



---

**Promotion de la santé et prévention**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

---

**Accompagnement social face à la  
souffrance psychique des migrants :  
Regards croisés de travailleurs sociaux et  
professionnels de la formation en santé mentale**

---

**Erin MCMANUS**

Sous la direction de Delphine MOREAU



---

# Remerciements

---

Tout d'abord, je souhaite remercier Delphine Moreau, ma directrice de mémoire, de m'avoir guidé et encouragé tout au long des mois de réflexion et de travail.

Un grand merci à l'équipe du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine pour leur accueil et leur bienveillance, en particulier à Camille BRETON, ma tutrice de stage, dont le soutien, l'écoute, la confiance m'ont été précieux dans la réalisation de ce travail.

J'aimerais également remercier les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé mentale que j'ai rencontrés dans le cadre de recherche, pour le temps qu'ils m'ont accordé, pour leur accueil et ouverture, et avant tout, pour leur volonté de partager leur vécu.

Je voudrais remercier toutes les personnes migrantes que j'ai pu accompagner et rencontrer en France, dont les histoires, les souffrances, et la résilience, sont restés gravés dans ma mémoire.

Enfin, je remercie mon mari, Andrei, qui me soutient dans tout ce que j'entreprends, toujours avec un amour inconditionnel.



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
I. REVUE DE LITTÉRATURE .....	3
1. <i>La souffrance psychique des personnes migrantes</i> .....	3
a) Données épidémiologiques .....	3
b) Impact des violences et du psychotrauma dans la souffrance psychique des migrants.....	3
c) Impact des conditions d'accueil et la précarité sociale sur la santé mentale des personnes migrantes.....	4
d) Difficultés dans la formulation de la souffrance psychique des migrants : De qui parlons-nous ? De quoi souffrent-ils ?.....	5
2. <i>Accès aux soins en santé mentale des personnes migrantes</i> .....	7
a) Statuts juridiques précaires et accès aux soins.....	7
b) Accès à la psychiatrie publique .....	8
c) Dispositifs pour précaires .....	9
d) Centres de soins spécialisés.....	9
3. <i>Construction d'un problème de santé publique</i> .....	10
a) Politiques publiques au niveau national et local .....	10
b) Priorisation de la formation des professionnels du sanitaire et social à la santé mentale.....	12
II. DEVELOPPEMENT D'UN QUESTIONNEMENT .....	12
1. <i>Rôle du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine</i> : .....	12
2. <i>Problématique</i> .....	14
3. <i>Justification de la population cible : les travailleurs sociaux</i> .....	14
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>17</b>
I. CHOIX DE METHODOLOGIE .....	17
1. <i>L'entretien semi-directif</i> .....	17
2. <i>Questionnaire</i> .....	17
II. LES OUTILS D'ENQUETE .....	18
III. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS .....	18
1. <i>Profils des enquêtés</i> .....	19
IV. LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS .....	23
V. TRAITEMENT DES DONNEES .....	23
VI. LIMITES METHODOLOGIQUES .....	23
1. <i>Recrutement des professionnels</i> .....	23
2. <i>Déroulement des entretiens</i> .....	24
3. <i>Techniques d'entretien et traitement de données</i> .....	24
<b>ANALYSE</b> .....	<b>27</b>
I. UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE SANS PRECEDENTE.....	27

1.	<i>Vocabulaire de la santé mentale</i> .....	27
2.	<i>La souffrance psychique dans la clinique psychosociale</i> .....	27
II.	PARCOURS MIGRATOIRES ET PSYCHOTRAUMA : VERS UNE CLINIQUE DE L'EXTREME ?.....	28
III.	LES EXPRESSIONS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES MIGRANTS : QUELS IMPACTS SUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ?.....	31
1.	<i>La souffrance psychique face à la procédure de demande d'asile</i> .....	31
2.	<i>Confrontés à l'écoute et au soutien : les travailleurs sociaux démunis</i> .....	33
IV.	UNE PROCEDURE QUI FRAGILISE LES MIGRANTS COMME LES INTERVENANTS SOCIAUX.....	35
1.	<i>L'accélération de la procédure de demande d'asile à l'encontre des temporalités psychiques des migrants</i> .....	35
2.	<i>Fragilisation de l'accompagnement social face aux temporalités administratives</i> .....	37
V.	DIFFICULTES DANS L'ORIENTATION ET L'ACCES AUX SOINS EN SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES .....	39
1.	<i>Délais dans la prise en charge en santé mentale</i> .....	40
2.	<i>Difficultés de communication avec les équipes soignantes</i> .....	42
3.	<i>L'interprétariat</i> .....	43
VI.	LA SANTE MENTALE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX : RISQUES ET LEVIERS .....	44
1.	<i>Leviers</i> .....	45
2.	<i>Soutien psychologique</i> .....	46
VII.	ROLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES MIGRANTS : .....	48
1.	<i>Regards de professionnels de la santé mentale</i> : .....	48
2.	<i>Regards de travailleurs sociaux</i> :.....	50
VIII.	LA FORMATION EN SANTE MENTALE .....	51
1.	<i>Présentation des formations en santé mentale</i> .....	51
2.	<i>Regards de professionnels de la formation en santé mentale</i> .....	52
a)	L'orientation et la demande de soins en santé mentale .....	52
b)	La santé mentale des intervenants.....	54
c)	L'échange : les limites et les apports de la formation .....	55
3.	<i>Regards de travailleurs sociaux sur la formation en santé mentale</i> .....	56
IX.	AGIR SUR LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE .....	58
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>61</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>65</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>
	<b>ANNEXE N°1 : SYNTHESE DES CATEGORIES D'HEBERGEMENT (SRADAIR DE BRETAGNE 2021-2023)</b> .....	<b>I</b>
	<b>ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR TS/PROFESSIONNELS ACCOMPAGNANT DES PERSONNES MIGRANTES</b> .....	<b>I</b>
	<b>ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR PSYCHOLOGUE DES DISPOSITIFS DU DNA</b> .....	<b>IV</b>
	<b>ANNEXE N°4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS</b> .....	<b>VI</b>

**ANNEXE N°5 : CARTOGRAPHIE DES ACTEURS DE LA FORMATION SUR LA SANTE MENTALE DES MIGRANTS ..... XVII**

**ANNEXE N°6 : FORMATIONS SUR LA SANTE MENTALE DES MIGRANTS ..... XVII**



---

## Liste des sigles utilisés

---

**AME** : Aide Médicale de l'État

**CADA** : Centre d'Accueil pour demandeurs d'asile

**CLSM** : Conseil Local de Santé Mentale

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CNDA** : Cour nationale du droit d'asile

