Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calaisis (2015-2017)

*Provide an Answer in Mental Health and Psychosocial Support for Exiles in a
Context of Crisis. Example of Doctor of the World' Interventions in Calaisis
(2015-2017)*

*Dar una respuesta en términos de salud mental y acompañamiento psicosocial a
los exiliados en un contexto de crisis. La experiencia de Medicos del Mundo en la
région francesa de Calaisis (2015-2017)*

**Lou Einhorn, Maud Rivière, Marielle Chappuis, Marie Chevelle et Sophie
Laurence**

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/remi/10581>
DOI : 10.4000/remi.10581
ISSN : 1777-5418

Éditeur

Université de Poitiers

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2018
Pagination : 187-203
ISBN : 979-10-90426-62-7
ISSN : 0765-0752

Référence électronique

Lou Einhorn, Maud Rivière, Marielle Chappuis, Marie Chevelle et Sophie Laurence, « Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calaisis (2015-2017) », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 34 - n°2 et 3 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2021, consulté le 14 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/remi/10581> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/remi.10581>

Note de recherche

Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise.

L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017)

Lou Einhorn¹, Maud Rivière², Marielle Chappuis³, Marie Chevelle⁴ et Sophie Laurence⁵

Calais n'est qu'à une trentaine de kilomètres des côtes anglaises. Depuis la fin des années 1990, des personnes exilées⁶ « échouent » dans cette ville après un parcours migratoire souvent long et éprouvant. Beaucoup d'entre elles fuient des persécutions ou des conditions de vie difficiles dans leurs pays d'origine et espèrent rejoindre l'Angleterre. Le choix de cette destination est le plus souvent lié au fait qu'elles y ont des proches déjà installés et qu'elles maîtrisent la langue anglaise. Par ailleurs, la législation y est réputée plus favorable⁷ que dans l'Espace Schengen et l'Angleterre bénéficie de l'image d'une économie plus florissante que dans d'autres pays d'Europe. Pour franchir la frontière, les exilés prennent des risques considérables. Depuis 1999, au moins 170 personnes sont décédées en tentant de franchir l'espace frontalier entre la France et l'Angleterre (Galisson, 2016).

1 Médecins du Monde Hauts-de-France, 225 rue Winston Churchill, 59240 Dunkerque ; lou.einhorn@hotmail.fr

2 Médecins du Monde Hauts-de-France, 225 rue Winston Churchill, 59240 Dunkerque ; maud.riviere@gmail.com

3 Médecins du Monde France, 62 Rue Marcadet, 75018 Paris ; marielle.chappuis@medecinsdumonde.net

4 Médecins du Monde Hauts-de-France, 225 rue Winston Churchill, 59240 Dunkerque ; marie.chevelle@medecinsdumonde.net

5 Médecins du Monde France, 62 Rue Marcadet, 75018 Paris ; sophie.laurence@medecinsdumonde.net

6 Terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration et notamment ses aspects psychologiques à la différence de « migrant », terme plus général, qui est une personne qui quitte son pays d'origine pour venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité.

7 Les personnes exilées y voient une possibilité d'accès au travail plus facile et un taux de demandes d'asile acceptées plus important.

En attendant de réussir à franchir la frontière, ces exilés sont contraints de vivre des semaines, des mois, voire des années, dans des campements où les conditions de vie sont très difficiles. Dans ces zones de non-droit vivent également des personnes qui ont fini par entamer une demande d'asile en France, par résignation à la suite d'échecs lors des tentatives de passages, ou par choix, et qui sont en attente d'hébergement.

Le nombre de personnes vivant dans les campements du Calais a toujours été difficile à déterminer précisément. Les chiffres varient selon les périodes et les sources (de 200 à 700 personnes avant la création du bidonville jusqu'à plus de 10 000). Les exilés vivent dans les villes proches des aires d'autoroute, entre squats, bidonvilles, fossés. Les possibilités de s'abriter, l'accès à des sanitaires, avoir un repas, à des soins, ou à tout autre besoin élémentaire, sont parfois obtenues à la suite de batailles constantes des associations avec les autorités. En 2018, rien n'est moins évident que d'avoir accès à de l'eau potable ou un toit lorsqu'on est en exil à Calais, ville d'un pays classé sixième puissance économique mondiale.

Dénoncées par diverses associations et instances de manière récurrente (CFDA, 2008; Le Défenseur des droits, 2015; CNCDH, 2015 et 2016; UNICEF, 2016; Human Rights Watch, 2017), les conditions de vie sont particulièrement violentes et très éloignées des conditions supposées d'accueil de personnes en quête d'asile. Ces violences polymorphes et répétées, venant s'ajouter à celles endurées dans les pays d'origine et durant le parcours migratoire, ont un impact important sur la santé psychique de ceux qui les subissent.

Depuis 2003, les équipes de Médecins du Monde (MdM) sont présentes sur les campements du littoral du Nord et du Pas-de-Calais afin de proposer une prise en charge sanitaire aux habitants de ces camps. Cette note de recherche présente l'origine du programme « santé mentale et soutien psychosocial » mis en place par MdM sur le camp de Calais et auquel certains psychologues auteurs ont participé sur le terrain. Nous évoquerons les problématiques psychosociales rencontrées sur les camps et l'approche psycho-communautaire qui a orienté les interventions des équipes en réponse à ces problématiques. Puis nous détaillerons les différents dispositifs créés, en présentant les approches théoriques sous-tendant l'action et en mettant l'accent sur la dimension du lien psychosocial.

