l'éducation ou des services communautaires (niveau 3). Le cas échéant, les interventions spécialisées en SMSPS (par exemple, des interventions psychologiques ou pharmacologiques appropriées) seront fournies par des spécialistes (niveau 4).

1 Afin de voir la pyramide d'intervention pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, nous vous invitons à consulter la version électronique de cet article sur le site internet de l'Orspere-Samdarra.

Sarah Rizk
Responsable santé mentale
Handicap International
Lyon

Des interventions d'urgence à l'urgence du développement

Le fardeau total de la morbidité en lien avec les troubles mentaux est estimé à 13 %, tant dans les pays à faibles et moyens revenus que dans les pays à haut revenus[1]. Ce chiffre très élevé est souvent majoré dans les situations de conflits, de catastrophes naturelles et de grandes précarités socio-économiques à la suite des multiples pertes, séparations, disparitions de proches et de biens ainsi que des renversements des dynamiques sociales entre les femmes et les hommes, et entre les générations.

Ainsi, au sein des contextes dans lesquels les professionnels de santé mentale sont peu nombreux, où les besoins fondamentaux ne sont pas toujours couverts et où la sécurité physique des individus n'est pas garantie, penser des dispositifs soignants constitue un défi. Les réponses possibles dans le champ de la santé mentale sont souvent multiples. Nous remarquons qu'une grande partie de ces interventions insistent sur l'importance de reconnecter l'humain avec son humanité et de lui permettre de recouvrer sa dignité. Ces dispositifs de soin, souvent catégorisés en « santé mentale et soutien psychosocial », tentent de répondre d'une certaine manière aux causes sociales de la détresse psychologique. Les activités qu'on y retrouve cherchent à renforcer ou à recréer des liens avec l'environnement social, à partager des vécus et des émotions avec d'autres semblables qui évoluent dans les mêmes métacadres sociaux et à s'autoriser à investir des objets culturels communs. Ces projets mobilisent ainsi toute personne de la communauté qui a le souci de l'autre, de son mieux-être, de sa sécurité, quels que soient son statut et sa fonction sociale. Dans l'action humanitaire, ces activités socioculturelles sont souvent complétées par des activités plus spécialisées pour la gestion des psychotraumatismes, des deuils, des dépressions, des troubles de l'anxiété et de l'adaptation souvent rencontrés dans ces contextes.

Face à la détresse des populations, les organisations qui proposent des services en santé mentale et en soutien psychosocial puisent dans leur créativité pour répondre au mieux et de la manière la plus juste possible aux besoins des personnes rencontrées. Des recherches ont été menées pour modéliser ces interventions puis mesurer leurs pertinence, efficacité et durabilité afin de les transposer à grande échelle à la demande des gouvernements et des bailleurs. Il s'agit alors de dupliquer ces modèles sur une zone géographique plus large et parfois même à l'échelle nationale afin de répondre aux défis du manque de service de proximité et de qualité. Ainsi ont émergé des modèles comme le *Problem Management Plus* (PM+)[2], développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le *Friendship Bench*[3] ou encore le *Group Interpersonal Therapy for Depression*[4]. Ces modèles sont souvent inspirés des théories cognitivo-comportementales ou d'autres théories « démontrées efficaces par la preuve ». Leur résultat est souvent conditionné par des dispositifs de supervisions continues, assurées par des experts du secteur de la santé mentale.

L'efficience de ces modèles est observée par la passation d'échelles de mesure pour évaluer le niveau de manifestation des signes anxio-dépressifs, la qualité de vie et le bien-être ainsi que la fréquentation de services de santé mentale et la satisfaction des usagers de ces services. Un autre critère jugé important, et qui permettrait aussi d'évaluer la qualité du modèle, est son coût par rapport au « retour sur investissement ». Ainsi, certains modèles utilisés, développés dans des contextes d'urgence comme le PM+, tendent à se démocratiser dans des projets de développement. Certains sont même inscrits dans des stratégies nationales en santé mentale jusqu'à s'imposer parfois dans des politiques publiques et se substituer à d'autres modalités de soin possible. Or celles-ci, qui tendent à s'uniformiser, ne tiennent pas toujours compte des facteurs culturels, des processus de narration et de subjectivation, ainsi que du questionnement de l'histoire, des cadres et du commun. Ces observations posent ainsi aux acteurs de l'urgence et du développement plusieurs questions : comment accompagner l'émergence des modalités de soin pertinentes et efficaces qui prennent en compte l'histoire d'un pays, de ses ressources et de ses ambitions d'émancipation vis-à-vis des pays donateurs ? Comment répondre aux défis de la charge mondiale et de la morbidité très élevée en santé mentale sans tomber dans l'idéalisation du *cure*, de l'approche médicale ou d'une approche unique, tout en s'inscrivant dans la perspective d'optimiser la productivité d'une personne en souffrance au sein de sa communauté ? Comment réinterroger la notion de *care* dans les projets de politiques publiques de santé mentale ? Comment faire dialoguer des approches de santé publique avec des initiatives locales qui naissent à partir de rencontres singulières dans des situations d'urgence humanitaire ?

Il semble indispensable et nécessaire de soutenir les dispositifs qui permettent l'émergence de la pensée et de la créativité pour trouver des solutions aux problèmes évoqués dans le secteur de la santé mentale, même à grande échelle, plutôt que de soutenir en priorité la duplication de modèles. Aujourd'hui, certaines orientations stratégiques de développement dans les pays à faibles et moyens revenus qui dépendent de l'aide internationale sont prises dans des logiques économiques, de performance et de survie. Ces logiques s'accordent mal avec des projets d'émancipation de la pensée et du soin.

1 OMS (2013). *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020* (8). Repéré à https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

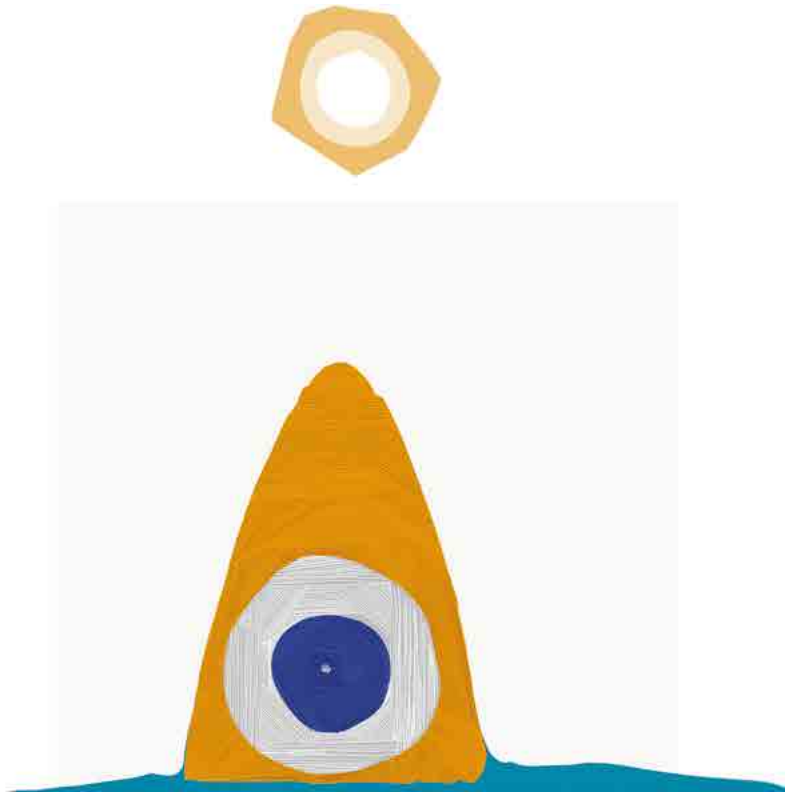
2 OMS (2018). *Gestion des problèmes Plus (PM+) : Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité (Version générique expérimentale 1.1).* Genève : OMS. Repéré à https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

3 https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/

4 OMS (2016). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (WHO generic field-trial version 1.0).* Genève : OMS. Repéré à https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

Véronique Traverso
Directrice de recherche au CNRS
Institut français du Proche-Orient
Beyrouth