**CPH** : Centre provisoire d'hébergement

**CSS** : Complémentaire Santé Solidarité

**DNA** : Dispositif National d'Accueil

**EMPP** : Équipes mobiles précarité psychiatriques

**OFPRA** : Office français de protection des réfugiés et apatrides

**PASS** : Permanences d'accès aux soins de santé

**PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale

**PUMA** : Protection Universelle Maladie



## Introduction

*« Depuis lors, à une heure incertaine,  
Cette souffrance lui revient,  
Et si, pour l'écouter, il ne trouve personne,  
Dans la poitrine, le cœur lui brûle. »*  
Primo Levi, *Le Survivant*

Si les flux d'immigration ont toujours fait partie intégrante de l'expérience humaine, nous assistons aujourd'hui à une détérioration sans précédent des conditions migratoires et de l'exil, à travers lesquelles les personnes en quête de refuge et de sécurité font preuve d'une fragilité psychique de plus en plus marquée. Andrea Tortelli, psychiatre de l'équipe psychiatrie-précarité de l'hôpital Sainte Anne à Paris, témoigne dans un article de presse du Figaro de 2018, que *« la vague actuelle de migrants diffère des précédentes parce que le parcours migratoire est devenu une source de souffrance psychique en soi. Aux raisons pour lesquelles les gens ont dû quitter famille et pays s'ajoutent le traumatisme du parcours, des expériences d'esclavage en Libye, la traversée en bateau, avec ses prises de risque élevées et ses morts... »* (Louchuarn, 2018). En France, de nombreuses associations engagées dans la défense des droits et de soins des personnes exilées ont tenté de tirer la sonnette d'alarme sur ce que l'on peut qualifier de crise de santé mentale tandis que les acteurs de la santé publique demeurent relativement muets face à l'appel. Médecins du Monde et le Centre Primo Levi dans leur rapport de 2018, *La souffrance psychique des exilés : Une urgence de santé publique*, ont qualifié la santé mentale des personnes exilées comme étant *« un angle mort »* des politiques publiques. Pléthore de barrières institutionnelles entravent non seulement l'accès à des soins de santé mentale adéquats, mais accentuent en plus la souffrance psychique des migrants.

Une attention est renouvelée pour la politique en santé mentale, incarnée par la mise en œuvre progressive des dispositifs de concertation et de coordination tels que le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) et le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM<sup>1</sup>) sur le territoire français. Ainsi, de nouvelles perspectives ont commencé à se dessiner au niveau local ou départemental pour une meilleure prise en compte de la problématique de la santé mentale des populations précaires. Cela s'est traduit en grande partie par un intérêt accru pour la formation en santé mentale à destination des travailleurs sociaux ainsi que d'autres

---

<sup>1</sup> Si le CLSM n'est pas un dispositif nouveau, les premiers datant du début des années 2000, son essor sur certains territoires a été lent et progressif. La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé donne naissance aux PTSM et définit le rôle des CLSM dans l'élaboration de ce dernier.

professionnels de première ligne dans l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques.

Les travailleurs sociaux, piliers en termes de soutien des personnes migrantes, servent de relais entre cette population et le paysage vertigineux de dispositifs publics et associatifs en santé mentale. Pourtant, ils se trouvent désemparés face aux formes de souffrances extrêmes et méconnues, incertains quant à leur rôle, et démunis face au manque de solutions de prise en charge pour les personnes accompagnées dans leurs structures. Le malaise des travailleurs sociaux face à des situations non prises en charge a été documenté dans plusieurs travaux de recherche (Grimard & Monney, 2016 ; Lazarus & Strohl, 1995), dont les conséquences peuvent conduire à « un sentiment d'utilité décroissante » et une perte du sens dans leur métier (Igas cité par Bertrand, 2009, p. 15). Rajouté à cela, l'exposition à la détresse psychique des personnes accompagnées vient « complexifier les pratiques et ne cesse d'interroger les limites des interventions et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail social », comme l'indique le rapport *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* publié par la Direction générale de la Santé et la Direction générale de l'Action sociale en 2005. Près de vingt ans plus tard, cette formulation du problème semble toujours aussi pertinente, notamment pour les travailleurs sociaux du Dispositif National d'Accueil (DNA)<sup>2</sup>. Comme les migrants, les intervenants sociaux du DNA restent relativement invisibilisés voire marginalisés des considérations politiques.

Ce mémoire a donc pour objectif d'explorer, à travers une approche qualitative, l'éventail des difficultés auxquelles les travailleurs sociaux peuvent être confrontés dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique. Par cette démarche, nous souhaitons trouver des pistes pour renforcer l'accompagnement social et promouvoir la santé mentale des exilés.

---

<sup>2</sup> DNA, Dispositif national d'accueil qui coordonne les centres d'hébergement et d'accompagnement social des demandeurs d'asile et des réfugiés.

## I. Revue de littérature

### 1. La souffrance psychique des personnes migrantes

#### a) Données épidémiologiques

L'étude Trajectoires et Origines (TeO) de l'INED (2016) précise qu'une personne primo-arrivante sur cinq en situation de migration contrainte souffre d'un trouble psychique. Bien que la littérature reste hétérogène et peu étoffée sur le sujet des troubles psychiques des personnes migrantes en France, les études menées jusqu'à présent ainsi que des observations des acteurs de terrain mettent en relief un niveau alarmant de troubles psychiques au sein de cette population. L'équipe de l'ancien centre médical et social parisien de Médecins Sans Frontières témoigne que la sévérité de la souffrance psychique évaluée chez les patients migrants « est considérée significativement comme aussi importante, sinon plus, que celle rencontrée sur nos terrains d'activité à l'étranger » (Roptin, 2010, p. 36).

Le dossier « Migrants en situation de vulnérabilité et santé » publié dans la *Revue de Santé Publique* en 2021, offre une première analyse des données épidémiologiques en montrant que les troubles psychiques sont plus fréquents et sévères que les troubles somatiques à l'arrivée des migrants, avec une surreprésentation des syndromes post-traumatiques (Baudet & Saglio-Yatzimirsky). Étayant ces résultats, une étude menée par le Comité pour la santé des exilés (Comede) en 2017 révèle que parmi leurs patients pris en charge pour les problèmes de santé mentale, les troubles de stress post-traumatique ont été les plus fréquemment diagnostiqués (à 68 %), suivi par les syndromes dépressifs (22 %) et les troubles anxieux (8 %) (Veïsse et al., 2017).