Problématiques de santé mentale et soutien psychosocial rencontrées au sein du camp

Des conditions de vie insécurisantes

D'Halluin (2009) rappelle, que « la santé mentale [des demandeurs d'asile] tout comme leur santé, est une production intimement liée à leurs conditions de vie passées et présentes, à leur expérience objective et subjective d'une violence dans le pays d'origine ou au cours de leur fuite, mais aussi à une violence structurelle dans le pays d'accueil ». Womersley *et al.* (2017) mettent également en avant les effets des conditions d'accueil du pays hôte sur la santé mentale.

Une étude réalisée sur le bidonville de Calais montre que 54,2 % des personnes interrogées ont déclaré ne s'être jamais senties en sécurité dans le camp (Refugee Rights Data Project, 2016⁸); près de 25 % évoquent la peur des violences policières⁹. 41,7 % des femmes et 27 % des hommes interrogés affirment avoir déjà subi des violences dans le camp. Ainsi, la majorité des exilés survivant dans ce contexte ne dispose d'aucun « safe space¹⁰ », d'aucune possibilité de repos psychique. Bien que l'étude ne le précise pas, il semble que ce sentiment d'insécurité puisse être élargi à la ville, aux zones de passage, à l'intégralité du « séjour » à Calais : 75,9 % des personnes interrogées affirment avoir déjà été victimes de violence de la part de la police et près de la moitié des personnes interrogées avoir subi des violences de citoyens non policiers pendant leur séjour.

Des souffrances psychologiques prévalentes constatées parmi les exilés vivant à Calais

En situation d'urgence, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue que 35 à 50 % de la population manifeste une détresse légère à modérée, 15 à 20 % présentent un trouble léger à modéré nécessitant une intervention spécifique en santé mentale et soutien psychosocial, et 3 à 4 % souffrent d'un trouble psychiatrique majeur tels que la psychose, la dépression sévère qui nécessitent une prise en charge psychiatrique (OMS, 2006). Une étude du Comede (Comité pour la santé des exilés) constate une prévalence¹¹ des troubles psychiques graves de 16,6 %, constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes (Veisse *et al.*, 2017). Cette étude note également que les tableaux dépressifs (22 %) sont constatés plus fréquemment chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Les différentes études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante : selon l'association Primo Levi, « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne seraient gravement traumatisés [...] et auraient besoin d'un traitement ou d'assistance » (Agrali et Morel, 2012).

Ces constats concernent également les populations du bidonville de Calais, où le stress chronique et le stress post-traumatique font partie du vécu courant des exilés. Les troubles du sommeil sont fréquemment éprouvés, liés aux expériences passées, mais également difficilement dissociables des conditions de vie sur place. La somatisation, comme mécanisme de défense face à l'indicible, est courante (Douville, 2014). Le corps, parfois, est le médium par lequel le patient peut « dire » quelque chose de sa souffrance. Nous constatons également l'émergence de conduites addictives pouvant remplir une fonction défensive face aux troubles psychiques (Audibert, 2008). À Calais, ces addictions sont très rarement

8 Cette étude a été effectuée auprès de 870 personnes, soit 15 % de la population totale du camp. Elle a permis de dégager des données statistiques sur la composition démographique du camp, les violations des droits et les souhaits pour l'avenir.

9 Violences documentées dans les rapports sur les conditions de vie précédemment citées, ainsi que les rapports de Calais Migrants Solidarity (2011 et 2013) ayant été à l'origine de saisines du Défenseur des droits.

10 Que nous entendons par espace sécurisé et sécurisant.

11 Taux de prévalence des troubles psychiques graves calculés parmi les 16095 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede (Comité pour la santé des exilés) entre 2007 et 2016.

à l'origine de la démarche de soin, elles se révèlent plutôt au cours de l'accompagnement. La précarité, les violences subies, mais aussi l'omniprésence de la mort durant tout le parcours migratoire (que ce soit la perte de proches dans le pays d'origine, sur le parcours ou dans le camp¹²) atteignent le désir de se projeter dans l'avenir et peuvent renforcer des tendances dépressives. Les personnes arrivées en Europe peuvent éprouver un sentiment de culpabilité à être restées en vie là où d'autres sont morts (Cabanes, 2009).

À cela s'ajoutent les problèmes de santé somatiques directement liés aux conditions de vie délétères au sein du camp (infections cutanées, troubles gastro-intestinaux, respiratoires, etc.) et physiques (blessures liées aux tentatives de passage, à la construction d'abris, aux brûlures, etc.). De nombreux exilés expriment une importante souffrance psychique, majoritairement réactionnelle face à cette incertitude d'avenir, en lien avec leur situation actuelle et les conditions de vie sur le camp, qui constitue donc souvent une réaction normale.

Un accès aux soins complexe

La satisfaction des besoins élémentaires est difficilement établie sur les camps du Nord-Pas-de-Calais, les conditions de vie ne permettent que difficilement aux exilés de manger, boire, dormir, se laver¹³. L'accès aux soins physiques et psychiques par les exilés est également limité. Ceci s'explique en particulier par la méconnaissance des dispositifs de droit commun existant en France et ceux accessibles pour les personnes exilées à Calais, le fait que les soins soient en général disponibles uniquement au sein des établissements de santé, l'éloignement géographique entre les camps et les structures de soin, l'absence d'interprétariat, le risque d'arrestation sur la route, etc. Concernant la santé mentale, les Équipes mobiles psychiatrie précarité¹⁴ (EMPP) ont pour mission d'aller au-devant des publics en situation de précarité dont font partie les habitants des camps, mais elles ne disposent pas toujours de moyens nécessaires.

