



Fédération
des acteurs de
la solidarité
ÎLE DE FRANCE

Actes Table Ronde « Santé mentale des personnes migrantes »

du 8 novembre 2023



La santé mentale se définit par l’OMS comme étant «un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.» Elle ne se limite pas seulement à l’absence de troubles psychiques.

Les troubles psychiques désignent les maladies qui affectent le psychisme : troubles dépressifs, trouble de stress post-traumatique, troubles schizophréniques, troubles des conduites alimentaires, trouble de la personnalité borderline, troubles bipolaires, troubles addictifs, anxiété, phobies et TOC.

Le handicap psychique désigne les handicaps venant des troubles psychiques, qui peuvent impacter l’autonomie de la personne dans les différents champs de sa vie.

Maladies mentales, maladies psychiatriques, troubles psychiques et pathologies psychiques sont des termes différents pour désigner le même objet.

Table des matières

3 : Introduction

5 : Actes de la table ronde sur la santé mentale des personnes migrantes

Constats	6
La pluridisciplinarité	7
La spécificité des approches	8
La spécificité des femmes et des enfants	11
Articulation entre social, médico-social et sanitaire, droit commun	12

Introduction

Au préalable il est important de rappeler que toutes les personnes migrantes ne souffrent pas de troubles psychiques. L'accompagnement en lien avec la personne peut permettre de dépasser les difficultés liées au vécu dans le pays d'origine et durant le parcours migratoire.

La santé mentale des personnes migrantes doit être considérée comme un tout qui considère également leurs conditions d'accueil et leur parcours de rétablissement. « Être migrant.e.s n'est pas une maladie »¹.

La santé mentale se définissant comme suit selon l'OMS : « La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental. La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain »².

Les personnes migrantes accompagnées par les structures du réseau de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France seraient ainsi plus susceptibles d'être touchées par la dépression, l'anxiété ou encore par des troubles de stress post-traumatique. Elles seraient aussi plus sujettes au risque de suicide et de psychoses³. Cette prévalence plus élevée chez les personnes exilées s'explique notamment par les difficiles conditions de vie et par les violences que ces personnes peuvent subir dans le pays d'origine qui les ont poussés à le fuir, à celle vécues durant le parcours migratoire mais aussi par celles qui s'exercent dans le pays d'accueil.

En effet, les personnes peuvent tenter de fuir leurs pays d'origine en raison d'un manque d'accès aux moyens de subsistance, à l'éducation et au développement ou en raison du contexte politico-économique. Elles peuvent aussi être exposées à des conflits armés, fuir des violences familiales, des persécutions ou encore la pauvreté.

Pendant leurs parcours d'exil, elles sont souvent exposées à des conditions difficiles pouvant entraîner la mort, la détention ainsi que l'exposition à des violences, notamment sexuelles. Pendant le voyage, elles rencontrent souvent des difficultés d'accès aux services nécessaires pour subvenir à leurs besoins fondamentaux.

Une fois arrivée dans le pays d'accueil, les personnes doivent généralement faire face à de grands obstacles dans l'accès aux soins de santé et services apportant une aide à la subsistance.

Elles se trouvent souvent dans de mauvaises conditions de vie, sans travail, sans lieu d'hébergement stable, dans la précarité. Elles se retrouvent aussi isolées, séparées de leurs familles et de leurs réseaux de soutien et font face au racisme et aux discriminations et peuvent donc présenter des difficultés d'intégration dans le pays d'accueil.

Cet isolement peut être renforcé par une orientation directive vers d'autres régions où les personnes n'ont pas d'attaches. Tous ces aspects représentent des facteurs de vulnérabilités psychiques. La procédure de la demande d'asile basée sur l'exigence de la preuve des préjudices subies peut être perçue de manière très violente pour les personnes migrantes.

La répétition des récits d'exil, notamment dans le cadre de la demande d'asile peut provoquer chez certaines personnes des reviviscences de leurs traumatismes.

Il est observé une augmentation des demandes de prise en charge en santé mentale des primo-arrivants, et ce face à une saturation des dispositifs de soins et d'aide. Les professionnel.le.s du secteur médico psychosocial font face à une crise, qui se traduit notamment par des difficultés de recrutement. Est observée également une appréhension des professionnel.le.s à prendre en charge les personnes migrantes, par peur de ne pas être assez spécialisé.e.s pour être en capacité de les accompagner.

¹ Idée évoquée par Andrea Tortelli lors de la table ronde dont la synthèse est présentée plus loin.

² [Santé mentale : renforcer notre action, OMS](#)

³ [Santé mentale et déplacements forcés, OMS](#)

Des difficultés à cet accompagnement peuvent être liées à la barrière de la langue, l'isolement des soignant.e.s, etc.

Au-delà de la saturation des dispositifs, les personnes migrantes qui tentent de chercher de l'aide se voient confrontées à de nombreux obstacles dans leurs parcours de soins : méconnaissance du système de soins, barrière de la langue, pénurie d'offre de soins, difficulté d'accès aux droits, mobilité subie pouvant complexifier l'accès aux soins sectorisés, etc.

De plus, la santé mentale n'est souvent pas considérée comme une priorité pour ces personnes qui tentent au quotidien de subvenir à leurs besoins dits primaires. Les personnes migrantes peuvent aussi avoir des perceptions différentes des soins en psychiatrie et peuvent être réticentes aux soins du pays d'accueil.