#### b) Impact des violences et du psychotrauma dans la souffrance psychique des migrants

Les personnes migrantes souffrent deux fois plus des syndromes post-traumatiques (11%) que la population générale (5%) (Vaiva et al., 2008). À quoi attribuer cet écart majeur entre la prévalence des troubles post-traumatiques dans la population générale et celle trouvée chez les personnes migrantes ? Le rôle de la migration contrainte comme conséquence des violences et des persécutions subies dans le pays d'origine, ainsi que les parcours migratoires souvent jalonnés d'agressions et de deuils, nous donnent une clé de lecture. Parmi les patients recensés dans l'étude du Comede (Vieusse et al., 2017), 62% ont déclaré des antécédents de violence, 20% avoir subi la torture, et 17% des violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle. Cependant, le pourcentage de victimes de la torture est

considéré comme largement sous-estimé sur le plan statistique. Le Conseil international de réhabilitation pour les victimes de la torture<sup>3</sup> a estimé en 2005 que parmi les réfugiés, 20 à 30 % ont été victimes de torture. Si nous élargissons ce chiffre à ceux qui ont été victimes de violences politiques, ce pourcentage augmenterait de manière significative (Centre Primo Levi, 2013). Bien que révélateurs, ces chiffres ne permettent pas de dresser un tableau précis des victimes de la torture en France. Les études documentent rarement les tortures et violences politiques subies par les personnes déboutées de la demande d'asile. En effet, vivant dans la clandestinité, ces dernières ont un accès aux soins moindre que celles qui ont obtenu une protection. Enfin, comme c'est le cas pour de nombreux problèmes de santé mentale, un grand nombre de personnes souffrent sans exprimer de demande directe de soins.

c) Impact des conditions d'accueil et la précarité sociale sur la santé mentale des personnes migrantes

La gravité des troubles psychiques ne se résume pas à des événements traumatiques vécus dans le pays d'origine ou au cours du parcours migratoire. Ce que de nombreux rapports et articles scientifiques affirment c'est qu'elle est fortement impactée par les conditions d'accueil, notamment la précarité sociale.

Médecins du Monde dans son rapport *La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique* (2018) souligne la complexité « organisée » des procédures administratives telles que le dépôt de la demande d'asile ou de titre de séjour qui « placent les personnes dans des situations de vulnérabilité sociale, voire d'extrême marginalité... » qualifiées même de « conditions de vie extrêmement dégradantes, voir déshumanisantes (p.10). Si les procédures administratives complexes imposent aux migrants des statuts juridiques précaires, ces conditions de vulnérabilité sociale sont aggravées par les carences dans le DNA, chargé de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et juridique des demandeurs d'asile et personnes bénéficiaires de protection internationale. Créé en 1973, pour répondre à l'arrivée des réfugiés chiliens en France, le DNA s'est généralisé en 1975 avec l'accueil des réfugiés d'Indochine, et été étendu à tous les réfugiés, sans distinction d'origine nationale en 1985 (Kobelinsky, 2015). À partir de 1991, une transformation profonde du dispositif a eu lieu par la création de deux structures d'accueil différentes : le Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), uniquement à destination des

---

<sup>3</sup> L'IRCT, regroupant plus de 140 organisations indépendantes, est une organisation faîtière spécialisée dans le traitement et la documentation de la torture.

personnes en cours de procédure de demande d'asile, et les centres provisoires d'hébergement (CPH) accueillant, pour une période en principe de six mois, des personnes ayant obtenu le statut de réfugié (p. 14). Le DNA, évoluant au gré des changements de politique migratoire, a vu la création de nouvelles structures d'hébergement ces dernières années pour des publics de plus en plus segmentés en fonction de leur situation administrative.<sup>4</sup> Néanmoins, de nombreux rapports font état de l'incapacité du DNA à fournir un hébergement à la majorité des requérants d'asile. En 2014, les CADA ne représentaient plus que le tiers des solutions d'hébergement pour les demandeurs d'asile (Zeroug-Vial, 2014, cité par Chambon et le Goff). Une analyse faite par la Cimade, *Dispositif National d'Accueil des demandeurs d'asile : Bilan 2021 et perspectives 2022*, met en lumière que seulement 40% des demandeurs d'asile ont été accueilli par le dispositif (La Cimade, 2022).

Une synthèse, d'une quinzaine d'études menées entre 2007 et 2017 dans différents pays européens confirme le lien entre l'aggravation des troubles psychiques, comme le syndrome de stress post-traumatique et la dépression, et les conditions d'accueil dégradées auxquelles les migrants sont confrontés (Ratcliff Goguikian, 2017). Ce phénomène fait écho au concept de « victimisation secondaire » ou « second injury » développé notamment par Martin Symonds, dans le domaine de la victimologie. Selon Frema Engel, psychothérapeute, consultante et conférencière sur la santé mentale et la condition de la victime, la victimisation secondaire « renvoie à la douleur et aux blessures psychologiques infligées aux victimes par l'entourage et par les institutions judiciaires et sociales. Ces blessures résultent du manque de soutien auquel s'attend la victime de la part de ses proches, de la communauté, de la société en général » (Engel cité par Gaudreault, 2002, p.960).

d) Difficultés dans la formulation de la souffrance psychique des migrants : De qui parlons-nous ? De quoi souffrent-ils ?

Est-il possible de décrire les caractéristiques des migrants plus particulièrement exposés à des formes aiguës de souffrance psychique ? Une étude a démontré que la prévalence des troubles psychiques, en particulier la dépression et le stress post-traumatique, était au moins deux fois plus élevée chez les demandeurs d'asile que chez les migrants venus principalement pour le travail (Lindert et al., 2009). Ceci laisse entendre que les itérations les plus graves de la souffrance psychique ne concernent pas n'importe quelle population migrante, mais une population ayant des parcours de vie bien particuliers. Or, il nous semble à la fois insatisfaisant et problématique d'attribuer la gravité de cette souffrance aux

---

<sup>4</sup> En Bretagne, le DNA comprend 5 types de structures d'hébergement, dont une synthèse figure dans le SRADAIR (Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et l'intégration des réfugiés) de 2021-2023. Voir annexe n°1.

seuls demandeurs d'asile, un terme qui renvoie non seulement à la notion de la persécution telle qu'elle est définie par la Convention de Genève de 1951<sup>5</sup> mais aussi un statut juridique temporaire. Ainsi, comment définir ce public ?