Sessions de soutien psychosocial avec des femmes syriennes réfugiées au Liban



Au cours des entretiens effectués dans le cadre d'une analyse[1] du soutien psychosocial apporté aux personnes déplacées[2] en provenance de Syrie, et accueillies au Liban, les intervenantes interrogées (psychologues ou travailleuses sociales) font toutes référence, d'une manière ou d'une autre, à la « pyramide du soutien psychosocial et santé mentale (*Mental Health and Psychosocial Support* [MHPSS])[3] ». Cette représentation stratifiée des besoins et des formes de soutien distingue quatre niveaux : les aspects sociaux des besoins de base (niveau 1) ; le renforcement du soutien communautaire et familial (niveau 2) ; le soutien ciblé non spécialisé – prodigué par des médecins ou des travailleurs sociaux (niveau 3) ; le soutien ciblé spécialisé – prodigué par des spécialistes : infirmiers ou infirmières en psychiatrie, psychologues, psychiatres, etc. (niveau 4). Sur le terrain, on voit bien, pourtant, que les compréhensions de ces niveaux varient beaucoup selon les personnes. Mary, psychologue dans une association à Beyrouth et dans la région du Mont-Liban, se réfère ainsi principalement à deux catégories : « *Les femmes viennent chez l'assistante sociale, elles se plaignent. On fait la première évaluation (assessment), on voit qu'il n'y a pas besoin d'un suivi individuel et de thérapie avancée, je travaille avec eux en groupe.* » Nawal, psychologue qui travaille dans les camps au nord du Liban, distingue les interventions ciblées et les interventions orientées vers la communauté. Rosy, qui travaille dans une association à Beyrouth, de son côté, distingue le niveau 2 (non ciblé) du niveau 3 (ciblé) de la pyramide en fonction de la façon dont elle-même va permettre, ou non, la focalisation des échanges sur des problèmes personnels. Barbara, psychologue en formation travaillant également à Beyrouth explicite, quant à elle, clairement la façon dont elle reste vigilante, au cours des sessions, à reprendre les éléments personnels apportés par les femmes sous une forme générale. Ainsi, elle évite de dériver vers le niveau 3, par rapport auquel elle dit, d'une part, qu'elle n'a pas le droit de l'aborder (n'ayant pas encore son diplôme) et, d'autre part, que le cadre n'est pas approprié.

Une des façons pour toutes les intervenantes de gérer l'irruption de cas personnels dans les sessions collectives est de proposer aux femmes une discussion plus confidentielle après la session. Cet entretien leur permettra d'orienter la personne vers une organisation non gouvernementale (ONG) qui fait du suivi individuel – même si elles laissent aussi entendre n'avoir pas trop d'illusions sur les suivis individuels effectivement mis en œuvre.

Sur le terrain

L'analyse de sessions que j'ai filmées dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas) Liban[4] montre très clairement une tension constante entre le général et le ciblé, ainsi qu'entre les échanges collectifs ou deux à deux. Les intervenantes effectuent un véritable travail d'équilibriste pour se maintenir sur le fil entre des considérations psychosociales générales et des échanges approfondis sur un cas apporté par une femme. Et elles résolvent cette tension de façons très différentes. Certaines réalisent des interventions sous la forme d'un cours, ne laissant quasiment pas d'opportunités d'expression des personnes ; d'autres laissent un espace à l'échange, mais dans les limites du commentaire de films, de cas ou d'histoires qu'elles apportent elles-mêmes ; d'autres, enfin, laissent de loin en loin la séance se dérouler sur le cas présenté par une femme (par exemple, ses problèmes avec ses enfants). Les sessions peuvent ainsi prendre des allures de séances d'enseignement (appliquant plus ou moins des principes d'animation de groupe), de sensibilisation sur des thèmes délicats (drogue, protection des enfants, éducation sexuelle[5]), ou encore de ce qui se rapproche davantage d'un soutien pour les intervenantes qui laissent un espace à l'expression des problèmes personnels rencontrés par les femmes.

1 Cette analyse a été réalisée dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Rémilas) Liban. Pour plus d'informations, consulter le site internet : http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/remilas-liban/

2 L'État libanais ne parle pas de « réfugiés » à propos des Syriens accueillis sur son territoire depuis le début de la révolution syrienne en 2011, mais de « déplacés ».

3 La pyramide apparaît dans un recueil de directives publié en 2007 par le Comité permanent interorganisations de l'aide humanitaire (Inter-Agency Standing Committee), et reste la référence majeure pour le montage des actions de soutien psychosocial. Voir sur ce point : IASCC (2007). *IASCC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* (12). Genève : IASCC. Repéré à https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

4 Voir le site internet : http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/remilas-liban/

Un autre thème problématique émerge également dans les entretiens : celui du décalage qui peut exister entre les problèmes effectifs que rencontrent les personnes et ce qu'il est possible de leur proposer dans le cadre des sessions de soutien psychosocial malgré le découpage de la pyramide en niveaux. Dans les faits, les intervenantes sont souvent conduites à animer des sessions présentant des principes (par exemple d'hygiène ou d'éducation) ou apportant des connaissances sur les fonctionnements psychologiques (gestion du stress, prise de décision) à des personnes pour qui les problèmes de base (logement, travail, santé) ne sont pas résolus. Le point de vue des intervenantes quant à la perception de ce décalage varie également beaucoup de l'une à l'autre : certaines expriment du découragement quand d'autres pensent que prendre conscience de manières nouvelles de faire face aux difficultés ne peut que de toute façon être utile. La plupart, sans doute, oscillent entre ces deux sentiments. Dans la pratique, ce décalage s'exprime fréquemment au cours des séances.

Quelques observations sur une session de MHPSS

Observons un extrait d'une session de compétences pratiques et bien-être[6] (*life skills support and well-being*), enregistrée en décembre 2018 dans une association d'aide aux femmes (formation et soutien psychosocial) implantée dans un quartier de Beyrouth. La session est animée par une psychologue. Les femmes qui assistent à ces séances ont dû fuir la Syrie ; elles viennent de différentes régions et sont de milieux et de niveau socio-éducatifs variés. Elles ont une plus ou moins grande habitude des associations et des programmes de MHPSS. Si toutes connaissent des situations difficiles, leur précarité, les pertes et les deuils qu'elles ont vécus ainsi que leurs conditions matérielles d'existence au Liban peuvent varier.

L'extrait provient d'une séance d'une heure et demie consacrée à l'hygiène. Ce thème conduit à soulever plusieurs problèmes délicats, comme les habitudes, les différences et les représentations culturelles – avec les stéréotypes qui s'y attachent nécessairement (villes, campagnes, zones bédouines[7]) –, le lien à la religion ou encore le lien entre les ressources matérielles disponibles et les principes d'hygiène. C'est ce dernier thème qui constitue l'objet de l'extrait choisi. Avant ce moment, la séance a pris la forme d'un tour de table où chaque femme a exprimé sa définition de l'hygiène. Par la suite, une discussion moins formalisée sur le plan des prises de parole a eu lieu sur les formes d'hygiène et les conséquences du manque d'hygiène. Une discussion se développe ensuite en raison de l'insistance de la psychologue sur le fait que, dans les familles, il faut une serviette par personne. Plusieurs femmes considèrent que ça n'est pas possible parce que cela revient trop cher ; il s'en suit un léger brouhaha, puis une femme prend la parole.

Elle explique qu'elle est venue de Syrie – « *une petite famille* » dit-elle, sans préciser le nombre de ses enfants –, et que la situation dans laquelle elle se trouve aujourd'hui rend l'application des principes exposés par Rosy, la psychologue, difficile.

Maha commence sa prise de parole en expliquant les raisons qui font qu'elle ne peut pas donner de bains à ses enfants, et qu'elle doit se résoudre à leur faire « *une petite toilette* » : « *de poêle, je n'en ai pas à la maison () et ma maison est froide () les vitres du balcon sont cassées () mes enfants ont des (symptômes) () hein si je veux les laver () ils tombent malades ()*[8] ».

Au cours de ce récit, la psychologue tente de reprendre la parole sans succès, avant de se positionner comme réceptrice du discours de Maha en la regardant et accusant régulièrement réception de ses propos, sans plus tenter de l'interrompre. Les échanges entre les deux participantes deviennent le foyer d'attention de l'ensemble du groupe.

Maha enchaîne de courts récits qui dépeignent ses conditions de vie et fonctionnent comme autant d'arguments soutenant que ce que la psychologue présente comme indispensable pour l'hygiène personnelle n'est pas réalisable pour elle. Elle raconte, par exemple, que malgré une blessure de guerre, elle doit aujourd'hui faire la lessive de la maisonnée à la main, ce qui rend difficile d'utiliser trop de serviettes.

Pendant sa prise de parole, elle répète plusieurs fois, comme un leitmotiv : « *les conditions matérielles aussi jouent un rôle.* » Cet énoncé exprime l'élément central de son point de vue. Il montre, par l'emploi du mot « aussi », qu'elle ne rejette pas totalement les principes d'hygiène que Rosy leur présente, mais qu'il convient d'y rajouter une prise en compte plus objective des réalités matérielles.