Cela a pour conséquence de retarder la prise en charge des souffrances psychiques des personnes migrantes, ce qui risque de venir aggraver les troubles psychiques et de surcharger les services d'urgences. D'où la nécessité de faire de la santé mentale des personnes migrantes un véritable sujet de santé publique.

Face à ces constats, il semble important de reconnaître que le public migrant est un public qui nécessite une réponse adaptée. Une approche globale et pluridisciplinaire semble pertinente pour répondre aux problématiques de santé mentale des personnes migrantes, prenant en compte tous les aspects et les besoins de la personne, autant médicaux que sociaux, juridiques et administratifs.

Le recours à l'interprétariat et à la médiation paraît essentiel pour permettre une véritable compréhension des enjeux de la vie des personnes. Enfin, l'approche transculturelle est utilisée par certaines structures de soins pour prendre en charge la santé mentale des personnes migrantes en reconnaissant et en prenant en compte les différences culturelles qui peuvent parfois entraver le bon déroulement d'une prise en charge et suivi psychologique.

Cette approche peut être complémentaire à la prise en charge dans les structures de droit commun.

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a mis en place en son sein une commission autour des questions de santé. Cette commission réunit des professionnel.le.s des structures du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI) et médico-sociales de soin résidentiel et travaille autour des questions d'accès aux droits et aux soins des publics accompagnés dans le réseau de la Fédération. Cette commission santé travaille au déploiement de projets à destination des adhérent.e.s de la Fédération sur la question de la santé.

Dans ce cadre, la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France a mis en place, avec le soutien de l'ARS Ile-de-France, des réunions à destination des professionnel.le.s de son réseau pour proposer un débat autour de thématiques qui en font l'actualité.

Une réunion sur la santé mentale des personnes migrantes a été organisée le 8 novembre 2023. Elle a réuni une centaine de professionnel.le.s des secteurs social et médico-social.

Le présent document présente les actes des échanges ayant eu lieu à l'occasion de cette table ronde. A ces actes, est associée une fiche ressource qui présente une liste non-exhaustive des acteur.trice.s phares pouvant accompagner la santé mentale des personnes migrantes, ainsi qu'une liste de ressources à destination des professionnel.le.s.

Actes de la table ronde sur la santé mentale des personnes migrantes

Étaient présent.e.s :

● Sibel Agrali

Directrice du Centre de soin Primo Levi

● Naya Tarabichi

Psychologue de l'Equipe Mobile Santé Précarité de l'association Aurore

● Christophe Paris

Directeur du Centre Françoise Minkowska

● Andréa Tortelli

Praticienne hospitalière au pôle précarité du GHU Paris et responsable de l'unité CAPSYS et chercheuse à l'INSERM

● Neville Rigaux

Chef de service des Equipes Mobiles Santé Précarité Aurore 92 et 94

Le présent document synthétise les échanges qui se sont tenus à l'occasion de cette journée régionale. Il n'a pas vocation à restituer ces échanges de façon exhaustive mais à en présenter les éléments saillants.

POINTS SAILLANTS DES ECHANGES

- Le recours à l'interprétariat professionnel, voire la médiation en santé apparaît comme étant essentiel pour une meilleure compréhension et prise en charge des problématiques de santé mentale des personnes migrantes.
- Les conditions d'accueil semblent jouer un rôle important dans la santé mentale des personnes migrantes.
- Les symptômes auxquelles font face les personnes exilées paraissent en réalité facilement traitables. C'est le retard dans le repérage et la prise en charge des problématiques psychiques qui impactent le plus fortement les personnes exilées.
- Il apparaît dans les échanges que l'ensemble des professionnel.le.s du social, sanitaire et médico-social peuvent participer à prendre en charge les personnes migrantes. Il n'est pas nécessaire d'être spécialisé.e pour cela.
- La nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes exilées et une meilleure coordination entre les acteur.rice.s de l'accompagnement font consensus.

Les structures représentées ont commencé par se présenter. Les présentations des structures sont accessibles dans la partie fiche ressources associée à ces actes. Et/ou dans la restitution des échanges qui suit.

Constats

Quels sont les grands constats que vous faites sur la question de la santé mentale des personnes migrantes ?

Le centre Françoise Minkowska constate de véritables difficultés d'accès aux soins sur la question de la santé mentale des personnes migrantes.

Le secteur médico-social faisant face depuis plusieurs années à une forte pénurie de professionnel.le.s, avec des flux de patients de plus en plus importants.

Cette situation engendre une errance institutionnelle pour de nombreux.ses patient.e.s qui arrivent dans les structures de prise en charge avec une santé psychique dégradée. Cette prise en charge tardive augmente le risque de décompensation des patient.e.s une fois pris.e.s en charge.

Face à cette situation, les professionnel.le.s du travail social se sentent désarmé.e.s et viennent chercher de l'aide notamment auprès du centre.

La directrice du centre Primo Levi, Sibel Agrali observe une dégradation des conditions d'accueil, visible notamment à travers la précarisation accrue des primo-arrivant.e.s.

Les personnes migrantes se retrouvent souvent dans de mauvaises conditions de vie, à la rue ou en errance, où leur santé mentale se dégrade.