Force est de reconnaître qu'avec le durcissement d'autres canaux d'immigration légale, de nombreux migrants se tournent vers la procédure de la demande d'asile comme la seule voie viable de la régularisation sur le territoire. Une part importante de ces personnes correspond de moins en moins à la figure classique de l'exilé politique dont les motifs de départ (oppressions politiques, persécutions, situations de guerre) confèrent une certaine légitimité, celle « d'une sorte de grandeur, la marque de l'identité... de l'injustice des violences subies et de la tension d'une juste volonté de retour » (Lazarus, 2019, p.25). Ces nouveaux arrivés sont des migrants ayant des motifs divers et variés de départ (pauvreté, accès aux soins vitaux, violences structurelles et intrafamiliales) dont les trajectoires de vie ne s'imbriquent plus dans les récits de persécution attendus dans le cadre de la demande d'asile. Chambon et le Geoff (2016) le résumant : « De façon caricaturale, après avoir migré, il faut demander l'asile pour légaliser sa présence sur le territoire français et donc faire valoir une condition de victime. Et dans 80 % des cas, l'individu est débouté de sa demande et se trouve en situation de précarité » (p.9). Pour mieux refléter les profils complexes et hétérogènes des nouveaux migrants, Chambon et le Geoff proposent ainsi la catégorie de « migrant précaire », une figure cumulant différentes vulnérabilités à la fois sociales, psychiques, et administratives.

### **Une souffrance d'origine sociale ?**

À l'instar des profils de plus en plus complexes des migrants, certains professionnels de la santé mentale se retrouvent déconcertés par les pathologies des migrants qui n'entrent pas clairement dans les catégories nosographiques. Ces ambiguïtés contribuent à une prolifération de débats cliniques sur la question de l'origine de la souffrance psychique des migrants. S'agit-il de souffrance psychique d'origine sociale ou de troubles psychiques ? Cette question, selon certaines analyses, est en partie moins liée à la pathologie au sens strict qu'à la hiérarchisation problématique de la souffrance qu'on peut trouver en psychiatrie. Chambon et Le Goff (2016) nous rappellent que « nous sommes alors dans un mouvement très marqué [...] où les problèmes psychosociaux ne sont pas forcément légitimes à être entendus dans le champ psychiatrique » (p.10).

---

<sup>5</sup> L'article 1, A, 2 de la convention du 28 juillet 1951 définit le réfugié comme « toute personne qui craint avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont il a la nationalité, et qui ne peut ou ne veut en raison de cette crainte, se réclamer de la protection de ce pays. »

Ce débat, qui persiste depuis longtemps, est compliqué par le poids du psychotraumatisme dans la légitimation de la souffrance des migrants. En parlant de la pratique courante des soignants, de fournir des certificats médicaux attestant d'une symptomatologie traumatique des requérants d'asile, Didier Fassin avance dans son livre *L'empire du traumatisme* (2007) que le psychotrauma devient l'une des sources majeures de preuve de véracité qui conditionne l'obtention d'un statut de protection. Nous assistons donc à l'ascension du psychotrauma dans la hiérarchie des souffrances par lequel le traumatisme - mais seulement le *bon* traumatisme - devient l'attribut indispensable du migrant « méritant ».

Néanmoins, scinder ainsi la souffrance des migrants en deux catégories - la souffrance psychosociale, largement induite par des conditions de précarité sociale, et le traumatisme *légitime* de l'exilé - semble encore une analyse insuffisante et partielle. Malgré sa complexité, le traumatisme demeure un élément pertinent, voire essentiel du tableau, même pour les migrants dont les motifs de départ ne sont d'abord enracinés dans un récit classique d'oppression politique ou de persécution. Une étude sur les troubles de la santé mentale chez les migrants en Sicile a révélé que les événements traumatisants (violences physiques, viols, abus sexuels, enlèvements et détentions) étaient plus fréquents pendant le voyage de migration (89 %) qu'avant le départ du pays d'origine (60 %) (Crepet et al., 2017). Comme le résume bien Lazarus (2019), « Si des personnes qui ont subi la torture quelque part dans le monde et que nous rencontrons en France aujourd'hui sont exilées, tous ceux qui ont été torturés ne sont pas en exil et les violences liées à l'exil ne sont pas toutes de la torture. Les violences de l'exil, de l'exilé, ne sont pas seulement celles, subies dans leurs propres pays avant les départs, mais bien aussi celles qui accompagnent les parcours d'exil » (p.24).

## **2. Accès aux soins en santé mentale des personnes migrantes**

### a) Statuts juridiques précaires et accès aux soins

L'accès des migrants aux soins de santé mentale est compliqué par une accumulation de barrières, à la fois administratives, juridiques et institutionnelles. Comme évoqué dans la partie 1.c « sur les conditions d'accueil », le statut juridique joue un rôle majeur dans l'aggravation de la précarité sociale des personnes migrantes en France. En plus de conditionner l'accès au logement et à d'autres services sociaux, le statut juridique régit le degré d'accès au système de Sécurité sociale auquel les personnes migrantes pourraient prétendre.

Pour simplifier notre analyse à ce sujet, nous considérerons qu'il existe deux catégories majeures de migrants : 1) les migrants en situation régulière, ayant obtenu un titre de séjour de ou une protection internationale 2) les migrants ayant des statuts juridiques dits

« précaires » tels que les demandeurs d'asile ou les sans-papiers.

Ceux qui sont en situation régulière peuvent bénéficier de la PUMA (Protection universelle maladie) qui assure une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits pour les citoyens français ou les personnes étrangères résidant dans le pays de manière stable et régulière (Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma), s. d.). Les personnes à faibles revenus, dont la grande majorité des demandeurs d'asile, peuvent aussi bénéficier du Complémentaire santé solidarité (CSS) un dispositif qui prend en charge le ticket modérateur pour tous les soins remboursables par l'Assurance maladie obligatoire. Suite à l'adoption du décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé, les demandeurs d'asile doivent désormais respecter un délai d'attente de trois mois à la suite de leur dépôt de demande d'asile avant de pouvoir prétendre à la PUMA ou au CSS. Ceux qui se trouvent en situation irrégulière sont relégués au dispositif de l'Aide médicale de l'état (AME), (Chambon & Le Goff, 2016).

Cependant, le droit à l'AME n'est pas automatique. À l'instar de la PUMA ou le dispositif CSS, le demandeur doit déposer une demande et justifier de son identité et de celle de ses ayants droit, ainsi que de sa résidence en France et de ses revenus (Chambon & Le Goff, 2016). Pour de nombreux migrants, qu'ils soient allophones, illettrés, ou en situation de difficulté sociale, la réalisation d'une telle démarche nécessite souvent l'appui d'un travailleur social, ou l'aide d'un compatriote familier avec les rouages administratifs.