Elle reprend cet énoncé dans sa conclusion, lorsqu'après avoir expliqué que son mari a construit une salle de bain à l'extérieur, elle revient sur les difficultés liées aux toilettes partagées avec la voisine : « *elle voulait qu'à chaque fois que les enfants entrent je nettoie après eux, mais parfois, les conditions matérielles ne te permettent pas toujours de…* »

À la suite de cet énoncé, la psychologue utilise la répétition par Maha de sa phrase clé comme « préclôture » de son discours, pour reprendre la parole en chevauchement. Elle l'interrompt avec une concession (« *bon, les conditions matérielles jouent un grand rôle, mais…* »), suivie d'un préliminaire[9] (« *je vais te dire quelque chose* »), ce qui laisse attendre un long tour de parole. Mais Maha l'interrompt à son tour pour demander l'assentiment de l'ensemble du groupe de femmes, qui acquiescent. Par ce procédé, elle se fait en quelque sorte la porte-parole du groupe.

Ces quelques observations sur un extrait d'une séance de soutien psychosocial nous plongent dans les détails du terrain, dans les pratiques des participantes, intervenantes et « bénéficiaires » qui, ensemble, s'efforcent de construire un sens aux directives, aux programmes, aux catégorisations, aux intentions générales et aux principes. Le regard pessimiste verra dans ces échanges des décalages, voire de l'absurde et du non-sens ; le regard optimiste pourra y voir la possibilité offerte de dire le quotidien injuste et dur, de partager avec les autres, ainsi que celle, préservée, de n'être pas d'accord. ◗

5 Les thèmes de ces séances vont de la gestion du stress au mariage précoce, à l'éducation des enfants, la violence domestique, l'hygiène, la santé et la nutrition. Les sessions incluent différents types d'activités en plus de l'exposé, du *brainstorming* et de la discussion, comme des jeux de rôle ou des moments de relaxation, ou bien des jeux avec des supports.

6 Les activités qui relèvent du soutien psychosocial portent, selon les associations, des appellations diverses correspondant à des différences somme toute assez légères : soutien psychosocial, séances de sensibilisation (*awareness sessions*), séances sur les compétences pratiques (*life skills sessions*), séances pour les personnes qui dispensent du soin (*care givers sessions*).

7 Kerbage, H. et Marranconi, F. (2017). Mental health and psychosocial support services (MHPSS) for Syrian refugees in Lebanon: Towards a public health approach beyond diagnostic categories. *European Scientific Journal*, 208-219. Repéré à https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9732

8 Traduit de l'arabe. La notation de l'interaction ne rétablit pas la ponctuation de l'écrit ni les majuscules. Le signe () indique une pause plus ou moins longue. Les mots entre parenthèses indiquent un doute du transcripteur.

9 Schegloff, E. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*. Cambridge, GB: Cambridge University Press.

Hala Kerbage
Psychiatre
Chargée d'enseignement à la Faculté de médecine, université Saint-Joseph
Beyrouth

La relocalisation dans un pays tiers : espoirs et projections de réfugiés syriens au Liban

Dans le cadre de ma pratique clinique en tant que consultante pour des organisations internationales, je suis amenée à rencontrer des réfugiés syriens dont le dossier pour une potentielle relocalisation dans un pays tiers (en Europe ou au Canada) est en cours d'évaluation. L'évaluation initiale de santé par un médecin de l'ambassade concernée peut aboutir à une demande de consultation psychiatrique afin de vérifier si la personne souffre d'une condition mentale ou psychologique qui l'empêcherait éventuellement de prendre l'avion et/ou si elle a besoin d'une prise en charge spécialisée avant de voyager. La consultation psychiatrique n'est donc pas systématiquement demandée, mais quand elle l'est, la plupart des réfugiés qui me sont adressés arrivent avec une énorme appréhension concernant cette « évaluation psy » et, en filigrane l'angoisse qu'elle puisse éventuellement aboutir à un refus de leur dossier.

Les entretiens m'ont révélé que ceci est directement lié à la peur de perdre ce qui est perçu par les Syriens comme étant le seul moyen de pouvoir imaginer un futur possible : la relocalisation dans un pays dit « civilisé » (يراضح[1]). Les réfugiés décrivent leur vie au Liban comme marquée par une violence structurale, la discrimination, la pauvreté, l'insalubrité de leur logement, la déscolarisation de leurs enfants, le risque d'arrestation arbitraire, la limitation de leurs mouvements, des décisions institutionnelles perçues comme arbitraires et impénétrables[2] mais, surtout, un sentiment de perte totale d'espoir dans l'avenir si ce n'est à travers la relocalisation. Ces conditions de vie génèrent chez la plupart un sentiment d'être « sous-pression » (طغض) avec, comme conséquence, un vécu de lassitude, de fatigue, de détresse émotionnelle. Cependant, si ces sentiments peuvent être perçus par certains professionnels comme les symptômes d'une condition psychiatrique (trouble dépressif, trouble anxieux, etc.), les réfugiés, eux, les perçoivent comme une réaction normale, collective et légitime face à un cumul de facteurs défavorables, environnementaux et sociaux, et un manque de besoins fondamentaux. Leur peur, justement, est centrée sur le fait d'être incompris par les professionnels lors de l'évaluation pour la relocalisation, d'être perçus comme souffrant d'une condition psychiatrique, alors que, pour eux : *« C'est juste de la fatigue, du stress, de la tension à cause de tout ce qu'on vit ici. »*

Dans ce contexte, la relocalisation dans un pays tiers apparaît comme la solution miracle, la seule en fait qui leur permettrait d'imaginer une « nouvelle vie (ةايح ديدج) ». On perçoit souvent chez ces réfugiés en attente de relocalisation, un désir d'effacer tout ce qui leur est arrivé et de refaire une nouvelle vie, ailleurs : « *J'étais déprimée, oui, mais dès qu'on m'a appelée de l'ambassade, toute ma détresse s'est envolée d'un coup.* » « *On me donnait un médicament pour la dépression, mais dès que j'ai appris qu'il y avait un espoir de voyager, j'ai arrêté, car je n'en ai plus besoin.* » « *Tous les jours, j'attends qu'on m'appelle pour me dire quand je vais voyager, j'ai peur d'enlever les écouteurs de mes oreilles et de rater l'appel du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés.* »

Souvent, les réfugiés syriens n'ont pas d'idée précise de ce qui les attend dans un pays tiers. Ils expriment quelques commentaires sur des pays particuliers qu'ils connaissent de manière approximative ou qu'ils ont entendus d'autres réfugiés : *« Au Canada, il fait très froid, mais on est libre de vivre comme on veut. » « L'Angleterre prend surtout des gens malades et vulnérables. » « La Suède prend tout le monde. »* Les descriptions restent très générales. Ce qui est frappant est à la fois le peu de questions qu'ils posent sur ce que sera la vie dans ce pays tiers et l'absence d'appréhension à laquelle on pourrait s'attendre face à un futur inconnu dans un pays totalement différent, avec de surcroît, la barrière d'une langue étrangère. En effet, leur présent semble si intolérable, si douloureux, que tout ce qui importe maintenant, dans le présent, c'est de fuir de façon imminente, de partir loin de cette situation sans issue. *« Je voudrais juste monter dans l'avion et tout ira bien. » « Depuis qu'on nous a annoncé qu'on va voyager, mes enfants dansent et chantent tous les jours sur de la musique en anglais[3], ils sourient à nouveau, ils font des plans. »*

On pourrait penser que cette projection sur la relocalisation comme étant la seule solution possible risque éventuellement de freiner leurs efforts d'adaptation à leur situation actuelle au Liban, en les plongeant dans une posture d'attente, somme toute assez passive. Cependant, face à des circonstances extrêmes et paradoxales dépassant toute capacité d'adaptation, il semble légitime de choisir de conserver ses ressources et d'ajuster ses comportements adaptatifs sur la base de l'évaluation des risques et bénéfices de l'environnement[4]. Quand le milieu de vie est perçu comme hostile, les efforts adaptatifs tendent à se concentrer sur le fait de quitter l'environnement plutôt que de perdre des ressources en essayant en vain de s'y adapter. Il est intéressant, donc, de remarquer que ce que la plupart des professionnels en santé mentale pourraient nommer comme un « trouble de l'adaptation » (*adjustment disorder*[5]) pourrait relever finalement d'un environnement structuralement constitué de façon à empêcher toute adaptation possible.