La santé mentale n'est souvent pas une priorité pour ces personnes pour qui les besoins primaires ne sont pas pourvus, la réponse à ces besoins et les démarches administratives, de demande d'asile par exemple, passant avant les démarches de soins.

Lorsque toutefois elles cherchent à entreprendre une démarche de soins, celles-ci font face à de nombreux obstacles, comme le délai de carence de 3 mois avant d'accéder à l'AME, la PUMa et la CSS.

A ce délai s'ajoute le manque d'accès à l'information et à l'orientation, ainsi que le manque criant d'interprétariat dans les structures de prise en charge en santé mentale.

En effet, peu ou pas assez de budget est alloué à l'interprétariat alors même qu'il est difficile de parler de santé mentale dans une langue d'emprunt.

L'équipe du CAPSYS constate aussi que les symptômes auxquels font face les personnes migrantes reçues dans leur structure sont facilement traitables, iels souffrent généralement de troubles anxieux-dépressifs, de troubles du sommeil, de stress post traumatique, etc⁴. Malheureusement, de grands retards dans le repérage de ces troubles viennent dégrader encore plus la santé mentale de ces personnes et en complexifier la prise en charge.

Ce retard s'explique en partie par le fait que les personnes ne s'expriment pas beaucoup sur leurs troubles soit pour des raisons culturelles, soit par méconnaissance du système de soins français, ou encore par méconnaissance des soins psychologiques qui peuvent être plus restreints dans leurs pays d'origine.

Ces soins sont souvent délégués aux associations qui ne sont pas présentes de manière égale sur le territoire, ce qui creuse davantage les inégalités en matière d'accès aux soins. Et ce d'autant plus que les politiques migratoires et d'hébergement peuvent orienter les personnes migrantes en régions moins bien dotées en ressources pour elles.

Les professionnel.le.s du secteur ont aussi tendance à réorienter ces personnes vers le secteur associatif ou vers des structures spécialisées plutôt que de les prendre en charge alors qu'iels sont normalement formé.e.s à les accompagner.

Cela s'explique notamment par la croyance qu'il faut beaucoup de connaissances spécifiques pour prendre en charge cette population.

De plus, lors de l'adressage et de l'aiguillage des personnes vers les structures de prise en charge, on remarque que les besoins cliniques sont mis en second plan, les critères prioritaires étant des critères de proximité, de présence d'interprètes, etc.

De plus, lors de l'adressage et de l'aiguillage des personnes vers les structures de prise en charge, on remarque que les besoins cliniques sont mis en second plan, les critères prioritaires étant des critères de proximité, de présence d'interprètes, etc.

Les logiques d'accueil reposant sur une logique de preuve, d'attente et de demande d'exigences, qui ne laisse pas de place à la contradiction et à la non-cohérence pourtant inhérentes à l'être humain.

Ces logiques d'accueil renvoient ces personnes à leur figure d'étranger.e, à leurs traumatismes et leurs non-place dans nos sociétés, elles viennent ajouter une violence supplémentaire à celles déjà subies dans le pays d'origine et durant le parcours migratoire.

Elle regrette aussi le fait que beaucoup soit demandé aux personnes migrantes sans tenir compte de leurs propres ressources et sans s'appuyer dessus.

A titre d'exemple, beaucoup de choses peuvent être mises en place malgré la barrière de la langue, qui ne devrait pas être un obstacle.

⁴ Il est à noter que la CAPSYS n'accueille pas de patient.e.s vivant avec un trouble psychotique.

La pluridisciplinarité

Question à Andréa Tortelli : Qu'apporte la pluridisciplinarité dans la prise en charge des personnes au CAPSYS ?

L'équipe du CAPSYS est composée de psychiatres, infirmière.e.s, travailleur.se.s sociaux.ales, psychologues, interprètes médiateur.rice.s.

La pluridisciplinarité y est donc essentielle, considérant que la détresse psychique ne se soigne pas seulement grâce aux traitements et à la thérapie mais aussi en s'intéressant à la détresse liée au parcours d'asile (où en est la demande, autres rendez-vous médicaux, sociaux, etc.).

De plus, le CAPSYS est une structure non sectorisée car cela représente bien souvent un frein pour ces personnes qui ont une forte mobilité (errance, vie à la rue, etc.).

L'interprétariat y est aussi une priorité. Au-delà du rôle de traducteur.rice.s, les interprètes du CAPSYS exercent un véritable rôle de médiation et accompagnent les personnes dans leurs démarches.

Andréa Tortelli, praticienne hospitalière du CAPSYS, défend aussi que le recours à l'interprétariat reviendrait moins cher aux structures puisqu'il permet de mieux comprendre l'ensemble des problématiques des personnes et ainsi d'avoir une meilleure réactivité.

Pour les personnes, le fait d'être entendues et l'intérêt porté à toutes leurs problématiques viendraient réduire leur détresse psychologique. Dans cette logique, le CAPSYS collabore avec des ateliers d'insertion professionnelle afin de permettre aux personnes, même si elles sont demandeuses d'asile, de se sentir pro-active dans leurs démarches.

De plus, le fait d'impliquer les personnes dans des cadres de projections positives aurait un fort impact positif sur leurs détresse psychique.