#### b) Accès à la psychiatrie publique

Dans son rapport d'information de 2013 sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie publique, l'ancien député Denys Robiliard qualifie les migrants de « populations oubliées » du système de soin du droit commun au même titre que les personnes en situation de grande précarité (p.33). Robiliard avance, comme de nombreux spécialistes du sujet, que le système de sectorisation de la psychiatrie publique présente la première barrière à la prise en charge des personnes migrantes, notamment en ambulatoire (2013). La sectorisation psychiatrique avait pour premier but d'offrir des soins de proximité aux populations habitant un territoire bien délimité. Cependant, les demandeurs d'asile ou les personnes sans-papier possédant une domiciliation administrative qui ne correspond pas à une adresse effective, peuvent selon les pratiques d'admission des structures se voir orientées vers les Centres Médico-Psychologiques correspondants à leur adresse administrative (2013). Lorsque le CMP dont dépend la personne migrante est situé loin de son lieu d'habitation, ou s'avère inaccessible par les transports en commun, l'orientation

risque de ne pas aboutir à un suivi de soins. Dans l'objectif de gérer les flux d'orientations des potentiels patients migrants logés et domiciliés par la même structure d'hébergement, certaines CMP choisissent d'inscrire les étrangers, comme les personnes sans domiciles fixes, répartis aléatoirement et différemment d'un territoire à l'autre, ou en fonction de la date de naissance.<sup>6</sup> À ces freins s'ajoutent d'autres formes d'exclusion, notamment les refus de certains professionnels au sein du système psychiatrique de prendre en charge la population migrante. Comme Pian, Hoyez, et Tersigni (2018) le soulignent dans leur article « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants » cette réticence de prendre en charge les publics migrants tient autant au profil du patient qu'à la nécessité de faire recours aux services d'interprétariat vus comme « chronophage », « coûteux » ou imposant des « contraintes organisationnelles » (p.68). D'autres praticiens de la santé mentale peuvent refuser de soigner les migrants sous prétexte que le suivi psychothérapeutique serait inefficace lorsque la personne se trouve entravée par « l'incertitude administrative » (Pian et al., 2018, p.10).

#### c) Dispositifs pour précaires

Face à la montée de la précarité et de l'exclusion, des dispositifs ont été élaborés au cours des dernières décennies pour faciliter l'accès au droit aux populations fragilisées sur le plan économique et social : Les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) et les EMPP (Équipes mobiles précarité psychiatriques). Chaque dispositif a un modèle de fonctionnement unique, le PASS étant hospitalier, L'EMPP s'appuie davantage sur une logique d'aller-vers vers les populations sur les tiers-lieux ou lieux de vie. Dans certains territoires français, ces dispositifs accueillent des publics majoritairement, voire exclusivement, migrants (*La souffrance psychique des exilés : Une urgence de santé publique*, 2018). Étant des dispositifs « passerelles » vers le droit commun, leurs missions sont circonscrites à l'ouverture de droits, d'évaluation, et d'orientation. Malgré cela, de nombreux professionnels exerçant dans ces équipes se retrouvent à faire du soin auprès de leurs publics en raison des difficultés persistantes dans l'orientation de leurs patients vers les structures du droit commun. Cependant, lorsque ces professionnels s'engagent à faire du soin, cela peut vite entraîner une saturation des dispositifs (Chambon & Le Goff, 2016).

#### d) Centres de soins spécialisés

Au cours des quarante dernières années, des centres de soins spécialisés à la prise en charge des populations migrantes ont émergé afin de pallier les carences du système

---

<sup>6</sup> Sur le département d'Ille-et-Vilaine, le PTSM 35 a facilité une réforme du système d'orientation des personnes sans domicile fixe et des migrants possédant une domiciliation administrative. À partir de 2023, l'adresse de lieu d'habitation de la personne accompagnée et non l'adresse de domiciliation administrative sera prise en compte pour la prise en secteur psychiatrique.

de droit commun et de proposer des prises en charge « adaptées » aux publics étrangers. Ces centres sont généralement situés dans les grandes villes et se distinguent non seulement par leurs orientations théoriques et cliniques (psychiatrie transculturelle, clinique psychosociale), leur spécialisation dans les syndromes post-traumatiques, ou la prise en charge des publics spécifiques (victimes de torture, victimes de guerre), mais aussi par leur capacité à recruter des praticiens multilingues ou à offrir une gamme plus large de services d'interprétariat.

Didier Fassin et Richard Rechtman (2010) expliquent que pour « répondre aux aspirations et aux éventuels besoins spécifiques de certaines populations, l'État concède à la « société civile », c'est-à-dire aux associations » qui pourraient au sens juridique offrir une spécificité, de compléter l'offre de la psychiatrie publique (cité dans Chambon et Le Goff, 2016). Ces associations en revanche, souvent contraintes aux formes de financements plus précaires (appels à projets), n'ont pas la même portée que des structures publiques pour accueillir un grand nombre de patients. De ce fait, les soins spécialisés en santé mentale restent difficilement accessibles à de nombreux migrants.

### **3. Construction d'un problème de santé publique**

#### **a) Politiques publiques au niveau national et local**

Malgré la conjugaison des facteurs complexes, à la fois politiques, juridiques et sociaux limitant l'accès à la santé mentale des personnes migrantes, une nouvelle prise de conscience quant à la gravité de la souffrance psychique de ce public commence à se refléter dans certaines politiques publiques à l'échelle nationale et locale. À travers ce prisme, nous avançons qu'un nouveau problème de santé publique est en train de se dessiner, celui de l'accès à la santé mentale des personnes migrantes.

Le plan vulnérabilités « 10 actions pour renforcer la prise en charge des vulnérabilités des demandeurs d'asile et des réfugiés » émis en 2021 par le Ministère de l'Intérieur reconnaît que « Les personnes souffrant de psychotraumatismes ou d'autres problèmes de santé graves liés à leurs parcours d'exil... sont aujourd'hui plus nombreuses et leur situation de particulière vulnérabilité nécessite, dès leur arrivée et tout au long de leur parcours, une prise en charge adaptée » (Schiappa, p. 3). Dans le cadre de ce plan, plusieurs mesures proposées placent un accent sur la formation des professionnels du social et du sanitaire sur le repérage des troubles psychiques, par exemple, l'Action n° 3 développer la formation au repérage des vulnérabilités, et l'Action n° 7 développer l'information des professionnels de santé sur le psycho-trauma (Schiappa, 2021, p. 4).