Finalement, la question principale concerne ce qui advient après la relocalisation. Comment gérer l'ampleur de ces attentes et de cet espoir envers les pays tiers ? Que se passe-t-il une fois « *là-bas* » ? Comment éviter les désillusions et les éventuelles décompensations liées à une éventuelle répétition de vécus d'impuissance ? Toutes ces questions méritent, d'une part, des études sur le devenir de Syriens ayant été relocalisés et, d'autre part, une réflexion sur des mécanismes de transition à cette « *nouvelle vie* ».

1 Terme utilisé par les réfugiés eux-mêmes.

2 À ce sujet, voir : Marranconi, F. et Kerbage, H. (2017). Les services de santé mentale pour les réfugiés syriens. *Hommes et Migration*, 1319, 87-94.

2. À ce sujet, voir : Marranconi, F. et Kerbage, H. (2017). Les services de santé mentale pour les réfugiés syriens. *Hommes et Migration*, 1319, 87-94.

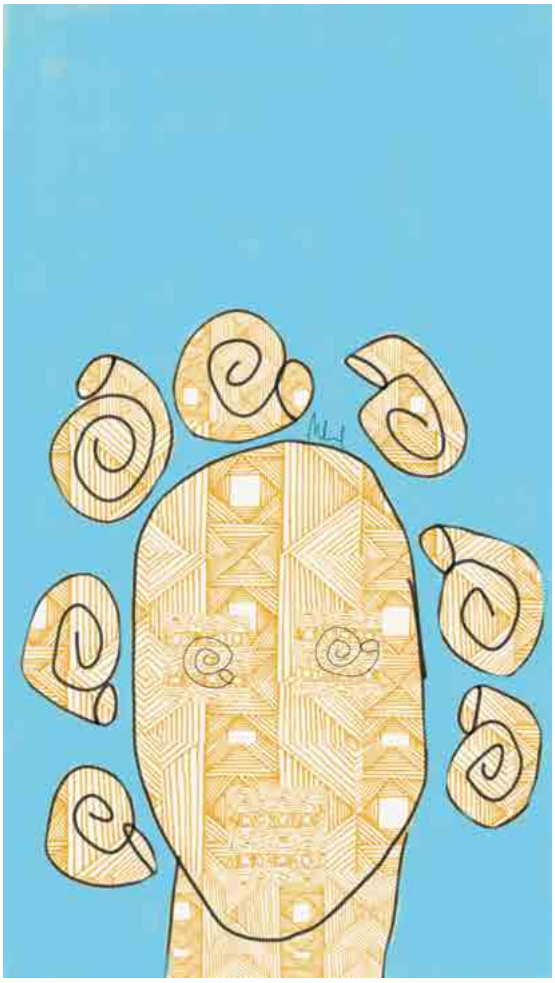
3 Dans le cas d'une relocalisation en Angleterre.

4 Voir à ce sujet les théories de l'adaptation en contexte de migration forcée : Hobfoll, S. E., Stevens, N. R. et Zalta, A. K. (2015). Expanding the science of resilience : Conserving resources in the aid of adaptation. *Psychological Inquiry, 26*(*2*), 174-180 ; Ryan, D., Dooley, B. et Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies, 21*(1), 1-18.

5 Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition), publié par l'Association américaine de psychiatrie en 2013.

Marie Rajablat
Coordinatrice du groupe de soutien médico-psychologique des sauveteurs de SOS Méditerranée Toulouse

À bord de l'*Aquarius*



Lorsqu'ils arrivaient sur l'*Aquarius*[1], les rescapés avaient déjà vécu mille vies. Ils venaient de passer entre dix et soixante-douze heures en pleine mer, sur des rafiots d'infortune qui n'auraient jamais pu les mener jusqu'aux côtes européennes, contrairement à ce qu'on leur avait annoncé. Chacun s'était vu mourir et avant l'odyssée en mer, il y avait eu l'enfer sur terre. Partis de chez eux depuis des semaines, des mois, des années parfois, ces femmes, ces hommes et ces enfants avaient été réduits à l'esclavage en Libye, exclus du registre de l'humain par leurs tortionnaires. Aussi n'en revenaient-ils pas lorsqu'ils arrivaient à bord. Et leur voyage n'était pas terminé.

Nous avions donc tous conscience, à bord, que le passage des rescapés sur l'*Aquarius* représentait pour eux une parenthèse. Une longue chaîne humaine permettait de les amener à bord puisque chaque bébé, enfant ou adulte était passé de mains en mains jusqu'à nous. Alors, une fois sauvés de la noyade, en dehors des urgences médicales prises en charge par Médecins sans frontières (MSF), notre priorité n'était pas de faire quoi que ce soit, mais plutôt d'être là, disponibles pour eux comme pour des hôtes précieux. Nous étions attentifs à remplir de chaleur et de respect cette parenthèse pour qu'ils se réapproprient leur humanité. Nous ne posions aucune question. Nous les regardions juste, les écoutions, les touchions parfois. La plupart arrivaient en hypothermie et nous devions être très vigilants. Certains tremblaient de froid, d'épuisement, de peur. Nous avions des couvertures de survie. Je les dépliais totalement, ce qui nécessitait ensuite d'attraper à bras le corps mes interlocuteurs pour les emmailloter. C'est un geste simple qui enveloppe, qui rassemble, mais bouleverse aussi, car il a quelque chose d'éminemment maternel et fraternel. Personne ne s'est fâché à cause de cette proximité que j'imposais de fait. Il faut dire que vu mon âge, tous m'appelaient *Grand-mère*, donc il n'y avait aucune équivoque.

Je pense à Sélim. Je faisais ma ronde sur les ponts au petit matin. Replié sur lui-même, il grelottait. Je l'ai emballé dans une couverture de survie et l'ai frictionné. Il s'est laissé faire, un peu surpris, voire franchement stupéfait. Comme je me suis ensuite assise à côté de lui, il a commencé : « *Je ne pensais pas que des êtres humains pouvaient faire subir autant d'horreurs à d'autres êtres humains. C'est pour ça que je ne peux pas dormir. Je revois tellement de choses dans ma tête, j'entends tellement de cris. Je n'en reviens pas de tout ça. Alors, quand vous prenez soin de moi comme ça, déjà que je n'avais pas l'habitude avant, mais là.* »

Nous ne faisions donc pas grand-chose. Nous étions juste là, écoutions plus que nous ne parlions, sauf pour mettre parfois des mots sur ce qu'ils avaient vécu, car la remise en question de leurs propres perceptions est un des symptômes du traumatisme. Un viol était un viol. Non, ils n'avaient pas rêvé. Non, ils n'avaient pas inventé. Non, ils n'avaient pas exagéré.

Nous étions assaillis de plaintes et de demandes. « *J'ai mal au dos, aux cuisses et au cœur.* » Nous répondions inlassablement : « *Bien sûr que vous avez mal et vous avez de quoi.* » Puis, nous énoncions tout ce qu'ils avaient vécu en mer et sur terre, leur éventuelle inquiétude pour leurs proches, l'incertitude de l'avenir. Le contenu de nos réponses importait moins que l'attention que nous leur portions. Pendant les interminables tergiversations politiques pour obtenir un port de débarquement, nous n'avions rien de rassurant à leur dire puisque nous ne savions rien, si ce n'est que nous ne les ramènerions pas en Libye. La plupart du temps, nos réponses suffisaient à les apaiser et permettaient à certains de s'endormir quelques heures.

1 L'*Aquarius* était un navire affrété par SOS Méditerranée, association de recherche et de sauvetage en haute mer, créée en 2015 par des citoyens voulant agir afin de mettre fin aux naufrages en Méditerranée centrale, là où plusieurs dizaines de milliers de personnes sont mortes noyées depuis les années 2010 en tentant de fuir la Libye.

Nous faisions aussi particulièrement attention aux discrets, à ceux qui n'exprimaient précisément aucune plainte. Je pense à de nombreuses jeunes femmes qui passaient leur temps à dormir sans mot dire. Ou encore à Brahim, 12 ans, un des quelques survivants d'un pneumatique dont quatre-vingt-dix-neuf passagers sont morts. J'ai discrètement gardé à l'œil cet enfant mutique pendant des heures. À la tombée de la nuit, je me suis approchée de lui. Le visage fermé et le corps tendu, il a réussi à me demander : « *Je sais que vous avez ramené des morts à bord. Je voudrais savoir si mes copains en font partie ou s'ils sont restés dans la mer.* » J'ai alors fait mon enquête pour lui apporter une réponse, qu'il pressentait déjà.