Question à Christophe Paris : Quel est l'intérêt de la diversité de profession dans vos formations : psychiatres, psychologues, psychanalystes, assistant.e.s sociaux.les, anthropologues, médecins gynécologues, victimologues, sexologues, juristes, philosophes ?

Pour Christophe Paris, directeur du centre Minkowska, la pluridisciplinarité permet une prise en charge globale, essentielle pour pouvoir faire face aux situations sociales des personnes qui sont de plus en plus dégradées.

Au centre Minkowska l'interprétariat est une priorité, la majorité des patient.e.s y sont orienté.e.s pour des questions de langue.

Le centre offre notamment des formations pour apprendre aux professionnel.le.s à travailler avec des interprètes, ces formations abordent la question des représentations culturelles aussi bien du côté des patient.e.s que du côté des professionnel.le.s en partant du postulat que la pathologie psychique est la même pour tout le monde mais qu'elle s'exprime différemment selon les personnes et leur culture.

Le centre s'efforce aussi d'apporter un apport philosophique à un secteur traversant actuellement une crise de sens.

En somme, la diversité des formations proposées par le centre tente de répondre à la diversité des problématiques que peuvent rencontrer les professionnel.le.s. La pluridisciplinarité constitue un bon moyen pour faire face à des situations de plus en plus complexes.

Question Naya Tarabichi et Neville Rigaux : Selon vous que permet d'avoir une approche complémentaire psycho-médico-sociale dans vos équipes ?

L'équipe mobile santé précarité (EMSP) est composée d'infirmier.e.s, de psychologues, d'un.e médecin généraliste, d'assistant.e.s administratif.ve.s et d'un.e chef.fe de service, l'équipe travaille aussi avec des interprètes faisant partie intégrante de l'équipe.

Selon Neville Rigaux, chef de service de l'ESMP, la pluridisciplinarité de cette équipe permet une évaluation globale de la santé des personnes rencontrées grâce à une compréhension psychosomatique.

Cette évaluation globale est d'autant plus importante puisque l'équipe intervient notamment dans des centres d'hébergement, dans lesquelles les personnes se posent après un long parcours et se penchent enfin sur l'ensemble de leurs problématiques et besoins qui resurgissent une fois qu'iels ne sont plus en mode survie.

Leur équipe permet aussi à deux corps de métiers de se rencontrer notamment sur le plan somatique et psychologique.

Cette approche est particulièrement pertinente pour les personnes migrantes, à titre d'exemple une personne victime de torture porte une marque physique mais aussi psychologique.

Ensemble iels peuvent aborder tous les aspects de la personne, élaborer un parcours de soins adapté, échanger et partager leurs réflexions.

Cette pluridisciplinarité et ce travail en commun n'est toutefois pas toujours évident, les avis peuvent diverger et les professionnel.le.s peuvent émettre un avis sur la pratique professionnelle des autres.

Les professionnel.le.s peuvent chacun.e poser un diagnostic différent sur un même problème, par exemple un mal de ventre peut être interprété différemment par un.e médecin ou un.e psychologue.

Neville Rigaux préconise que des temps réflexions soient mis en place sur la manière de travailler ensemble, que chacun.e fasse preuve de bienveillance et de respect envers les autres.

Sibel Agrali ajoute qu'il est nécessaire de créer des ponts entre les secteurs et qu'il peut être pertinent d'avoir un.e coordinateur.rice au sein de l'équipe afin de faciliter la communication.

La spécificité des approches

Question à Sibel Agrali : Quelle est la spécificité d'approche de la question de la santé mentale des personnes victimes de tortures ?

Le centre Primo Levi a la spécificité de travailler avec des personnes qui ont été victimes de tortures, 60% des adultes reçus au centre ont été victimes de violences politiques ou en ont été témoin.

Pour Sibel Agrali, la première chose à faire pour aider ces personnes dans leur reconstruction est de les reconnaître comme ayant été victimes de quelque chose qui les dépasse.

Il est alors primordial de les croire et de ne pas remettre en doute leurs paroles, même si leurs récits semblent parfois impensables. La réalité dépasse de beaucoup la fiction.

Cette reconnaissance est le premier pas pour permettre aux personnes de sortir de leurs statuts de victimes. Il faut aussi s'efforcer d'accorder du temps aux patient.e.s, temps qui souvent ne leur est pas accordé.

Chez le médecin généraliste par exemple qui ne peut dédier que 10-15 minutes par consultation, les personnes n'ont ni la place, ni le temps pour parler d'elles.

Elles n'y trouvent pas la reconnaissance de qui elles sont et de ce qu'elles ont traversées.

Ce temps et cette reconnaissance est pourtant essentiel puisqu' « il est facile et rapide de détruire quelqu'un mais réussir à reconstruire la confiance de quelqu'un ça peut prendre des années »⁵.

Sibel Agrali ajoute que les lieux dédiés à des profils spécifiques essayent simplement de s'organiser afin de se doter de moyens tels que trouver du temps à leur dédier ou trouver des interprètes.

Elle plaide pour que les professionnel.le.s aient plus confiance en leurs compétences et leurs formations.

Pour elle, il est nécessaire de s'organiser pour pouvoir accueillir ces personnes et investir dès à présent les lieux de soins.

Et ce, d'autant plus que ces personnes sont là pour rester, 95% d'entre elles ne seront pas renvoyées et vont être régularisées d'ici dix à quinze ans.