Par conséquent, les exilés relèguent fréquemment leur santé physique et mentale au second plan, d'autant qu'ils ont d'autres priorités plus urgentes que de prendre soin d'eux dans cet environnement maltraitant. Le recours aux soins finit par avoir lieu lorsqu'il ne leur est plus possible de faire autrement, que les symptômes devenus trop envahissants empêchent leur survie. Face à cette situation, les équipes de MdM mettent en place des dispositifs, afin de prévenir, maintenir et renforcer la santé psychique des exilés fragilisée par cet environnement hostile. Une part importante de notre intervention consiste à rappeler aux exilés l'anormalité du contexte et la normalité de leurs réactions psychologiques dans cette situation sociale complexe.

12 66 % affirment avoir connu des personnes décédées dans le camp (Refugee Rights Data Project, 2016).

13 D'après l'étude du Refugee Right Data Project (2016), 28,4 % des personnes interrogées soulignent qu'elles manquent de nourriture chaque jour, 72,7 % pas assez d'eau pour se doucher et se laver.

14 Dispositif public chargé d'améliorer le travail de liaison et de coordination entre les partenaires sociaux et les secteurs de psychiatrie, afin de mieux prendre en charge les besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Chaque EMPP est une unité intersectorielle intervenant sur son territoire de rattachement.

Éclairage théorique

La psychologie communautaire

L'approche que nous avons développée se réfère plus spécifiquement à la psychologie communautaire, qui selon Burton *et al.* (2007) « offre un cadre permettant d'agir auprès des individus exclus, en agissant sur le développement social et en mettant l'accent sur les valeurs de l'intervention communautaire, sur le travail participatif et sur la création d'alliances ». Face aux carences dans la disponibilité et l'accès aux services de base pour les personnes en situation de migration, cette approche s'avère particulièrement pertinente pour mobiliser les ressources nécessaires au développement du pouvoir d'agir des individus (Dufort et Guay, 2001). Dans cette démarche, le psychologue est très éloigné de la « neutralité » normalement constitutive de son identité professionnelle. À travers nos interventions, l'association défend un engagement en faveur de l'équité dans l'accès aux ressources et d'une adaptabilité des services de l'État face aux spécificités des problématiques rencontrées par les migrants, ce qui, pour l'instant, est lacunaire. Cette exigence est d'autant plus forte que les exilés portent en eux les stigmates d'injustices sociales produites par les institutions elles-mêmes.

La pyramide des interventions

Les équipes s'inscrivent dans l'approche définie par l'OMS dans sa Constitution¹⁵ qui définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » en incluant des actions préventives et non uniquement curatives. L'Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007) propose une pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences (Figure 1). Le bas de la pyramide représente les besoins psychosociaux de l'intégralité de la population, le nombre de personnes concernées diminue au fil des étages.

Le premier niveau d'intervention concerne une sensibilisation des acteurs humanitaires pour que les services de base mis en place soient participatifs, socialement appropriés et respectueux de la dignité des personnes, par exemple en faisant en sorte que les distributions soient accessibles aux personnes vulnérables. Le deuxième niveau a pour objectif de permettre à la communauté de retrouver des mécanismes de soutien existant avant la crise ou d'en développer de nouveaux, en permettant par exemple à des femmes de se retrouver dans un lieu non mixte. L'espace psychosocial, que nous présenterons ci-après, se situe à ce niveau d'intervention. Le troisième niveau concerne des soins de base en santé mentale prodigués par des personnes formées, mais non spécialisées, tels que les premiers secours psychologiques. Au sommet de la pyramide apparaît le soutien psychologique ou psychiatrique procuré par des professionnels, qui n'est nécessaire que pour le faible pourcentage de la population pour lequel les dispositifs des étages précédents n'auront pas été suffisants. De nombreux dispositifs peuvent être imaginés pour répondre aux besoins en santé mentale,

15 Constitution de l'OMS : ses principes, [en ligne]. URL : <https://www.who.int/about/mission/fr/>

impliquant différents acteurs (spécialistes ou non), et ne se limitant pas aux seuls entretiens cliniques.

Figure 1 : Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences

Source : IASC, 2007.

Ces différentes et non exhaustives approches théoriques sont à la base des actions de MdM à Calais. Elles permettent une prise en charge globale centrée sur la personne, prenant en compte l'impact de l'environnement, l'importance de la communauté, l'existence de ressources internes et sociales et la mobilisation d'un réseau dans la potentialisation du pouvoir d'agir des groupes et des individus.

Naissance du programme Santé mentale et soutien psychosocial de MdM

En juillet 2014, de violentes expulsions de squats dans le Calaisais suivies d'arrestations retentissent fortement sur la situation de nombreux exilés et bénévoles travaillant auprès de ces derniers¹⁶ à Calais. MdM recrute un psychologue afin de soutenir les personnes ayant vécu cette épreuve. Celui-ci travaille sans lieu fixe, sans traducteur et face à des personnes qui souhaitent chaque jour

¹⁶ Communiqué de presse inter-associatif ATD Quart Monde, CCFD-Terre Solidaire, La Cimade, Emmaüs France, Médecins du Monde, Secours Catholique (2014), [en ligne]. URL : <https://www.lacimade.org/presse/a-legard-des-exiles-a-calais-les-memes-violences-la-meme-incoherence-les-memes-echecs/>

tenter le passage en Angleterre. Cette première expérience compliquée du fait de ce contexte précaire, aboutit à la nécessité de mieux adapter, de davantage réfléchir l'intervention en santé mentale et soutien psychosocial compte tenu de cet environnement particulier.

En décembre 2014, une mission exploratoire souligne l'importance des besoins en santé mentale et soutien psychosocial face à l'impact désastreux des conditions de vie, de passage, des violences policières sur la santé psychique des exilés en transit et des demandeurs d'asile dans le Calaisis. Les structures de droit commun existantes ne permettent pas, à l'époque, de prise en charge efficiente de la souffrance psychique de cette population spécifique : le repérage des exilés en souffrance psychique est rendu quasiment impossible par l'absence de dispositif *d'aller vers*, obligeant donc à attendre la crise; les orientations vers les dispositifs de soin sont limitées à la PASS¹⁷; l'offre de soins est inadaptée aux besoins des exilés (rythme des consultations, absence de prise en charge spécifique sur le psychotraumatisme, absence d'interprétariat)¹⁸.