Cette ambiance que nous tricotions ouvrait la voie aux témoignages et aux confidences : « *Vient Grand-mère, tu as dit que tu allais écouter et raconter notre histoire. Nous sommes prêts.* » Mon travail à bord était donc de recueillir leurs récits pour en témoigner ensuite[2]. Recueillir des témoignages exige que nous soyons très attentifs au cadre que nous posons pour border la rencontre. Je ne suis ni journaliste ni chargée de communication, mais infirmière de secteur psychiatrique, et c'est ce qui faisait la différence. Même si ma mission n'avait pas du tout de visée psychothérapeutique, je ne perdais jamais de vue les effets que témoigner peut produire. Lorsque des personnes partagent avec nous des bribes de leur histoire, elles nous accordent une grande confiance. Elles prennent le risque de s'ouvrir, de laisser aller leurs émotions. À bord de l'*Aquarius,* les rescapés nous livraient un récit brut et, au début, nous n'avions pas mesuré que c'était sans doute la première et la dernière fois qu'ils le faisaient, car ensuite leur histoire devrait entrer dans des cases administratives.

2 Rajablat, M. (2019). *Les naufragés de l'enfer : Témoignages recueillis sur l'Aquarius.* Paris : Éditions Digobar.

3 Seize psys (psychologues, psychiatres, psychanalystes) bénévoles forment le groupe de soutien médico-psychologique de SOS Méditerranée.



À bord, j'échangeais avec les rescapés en français ou en anglais suivant l'origine des personnes. Parfois, j'y mêlais aussi quelques mots en arabe, ce qui faisait rire mes interlocuteurs surpris, sensibles au fait que j'essayais de m'approcher le plus possible de leur témoignage originel. Les entretiens se faisaient en duo ou en groupe, suivant la demande.

Ayant travaillé de longues années dans la rue, j'avais l'habitude de travailler dans des non-lieux ouverts aux quatre vents. Je savais qu'il fallait saisir la balle au bond lorsqu'elle était lancée et ne pas attendre de trouver un bureau pour garantir les normes de qualité d'un entretien. C'était à moi de m'adapter, de créer un espace d'intimité au milieu du défilé incessant et de faire en sorte de border les émotions, sachant aussi d'expérience que ceux qui choisissent de parler en groupe restent plus factuels.

J'ai proposé aux rescapés de me raconter ce qu'ils désiraient : leur voyage à terre, en mer, les raisons de leur départ, mais aussi leurs souvenirs ou leurs rêves… La seule difficulté à mes yeux était liée au temps que nous allions passer avec les personnes, ce que nous savions souvent à la dernière minute. Car s'il était essentiel de tricoter une ambiance propice à l'ouverture de la parole, il était tout aussi essentiel de clore les récits dans de bonnes conditions.

Jusqu'en juin 2018, nous pouvions transborder les rescapés au bout de deux ou trois heures sur un autre navire qui allait les ramener à bon port pendant que nous continuions à patrouiller en mer. Dans ces cas-là, je faisais en sorte que nous restions à la surface des histoires. Par contre, lorsque nous repartions tous ensemble vers la Sicile, nous avions un premier entretien pour le récit lui-même et un second, 24 heures plus tard, afin de reprendre ensemble les effets du témoignage. Je profitais de ce second entretien pour sensibiliser mes interlocuteurs aux signes auxquels ils devaient être attentifs s'il durait trop longtemps et les prévenais qu'à terre, des équipes de spécialistes seraient là pour les accompagner à court et à moyen terme.

Depuis juin 2018, nous rencontrons une autre difficulté. Les navires d'ONG errent régulièrement de longs jours en mer et des relations se nouent entre leurs rescapés et les équipes. Les uns et les autres se livrent un peu plus. On échange des recettes, des musiques, parfois les tee-shirts de son club de foot favori… La parenthèse est plus longue, plus personnelle et plus dense encore. Le débarquement au bout de huit ou dix jours passés ensemble dans ce cocon humain est d'autant plus difficile que l'avenir est incertain. Et pour les équipes à bord, ces débarquements sont d'autant plus douloureux qu'elles savent ce qui attend ces personnes avec lesquelles elles auraient pu, dans d'autres circonstances, devenir amies et partager encore beaucoup d'autres choses.

Il faut clore cette parenthèse, sur le bateau et dans nos vies. Nous faisons une haie d'honneur afin d'accompagner chacun jusqu'au bout de la passerelle. Dernière poignée de main. Poing contre poing, mains sur le cœur. Un petit baluchon de fraternité dans lequel ils pourront puiser durant la suite de leur voyage. C'est ensuite au tour des sauveteurs de débarquer et les « psys[3] » sont sur le quai pour les accueillir et les écouter à leur tour.

Gaïa Barbieri
Psychologue clinicienne
Doctorante au Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC)
Université Lyon 2
Lyon

Rester soignant en contexte humanitaire

Le caractère humanitaire du travail auprès des populations mésinscrites[1] – dont les « migrants » sont une catégorie – est la norme en Italie, où l'Église catholique a traditionnellement rempli cette fonction en palliant un vide historique de l'État et en imposant un modèle de gestion de la misère inspiré par un idéal de « charité ». Selon ce modèle, les pratiques d'aide consacrées aux sujets assignés aux marges du *socius* sont une question morale, privée. Le bénévolat, le don, l'urgence et l'exceptionnalité définissent la relation d'aide avec les sujets précaires : une relation précaire.

A contrario, en France, l'organisation publique des réponses à l'exclusion sociale relève d'un traitement politico-institutionnel cohérent avec l'« État-providence ». Des dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les équipes mobiles de psychiatrie et précarité (EMPP), rattachées aux hôpitaux publics, matérialisent une volonté *politique* – et donc *non humanitaire*, *non exceptionnelle*, *non aléatoire* – de penser et soutenir le travail des cliniciens aux prises avec les sujets précaires. L'institutionnalisation du traitement de la souffrance psychosociale inscrit cette dernière dans l'espace public, désamorçant le modèle « charitable », au profit du « comme un » qui devrait définir le droit. Mais, à l'époque de la *doxa* néolibérale, l'État-providence n'est plus d'actualité. J'ai pu observer en prise directe, pour ainsi dire, les effets de ce changement de paradigme, dans le cadre d'un stage de psychologie clinique auprès d'une EMPP rhônalpine. Je venais à peine de commencer ma pratique institutionnelle que j'entendais déjà mes collègues se demander tristement : « *Sommes-nous dans le soin ou sommes-nous dans l'humanitaire ?* »

Un tel questionnement concernait des contextes où ils intervenaient régulièrement, les hébergements consacrés aux demandeurs d'asile. Le sous-effectif chronique du personnel, le manque de locaux pour mener les entretiens cliniques, la difficulté d'échanger avec les travailleurs sociaux et d'autres difficultés de la sorte étaient interprétés par les cliniciens de l'EMPP comme les symptômes institutionnels d'une fin de non-recevoir strictement politique. La situation était spécialement grave dans un dispositif d'accueil d'urgence pour des personnes déboutées du droit d'asile. Après un certain nombre d'entretiens cliniques menés dans des chambres minuscules et surpeuplées, sans pouvoir ne proposer rien de mieux que la voiture de service en guise de cadre confidentiel, suite à de longues attentes devant le portail fermé du bâtiment, sur fond de chaos institutionnel, mes collègues décidèrent de suspendre leurs interventions. Ce choix douloureux voulait marquer une prise de position à la fois clinique et politique. Accepter silencieusement de « rentrer dans l'humanitaire » signifierait, d'une part, faire mal un métier qui n'est pas le sien et, d'autre part, consentir à ce que les patients dont on se soucie soient exclus de certains droits fondamentaux. En même temps, en faisant le choix d'interrompre l'intervention clinique, on fait vivre aux sujets accompagnés une nouvelle forme d'abandon.

Lorsqu'on s'engage dans une pratique clinique aux prises avec la souffrance psychosociale, il est impossible de se dédouaner de ce dilemme. Il s'agit, ici, de travailler sur une pente glissante, où il est toujours possible de passer du « soin » à l'« humanitaire ». L'enjeu serait alors de pouvoir penser ce glissement, pour éviter de l'agir automatiquement, et pour trouver-créer des praxis à même de préserver une possibilité de rester soignants, au cœur d'un contexte humanitaire.