⁵ Propos tenus par Sibel Agrali lors de la table ronde

C'est pour cette raison que le centre Primo Levi a mis en place un service téléphonique d'aide et de soutien aux professionnel.le.s⁶.

Une fois par semaine, un.e psychologue du centre dédie un moment pour répondre aux questions et aux problématiques que rencontrent les professionnel.le.s dans leurs activités et tenter de les outiller et de les convaincre de continuer à prendre en charge ces patient.e.s.

Question à Christophe Paris : Pouvez-vous nous expliquer l'approche transculturelle que vous appliquez ? Notamment spécifier sur les notions de décentrage et de confrontation ?

Selon Christophe Paris, la spécificité du centre Minkowska est justement d'essayer de ne pas être une structure spécifique.

Il s'agit d'éviter d'inscrire les personnes prises en charge dans des filières « dédiées » dans lesquelles on suppose qu'elles doivent entrer.

Le centre Minkowska cherche à permettre un accès aux soins en évaluant la situation des personnes qui lui sont orientées grâce à un dispositif pluridisciplinaire.

Afin de définir un socle commun des pratiques, le projet de soins du centre s'est inspiré de l'approche théorique de l'anthropologie médicale clinique qui repose sur **trois piliers : la communication inter-culturelle, la confrontation des représentations culturelles de la maladie mentale (du soignant et du soigné) et le décentrage.**

En ce qui concerne la communication, il s'agit pour les professionnel.le.s de pouvoir échanger avec le.a patient.e, de comprendre les mots, les métaphores et le langage du corps par l'intermédiaire d'une langue en commun (qui n'est pas forcément la langue maternelle), et, si nécessaire grâce à l'intervention d'un.e interprète professionnel.le.

Le travail sur les **représentations** suppose que les professionnel.le.s soient en mesure de comprendre les récits des patient.e.s, malgré les différences de représentations culturelles.

Iels sont en effet susceptibles de se retrouver face à des personnes qui ont des représentations différentes de la santé, qui parfois privilégient les soins traditionnels.

Il s'agira pour tout.e professionnel.le, conscient.e de ses propres représentations, de ne pas interdire certaines pratiques ou d'imposer sa vision mais d'accompagner au mieux la personne en tenant compte de ces informations.

Le **décentrage**, quant à lui, exige que les professionnel.le.s fassent un « pas en arrière pour changer de point de vue », ceci pour permettre de bien repérer dans le dispositif de prise en charge la place du/de la patient.e, du/de la soignant.e, éventuellement de l'interprète et la dynamique en jeu des confrontations de représentations culturelles.

Ce cadre de prise en charge permet ainsi d'éviter d'assigner le.a patient.e à sa culture et de se recentrer sur la personne : c'est bien un.e patient.e et non une culture que l'on prend en charge.

Christophe Paris revient aussi sur le fait que malgré l'existence de structures spécialisées en santé mentale des personnes migrantes, les structures de droit commun sont à même d'être mobilisées en ayant recours, elles aussi, à des interprètes.

⁶Le Centre Primo Levi est joignable au 0143148850, le lundi, mercredi et vendredi de 14h à 17h.

Question à Andréa Tortelli : Comment se passe la prise en charge des besoins et problématiques de la 2ème génération, qui souffre elle aussi de traumatismes ?

Pour Andréa Tortelli, il ne faut pas parler de 2ème génération, puisqu'il s'agit en réalité de personnes françaises, de citoyen.ne.s.

Elle dénonce toutefois, les inégalités auxquelles font face cette population.

En effet, les études montrent que les enfants issus de l'immigration sont confrontés à des inégalités d'accès aux soins, à l'école, aux études supérieures, au logement... au droit commun de manière générale.

Bien que ces enfants ne soient pas porteur.se.s du traumatisme du parcours migratoire et de l'arrivée dans le pays d'accueil, iels sont toutefois beaucoup plus exposé.e.s à de grande détresse et stress psycho-sociaux par rapport aux autres non descendant.e.s de migrant.e.s.

Question à Naya Tarabichi et Neville Rigaux : Que permet l'aller-vers et quel est l'intérêt d'aborder les personnes par l'aspect somatique ?

Pour Naya Tarabichi, psychologue de l'EMSP de l'association d'Aurore, l'aller vers est physique : aller vers les personnes et leurs lieux de vie mais c'est aussi une position : s'approcher d'elleux, d'être plus près d'elleux.

Le fait d'avoir un.e interprète est aussi une forme d'aller vers les personnes et vers ce qu'elles connaissent.

Bien souvent, cette posture permet de rompre l'exclusion des personnes étant exclues de toutes démarches de soins, mais aussi de rompre l'attente de ces personnes (notamment celles en attente de l'AME) et de commencer à répondre à certains de leurs besoins de soins.

L'approche somatique permettrait elle de répondre aux premiers besoins et demandes des personnes qui sont souvent des plaintes somatiques.

Il peut aussi être difficile et précoce pour les personnes d'évoquer et de parler de leurs souffrances et de ce qu'elles ont traversé.

Certaines personnes ont également besoin d'écartier toutes les hypothèses et d'être rassurées sur plan somatique avant d'aborder le volet psychique.

Cette approche peut aussi être préconisée puisque beaucoup de symptômes de troubles psychiques et psychologiques passent par le corps.