Le poste de psychologue est prolongé avec pour principal objectif de former et d'accompagner les équipes de bénévoles au repérage et à l'orientation des personnes en souffrances psychiques vers les dispositifs de droit commun. Parallèlement, alors que les personnes exilées arrivant dans le Calaisis sont de plus en plus nombreuses durant l'année 2015, les autorités les expulsent des squats et des campements et les forcent à s'installer sur un terrain à l'extérieur de la ville, autour d'une plateforme de services gérée par l'état, le centre Jules Ferry, distribuant les repas. Devant une situation critique, quatre ONG mettent en place une réponse d'urgence¹⁹ telle que sur des missions internationales et MdM ouvre un centre de soin sur le bidonville pour proposer des soins primaires : consultations médicales de premier recours, infirmières, de kinésithérapie, maraudes de médiation médicosociale, référencement vers les services du droit commun.

Les médecins sollicitent l'appui des psychologues face à des patients dont ils ne peuvent expliquer les douleurs somatiques. Petit à petit, les patients eux-mêmes expriment le besoin de rencontrer un psychologue. Les dessins illustrant les violences subies dans les pays d'origine, lors des parcours migratoires ou dans les pays d'accueil fleurissent en salle d'attente. Le besoin de prendre en compte la souffrance psychique est de plus en plus pressant et la réponse du droit commun largement insuffisante.

Face aux besoins sans cesse croissants, en août 2015 MdM ouvre un « lieu d'accueil psychosocial » à côté de la salle d'attente médicale, accueillant majoritairement des hommes seuls. Des ateliers d'art thérapie sont mis en place en

17 La Permanence d'Accès aux Soins de Santé est un dispositif de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale.

18 À titre d'exemple, en 2014, seules deux demi-journées mensuelles de vacation d'un psychologue à la PASS sont proposées, sans traducteur attitré, alors que plus de 600 exilés sont sur le territoire. Une EMPP est créée par l'hôpital, mais ne dispose pas de moyen pour l'interprétariat.

19 Communiqué de presse inter-associatif Médecins du Monde, Solidarités International, Secours Catholique, Secours Islamique (30 juin 2015), 2 p., [en ligne]. URL : http://migrations.catholique.fr/ressources/10576/31/20150630_cp_calais.pdf

partenariat avec l'association britannique Art Refuge UK. Une psychologue clinicienne propose des entretiens dans un camping-car accolé au centre de soins pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses. Les besoins sont clairement supérieurs à l'offre de soins assumée par des organisations associatives. En septembre 2015, deux psychologues renforcent l'équipe de MdM pour plusieurs semaines, permettant de développer les activités afin de repérer, orienter, accompagner et assurer le suivi des personnes en souffrance psychique pour leur proposer une prise en charge adaptée.

L'antenne de la PASS présente sur le centre Jules Ferry étant sous-dimensionnée, ce dispositif est renforcé en octobre 2015 suite à une mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais (Bourrier *et al.*, 2015). Les consultations médicales sont assurées par le droit commun au sein de ce centre. MdM ferme alors son centre de soin et adapte ses activités en se concentrant sur des actions « d'aller vers » uniquement.

Dispositifs mis en place

Espace psychosocial

Partant de l'hypothèse que la reconstruction psychique individuelle et collective doit pouvoir s'appuyer sur les liens et la reconnaissance de l'identité personnelle, sociale, culturelle et symbolique, un lieu a été co-construit avec les exilés, ayant pour vocation d'accueillir les personnes pour ce qu'elles sont et de leur permettre d'y déposer et potentiellement transformer leurs souffrances. Ce lieu se veut être un espace de répit dans lequel il s'agit de redonner un nom à ceux qui sont appelés les « migrants », sortir du travail de « masse » et retisser des liens humains.

Animé par une équipe de psychologues, travailleurs médico-sociaux et interprètes, c'est un endroit dont chacun peut se saisir, offrant une atmosphère différente chaque jour, celle-ci étant faite de ce que les personnes le fréquentant souhaitent y apporter. Ainsi, ces dernières peuvent s'insérer dans des ateliers proposés (relaxation, écriture, photolangage²⁰) pour un temps. Parallèlement, café, jeux de société, livres dans différentes langues, matériel d'écriture, de peinture sont en libre accès. Des entretiens individuels avec un psychologue sont également possibles. Cet espace devient alors une porte d'entrée possible vers un accompagnement psychologique. Des supports de médiation tels que musique, peinture, danse, dessin sont proposés pour transformer la révolte ou le désespoir en énergie créatrice, créer du lien social, « réhumaniser ». Passer par les médiations artistiques permet un autre mode d'expressivité que le langage, qui lui, peut être saturé de la crainte de l'instrumentalisation vécue à travers l'injonction au témoignage dans la procédure de demande d'asile (Hervieu, 2017). Dans cet espace, les bénévoles ne cherchent pas à savoir d'où viennent les personnes ni ce qu'elles ont vécu. Ainsi, chacun peut avoir l'occasion d'expérimenter un lieu qui les reconnaît dans leur autonomie et qui n'instaure pas de

20 Méthode créée en 1965 par des psychologues travaillant avec des adolescents, qui proposèrent, de manière totalement intuitive au départ, d'utiliser des photos pour servir de support à la parole des jeunes qui rencontraient des difficultés à s'exprimer et à parler de leurs expériences diverses et parfois douloureuses, en groupe (Vacheret, 2010 : 39-42).

relation de dépendance. Cette démarche prend le contre-pied de ce qui peut être vécu au contact des institutions ayant le pouvoir de leur délivrer, ou non, le droit d'exister sur ce sol, et instaurant par là même des rapports d'autorité et de soumission. Ces lieux peuvent alors constituer des enveloppes psychiques restructurantes (Anzieu *et al.*, 1987), permettant de contrebalancer un tant soit peu les effets dévastateurs de cet environnement hostile.