Pendant un an et demi, je suis intervenue auprès de deux squats dans la métropole lyonnaise, ouverts par deux collectifs militants afin de mener avec les personnes exilées une lutte pour leurs droits en France, tout d'abord le droit au logement. Avec d'autres soignants bénévoles, nous avons mis en place des permanences d'écoute et soutien psychologique auprès de ces deux lieux de vie. Dans ces zones de mise au ban[2], la seule modalité d'accompagnement clinique qui tienne la route est une prise en charge groupale : afin d'accueillir *a minima* un individu exilé, il faut travailler à plusieurs, l'investissement d'un sujet par plus qu'un autre étant la première brèche à ouvrir dans la frontière symbolique qui le sépare de l'espace de la *pòlis*. Pour mettre en place et préserver quelque chose comme un lieu de soin – un refuge dans le refuge, condition nécessaire, mais non suffisante pour que le squat devienne un lieu psychiquement habitable –, il est impossible de faire l'économie d'une équipe de cliniciens, qui doivent à leur tour pouvoir s'étayer sur d'autres groupalités, leurs appartenances et alliances institutionnelles respectives. L'accueil des sujets exilés se joue, en somme, autour d'un questionnement dont la réponse est toujours à construire collectivement : *qu'est-ce qui fait institution ?* Toute la difficulté réside ici, *institution* étant précisément le nom de ce qui manque, de ce qui échappe, de ce qui n'arrête pas de se défaire, malgré les intentions conscientes des acteurs impliqués, dans une zone de non-droit. Ici, le travail clinique se construit autour d'une tension entre les *modalités humanitaires* de sa mise en place et la *dimension politique* qu'il implique nécessairement. Ici, les cliniciens prennent au sérieux un élément fondamental de leur pratique, l'esprit critique, qui devient dans ce cadre une forme de critique politique, une attitude minoritaire. Cette posture dissidente, certes dure et inconfortable, est précieuse lorsqu'on se soucie de rester soignants en contexte humanitaire. ◗

1 Henri, A.-N. (2004). Esquisse d'une saga. Dans P. Mercader et A.-N. Henri (dir.), *La formation en psychologie : Filiation bâtarde, transmission troublée.* Lyon : PUL, 19-48 ; Henri, A.-N. (2009). Le secret de famille et l'enfant improbable. Dans P. Mercader et A.-N. Henri (dir.), *La formation en psychologie : Filiation bâtarde, transmission troublée.* Lyon : PUL, 193-303.

2 Par cette expression, le philosophe Giorgio Agamben (2005) décrit une situation d'abandon institutionnel extrême, dans le cadre de ce qu'il appelle « état d'exception ».

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Psychologue clinicienne dans la consultation de psychotraumatisme, Service de psychiatrie, hôpital Avicenne, Bobigny (93)
Professeure des universités à l'Inalco, anthropologie d'Asie du Sud
Chercheur au Cessma (UMR 245)
Coordinatrice de l'ANR LIMINAL sur les médiations et interactions linguistiques et culturelles en situations migratoires d'urgence[1]
Auteure de l'ouvrage La Voix de ceux qui crient, rencontre avec des demandeurs d'asile[2]
Paris

Repenser nos cadres d'intervention avec les personnes migrantes

Rhizome : *Quel regard portez-vous sur la situation des personnes ayant récemment migré aujourd'hui en France ?*

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky : La situation des migrants primo-arrivants en France est d'autant plus complexe qu'elle a été construite comme une situation de « crise » et s'est largement politisée. Elle révèle non pas tant une « crise des migrants » – l'expression médiatique n'est pas pertinente – mais une « crise de l'accueil ». Autrement dit, elle témoigne de réactions inadéquates par rapport à un contexte engageant des vies humaines et d'un dialogue souvent crispé entre acteurs étatiques, associatifs, acteurs de la société civile et exilés. Cette crise a révélé des manques et des dysfonctionnements graves dans l'accueil social, médical et politique des populations migrantes. Il me semble que nous sommes toujours en « situation de crise », soit de réponse chaotique et peu coordonnée à l'échelle du territoire, ainsi que dans une temporalité de l'urgence qui limite l'accompagnement psychosocial, le travail d'accueil et de lien. Pourtant, cette situation me semble avoir évolué depuis 2015 avec, paradoxalement, une limitation toujours plus importante des droits des demandeurs d'asile suite à la loi « Asile et migration[3] » de septembre 2018, mais aussi des actions de plus en plus importantes au niveau des associations et des organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que le développement d'initiatives locales très créatives.

Toutefois, il me paraît difficile d'évaluer *la* situation des exilés en France, car ils vivent des situations très diverses. Considérer les migrants comme un tout est risqué ; cela détourne de la spécificité de chaque situation et, surtout, du sujet, de sa subjectivité. Certaines personnes se sont senties bien accueillies. D'autres se trouvent en situation d'exclusion grave et les conditions du non-accueil redoublent les humiliations, le déclassement, la dégradation psychique et sociale, même si les violences ne sont pas de la même nature que celles vécues au pays et tout au long du parcours migratoire. La précarité que connaissent certains migrants, l'incertitude politique, la difficulté d'accès à une aide sociale ou médicale peuvent faire ressurgir les psychotraumatismes et dégrader leur santé mentale.

Rhizome : *Quelle est la situation de l'accueil et du soin en santé mentale pour ces personnes ?*

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky : La situation de « crise » a révélé le manque de structures adéquates et d'espaces de soin en santé mentale pour les personnes migrantes. Il me semble que ce manque est à la fois structurel et conjoncturel. Structurellement, l'expression de la détresse psychique de certains exilés peut déborder des cadres de la psychiatrie classique. Les symptômes de dissociation traumatique, les reviviscences, les formes de déréalisation, les expressions du psychotraumatisme sont complexes à évaluer pour les soignants non spécialistes ou non familiers de ces patients. Par ailleurs, cette population en situation de migration a peu accès à une prise en charge régulière, ne parle pas toujours la langue française ou exprime sa souffrance d'une manière qui peut déstabiliser un soignant. Ce sont autant de limites aux cadres connus de la prise en charge. Conjoncturellement, la politique de répartition des demandeurs d'asile dans des centres d'accueil sur tout le territoire national, parfois dans des régions très isolées, a mis en relief le manque local de structures de soin adaptées. Dans les structures de droit commun – permanences d'accès aux soins de santé médico-sociales (Pass), services hospitaliers de psychiatrie –, on connaît également les difficultés à surmonter pour bénéficier d'un accès rapide et efficace aux professionnels en santé mentale. Tout cela sans compter les refus de soin qui semblent se banaliser.

Au niveau des institutions administratives de l'asile et du discours politique, on constate toujours un déni de l'importance de la détresse psychique de certains migrants qui corrobore le discours de la suspicion sur le « migrant profiteur ». Or, évacuer la dimension psychique de la réflexion sur l'asile me paraît totalement contre-productif. En revanche, au niveau des acteurs associatifs et des ONG, la prise en compte de la dimension psychologique me semble de plus en plus importante : aujourd'hui, elle accompagne très souvent les projets des associations dans des actions multifocales, à la fois sociales, linguistiques et professionnelles.

Rhizome : *Selon vous, est-ce que les interventions « psychosociales » qui se sont développées dans le champ de l'humanitaire diffèrent des consultations psychologiques classiques ?*

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky : Les interventions psychosociales et les interventions cliniques ne proposent pas les mêmes cadres. Toutefois, elles partagent certains outils et une partie de leurs objectifs, soit soulager les personnes de leur détresse psychique et les aider à retrouver une place d'acteur.

Les premières accompagnent des programmes divers de l'action humanitaire avec l'idée de favoriser l'intégration dans le groupe social par une approche transversale. En revanche, la consultation psychologique est centrée sur l'expression d'un sujet qui peine à « se dire » tant il a internalisé la violence et tant sa parole a été blessée à répétition. Quelle que soit la formation du clinicien, une alliance se joue dans l'adresse initiale et la réception de la parole du migrant. Celle-ci engage le clinicien et le patient pour tenter de retrouver des éléments

1 ANR "Linguistic and intercultural mediations in a context of international migrations": https://liminal.hypotheses.org

2 Saglio-Yatzimirsky M.-C (2018). *La Voix de ceux qui crient : Rencontre avec des demandeurs d'asile.* Paris : Albin Michel.