La Haute Autorité de Santé reconnaît dans son Programme Pluriannuel Psychiatrie et Santé mentale de 2018-2023 que « la prise en charge des personnes exposées à un événement traumatique par des professionnels formés aux spécificités du psycho-traumatisme constitue un enjeu majeur de santé publique » citant « les migrations des populations » comme source, parmi d'autres, des événements traumatiques (p. 29). « L'évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques des enfants et adultes » est ainsi inscrite comme un axe de travail avec l'objectif « la production d'une recommandation de bonnes pratiques cliniques favorisant un diagnostic, une évaluation et une prise en charge du psycho-traumatisme qui soient les plus précoces possibles et prennent en compte les dimensions psychologique et somatique des troubles » (p.29).

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 2018-22 pour la région de Bretagne décline parmi ses objectifs « Renforcer la réponse coordonnée pour l'accès aux soins des personnes migrantes » (p.13). Indiquée dans cet objectif, la prise en compte de « certaines caractéristiques » notamment « les pathologies spécifiques de santé mentale » justifie « la mise en œuvre d'une organisation spécifique » malgré le principe de l'universalisme qui régit le système de santé publique (p.13).

Sur le plan local, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) d'Ille-et-Vilaine compte parmi ses 23 fiches d'action, l'action F1 « Pour les migrants et les précaires, prévoir et construire un dispositif de continuité de soins psychiatriques au-delà du système d'orientation sectoriel » (p.7). Il reste, néanmoins, le seul PTSM en Bretagne à désigner les personnes migrantes comme public « cible » d'une action de prévention ou promotion de la santé mentale. Parmi les initiatives soutenues par le groupe de travail F1 en 2022, un recensement des formations sur la santé mentale du public précaire et migrant à destination des équipes sociales et sanitaires a été lancé en 2023 avec l'objectif la mutualisation et l'essaimage des formations par les acteurs locaux du territoire.

Nous estimons qu'il est essentiel de souligner que les politiques publiques qui ont été exposées ci-dessus ne semblent pas viser une restructuration ou une refonte systémique des dispositifs publics qui accueillent les publics précaires, dont les migrants, ni une revitalisation majeure de leurs moyens financiers. Par exemple, plutôt que d'élaborer un plaidoyer en faveur de financements supplémentaires pour élargir la portée des services proposés par des dispositifs de type EMPP ou PASS, ou l'ouverture de postes pérennisés de soignants au sein des structures d'hébergement du DNA, le Plan Vulnérabilités se fixe pour objectif la réalisation d'un diagnostic de ressources médicales du dispositif pour

ensuite mutualiser des ressources existantes et « mettre à disposition un personnel de santé dans chaque centre d'hébergement » (Schiappa, 2021, p.13).

b) Priorisation de la formation des professionnels du sanitaire et social à la santé mentale

D'après notre analyse, la formation en santé mentale à destination des professionnels du sanitaire et du social semble émerger comme une réponse privilégiée pour faire face à la souffrance psychique des personnes migrantes. L'implication des nouvelles politiques publiques et locales dans les enjeux de la formation en santé mentale ne fait qu'accentuer une réflexion déjà bien engagée par de nombreuses associations concernées par la migration et les centres de soins spécialisés. Ceux-ci ont développé, au cours des dix ou vingt dernières années, des pôles de formation orientés vers les professionnels du soin et du social accompagnant des personnes en situation d'exil. La priorisation de la formation s'accompagne également d'une multiplication des projets de coordination locaux et régionaux (PTSM, CLSM, CTS, PRSM) qui se sont développés ces dernières années en se focalisant expressément sur la santé mentale des populations. Avec des demandes croissantes de formations PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale) venant de divers domaines professionnels, et le déploiement du programme de formation en santé mentale Prisme (porté par l'Orspere-Samdarra) à destination des professionnels accompagnant des publics précaires sur une période de 4 ans à l'échelle nationale, nous pourrions même dire que nous assistons à une sorte de véritable engouement pour la formation en santé mentale (Orspere-Samdarra, 2023).

## **II. Développement d'un questionnaire**

### **1. Rôle du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine :**

Nous tenons à souligner que la construction de ce mémoire a été largement alimentée par l'expérience de stage en tant que chargée de mission au sein du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine d'Ille-et-Vilaine.

Fruit de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PTSM a émergé comme un dispositif innovateur visant à accompagner des projets de réorganisation de la santé mentale et la psychiatrie au niveau départemental. Étant un projet de prévention et promotion de la santé mentale, le PTSM a pour objectif premier d'améliorer « l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture dans une dynamique globale, participative et de manière décloisonnée » (*Qu'est-ce qu'un Projet Territorial de Santé Mentale ?*, s. d.). Ce qui qualifie

ce dispositif de novateur est sa méthodologie ascendante et inclusive d'élaboration de politiques publiques qui vise à mettre au centre de la démarche une pluralité d'acteurs divers : les personnes concernées et leurs proches, les professionnels de la psychiatrie, et les acteurs sanitaires (médecins de premiers recours, spécialistes...), les intervenants de l'accompagnement social, médico-social, de l'inclusion scolaire et professionnelle, et les autorités concernées.

Lancé en décembre 2017, le PTSM 35 a impliqué 600 acteurs du département dans la réalisation d'un diagnostic territorial partagé, dont 23 actions ont été élaborées et retenues. Approuvé en 2020 par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, les 23 actions de la feuille de route ont commencé à être mises en œuvre de manière opérationnelle à partir de septembre 2021 (*Qu'est-ce qu'un Projet Territorial de Santé Mentale ?*, s. d.).

Ayant intégré le PTSM 35 à un moment où des groupes de travail avaient déjà été lancés pour entamer la mise en œuvre des 23 fiches d'actions, notre mission était de contribuer à l'avancement de plusieurs actions dont l'action F1 du PTSM « Pour les migrants et les précaires<sup>7</sup>, planifier et construire un dispositif de continuité des soins psychiatriques au-delà de l'orientation sectorielle<sup>8</sup> ». L'un des objectifs découlant de la fiche action F1 était de « renforcer les compétences des équipes sociales et soignantes en matière de détection précoce, en identifiant et en mutualisant les formations, et en mettant en place des formations ciblées en fonction des besoins locaux ». En s'appropriant ce travail, un recensement de formations sur la santé mentale des publics précaires et migrants au niveau départemental a été réalisé ainsi qu'une enquête de recherche mixte pour évaluer les besoins en formation des acteurs sanitaires et sociaux amenés à accompagner des publics précaires présentant des fragilités psychiques. Un questionnaire<sup>9</sup> visant à recenser les formations en santé mentale suivies par les professionnels sanitaires et sociaux, ainsi que les besoins en formation et les domaines d'intérêt, a été diffusé parmi les membres de l'action F1, et analysé par la suite.<sup>10</sup> En parallèle, des entretiens avec des acteurs clés dans l'accompagnement des publics précaires et migrants ont été entrepris pour offrir une dimension qualitative à ce travail.

