18.1. REPÈRES ET ACCÈS AUX SOINS

Publié le22 février 2022

Catégories : Santé mentale et troubles psychiques, Soins et prévention

Santé mentale et troubles psychiques

Article mis à jour le 22 février 2022

Les troubles psychiques constituent la pathologie grave la plus fréquente chez les exilé.e.s, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugié.e.s. La migration et l'exil peuvent entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences et persécutions ayant motivé le départ, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et des repères sociaux. Face à des dispositifs de soins en situation de pénurie et ayant peu recours à l'interprétariat professionnel, les migrants/étrangers en situation précaire rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale. La connaissance du contexte institutionnel de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que la prise en compte des conditions de vie des exilés sont essentielles à la qualité des actions de prévention et de soins.

Epidémiologie et définitions

Dans l'observation du Comede, les troubles psychiques, et parmi ceux-ci les troubles réactionnels constituent le premier motif de recours aux soins. Les patients suivis en psychothérapie au Comede présentent plus souvent que les autres des antécédents de violence (93% *versus* 62% pour l'ensemble des consultants en médecine), de torture (39% *vs* 15%), et de violences liées au genre (38% *vs* 13%), évoquant une forte corrélation entre violences et troubles psychiques. Les femmes sont plus touchées que les hommes par les psychotraumatismes et constituent la majorité des victimes de violences de genre.

« Il n'y pas de santé sans santé mentale », selon l'Organisation mondiale de la santé. L'OMS insiste sur l'importance de définir la santé de manière positive comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé mentale peut être appréhendée comme un continuum allant d'un pôle « positif » (le bien être) à un pôle « négatif » (mal être, souffrance psychique, troubles psychiques, handicap psychique). Le bien-être mental est un état essentiel permettant à chacun.e de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. Sur un plan individuel, la santé mentale est un état subjectif, dont les déterminants sont à la fois psychologiques, sociaux, politiques et biologiques. Dans toutes les sociétés, les personnes souffrant de troubles psychiques sont fréquemment victimes de discrimination et de stigmatisation.

Pour en savoir plus : www.psycom.org

Psycom, une ressource publique nationale,
pour que la santé mentale devienne l'affaire de toutes et de tous

Principaux acteurs et méthodes de soins en santé mentale

Les psychologues clinicien.ne.s et les médecins psychiatres sont les deux principales catégories professionnelles dans le champ des soins spécialisés en santé mentale. Titulaires d'un diplôme de médecine spécialisée (psychiatres) et d'un master II (psychologues), ces deux professions ont pour objet le psychisme humain et tout particulièrement ses dysfonctionnements, ses troubles ou aspects psychopathologiques. Leur savoir et leur pratique thérapeutique se tissent essentiellement sur la relation thérapeutique dite « alliance » et/ou « transfert » selon les théories qui fondent leur approche des troubles psychiques et des maladies mentales. Psychologues clinicien.ne.s et psychiatres sont habilité.e.s à mener des psychothérapies, selon des formations spécifiques dont les modalités varient en fonction des références théoriques. Il existe différentes théories et modèles thérapeutiques dans le cadre de la prise en charge psychothérapeutique du traumatisme. Des thérapies non directives, fondées sur la création d'un espace de parole libre et pratiquées sont particulièrement adaptées pour les personnes confrontées à l'expérience de l'exil et ayant subi des violences.

Les psychiatres et les médecins généralistes peuvent également prescrire des traitements psychotropes : anxiolytiques (« tranquilisants »), hypnotiques (« somnifères »), neuroleptiques (antipsychotiques), antidépresseurs et régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs). La prescription de ces médicaments est fondée sur des connaissances pharmacologiques et cliniques, et doit prendre en compte à la fois la relation thérapeutique établie entre le/la patient.e et les soignant.e.s ainsi que la singularité du vécu de la personne.

La clinique auprès des exilé.e.s est marquée par la rencontre entre professionnel.le.s et patient.e.s de cultures différentes. Le champ de la clinique transculturelle inclut le recours à l'interprétariat professionnel pour les personnes non francophones et la prise en compte des représentations du soin, de la maladie et de l'altérité chez les patient.e.s comme chez les soignant.e.s. En ce sens, tout psychothérapeute est à même de recevoir des patient.e.s exilé.e.s sans qu'une spécialisation ne soit forcément nécessaire.