Dans un contexte où tous les repères sont ébranlés et les rythmes bousculés, la mise en place d'activités routinières permet, peu à peu, de poser quelques balises sécurisantes (Josse et Dubois, 2009), de créer de la continuité au milieu de la discontinuité et de l'urgence, d'introduire une notion de temporalité et un sentiment de contrôle difficiles à préserver lorsque passé, présent et futur ne font plus sens. Cet espace a été construit comme un dispositif favorisant la continuité du sentiment de soi tout en respectant et valorisant la diversité des référents (culturels, familiaux, personnels, etc.). La personne n'y est pas seulement reconnue comme victime ou usager de service, elle y est valorisée dans sa singularité, ses ressources et ses compétences. Les intervenants veillent à ne pas pathologiser et individualiser des problématiques dont l'origine se situe au niveau des conditions de vie qui, elles, sont pathogènes, en gardant à l'esprit que les manifestations variées de la détresse des exilés restent fréquemment une réaction normale à une situation anormale. Comme Josse et Dubois, nous pensons que :

« La communauté a la capacité de s'aider elle-même à travers les réseaux traditionnels de soutien (famille, clan) et les stratégies de coping²¹ préexistantes. Pour ce faire, les bases nécessaires pour rétablir les conditions de son bien-être doivent être restaurées. La reconstruction du tissu social est indispensable pour espérer une diminution de l'état de stress de la communauté et pour prévenir les troubles psycho-traumatiques à long terme. » (Josse et Dubois, 2009)

Cet espace psychosocial est imaginé comme une base nécessaire permettant aux individus et communautés de renforcer leur pouvoir d'agir, un espace intermédiaire permettant de soutenir l'expérience de la transitionnalité entre espace psychique et champ social. Les intervenants y assurent une fonction de médiation, de passage entre le monde d'avant et celui d'aujourd'hui ; entre la fragilité interne et la violence externe. L'espace remplit la fonction d'un sas, d'un entre-deux liant, lieu de dépôt et de transformation potentielle de la souffrance. L'exilé y a la possibilité de s'étayer non seulement sur la personne du psychologue, mais également sur un groupe (de bénévoles, de membres de sa communauté ou d'autres exilés fréquentant le centre). En 2016, ce lieu d'accueil a enregistré plus de 4 300 passages. Il a été démonté lors de l'expulsion du bidonville par les forces de l'ordre, fin octobre 2016.

Maraudes médico-psycho-sociales : « aller vers »

Pour cette population placée en situation de vulnérabilité, vivant dans des conditions de vie très précaires, la formulation d'une demande, notamment concernant des soins de santé mentale, peut être difficile. Furtos explique :

21 Les stratégies de coping désignent les stratégies d'ajustement psychologique au stress.

« Une bonne santé psychique est nécessaire pour demander de l'aide au moment où l'on en a besoin. Demander suppose de reconnaître, face à soi-même et à autrui, que l'on manque. Cela suppose la double perspective d'envisager à la fois la perte (et donc le deuil), mais aussi le combat et pas tout seul. Cela suppose la possibilité d'en souffrir, la lucidité de l'analyse (des causalités), l'humilité de la demande (et non la honte) ainsi que la force de l'action. » (Furtos, 2000)

Partant de ce constat et des difficultés connues d'accès aux soins, des maraudes médico-psycho-sociales ont été développées, permettant « d'aller-vers » ceux qui ne viennent pas d'eux-mêmes, souvent les personnes les plus en souffrance psychique, qui ne sont pas en mesure de s'accorder le « luxe » comme dit Furtos, d'une demande de soins. Par leur présence régulière, les psychologues vont là où l'expression d'une demande ne peut plus se faire, pour rappeler qu'une relation d'aide est encore possible. Laval note :

« Une demande d'aide psychologique débute souvent bien avant la première demande adressée au psy. Elle se construit toujours circonstanciellement, casuellement, de personne à personne. Elle est peu prévisible à l'échelle d'un dispositif, car elle se construit dans l'interstice des procédures existantes dont la finalité affichée n'est pas l'accès aux soins. » (Laval, 2000)

Ainsi, c'est dans les interstices du camp qu'un premier lien se crée. Des temps d'écoute s'établissent sous les tentes ou au bout d'une allée, ce sont parfois des prémisses permettant d'aboutir à l'expression d'une demande ou d'une manifestation — plus ou moins explicite — de soutien. Ces contacts établis sur leurs lieux d'existence permettent de retisser progressivement avec des membres de la communauté du pays « d'accueil » un lien de confiance qui a souvent été rompu par la violence de la mise à l'écart institutionnelle. Les maraudes ouvrent la possibilité d'une présence et d'un soutien inconditionnel, au-delà des empreintes identitaires leur fermant ailleurs les portes, offrant la possibilité au sujet de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve et a éprouvé. Daviet (2017) parle de « thérapeutique de la reconnaissance », citant Métraux pour appuyer son propos :

« L'attention portée au lien susceptible de nous unir recèle aussi de puissantes vertus thérapeutiques, en particulier lorsque la source des symptômes est située dans l'exclusion elle-même. »

Dans ce contexte de crise marqué par la perte de repères et la précarité des liens sociaux, cette démarche participe à un lent processus de resymbolisation et de reliaison, marquée également par des échecs et des moments de ruptures. La constance du dispositif permet de préserver la fonction contenant des liens d'accompagnement, aussi malmenés soient-ils par les aléas des camps.