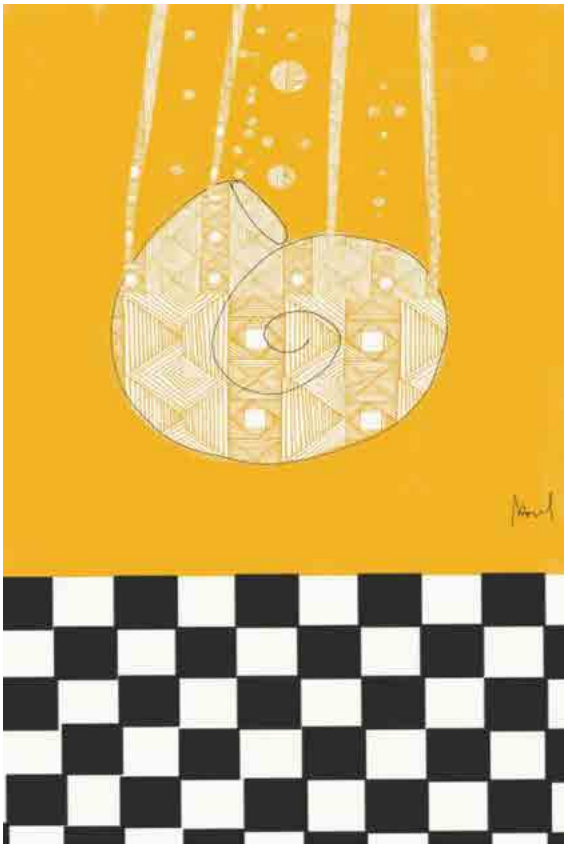
3 Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. *JORF* n° 0209 du 11 septembre 2018, texte n° 1.

de sens à l'histoire chaotique afin de sortir de la répétition mortifère du trauma. Les deux approches, psychosociale et psychologique, partagent certainement plusieurs préoccupations, dont la prise en compte essentielle des différences de langue et de culture, qui peuvent devenir conflictuelles si on ne sait pas les accueillir.

Rhizome : *En tant que clinicienne, comment pensez-vous qu'il soit possible de conjuguer intervention « en urgence » et perspective d'accompagnement thérapeutique ?*

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky : Non seulement je suis persuadée qu'il faut pouvoir articuler ces interventions, mais, en plus, je pense que la situation actuelle nous oblige à penser le plus possible d'articulations. Tout d'abord, l'intervention d'urgence qui vise l'aide matérielle, sociale et psychosociale, est primordiale, mais pas exclusive. Au contraire, elle doit pouvoir s'articuler avec d'autres formes de soutien, psychologiques si nécessaire, mais pas obligatoirement. En effet, certaines personnes n'expriment pas cette demande d'intervention, qui pourrait soit les rendre passives, soit les catégoriser comme « victimes » ou encore être perçue comme intrusive.

Par ailleurs, il me semble que la population des migrants primo-arrivants oblige, et c'est tant mieux, à repenser nos cadres d'intervention, *a fortiori* en clinique. Plus encore, la clinique avec des migrants exige de composer avec l'urgence, ce qui est apparemment contraire à la temporalité d'une consultation psychologique. Deux données impactent considérablement l'équilibre et le bien-être des exilés. La première fait référence à la question de la précarité, souvent extrême, des personnes, qui peuvent avoir faim, froid, et rencontrer des difficultés sévères pour se loger. La deuxième renvoie au parcours de la demande d'asile et à la question des papiers. Cela a un impact considérable sur les personnes, qui sont maintenues dans une incertitude permanente et qui peuvent se sentir illégitimes ou menacées. Le clinicien ne peut ignorer ces aspects et doit pouvoir travailler en articulation avec d'autres professionnels sur ces questions. Il sait qu'il n'est pas dans une prise en charge « classique » avec un patient disponible psychiquement. Or, et c'est pour moi un cheval de bataille, il me semble essentiel de donner un espace d'écoute à ces patients-là. En effet, lorsque la personne est réduite à subir des difficultés matérielles qui la mettent en situation de survie, qu'elle est dépossédée de sa parole et de ses droits à vivre dignement, le psychologue vient la solliciter comme sujet et comme acteur qui peut exprimer en consultation ses difficultés, tout en étant étayé par un tiers qui la reçoit, l'écoute, entend sa parole et lui répond.



Rhizome : *Pensez-vous que des pratiques qui peuvent avoir cours dans l'action humanitaire pourraient être des sources d'enseignements, notamment pour les institutions publiques ?*

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky : Il y a certainement des enseignements à tirer des interventions respectives, même si les cadres sont différents et doivent le rester. Parmi les propositions qui me paraissent très intéressantes et qui ont été développées de manière privilégiée dans le cadre de l'action humanitaire – tout en reconnaissant l'existence des équipes de soin mobiles –, je citerais les pratiques « d'aller vers ». Celles-ci permettent un partage sur le terrain et sont au plus proche de la demande des exilés qui ont des difficultés d'accès aux structures d'aide. Le développement de pratiques de médiation de plus en plus créatives permettent aux personnes exilées – souvent dans des situations de grande solitude – de s'exprimer dans des cadres d'échange riches et bienveillants, et leur permettent de renouer avec le collectif. Je me réjouis d'ailleurs que certaines de ces médiations se développent à l'hôpital, au sein de structures médicales où la parole risque d'être trop vite psychiatrisée. À travers ces espaces peuvent se formuler des demandes pour une écoute plus psychologique.

Par ailleurs, développer la présence de médiateurs linguistiques et culturels me paraît essentiel dans les consultations publiques, même si elle doit l'être de manière différenciée en fonction des types de consultation et de la demande du patient. En effet, la question du tiers est fondamentale en psychologie et psychothérapie ; l'interprète et le médiateur peuvent être soutenants comme ils peuvent être, au contraire, intrusifs. Idem pour la communauté : elle peut être soutenante pour le patient ou menaçante et stigmatisante. Par exemple, une personne qui a subi un viol peut être gagnée par la honte et devenir muette face un médiateur de sa communauté ou, à l'inverse, se sentir entendue par ce dernier, qui parle sa langue et est de sa culture. Parfois, l'effraction traumatique est si destructive qu'elle se répète dans l'usage de la langue maternelle, chargée de violence. Chaque contexte est différent et est au centre de la consultation psychologique, entièrement fondée sur la parole et centrée sur l'expression du sujet. Dans une consultation de psychotraumatisme comme celle que j'anime, l'individu a été ravagé psychiquement, car sa parole a été mise en doute et a été empêchée ; par conséquent, le lien social s'est effondré. Il faut d'abord pouvoir recréer avec lui un espace d'adresse spécifique. Ainsi, s'il faut « tenir son cadre » – comme on dit en clinique –, celui-ci doit être souple et ouvert et doit pouvoir bénéficier des échanges avec d'autres interventions et pratiques.

Anne Bernard Hoti
Assistante sociale en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) Fontaines-Saint-Martin

Le collectif « D'ici et d'ailleurs », passeur d'humanité

« D'ici et d'ailleurs » est un groupe de rencontres entre personnes réfugiées[1] et françaises, mis en place par un centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) en 2015, sous forme participative. Il a été créé à la demande de personnes hébergées souhaitant rencontrer des Français dans une relation autre que celle de l'aide, telle qu'elles peuvent en retrouver au Restos du cœur ou en assistant à des cours de français. Basé sur des relations égalitaires, il réunit mensuellement 30 à 40 personnes qui organisent des sorties ou des activités de manière mensuelle et où chacun est libre de proposer des activités ou de partager ses passions. Le Collectif est à l'origine de groupes fixes, soit un atelier dessin, un groupe « blabla » de conversation en français, mais aussi de nombreuses activités, telles que des sorties culturelles (visite de lieux culturels, musées), des activités sportives ou des sorties familiales le week-end. Le Collectif fédère des personnes de toutes nationalités et de toutes origines socioculturelles, impliquées dans l'organisation du groupe. L'interculturalité est vécue comme une richesse par l'ensemble des membres.

En tant que coordinatrice du groupe, je ressens une inestimable chance de pouvoir y participer, car je ressens, à chaque séance, une très forte charge émotionnelle positive. Le fait de favoriser la participation et le pouvoir d'agir des personnes hébergées au sein du Collectif, depuis ma place d'assistante sociale en Cada, me permet d'enrichir grandement ma pratique. Toutefois, n'arrivant pas à cerner les contours du Collectif, il m'a semblé nécessaire de comprendre ses enjeux et ses effets.