C'est pour cette raison que l'EMSP d'Aurore propose des entretiens en binôme avec un.e psychologue et un.e infirmier.e afin de clarifier la situation et de faire comprendre aux patient.e.s que l'intégralité de leurs souffrances sont entendues.

A propos de l'approche somatique, Andréa Tortelli ajoute que le premier bilan somatique est essentiel puisque les équipes se retrouvent parfois face à des personnes n'ayant jamais consulté de médecins.

Elle ajoute aussi que la séparation du corps et de l'esprit repose sur un modèle occidental qui n'est pas universel, il est donc normal que certaines personnes passent par le corps pour exprimer leurs souffrances.

Les spécificités des femmes et enfants

Question à Sibel Agrali : Quels sont les besoins spécifiques à la santé mentale des enfants (exilés) et comment vous travaillez à les prendre en compte ?

Le centre Primo Levi reçoit dans sa file active 20% d'enfants pour qui il est important d'offrir un espace dans lequel iels peuvent s'exprimer notamment à travers le dessin et le jeu. Il est nécessaire de leur offrir cet espace afin qu'iels puissent exprimer leurs souffrances.

Sibel Agrali, revient sur le fait qu'il s'agit d'enfants souvent très matures, sur adapté.e.s, qui tiennent et assistent leurs parents, qui sont très investi.e.s dans leur scolarité.

Il est nécessaire pour les professionnel.le.s d'être d'autant plus vigilant.e.s avec ce public, puisque leurs souffrances ne sont pas toujours visibles.

C'est notamment pour cette raison que Sibel Agrali rappelle le besoin d'offrir à ces enfants des espaces séparés de leurs parents.

En offrant toutefois la possibilité d'inclure les parents dans la prise en charge de leurs enfants en organisant des temps d'échanges par exemple, afin qu'iels puissent être considéré.e.s et reprendre leur place de parents et laisser la possibilité aux enfants de reprendre leur place d'enfants.

Le centre Primo Levi ayant commencé à prendre en charge les enfants en raison des difficultés d'orientation vers le droit commun en l'absence d'interprètes, il apparaît nécessaire de renforcer le recours à l'interprétariat.

Elle rappelle également l'importance de la régularité du suivi, qui peut parfois être mise à mal en raison de la situation administrative de certaines personnes exilées.

En effet, le caractère parfois irrégulier de leur séjour sur le territoire les expose à des dangers durant les trajets souvent très longs, ainsi un parent qui prend des risques pour amener son enfant au centre ne viendra pas très souvent.

Le centre Primo Levi a aussi observé un phénomène de « grappe » chez les familles ayant vécu un parcours migratoire. Les familles prennent l'habitude face aux hostilités vécues de rester groupées et peuvent avoir du mal à se séparer.

Il s'avère parfois difficile, voire impossible de leur offrir des espaces individuels. C'est pourquoi le centre

Primo Levi insiste sur la nécessité de l'adaptabilité des équipes, qui peuvent par exemple recevoir en binôme les parents et les enfants ensemble.

Enfin, Sibel Agrali milite pour que d'autres types d'espaces soient offerts aux personnes exilées.

Plus précisément des espaces dans lesquelles elles peuvent être dans le plaisir et non pas dans la plainte et la vulnérabilité.

Dans ce sens, le centre Primo Levi a développé un partenariat avec Clowns sans frontières qui anime des ateliers à destination des parents et des enfants, leur offrant un espace dans lequel iels peuvent rire et jouer ce qui s'avère être très thérapeutique pour ces dernier.e.s.

Sibel Agrali nous rappelle qu'il est nécessaire de rester souple dans l'organisation de ces espaces et qu'il faut s'adapter aux envies des participant.e.s.

Au sujet de la santé mentale des enfants exilés, Andréa Tortelli ajoute que les enfants sont souvent l'impensé de la prise en charge en santé mentale alors qu'iels ont souvent vécu les mêmes expériences que les parents.

Elle observe aussi beaucoup de situations de parents très déprimé.e.s avec des enfants en bas âge.

Les troubles de ces enfants sont souvent liés aux troubles de leurs parents, mais aussi à la stigmatisation qu'iels peuvent vivre à l'école. Ces enfants présentent en général une mauvaise estime de soi et des troubles beaucoup plus importants.

En parallèle, il existe très peu d'endroits vers lesquels il est possible de les orienter. Lorsqu'ils existent, les délais pour prendre un rendez-vous sont souvent extrêmement longs et atteignent facilement un an d'attente, « un an dans la vie d'un enfant c'est insupportable »⁷.

Elle note aussi que les travailleur.se.s sociaux.ales sont de plus en plus formé.e.s au repérage des problèmes de santé mentale des adultes, mais pas encore pour les enfants.

De plus, la présentation de la souffrance chez les enfants est différente que chez les adultes et l'école a souvent du mal à la repérer.

⁷Propos tenus par Andréa Tortelli durant la table ronde

Question à Andréa Tortelli : Quelles spécificités remarquables vous dans le parcours et les besoins des femmes ? Le taux de souffrance psychique est-il plus élevé que pour les hommes ?

De manière générale, les femmes sont plus exposées aux violences sociales que les hommes et selon Andréa Tortelli, ces violences ont tendance à doubler voire à tripler durant le parcours migratoire.

De nombreuses femmes survivent à des viols durant ce parcours, ou sont contraintes à une sexualité transactionnelle (contre un abri, une protection, etc.).

Ces viols peuvent aussi aboutir à des grossesses non désirées et à des enfants, qui font que beaucoup de femmes se retrouvent isolées avec des enfants à la rue.

De façon globale, ces femmes sont exposées de manière beaucoup plus importante aux violences que ce soit dans le pays d'origine, pendant le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil.

André Tortelli note toutefois, que de nombreux hommes sont aussi survivants de violences sexuelles et qu'ils doivent faire face au manque de services conçus pour les hommes survivants de violences sexuelles.

Question à Andréa Tortelli : Quelles sont les conséquences sur les enfants de la souffrance psychique des mères ?

Pour Andréa Tortelli, la souffrance psychique des parents peut entraîner des conséquences sur leurs enfants. Parmi ces conséquences nous pouvons notamment citer des problèmes d'estime et de confiance en soi, des difficultés à se développer sur le plan psychomoteur, des retards d'apprentissage de la langue, des difficultés à l'école, etc.

Articulation entre social, médico-social et sanitaire, droit commun

Selon vous, quels axes de travail commun et partenariats, peuvent être développés pour favoriser le travail entre secteurs social, médico-social et sanitaire pour une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes exilées ? Quelles possibilités et freins pour le relais avec le droit commun ?

Selon Neville Rigaux, la question du lien entre les acteurs.rice.s et de la coordination est assez difficile, alors même qu'elle est absolument nécessaire.

En effet, mal se coordonner peut vouloir dire doubler les consultations, faire plusieurs parcours de soins pour la même personne ou encore laisser des personnes avec plusieurs ordonnances pour une même problématique.

Dans ce sens, un travail de fond est nécessaire puisqu'il est essentiel pour les personnes d'être dans un parcours de soins cohérent.

Actuellement, concernant la santé mentale des personnes exilées, l'EMSP d'Aurore est « dans la débrouille », notamment vis-à-vis des personnes en situation irrégulière sur le territoire.

Cette situation peut toutefois créer des parcours chaotiques, puisque l'équipe répond dans l'urgence, il est difficile d'inscrire les gens dans la continuité.

Le centre Primo Levi et le centre Minkowska ne suffisent pas à répondre aux besoins actuels notamment en raison des difficultés pour les secteurs de psychiatrie à répondre aux besoins.

Concernant les possibilités et les freins pour le relais avec le droit commun, Neville Rigaux note l'importance de rappeler que les personnes exilées ne sont pas toutes atteintes par les mêmes problématiques, malgré le fait qu'elles peuvent avoir un vécu et des parcours similaires.

Il revient aussi sur le besoin d'interprétariat dans les structures d'accueil. La nécessité de lever les préjugés vis-à-vis des personnes, de leurs cultures, de leurs parcours et des raisons pour lesquelles elles sont sur le territoire est aussi adressé.

Mais aussi les préjugés des personnes elles-mêmes sur la santé mentale et des soins psychiques qui sont abordés différemment en fonction des codes culturels.

Pour Andréa Tortelli, il est nécessaire de fluidifier le parcours de soin des personnes afin de faciliter le relais vers le droit commun.

En effet, l'objectif pour ses équipes est d'amener les personnes le plus rapidement possible vers le droit commun. A partir du moment où la personne a des droits, elle peut aller voir un médecin généraliste, aller dans un centre social, etc.

Selon elle, il est aussi nécessaire de réaliser un travail de coordination notamment sur le repérage précoce et l'orientation des personnes.

Pour ce faire, les professionnel.le.s ont besoin de s'accorder sur un langage commun, la coordination étant difficile lorsque les professionnel.le.s ne savent pas de quoi iels parlent.

Elle rappelle le fait que les travailleur.se.s sociaux.ales sont tout à fait compétent.e.s pour pouvoir reconnaître la souffrance psychique et adresser une orientation ainsi qu'une prise en charge, ce qui est nécessaire pour permettre le repérage précoce.

Enfin, elle ajoute qu'il faut voir la santé mentale comme une question transversale tout au long du parcours des personnes. Pour Sibel Agrali, le centre Primo Levi doit agir comme un sas avant l'accès vers le droit commun. Elle milite pour que les professionnel.le.s s'accordent du temps afin de bien identifier des partenaires qui soient sur la même longueur d'ondes.

Ces partenariats ne sont pas toujours évidents, c'est pour cela qu'il faut prendre le temps de bien s'informer et dialoguer pour être certain.e que les partenariats aient des éthiques de travail similaires.

Selon Christophe Paris, cette articulation peut parfois s'avérer complexe.

Le centre Minkowska fait souvent face à des personnes ayant un parcours chaotique, qui après avoir couvert leurs besoins les plus urgents ont tendance à décompenser alors même que le système de soins offre beaucoup moins qu'avant notamment en raison de la détresse et du manque de professionnel.le.s.

Il reconnaît aussi que le travail d'animation du réseau demande un temps assez conséquent.

En effet, il ne suffit pas de mettre en place des réseaux de partenariats, il faut les entretenir afin qu'ils soient véritablement effectifs et efficaces.

Cela peut demander beaucoup de temps au début, mais cela permet sur le long terme de fluidifier les parcours de soins.

Christophe Paris rappelle que les partenariats ne sont pas unilatéraux. Il recommande de prendre le temps de les construire, quitte à assigner un temps à une personne de l'équipe pour échanger régulièrement avec les partenaires.

Pour lui, il ne s'agit pas d'une perte de temps puisque ce travail en amont permet d'orienter et d'articuler beaucoup plus facilement les parcours de soins.

Enfin, pour le centre Minkowska une des plus grandes difficultés réside dans le fait de pouvoir faire le lien avec le soin somatique. De nombreux.se.s patient.e.s, en effet, n'ont jamais vue de médecins et un bilan de santé est souvent nécessaire.

Quels sont les freins que vous observez dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes et quels seraient les leviers, en termes de pratiques ou de plaidoyer, pour lever ces freins ? Par rapport à ces freins quels vœux auriez-vous pour améliorer la prise en charge des personnes ?

Christophe Paris recommande que les professionnel.le.s et les organisations prennent le temps d'évaluer leurs besoins en moyens, en formations, etc.

Ce processus est indispensable pour que chacun.e puisse s'autonomiser dans son travail. Une dynamique adaptée de formation permet de faire le lien dans l'institution, de s'articuler entre professionnel.le.s, de redonner confiance et de régler la problématique de la crise de sens à l'hôpital.

Pour Sibel Agrali, les structures de soins devraient, à partir de leurs expériences faire du plaidoyer.

Plaidoyer qui doit aller main dans la main avec le soin : « On reçoit des personnes qui nous confie beaucoup de choses, on a le temps de constater l'évolution des choses pour elles, parfois sur plusieurs années »⁸.

En effet, le centre Primo Levi peut voir l'impact de l'environnement qui n'est pas idéal en termes de soins et d'accueil sur leurs patient.e.s.

Elle souhaite que la santé mentale des personnes exilées soit reconnue comme une question de santé publique et que ce ne soit pas considéré uniquement comme quelque chose qu'il faut sous-traiter à des associations.

⁸ Propos tenus par Sibel Agrali lors de la table ronde.

Elle souhaite aussi que les politiques s'en saisissent réellement. Si on ne le traite pas à temps, le trauma se transmet.

Pour elle, il est aussi primordial de se préoccuper des conditions d'accueil.

Comme nous l'a montré le cas des ukrainien.ne.s, un accueil digne, correct et respectueux des personnes change la donne.

Le centre Primo Levi n'a reçu aucune demande de prise en charge de personnes ukrainiennes. Lorsque les personnes sont prises en charge correctement, la détresse psychique n'a quasiment plus lieu d'être.

Les gens sont capables de se débrouiller mais encore faut-il leur en donner les moyens. Enfin, Sibel Agrali regrette le turn over important dans le secteur notamment lié aux conditions de travail et demande qu'un travail global sur le sujet soit fait, pas que sur le salaire.

Andréa Tortelli, elle souhaite qu'un jour on ne soit pas obligé de parler de santé mentale des personnes migrantes. Être migrant n'est pas une maladie, ni un facteur de risque en soit de maladie psychiatrique.

Que l'on soit migrant.e on non, si l'on est exposé.e.s aux mêmes choses, on a les mêmes risques de développer des traumatismes psychiatriques.

Elle demande que l'on déconstruise l'approche hyper-spécifique de la prise en charge des personnes migrantes et qu'elles aient accès au droit commun et insiste sur le fait que ce sont des êtres humains comme les autres.

« Je n'imagine pas qu'on dise à un français à l'étranger, non toi tu ne vas pas voir un médecin d'ici, tu vas voir un médecin spécifique pour les migrants »⁹.

Naya Tarabichi répète que la santé mentale des personnes migrantes est aussi la santé mentale de toute la population.

Elle rappelle aussi l'importance de prendre soin de nous et de nos institutions, en plaidant pour le développement de la psychothérapie institutionnelle.

Elle souhaite aussi qu'un jour, il n'y ait plus de structures d'accueil qui renvoie à l'étrangeté, qu'il y ait moins de stigmatisation afin de gagner en humanité.

Neville Rigaux lui, souhaite que l'hôpital et les services publics hospitaliers aient les moyens de prendre en charge correctement la population, « ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle ».

⁹ Propos tenus par Andréa Tortelli lors de la table ronde.

Glossaire

AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CAOA	Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement
CAP	Centre d'Accueil Permanent
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CMP	Centre Médico Psychologique
CPOA	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
CRP	Centres Régionaux du Psycho traumatisme
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSP	Equipe Mobile Santé Précarité
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
HJ	Hôpital de Jour
MDU	Maison Des Usagers
MNA	Mineur.e Non Accompagné.e
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PASS PSY	Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu PSYchiatrique
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PUMa	Protection Universelle Maladie
SAU	Service d'Accueil et d'Urgence
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TSPT	Trouble du Stress Post Traumatique

REMERCIEMENTS A :

L'Agence Régionale de Santé Île-de-France ;
La Commission Santé de la Fédération des acteurs de la solidarité
Île-de-France pour son soutien et son investissement ;
L'ensemble des intervenant.e.s ayant participé.e.s aux tables-rondes ;
Anna Covillas pour la rédaction et l'élaboration du présent document ;
Clotilde Hoppe pour le suivi du projet et de l'élaboration du document ;
Faloune Premier pour la conception graphique.