D'importants liens avec les bénévoles des associations présentes sur le camp ont pu se créer à force d'échanges réguliers, participant à co-construire une confiance, permettant à ceux qui quelques semaines auparavant pensaient encore que parler avec un psychologue était un signe de « folie », de nous interpeller pour nous présenter un ami qui ne trouve plus le sommeil, un autre qui ne sort plus de sa tente ou encore pour demander un entretien pour soi-même. En plus du repérage de personnes en souffrance psychique, les maraudes permettent le suivi des patients déjà accompagnés par l'équipe de MdM. Ces

interventions dans les lieux de survie de la personne, comparables à des interventions à « domicile », permettent d'appréhender au mieux l'environnement dans lequel elle évolue, les éléments qui peuvent s'avérer aidants ou au contraire des freins à une amélioration de son bien-être (conditions matérielles de survie dans le camp, liens avec le groupe, etc.). En 2016, plus de 7 200 contacts ont été réalisés lors des actions de maraudes médico-psycho-sociales à Calais.

Suivis individuels

Repérage, orientation

Dès la mise à disposition d'un psychologue à la PASS délocalisée sur le bidonville de Calais en décembre 2015, MdM réoriente ses activités : il ne s'agit plus de faire des consultations psychologiques, mais de repérer et d'orienter les personnes ayant des problématiques psychologiques vers une prise en charge adaptée. Ainsi, les personnes en demande de consultations sont orientées directement vers les psychologues de la PASS tandis que nous prenons le temps de développer un accompagnement avec celles pour lesquelles le dispositif classique d'entretien ne semble pas adapté ou pas dans l'immédiat. Que les personnes soient rencontrées lors de maraudes ou au sein de l'espace psychosocial, la souplesse et l'adaptation des dispositifs à leurs besoins constituent notre priorité. L'organisation des entretiens est également souple : ils sont de durée variable, avec ou sans rendez-vous, ils se déroulent dans l'espace psychosocial, dans une cuisine communautaire, ou dans tout autre lieu convenant à la logique de notre démarche. Entre janvier et décembre 2016, plus de 260 entretiens ont été menés par des psychologues de MdM à Calais pour 82 patients différents.

Accompagnement et médiation en santé mentale

Arveiller *et al.* (2012) écrivant sur les EMPP expliquent qu'après avoir développé un lien fort avec la personne accompagnée, l'orientation vers une autre structure peut être difficile et demande certaines précautions, notamment l'accompagnement physique ainsi que la garantie pour le patient et la nouvelle équipe de pouvoir continuer à être présent le temps d'un nouvel ancrage. Afin de limiter les ruptures de soin, des accompagnements individuels par des psychologues vers des structures offrant une prise en charge psychologique ou psychiatrique institutionnelle (accompagnement à la PASS, à l'hôpital psychiatrique, en lit haltes soins santé, etc.) ou associative ont été mis en place. Ainsi, le psychologue, refusant de renforcer la mise à l'écart de ces exilés assignés au bidonville, se transforme en ce que nous pourrions appeler un « médiateur en santé mentale » (au sens d'agent de liaison) pour accompagner les exilés en souffrance psychique vers l'accès aux soins de santé mentale, mais aussi pour accompagner les structures de droit commun dans la prise en charge de ce public plutôt que de créer des dispositifs spécifiques qui renforceraient l'exclusion et la stigmatisation. Derrière ce type d'actions, il y a donc un positionnement éthique fort visant à favoriser une intégration dans le « dehors » du camp. Pour des professionnels de la ville, qui souvent méconnaissent la réalité des conditions de vie dans les camps et parfois peu au fait de l'impact que peut avoir la migration sur la sphère psychique, cette grille de lecture apportée par l'accompagnant permet d'avoir une meilleure compréhension du patient dans sa globalité ainsi que des facteurs contextuels pouvant exercer une influence sur sa santé psychique (rumeur d'expulsion, impossibilité de récupérer le traitement

avant trois jours, etc.). L'accompagnateur assure une fonction transitionnelle indispensable pour opérer le lien entre dedans et dehors, entre bidonville et ville, entre espace connu et inconnu. Il apporte un éclairage au professionnel, lui donnant à voir une réalité qui lui échappe, lui donnant à entendre ce que le patient ne pourrait dire de sa propre condition, tout en maintenant ce dernier au cœur de l'échange afin qu'il ne s'en sente pas dépossédé. Encore une fois, il s'agit de faire avec, et non à la place.

La nécessité de l'accompagnement physique des patients vers une structure est toujours questionnée, afin de ne pas tomber dans une position d'assistantat et de rester dans une logique d'autonomisation, de renforcement des capacités individuelles. Le risque de substitution demeure présent, le patient pouvant parfois l'entretenir en continuant à demander des accompagnements alors qu'ils ne sont plus nécessaires. Les accompagnants (médiateurs) veillent à se mettre en retrait au fur et à mesure que la nécessité de leur présence diminue. Par ailleurs, le rôle durant l'accompagnement, la place y compris physique dans le bureau sont des éléments à discuter avec les équipes afin que l'accompagnement soit réellement un élément positif dans le parcours de santé mentale d'un patient, et non pas un obstacle supplémentaire l'infantilisant. L'interprétariat professionnel est un préalable indispensable pour que le patient puisse rester maître de sa prise en charge. Ainsi des traducteurs accompagnaient les patients lorsque les dispositifs de droit commun ne disposaient pas des ressources nécessaires.