La première hypothèse est que le Collectif restaure le lien d'humanité des personnes réfugiées, malmenées par les traumatismes subis au pays d'origine et lors du chemin de l'exil, et favorise également leur intégration future à la société d'accueil. Au regard des traumatismes psychiques, voire physiques subis par un grand nombre de réfugiés, la dynamique de reconstruction peut passer par un mouvement de résilience. Celui-ci est envisagé comme un processus multifactoriel engageant tous les sujets qui vont être en relation avec la personne concernée[2]. Le travail de reconstruction est certes individuel, mais il peut passer par le relationnel comme base de partage et de sécurité. Les personnes réfugiées sont généralement très isolées. Le plus souvent, elles n'ont pas, sur place, d'entourage familial, amical ou professionnel, hormis éventuellement leur conjoint et leur enfant, voire la communauté du pays d'origine présente. Le Collectif permet alors aux personnes de se recréer un réseau relationnel dans un cadre bienveillant et sécurisant. Il peut donc participer au rôle de « périphérie affective », défini comme « un maillage de l'ensemble des relations sociales[3] ». C'est grâce à cette périphérie affective que la personne va pouvoir se sécuriser, trouver du réconfort. La restauration des liens interpersonnels lui permet ainsi de retrouver sa place au sein de la communauté humaine. En effet, le groupe, composé de personnes bienveillantes et offrant une stabilité, permet certainement aux personnes de s'ouvrir, de « lâcher » un peu dans un espace contenant. La fiabilité du groupe, qui peut s'apparenter à une figure d'attachement, propose ainsi une enveloppe sécurisante. Nous pouvons penser que le Collectif participe à développer un sentiment d'appartenance ainsi qu'à répondre à un besoin de reconnaissance et d'inclusion à la communauté humaine, voire à la société d'accueil.

Le groupe permet également de limiter les effets anxiogènes et parfois destructeurs de l'inactivité, de l'attente et de l'incertitude face à un avenir difficilement prévisible et maîtrisable. En effet, les demandeurs d'asile sont face à l'impossibilité de travailler, ce qui les empêche de construire un réseau et de retrouver par ce biais une estime de soi. Le sentiment d'appartenance au Collectif peut pallier en partie cela en aidant les personnes réfugiées à mobiliser leurs ressources : les participants français montrent aux personnes réfugiées qu'ils croient en elles, ce qui leur permet de reprendre confiance et de gagner en autonomie dans la société d'accueil. Cela leur permet également de faire bouger leur identité sociale, peu valorisée. En effet, les personnes peuvent se définir comme demandeurs d'asile, parents, résidents d'un foyer, mais elles ont peu de droits et d'accès à des choses plus valorisantes. Leurs ressources financières étant très faibles, l'accès aux loisirs est, par ailleurs, très limité. Grâce au Collectif, les personnes réfugiées retrouvent une meilleure estime d'elles-mêmes.

La deuxième hypothèse est que le Collectif permet une réelle ouverture sur le pays dans lequel vivent les personnes réfugiées. N'oublions pas que l'absence de droit au travail, conjugué à la vie en Cada, place les demandeurs d'asile en marge de la société. De surcroît, il permet également aux personnes d'apprendre et de pratiquer la langue française. Il apporte le sentiment d'être accueilli par la société, contrairement à ce qui peut parfois être vécu à travers la procédure de demande d'asile. Ce ressenti d'ouverture, d'inclusion, est un préalable très positif, voire indispensable à l'effort d'intégration.

Enfin, la troisième hypothèse concerne la société française, puisque le Collectif permet de lutter contre les préjugés et de s'ouvrir à la diversité. Pour toutes ces raisons, il peut être perçu comme un dispositif relevant du *care* ou du « prendre soin ». Il permet de prévenir la souffrance psychique des personnes réfugiées en palliant à l'attente, en rompant l'isolement et en amenant les personnes à se réapproprier leur vie. En cela, il semble non seulement nécessaire mais essentiel à l'intégration des demandeurs d'asile au sein de la communauté d'accueil. La participation au Collectif, loin de remplacer une aide psychologique, contribue à un mieux-être ou une amélioration de la santé mentale des personnes réfugiées. C'est également une magnifique illustration de l'humanité, dans son sens le plus noble.

1 J'emploie le terme de « réfugié » selon sa définition par la convention de Genève et non au sens restrictif d'une personne ayant obtenu une réponse positive d'un État à sa demande de protection. Voir sur ce point la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés. Repéré à https://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html

2 Vanborre, V. (2018). Les ressources relationnelles, un moteur de vie. *Rhizome, 69-70*(3), 30.

3 Clervoy, P. (2016). *Traumatismes et blessures psychiques*. Paris : Lavoisier.

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 internationale[1].

Le vécu postmigratoire dans le pays d'accueil peut avoir des effets tout aussi importants, sinon plus, sur la santé mentale des personnes exilées[2], 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 « d'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'autre[3]. »

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 rencontrés[4]. » 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-Yatzimirsky 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 créativité[5]. » 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. (2009). *Bénéficier 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. *NCCR-on the move,* (2), 34-40 ; Veisse, A., Wolmark, L., Revault, P., Giacopelli, 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 M. 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-Yatzimirsky, 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 préexistants[6], 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 lieu[7] » dans les interventions proposées, et ainsi participer à recréer un sentiment d'appartenance à un lieu[8]. 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 pouvoir[9]. Dans ce sens, un espace « sécure » 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 psychosocial[10]. 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 pays[11]. Ici ce n'est pas l'expérience du trouble qui fait « pair », mais une expérience commune de l'exil, de l'intégration[12]. 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, 60*(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/allemagne).

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-on-Thames, GB: Routledge.

Rhizome **est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la direction générale de la Cohésion sociale.**

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, Santé publique et Territoires » (Paris)
- Arnaud BÉAL, psychologue social, GRePS (Univ. Lyon 2)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, Dihal (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon II)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Jean-François KRZYZANIAK, patient expert, ancien de la rue (Angers)
- Christian LAVAL, sociologue (Lyon)
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra, membre du comité de lecture (Lyon)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Éric MESSENS, directeur de la LB FSM (Bruxelles)
- Marie-Noëlle PETIT, Chef du pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, aumônier des hôpitaux (Marseille)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Abonnement :
Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra

Création, réalisation et relecture :
Mariane BORIE

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 7 500 exemplaires

Artiste du numéro : Mohamed Abdulatieff

La pratique artistique de Mohamed Abdulatieff, artiste soudanais, est nourrie de son analyse personnelle du mélange des cultures de la civilisation nubienne et de son expérience de l'exil. Agissant en autodidacte pour exprimer à travers son art « ces choses qu'on ne peut ni dire ni écrire », l'art résonne pour lui comme un véritable exutoire.

➘ **Site internet :** https://mohamedvisualart.weebly.com/

Diplôme universitaire « Logement d'abord »

L'université Lyon II et l'Orspere-Samdarra, avec le soutien de la Métropole de Lyon, proposeront en 2020 un diplôme universitaire **« Logement d'abord »**. L'accès au logement des personnes en situation de précarité connaît actuellement des changements importants, notamment avec la mise en place de l'approche dite du « logement d'abord ». Ce diplôme universitaire présentera et discutera les fondements et les pratiques de cette « nouvelle » approche. Les modules seront portés par un ensemble de partenaires concernés. Il se destine aux intervenants concernés par le modèle du « logement d'abord » et/ou désirant rentrer dans une démarche de recherche-action collaborative sur cette thématique.

➘ **Responsabilité universitaire :** Bertrand Ravon.

➘ **Responsabilité pédagogique :** Nicolas Chambon.

➘ **Partenaires :** le collectif « Soif de connaissances », le réseau « Aux frontières du sans-abrisme », la chaire « Publics des politiques sociales », la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes, la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (Feantsa) et le Groupement d'intérêt économique (GIE) « La ville autrement ».

➘ Si vous êtes intéressés par cette formation, dont la maquette sera bientôt disponible, vous pouvez nous contacter : orspere.samdarra@ch-le-vinatier.fr

Parutions

- ***La santé des migrants en question(s).*** (2019). Jean-Marie André (dir.), Didier Fassin (Préface). Presses de l'EHESP.

  Quel est l'état de santé des migrants ? Comment accèdent-ils aux soins ? Quel est le rôle et le quotidien des professionnels de santé et acteurs de la solidarité ? À travers ces thématiques, des experts répondent, études et chiffres à l'appui, à certaines idées reçues sur les migrants et décrivent les insuffisances des conditions d'accueil. Ce livre s'adresse aux professionnels et aux étudiants des champs sanitaire, social et médico-social, aux associations d'aide aux migrants, ainsi qu'à toutes les personnes qui s'intéressent à la santé des populations vulnérables.

- ***Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles.*** (2019). Yannis Gansel, Richard Rechtman (Préface). ENS Éditions.

  À partir d'une recherche documentaire et d'une enquête ethnographique de longue durée, cet ouvrage apporte une contribution à l'anthropologie de la santé mentale en France. Il explore concrètement ce que la psychiatrisation signifie, dans le champ des adolescents difficiles, aux confins de la dangerosité et de la vulnérabilité, des pratiques de sollicitude et de contrainte. Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique.

- **Thématique du prochain bulletin *Rhizome* n° 74 :** ***« Accompagner et vivre le vieillissement »***

Centre hospitalier Le Vinatier

ORSPERE SAMDARRA
Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés