



Projet Exil-AB Réfugiés social - INTERREG - Dispositif mobile - Integrapsy (2018 - 2022)

Le CRÉSAM sur le terrain de l'exil via le dispositif mobile INTEGRAPSY

Dans le cadre de son projet "Exil" et d'un financement européen transfrontalier (Haut-de-France, Flandre occidentale, Wallonie) appelé *Ab-Réfugiés social* et *Interreg*, le CRÉSAM a pu développer un dispositif mobile de soins en santé mentale pour les personnes en situation d'exil, ainsi que plusieurs autres initiatives visant, directement ou indirectement, le même objectif. Doté de sa "Concertation Exil" regroupant les trois initiatives spécifiques exil des SSM en Wallonie (*Dispositif Tabane, Santé en Exil, Clinique de l'Exil*), ainsi que trois initiatives psychosociales en Wallonie (*Espace 28, Espace Sémaphore, le CINL*), le Centre de Référence en Santé Mentale a, notamment, été choisi comme opérateur de ce projet pour son expertise et son réseau. Ce projet "Integrapsy" fut également l'occasion d'ajouter une pratique de terrain aux activités de recherche et de concertation du CRÉSAM en matière de santé mentale et exil. Un des principaux objectifs de ce dispositif mobile fut, en effet, pour la responsable de projet, de se rendre dans les centres d'accueil de la région de Wallonie Picarde, en sa qualité de psychologue clinicienne spécialisée dans l'accompagnement post-traumatique de l'exil (en collaboration avec le SeTIS wallon pour l'interprétariat) afin d'offrir des consultations aux publics résidant dans ces centres et de faciliter leur intégration dans le réseau de soins en santé mentale belge. À noter que la plupart des centres d'accueil en Belgique ne disposent pas de professionnels de la santé mentale dans leurs équipes internes.

La demande de soins en santé mentale plus importante que l'offre

Le premier constat fut, assez rapidement, celui d'un manque criant de relais pour la prise en charge de ces adultes, enfants, adolescents et familles demandeurs d'asile. En effet, dès le début du projet, et jusqu'au-delà de sa date de fin, les demandes de soins et de consultations par un professionnel de la santé mentale n'ont cessé d'augmenter. Les principaux symptômes à l'origine de ces demandes gravitent autour du syndrome de stress post-traumatique (insomnie, stress chronique, hyper vigilance, intrusions de la pensée et réviviscences d'évènements traumatiques, douleurs physiques, crises d'angoisses, symptômes dissociatifs, peurs intenses et invalidantes, phobies, pensées suicidaires, dépression, difficulté à gérer ses émotions/agressivité, addictions...) et sont associés à une souffrance considérable. Les services spécialisés dans la clinique de l'exil étant surchargés de demandes, une liste d'attente ne permet un rendez-vous que plusieurs mois plus tard. Durant la première année de ce projet, l'accent a donc été mis sur les aspects de renforcement du réseau de soin en la matière via la recherche intensive de professionnels de la santé mentale extérieurs au réseau de l'accueil, non spécialisés donc, mais susceptibles de prendre en charge des personnes en situation d'exil résidant dans les centres d'accueil (psychologues indépendants, thérapeutes, psychiatres...). Cette recherche a représenté un challenge important, considérant, premièrement, le manque de professionnels de santé mentale en général face à une demande grandissante, et deuxièmement, la réticence de certains à travailler avec ce public (entretiens avec des traducteurs, pour des personnes ayant subi des traumatismes psychiques intenses, d'origine et de culture étrangères...).

De plus, les lieux d'accueil pour demandeurs d'asile sont parfois excentrés, situés loin d'une ville, ce qui crée un accès difficile aux soins spécifiques. Les efforts fournis, conjointement avec les professionnels travaillant dans les centres d'accueil, furent cependant fructueux, permettant à une dizaine de psychologues indépendants de se rendre régulièrement au service médical de certains centres d'accueil pour offrir des consultations aux résidents, facturables, ensuite, à Fedasil (l'agence fédérale pour l'accueil en Belgique). En outre, pour soutenir ces psychologues non spécialisés dans la clinique de l'exil, le CRéSaM a pu mettre les compétences de la Concertation Exil à leur disposition en leur proposant des espaces d'interventions et d'échanges cliniques sous la supervision de l'ASBL Espace Sémaphore.



Le syndrome de stress post-traumatique de l'exil : perspective systémique

La clinique avec les personnes rencontrées nous en a appris davantage, tant sur la souffrance et le vécu de l'exil, que sur les impressionnantes ressources et forces dont elles font preuve pour y faire face. Inspirée de ses expériences précédentes dans l'humanitaire et comme psychologue travaillant au sein d'institutions (ONG, refuges pour mineurs, etc.), prenant en charge les personnes exilées et autres personnes en souffrance, la responsable de projet a pu approfondir des constats déjà préétablis. Qu'il s'agisse des raisons qui les ont poussés à fuir leur pays d'origine (persécutions militaires, politiques, conflits armés, persécutions plus individuelles liées à leur identité sexuelle...), des ruptures multiples du parcours et du trajet migratoire (rencontres d'individus qui vont monnayer leur passage contre des abus divers et variés, confrontation à la mort d'autrui ou à la menace de sa propre mort) ou encore des conditions dans le pays d'arrivée (précarité des conditions de vie, discrimination, hostilité, violence policière ou institutionnelle, manque d'empathie à leur égard...), la probabilité d'être confronté à un ou plusieurs traumatismes est excessivement élevée lorsque l'on est forcé de s'exiler. Comme susmentionnés, les symptômes rencontrés en séance sont fort proches de ceux repris dans la description scientifique du syndrome de stress post-traumatique. Cependant, les traces laissées par les événements traumatiques (souvent multiples dans le cas de l'exil) vont au-delà de ceux-ci. En effet, les conséquences post-traumatiques sont aussi relationnelles. C'est toute la relation au monde, à l'autre, à soi et à la temporalité qui est altérée suite aux rencontres avec l'indicible, et ce dans le sens de la déliaison. L'impuissance acquise, le vécu de réification et de déshumanisation faisant suite aux traumatismes sont aggravés par l'accumulation de violences et soumissions quotidiennes liées à la situation actuelle (promiscuité, difficultés des conditions de vie, incertitude totale quant à leur avenir) et peuvent générer une hypersensibilité et une hyperréactivité chez le sujet. Suite à ces tendances et à un vécu de persécution ou un "état de légitime défense permanent" comme nous l'appelons, c'est l'agressivité qui peut se manifester, davantage que les pleurs ou demandes d'aide. Ces manifestations de colère légitime, ces tentatives de retrouver un sentiment d'exister et autres comportements associés (bagarres, automutilation, crises dissociatives, tentatives de suicide...) ont aussi un effet sur les autres membres du système et du lieu d'accueil.

Le sentiment d'impuissance voyage alors des résidents aux professionnels. Dans un isomorphisme institutionnel, beaucoup de professionnels disent se sentir démunis face à ces scènes de la vie quotidienne, épuisés, peu reconnus, peu outillés. Ces dimensions relationnelles ne sont pas toujours bien connues ni comprises au sein des centres, elles sont génératrices de malentendus, de tensions et de conflits. Là où la création d'un lien thérapeutique et d'un climat de sécurité est prônée pour soutenir le sujet dans sa reconstruction psychique, il arrive alors que cela soit le contraire qui se produise, que l'on assiste à l'installation d'une certaine distance, d'une déliaison entre les différents membres du système, reproduisant ainsi les effets mêmes du traumatisme. Notons qu'il est possible aussi de faire le même constat à une échelle plus "macro" de la société.

Le soutien et la sensibilisation des professionnels pluridisciplinaires de première ligne

Partant de ce constat sur l'impact systémique du traumatisme psychique de l'exil, des dires des professionnels des centres (selon lesquels ils ne sont pas assez informés et formés sur le traumatisme psychique) et des valeurs du CRéSaM (selon lesquelles la santé mentale n'est pas uniquement l'affaire des psys, mais bien celle de tous, dans chacun des lieux de vie), nous avons profité du projet Interreg Integrapsy pour développer un deuxième axe au dispositif mobile. Aussi, ce deuxième axe permettra non seulement de répondre aux aspects du projet européen portant sur le *soutien aux professionnels*, mais également de pallier le manque de relais en matière de soin en santé mentale évoqué plus haut. En effet, soutenir les professionnels permet d'améliorer le bien-être de tous les membres du système et donc celui des résidents également. Au cours de la deuxième année de ce projet, un module de séance de sensibilisation à l'attention des professionnels pluridisciplinaires de première ligne a été créé à la demande de professionnels travaillant dans des centres d'accueil pour MENA (mineurs migrants non accompagnés) et a commencé à être dispensé dans différents centres (Croix-Rouge, Fedasil, centres privés...). Ces séances de sensibilisation (le terme "sensibilisation" est volontairement choisi en lieu et place de "formation") portaient sur les aspects relationnels du traumatisme psychique de l'exil, sur la manière dont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) se manifeste dans la vie de tous les jours au sein du centre d'accueil. L'objectif de ces séances était d'aider les professionnels à mettre du sens sur les scènes et symptômes auxquels ils assistent, de leur donner des bases pour mieux comprendre ce qui se joue, ainsi que quelques pistes d'ajustement relationnel pour y répondre. Le postulat de base étant que, mieux informés sur les difficultés psychiques et relationnelles de l'autre, ils seraient plus à même d'ajuster leur perception des choses et ce faisant, leur réaction et comportement également. Aussi, favorisant le lien, l'objectif de ce processus tenait aussi dans le fait qu'il permet de désamorcer certains conflits ou escalades, favoriser le climat de sécurité et de confiance et ainsi lutter contre le sentiment d'impuissance du travailleur en lui redonnant un rôle et du sens dans son travail. L'idée selon laquelle l'attention portée à la santé mentale et le soutien thérapeutique des bénéficiaires ne sont pas seulement réservés aux psychologues et psychiatres va également dans ce sens. Chaque personne côtoyant la personne en souffrance peut lui apporter un lien thérapeutique, dans les moments informels de la vie quotidienne, sans pour autant y consacrer beaucoup de temps, autour des tâches, d'activités créatives et valorisantes. Par l'évocation d'une fonction de « soin » mentionnée plus haut, il n'est pas question de réduire ou de maintenir la personne dans un statut d'assistée, mais bien de l'amener vers la reprise d'un rôle d'acteur, de créateur, de sujet. Cela, chacun des interlocuteurs qu'elle est amenée à rencontrer peut le faire.



Les retours des travailleurs ayant assisté à ces séances de sensibilisation ont été dans ce sens. Même si celles-ci ne furent qu'une initiation au domaine et que la réalité de terrain nécessiterait que des séances de supervision ou d'intervision se tiennent à plusieurs reprises et à plus long terme, dans les centres d'accueil, certains pouvaient déjà souligner l'importance de reprendre ces bases (de les apprendre pour d'autres), l'intérêt d'avoir une lecture dynamique et relationnelle du problème et le soulagement de recevoir une certaine forme de reconnaissance de leur travail. Beaucoup regrettaient de ne pas recevoir ce genre de sensibilisation dès leur engagement dans leur poste tant ils ignorent parfois tout de cette réalité à ce moment-là. Lors de ces séances, beaucoup d'impuissance est effectivement rapportée par les professionnels, un manque de reconnaissance, de soutien, de la colère, un sentiment de découragement et parfois d'épuisement.

Conclusions et recommandations (en matière de santé mentale et d'exil)

Ce que nous pouvons retenir de ce projet AB Réfugiés Social Interreg Integrapsy, c'est donc, pour commencer, que ce public en situation d'exil a un besoin considérable de recevoir des soins en santé mentale, besoin qui dépasse, de loin, ce qui est actuellement proposé. Leur souffrance psychique est complexe tant les difficultés actuelles viennent s'ajouter à de graves troubles post-traumatiques, et tant leur souffrance est intrinsèquement liée à celle des autres membres du système ou du lieu d'accueil. Pour tenter de répondre à ce besoin, nous émettons le souhait qu'il y ait, non seulement, plus de professionnels de la santé mentale sensibilisés à cette clinique, disposés et disponibles pour ce faire, mais également une approche plus systémique du soin. En effet, au vu de la souffrance exprimée par les professionnels pluridisciplinaires des centres d'accueil et des difficultés quotidiennes rapportées, allant parfois jusqu'à reproduire une certaine forme de violence à l'encontre du résident déjà vécue auparavant, nous constatons que c'est tout l'accueil qui gagnerait à être pensé en termes de "soin". Le fonctionnement même des structures d'accueil devrait tenir compte du traumatisme psychique et de ses manifestations quotidiennes, de la population qu'il accueille, de leurs besoins, de leurs difficultés et ressources. Les soignants qui y travaillent seraient alors sensibilisés, formés au travail avec des personnes rencontrant de graves symptômes psychiques et soutenus sur le long terme dans ce travail, dans des conditions de travail qui permettent, par ailleurs, ce type d'engagement. De la même manière que nous avons noté un isomorphisme au niveau des souffrances ressenties de la part des professionnels et des résidents demandeurs d'asile, nous constatons que les deux parties du système éprouvent le besoin d'être considérées, entendues, reconnues dans leur réalité quotidienne. Toutes deux bénéficieraient à être soutenues à la fois dans les difficultés rencontrées, mais aussi, dans leur rôle d'acteur, et non pas comme subissant constamment leur réalité. Ainsi le sentiment d'impuissance pourrait-il être apaisé, tout comme la déliaison, et la création d'un lien thérapeutique et générateur de sens pour tous, favorisée.

Enfin, ce projet européen transfrontalier portait exclusivement sur le public demandeur d'asile (ayant donc entamé une procédure de demande de séjour) et ne permettait donc pas d'inclure les personnes exilées dites « en transit » qui sont, elles, dans une précarité encore plus importante. Soulignons que ce que nous avons développé s'applique également à ces personnes en souffrance extrême, ainsi qu'aux bénévoles et autres opérateurs gravitant autour d'elles.

Catherine De Geynst
Psychologue



Centre de Référence en Santé Mentale Asbl
Boulevard de Merckem, 7 - 5000 Namur
081 - 25.31.40
cresam@cresam.be