Coordination de soins et approche pluridisciplinaire

Les arcanes administratifs (dépôt de demande d'asile, demande d'aide médicale, accès aux services, etc.) et le fonctionnement des différents dispositifs de soin constituent une difficulté majeure pour les exilés dans un pays dont ils ne connaissent pas la culture et les habitudes. Ces difficultés freinent l'accès aux services dont ils auraient besoin. Il est fréquent qu'une demande de soutien juridique ou administratif soit adressée aux psychologues ou que l'exilé manifeste une grande détresse psychique auprès d'un médiateur social. Pour éviter les « errances de patients » d'un professionnel à un autre, venant renforcer le vécu d'isolement, de rupture et de déliaison, il est nécessaire de mettre en place les conditions d'un travail de coordination entre acteurs et de faire preuve de souplesse dans l'accompagnement (Jacques, 2004). La difficulté de connaissance des ressources disponibles et d'accès à celles-ci, doublée de la variabilité des besoins des exilés a conduit MdM à adopter une logique d'action qui facilite le suivi de la personne devant faire appel à une grande diversité de professionnels, dans une optique de continuité des soins et d'accompagnement (SAMHSA/CSAT, 1998).

Un aspect fondamental à la qualité de la prise en charge réside dans le décroisement des services afin d'éviter que l'exilé ne se sente « fragmenté » dans son identité. Dans notre expérience, le psychologue a souvent dû endosser au cours de l'accompagnement des rôles polyvalents, tantôt dans le suivi à visée thérapeutique, tantôt dans l'orientation ou la mise en lien avec les structures adéquates en fonction de la demande. Il est impératif que des liens entre professionnels de différents champs de compétence (social, médical, juridique, psychologique) puissent être coordonnés afin de garantir une prise en charge complémentaire, efficace et cohérente pour la personne.

Conclusion

L'évolution constante du contexte sur la région avec des possibilités de passage vers l'Angleterre et des conditions de vie de plus en plus difficiles, des situations de violences omniprésentes rendent difficile la possibilité de se projeter dans un avenir et d'exprimer une demande de soin, a fortiori en santé mentale. Nous avons souhaité «humaniser» quelque peu le présent des migrants à travers la mise en place de dispositifs les plaçant au centre de l'accompagnement et du soutien, mais également améliorer leur accès aux soins, rendre visibles leurs besoins en santé mentale et dénoncer les conséquences sur la santé physique et psychique des politiques de non-accueil.

Après le démantèlement du bidonville de Calais, notre action en santé mentale et soutien psychosocial s'est fortement réduite. Cependant, des personnes exilées sont toujours présentes, tentant chaque jour leur chance pour l'Angleterre. L'accès à leurs droits fondamentaux est plus que jamais bafoué. Les personnes en migration font actuellement l'objet d'une véritable chasse à l'homme par les forces de l'ordre. Face à des besoins manifestes, il est plus que jamais nécessaire de proposer une prise en charge adaptée, notamment dans l'attente de réelles politiques d'accueil qui ne mettent pas à mal leur santé mentale.

Les dispositifs mis en œuvre par MdM ont permis de répondre à une partie des besoins de santé, de rendre visible la question de la souffrance psychique sur le parcours migratoire et de contribuer à une prise de conscience des autorités. Il est de la responsabilité de l'État de proposer une réponse aux personnes sur le territoire, via les dispositifs de droits communs. Malheureusement, «les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles. La violence structurelle des politiques d'accueil accentue la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile» (D'Halluin, 2009). Le travail effectué par les ONG est venu pallier les manquements étatiques, mais cette solution temporaire ne peut se pérenniser, sous peine d'assister à une durable «sous-traitance» des services de soutien de base à des organismes associatifs. MdM reste fermement engagé en faveur d'un meilleur accès aux soins des personnes en situation de migration comme de toute personne vulnérable sur le territoire et souhaite que des solutions concrètes et adaptées soient apportées (Médecins du Monde, 2018).

Références bibliographiques

Agrali Sibel et Morel Éléonore (2012) Prendre soin, *Maux d'exil*, 36, pp. 3-4.

Anzieu Didier, Houzel Didier et al. (1987) *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 288 p.

Arveiller Jean Paul, Mercuel Alain et al. (2012) *Santé mentale et précarité : aller vers et rétablir*, Cachan, Lavoisier, 108 p.

Audibert Catherine (2008) Préface, in Ferenczi Sandor, *Sur les addictions*, Paris, Payot, 109 p.

Bourrier Philippe, Bessa Zinna, Coninx Pierre, Lajugie Dominique, Merlin Béatrice et Safran Denis (2015) *Mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais*, Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 43 p.

Bronfenbrenner Urie (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 331 p.

Burton Mark, Boyle Stephanie, Harris Carl and Kagan Carolyn (2007) Community psychology in Britain, in Stephanie Reich, Manuel Riemer, Isaac Prilleltensky, Maritza Montero Eds., *International community psychology*, New York, Springer, pp. 219-237.

Cabanes Bruno (2009) Le syndrome du survivant : histoire et usage d'une notion, in Bruno Cabanes et Guillaume Piketty Dirs., *Retour à l'intime au sortir de la guerre*, Paris, Taillandier, pp. 199-212.