---

<sup>7</sup> Il convient de préciser que le public cible de l'action F1 comprend les personnes migrantes ainsi que les personnes autochtones (sans parcours migratoire) en situation de précarité.

<sup>8</sup> Le terme « sectoriel » est employé pour désigner le système de psychiatrie publique organisé en fonction de « secteurs ». Le secteur est une zone géographique comprenant des structures de soins destinées à répondre aux besoins des habitants du secteur. Chaque département est divisé en secteurs psychiatriques qui peuvent desservir environ 70 000 à 80 000 habitants.

<sup>10</sup> L'enquête est intitulée « Recensement des formations sur la santé mentale du public précaire et migrant : quels besoins pour les équipes sociales et sanitaires du département ? »

## 2. Problématique

En plus de fournir un riche terrain d'enquête, le travail réalisé dans le cadre du PTSM 35 a contribué au développement d'un questionnement quant aux apports et aux limites de la formation en santé mentale, notamment grâce aux entretiens préliminaires menés avec les professionnels soignants engagés dans le déploiement des formations. La formation peut-elle à elle seule apporter une réponse aux acteurs qui se sentent désemparés devant la souffrance psychique de leurs publics ? Quelles autres conditions (institutionnelles, organisationnelles, etc.) accentuent des difficultés à faire face à la souffrance psychique et peinent à assurer un accompagnement de qualité aux personnes souffrantes ? En dehors de la formation formelle, quels autres espaces ou pratiques pourraient nourrir le développement et la pratique des compétences en santé mentale ? Au vu de ces réflexions, nous avons décidé de nous écarter de la focalisation unique sur les besoins en formation des professionnels, centrale à nos travaux de recherche auprès du PTSM, et d'axer ce mémoire sur des questions plus larges, notamment sur *les difficultés vécues par des travailleurs sociaux dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique*, et des *leviers* possibles pour mieux assurer leurs accompagnements. Ceci étant, au lieu de retirer entièrement la formation de l'objet de recherche, nous souhaitons simplement la resituer dans le contexte des besoins exprimés par les travailleurs sociaux.

Dans cette optique, plusieurs questions de recherche se dessinent dans 4 domaines principaux sur lesquels nous allons nous pencher.

1. Quelles sont les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique ?
2. De quoi les travailleurs sociaux ont-ils besoin pour faire face à ces difficultés et mieux accompagner les personnes migrantes en souffrance psychique ?
3. Comment les difficultés et les besoins des travailleurs sociaux sont-ils appréhendés par les professionnels engagés dans la formation sur la santé mentale des migrants ? De quelle manière leurs formations visent-elles à répondre aux besoins des travailleurs sociaux ?
4. Quelles sont des solutions proposées par les travailleurs sociaux et les professionnels de la formation en santé mentale pour améliorer l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique ?

## 3. Justification de la population cible : les travailleurs sociaux

Nous avons choisi de centrer cette recherche sur les expériences des travailleurs sociaux accompagnant les personnes migrantes en souffrance psychique, plutôt que sur celles d'autres intervenants. Étant des professionnels de première ligne dans l'accompagnement

des personnes migrantes, notamment pour ceux qui exercent dans le DNA, les travailleurs sociaux sont souvent les premiers professionnels à repérer les problèmes de santé mentale chez ce public. En tant que coordinateur *de facto* du « care<sup>11</sup> » des personnes migrantes, ce sont également ces professionnels qui sont amenés à naviguer dans un maillage complexe et souvent disparate de services et dispositifs de soin accessibles aux personnes migrantes. De ce fait, ils sont susceptibles de subir les répercussions des carences du système sanitaire, en particulier lorsqu'une orientation vers une prise en charge n'est pas envisageable. Alors que de nombreux professionnels y compris les praticiens de la santé mentale peuvent se sentir démunis face à la détresse psychique des migrants, les travailleurs sociaux ayant bénéficié de peu de formation initiale dans le domaine de la santé mentale sont davantage sujets à estimer qu'ils ne disposent pas des compétences suffisantes pour accueillir et soutenir cette souffrance.

Pour les assistants de service social, les éducateurs spécialisés et les conseillers en économie sociale et familiale, il n'existe pas à l'heure actuelle de tronc commun d'études en santé mentale dans les cursus initiaux qui traverse l'ensemble des métiers du travail social. Suite à la réforme de 2018 des diplômes en travail social de niveau 6<sup>12</sup>, la terminologie de « santé mentale » reste relativement absente des référentiels de formation, d'activités et de compétences des professionnels (Anton & Artigau, 2021). De plus, comme certains professionnels embauchés par les associations gestionnaires du DNA n'ont pas de diplômés en travail social, mais ont plutôt des formations universitaires<sup>13</sup>, les compétences en santé mentale des équipes sociales accompagnant des migrants dans ce milieu peuvent être assez hétérogènes.

Enfin, bien que de nombreux travaux soient consacrés à la question de la souffrance psychosociale des personnes en situation de précarité et d'exclusion au sens large, et le rôle des travailleurs sociaux dans l'écoute et le soutien de ces publics, il reste peu de recherches centrées sur les expériences des intervenants sociaux accompagnant exclusivement des migrants en souffrance psychique. Pourtant le besoin est important vu l'ampleur des psychotraumatismes complexes et de la détresse psychique qui peuvent être observés parmi les vagues de migrants les plus récentes.

---

<sup>11</sup> La traduction la plus répandue du terme care est « soin, sollicitude, prendre soin c'est-à-dire souci de l'autre au sens large, s'occuper de, proximité, se sentir concerné » (Noël-Hureaux, 2015, para. 16). Dans ce contexte, nous employons ce terme pour faire référence à tous les services rendus par les professions du « care » (soignants, éducateurs, enseignants, etc.) que le travailleur social devrait négocier pour la personne accompagnée.

<sup>12</sup> Selon la nomenclature des diplômes, le niveau 6 correspond à un diplôme équivalent à une licence.

<sup>13</sup> Bien qu'il soit impossible de généraliser sur les pratiques de recrutement, il a été observé au cours de cette étude que certains professionnels travaillant en tant qu'intervenants d'action sociale au sein des CADA peuvent être embauchés sans avoir de diplôme en travail social, mais ayant plutôt de diplômes de master en sciences humaines et sociales (Exemples : Master en intervention et développement social, Master en sciences politiques).