Facteurs de risque liés au voyage et à la migration

Toute migration constitue aussi un voyage, au sens d'un déplacement dans l'espace, mais aussi d'une découverte du monde et de soi. Le voyage peut représenter une étape dans la construction identitaire (ex : voyage initiatique). L'expérience du voyage peut engendrer des émotions intenses et conduire à éprouver « un sentiment océanique » renvoyant à l'impression de ne faire qu'un avec l'environnement extérieur, dans un mouvement inconscient de « retour aux origines ».

La part d'altérité présente en chacun.e peut provoquer le désir de partir à la rencontre de l'altérité à l'extérieur de soi et l'envie de se confronter à la différence culturelle. Cela peut parfois provoquer un « choc culturel », avec un

important sentiment d'anxiété lié au fait de se retrouver plongé.e dans un contexte à la fois étranger et étrange, donnant une impression « d'inquiétante étrangeté ». En situation d'exil, voyager dans un environnement étranger signifie souvent ne pas pouvoir anticiper, comprendre les comportements des autres et perdre les symboles familiers de son cadre habituel. Cela peut entraîner un état de tension psychique, de désorientation, ainsi qu'un sentiment de perte et de peur d'être rejeté.e.

La migration peut constituer une fracture dans ce qui constitue la base des rapports humains, au niveau individuel, collectif et culturel. En effet, elle induit une confrontation, parfois brutale, entre le cadre culturel externe de la société d'accueil et celui qui a été intériorisé par le patient. Cette confrontation s'accompagne d'une perte des étayages culturels habituels fonctionnant comme des contenants de pensée à partir desquels la réalité est décodée. La rupture des contenants psychiques et culturels peut favoriser, dans certains cas particuliers, une décompensation psychique dont la forme et l'expression sont à mettre en relation avec la structure antérieure de la personnalité. Ainsi, sans qu'il faille envisager systématiquement un « traumatisme migratoire », la migration constitue un facteur de vulnérabilité psychique.

Il n'y a pas de pathologie spécifique à la migration. La migration n'entraîne pas uniquement des effets pathogènes ou traumatiques, elle peut également être porteuse d'une dynamique de transformation et de création. Quels que soient les enjeux associés à la migration, celle-ci nécessite toujours un travail d'élaboration psychique, de deuil, afin que le patient puisse intégrer cet événement majeur à son histoire de vie.

Pour les demandeurs d'asile et les réfugié.e.s, l'exil renvoie à une fuite du pays d'origine face à un risque vital encouru. Plus qu'un départ vers l'ailleurs, l'exil est d'abord une fuite sans possibilité de retour, face à la violence, les persécutions, la torture. Compte tenu des événements de violence vécus ou des risques encourus parmi les exilés, la fréquence et la complexité des troubles post traumatiques sont importants.

Facteurs de risque liés à la précarité administrative

La clinique auprès des exilé.e.s est marquée par l'intrusion du réel des violences mais aussi par l'intrication des facteurs intimes et sociaux, parmi lesquels la précarité administrative et juridique tient une place importante. Les réponses, entretiens et convocations des instances d'attribution d'une protection rythment le parcours de la personne et le processus thérapeutique : attente angoissée, sentiment de ne pas être prêt.e à parler, effondrement lorsque les demandes sont rejetées, sentiment de reconnaissance et de soulagement lorsque le statut de réfugié.e ou la protection subsidiaire est accordée. Il est parfois nécessaire de multiplier les entretiens de psychothérapie à l'approche des convocations, pour contenir l'angoisse, ou parce que la perspective de « prendre la parole » précipite le processus d'élaboration psychique, et pour confirmer la continuité du lien thérapeutique quelle que soit la décision ultérieure.

Pour certain.e.s patient.e.s, les entretiens et convocations représentent une épreuve dont ils ne sortiront pas indemnes. Lorsque la demande d'asile est rejetée, à la tristesse et à la peur du retour dans le pays, dans la rue, de la vie « sans-papiers » peut s'adjoindre le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur. Un certificat médical expliquant les difficultés d'expression liées aux troubles psychotraumatiques peut aider à faire comprendre la situation particulière du patient aux représentant.e.s de l'administration ou de la justice. Ce document écrit peut être utile dans les cas où la possibilité de parler a été ébranlée par l'expérience traumatique, ou que la mise en mots de l'expérience replonge dans un vécu de détresse intense.

Pour les demandeurs d'asile, la santé mentale est affectée par des conditions de vie de plus en plus précaires. La

suppression du droit au travail (depuis 1991 en France), l'inexistence de droit à un revenu suffisant, la multiplication des procédures à garantie diminuée et le rejet fréquent des demandes d'asile font obstacle aux efforts thérapeutiques entrepris, et aggravent souvent les troubles psychiques. Le déni de la possibilité d'être inscrit.e légalement et socialement dans un lieu peut provoquer des effets de « désabritement » psychique, d'errance, et de mélancolisation du lien aux autres et au monde.

L'impact subjectif de la situation d'exil est singulier. Chaque patient.e est différent.e, chaque histoire, particulière. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec la personne, de savoir pourquoi elle s'effondre aujourd'hui. La négation de l'impact des conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences s'apparente à un déni pouvant faire penser aux patient.e.s que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée. Cependant, la recherche exclusive des causes « du dehors » maintiendrait la patiente dans un statut de victime, d'objet et non de sujet toujours en devenir, grâce à l'accès à ses propres ressources psychiques. L'espace de soin se dessine entre l'ici et maintenant, le passé et ses retours, et l'ouverture sur un possible avenir.

Dispositifs et blocages à l'accès aux soins de santé mentale

La logique territoriale qui prévaut dans l'organisation des secteurs de psychiatrie est parfois inadéquate pour les étrangers en situation précaire, dont les parcours sont marqués par de nombreuses ruptures sur le plan de l'hébergement et/ou de la domiciliation. En France, les secteurs psychiatriques désignent à la fois la zone géographique (un bassin de population d'environ 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et 210 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile) et le dispositif de prévention, de traitement et de coordination des soins en santé mentale. La politique de secteur a été initiée dans les années 1960 en France pour mettre fin à la réclusion et parfois l'internement à vie des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Ses objectifs principaux sont la précocité, la proximité et la continuité des soins. Le pivot de cette politique est le centre médico psychologique (CMP), situé au sein de la cité, qui est à la fois lieu de diagnostic et d'organisation d'un réseau de soin autour des patients (hôpital, médecin traitant). Rendue possible par le développement de la psychiatrie communautaire, l'évolution des médicaments neuroleptiques et la démocratisation des psychothérapies, la politique de secteur a constitué un grand progrès dans les conditions de vie des malades et la lutte contre leur exclusion. Elle connaît cependant des limites liées au manque et à la disparité des moyens alloués à la psychiatrie publique de secteur.

Le recours à l'interprétariat professionnel est indispensable à une prise en charge de qualité en santé mentale. Le recours à un.e interprète professionnel.le saurait être remplacé par l'appel à des accompagnant.e.s, des interprètes de fortune ou encore des « machines à traduire ». En cas de difficulté de communication linguistique, la compétence et la neutralité d'un.e interprète professionnel.le sont nécessaires. La proximité des patient.e.s avec des interprètes non professionnel.le.s risque d'interférer dans le soin, particulièrement dans le domaine du psychotraumatisme.

Certains écueils sont à éviter dans l'orientation ou la prise en charge des troubles psychiques parmi les migrants/étrangers. L'orientation systématique vers des structures de soins « spécialisées » (en vue d'une approche « spécifique » de la culture, du trauma, de la torture etc.) entretient l'exclusion de ces personnes des structures de soins de santé mentale « de droit commun ». Ces pratiques s'expliquent souvent par l'absence de recours à l'interprétariat professionnel, alors même que les compétences des soignant.e.s permettraient de faire face à la plupart des situations. Un autre écueil consiste à considérer que leurs troubles sont uniquement réactionnels à la situation sociale (être « sans-

papiers », « sans domicile fixe », etc.), avec le risque de minorer les troubles psychotraumatiques sous-jacents qui justifient une prise en charge médico-psychologique. Si le développement de recherches et de connaissances spécifiques dans ces domaines est essentiel, leur diffusion vers l'ensemble des professionnel.les du soin psychique est tout aussi nécessaire, afin de favoriser le recours aux soins dans l'ensemble du système de santé.

Lemperière et Coll., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 2006

OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, www.who.int

Pestre, E. *La vie psychique des réfugiés.* Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2014

Rechtman, R. *Introduction à l'ethnopsychiatrie*, in V. Kapsambelis (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte.* Paris, PUF, coll. « Quadrige », pp. 213-228, 2012