Calais Migrants Solidarity (2011) *Calais : cette frontière tue. Rapport d'observation des violences policières à Calais depuis juin 2009*, 42 p. [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : <https://nobordertestblog.files.wordpress.com/2011/12/rapport-no-border-calais-frontic3a8re-qui-tue-juin-2011.pdf>

Calais Migrants Solidarity (2013) *Calais, deux ans après*, 22 p., [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : <https://calaismigrantsolidarity.files.wordpress.com/2015/08/synthc3a8se-calais-2-ans-aprc3a8s.pdf>

CFDA (2008) *La loi des «jungles». La situation des exilés sur le littoral de la Manche et de la mer du Nord. Rapport de mission d'observation, mai-juillet 2008*, 160 p., [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : https://www.gisti.org/IMG/pdf/hc_cfda_rapport2008-exiles-manche-nord.pdf

CNCDH (2016) *Avis «Suivi sur la situation des migrants à Calais et dans le Calaisis»*, [en ligne]. URL : http://www.cncdh.fr/sites/default/files/16.07.07_avis_suivi_migrants_calais_0.pdf

CNCDH (2015) *Avis sur la situation des migrants à Calais et dans le Calaisis*, [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : http://www.cncdh.fr/sites/default/files/15.07.02_avis_migrants_calais_0.pdf

Daviet Olivier (2017) Des pratiques de reconnaissance auprès des migrants précaires, *Rhizome*, 63, pp. 57-60.

Le Défenseur des droits (2015) *Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de calais*, [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=16846

D'Halluin Estelle (2009) La santé mentale des demandeurs d'asile, *Hommes et migrations*, 1282, pp. 66-75.

Douville Olivier (2014) *Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*, Paris, Dunod, 288 p.

Dufort Francine et Guay Jérôme (2001) *Agir au cœur des communautés, la psychologie communautaire et le changement social*, Les Presses de l'Université de Laval, 428 p.

Furtos Jean (2000) Connaître l'impossibilité de la demande, *Rhizome*, 2, p. 9.

Galisson Maël (2016) Voir Calais et mourir, *Plein droit*, 109, pp. 11-14.

Hervieu Céline (2017) La répétition dans la Clinique des réfugiés, *Cliniques*, 13 (1), pp. 170-182.

Human Rights Watch (2017) « C'est comme vivre en enfer » : abus policier à Calais contre les migrants, enfants et adultes, 54 p., [en ligne] consulté le 15/06/2018. URL : https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/france0717fr_web_4.pdf

IASC (2007) *Directives du Cpi concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, Comité permanent interorganisations, 205 p.

Jacques Paul (2004) Souffrance psychique et souffrance sociale, *Pensée Plurielle*, 8, p. 21-29.

Josse Evelyne et Dubois Vincent (2009) *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur, 304 p.

Laval Christian (2000) Le cheminement de la demande : de l'insertion au soin, *Rhizome*, 2, [en ligne]. URL : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n2-metamorphoses-de-la-demande-et-engagement-dans-le-soin/le-cheminement-de-la-demande-de-linsertion-au-soin-977.html>

Médecins du Monde et Centre Primo Levi (2018) *La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique*, 35 p., [en ligne]. URL : <https://www.medicinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006) *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*, 189 p., [en ligne]. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

Rappaport Julian (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology, *American Journal of Community Psychology*, 15, pp. 121-148.

Refugee Rights Data Project (2016) *La longue attente*, [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/RRDP_LaLongueAttente.pdf

Saïas Thomas (2009) La psychologie communautaire : une discipline, *Le Journal des psychologues*, 271 (8), pp. 18-21.

SAMHSA/CSAT (1998) *Comprehensive case management for substance abuse treatment, Treatment improvement protocol (TIP), series 27*, 122 p.

UNICEF (2016) *Ni sains ni saufs*, 109 p., [en ligne] consulté le 15/05/2018. URL : https://www.unicef.fr/sites/default/files/atoms/files/ni-sains-ni-saufs_mna_france_2016_0.pdf

Vacheret Claudine (2010) Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales, *Le Carnet PSY*, 141 (1), pp. 39-42.

Veïsse Arnaud, Wolmark Laure, Revault Pascal, Giacomelli Maud, Bamberger Muriel et Zlatanova Zornitza (2017) Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés, *BEH*, 19-20, pp. 405-414.

Womersley Gail, Kloetzer Laure, Goguikian and Ratcliff Betty (2017) Mental Health Problems Associated with Asylum Procedures of Refugees in European Countries, *highlights*, 2, pp. 34-40.

Lou Einhorn, Maud Rivière, Marielle Chappuis, Marie Chevelle et Sophie Laurence

**Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise.
L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017)**

Cette note de recherche présente un projet « santé mentale et soutien psychosocial » mis en place par Médecins du Monde dans le Nord de la France sur le bidonville de Calais dans lequel survivent des exilés dans un contexte nuisant à leur santé psychique en attente de rejoindre l'Angleterre ou en demande d'asile en France. Face aux difficultés de prise en charge dans les dispositifs de droit commun, différents dispositifs ont été co-construits avec la population, à partir de leurs besoins, dans une approche intégrative avec les autres systèmes de soutien.

Provide an Answer in Mental Health and Psychosocial Support for Exiles in a Context of Crisis. Example of Doctor of the World' Interventions in Calais (2015-2017)

This research note presents a project on "mental health and psychosocial support" set up by Doctor of the World in the North of France on the shanty towns in which survive exiles in an extremely harmful context for their mental health who want to join England or in demand of asylum in France. In front of difficulties to access health care services, several interventions have been co-built with the population, from their needs, in an integrative approach with existing services.

Dar una respuesta en términos de salud mental y acompañamiento psicosocial a los exiliados en un contexto de crisis. La experiencia de Médicos del Mundo en la región francesa de Calais (2015-2017)

Este nota de investigación presenta un proyecto de «salud mental y apoyo psicosocial» que llevar a cabo los equipos de Médicos del Mundo en los asentamientos informales del Norte de Francia allí sobreviven personas exiliadas en un contexto sumamente nocivo para su salud psíquica que desean pasar a Inglaterra o que esperan que se tramite su solicitud de asilo en Francia. Ante las dificultades de atención sanitaria que conocen los centros públicos, distintos dispositivos se construyeron con la ayuda de la población, en base a sus necesidades y según un enfoque integrador de los demás sistemas de apoyo.