# **Méthodologie**

## **I. Choix de méthodologie**

### **1. L'entretien semi-directif**

Pour répondre à notre objet de recherche, nous avons eu recours à des méthodes qualitatives, notamment des entretiens semi-directifs. En effet, nous cherchons à comprendre non seulement les difficultés concrètes rencontrées par les travailleurs sociaux qui accompagnent les migrants en souffrance psychique, mais aussi le ressenti et les interprétations accompagnant ces expériences à la lumière de leur identité professionnelle, leurs parcours de vie, et leurs représentations autour de la santé mentale et la souffrance psychique. Comme l'explique Pope et Mays (1995) la méthode qualitative donne non seulement accès aux expériences de vie des enquêtés, mais au « sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux » (cités dans Kohn & Christiaens, 2014, p. 70). En cherchant à accéder à l'intériorité du sujet, l'entretien nous semble le moyen le plus approprié pour y parvenir, comme l'explique Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999) : « L'entretien reste un moyen privilégié pour produire les données discursives, donnant accès aux représentations émiques » (para. 24, 1995).

Nous avons choisi de privilégier l'utilisation de l'entretien semi-directif plutôt que d'autres moyens de récolte de données. L'entretien semi-directif nous a semblé le plus adapté dans la mesure où nous ne souhaitons pas circonscrire ou restreindre les difficultés dans l'accompagnement social qui pourraient être évoquées en entretien. Sous un autre angle, l'entretien semi-directif, ressemblant à une conversation naturelle, nous a semblé la technique la plus adaptée pour mettre à l'aise les enquêtées dans la démarche de témoignage personnel. C'était d'autant plus pertinent puisque nous avons cherché à traiter au cours des entretiens des questions parfois « sensibles », telles que l'impact de la souffrance psychique des migrants sur la santé mentale des travailleurs sociaux eux-mêmes. Au total, nous avons réalisé 15 entretiens semi-directifs. Bien que nous ayons privilégié les entretiens individuels, nous avons également mené un entretien collectif avec deux collègues travailleuses sociales qui se sentaient plus à l'aise pour s'exprimer en binôme.

### **2. Questionnaire**

Les résultats du questionnaire réalisé dans le cadre de l'action F1 du PTSM 35, « Recensement des formations sur la santé mentale du public précaire et migrant : quels besoins pour les équipes sociales et sanitaires du département ? » ne seront pas exploités de manière importante dans ce mémoire puisque les acteurs interrogés ne travaillent pas

tous exclusivement avec le public migrant. Néanmoins, les quelques résultats saillants de cette enquête ainsi que le recensement de formations sur la santé mentale des migrants seront présentés dans la partie VIII de l'analyse : La formation en santé mentale (page 50).

Nous avons eu 25 retours du questionnaire : 28% des acteurs qui ont répondu sont issus du secteur sanitaire ou exercent une activité de soignant. Le reste (72%) des répondants vient du secteur social/socio-éducatif, dont la majorité travaille dans le domaine du logement social (44%). Les autres répondants issus du secteur social comprennent des professionnels de la protection de l'enfance, de l'insertion sociale et l'hébergement d'urgence, et l'hébergement des demandeurs d'asile, entre autres.

## **II. Les outils d'enquête**

Les profils professionnels des enquêtés étant assez hétérogènes, nous avons élaboré plusieurs guides d'entretien afin de les adapter au mieux à leur milieu d'exercice. Pour les travailleurs sociaux (TS) et d'autres professionnels assurant un accompagnement de proximité auprès des migrants, nous avons élaboré un guide d'entretien standardisé qui se trouve en annexe (voir annexe n°2 Guide d'entretien pour TS/ professionnels accompagnants des personnes migrantes). Pour les professionnels impliqués dans la formation et le soutien auprès des équipes sociales, des guides d'entretien individualisés ont été élaborés pour rendre compte des spécificités de leurs lieux de pratique. Il convient de noter que les trois premiers entretiens préliminaires ont été menés dans le cadre de mes missions de stage, et ont donc servi d'entretiens « exploratoires » qui m'ont permis de mieux cerner l'objet de recherche. Ainsi, ils étaient moins ciblés sur les questions finales de cette recherche.

## **III. Recrutement des participants**

D'abord, il convient de préciser que dans le cadre de cette étude nous avons cherché à constituer deux groupes d'enquêtés : les intervenants sociaux et les professionnels engagés dans la formation en santé mentale. Les professionnels engagés dans la formation en santé mentale présentent différents profils : les soignants (psychologues, psychiatres) ayant le rôle de formateur ou formatrice auprès des équipes sociales ainsi que le personnel administratif impliqué dans l'organisation et la gestion de la formation.

Plusieurs méthodes ont été déployées pour recruter les participants. Dans un premier temps, la prise de contact avec certains soignants et formateurs en santé mentale exerçant sur le bassin rennais a été facilitée par la démarche de recherche engagée en lien avec

nos missions au sein du PTSM 35. Néanmoins, au moment où nous avons intégré le PTSM comme stagiaire, il y avait peu d'acteurs sociaux actifs au sein du groupe de travail F1 qui interviennent majoritairement auprès du public migrant. Il convient de préciser que l'action F1, si elle intègre les migrants dans la population « précaire », ne se concentre pas exclusivement sur l'accès aux soins de santé mentale pour personnes ayant un parcours migratoire. Ainsi, de nombreux acteurs sociaux impliqués dans le groupe de travail F1 interviennent auprès de populations ayant des profils sociologiques mixtes ou plus spécifiquement auprès de personnes « autochtones » en grande précarité souffrant de maladies psychiques graves.

Face à cette limite, nous nous sommes tournées vers notre réseau personnel, développé lorsque nous travaillions comme intervenante d'action sociale l'année précédente au sein d'un CADA situé à Rennes, pour recruter des travailleurs sociaux. Afin d'éviter les biais qui pourraient affecter l'analyse, nous avons fait le choix de ne pas solliciter les membres de notre ancienne équipe comme participants à l'étude, mais plutôt de nous adresser à des professionnels rencontrés sur d'autres services et dispositifs exerçant au sein de la même association. Un courriel détaillant la démarche de recherche, accompagné d'un appel à participation, a été envoyé à une cheffe de service d'un CADA situé sur le bassin rennais pour diffusion auprès de son équipe de travailleurs sociaux. 4 travailleurs sociaux ont été recrutés par ce biais et ont participé à l'étude, tous collègues en poste au sein du même CADA.

Deux professionnels de cette association dont nous avons les contacts ont été sollicités directement par téléphone, dont un psychologue travaillant sur plusieurs dispositifs, y compris les CADA, et une travailleuse sociale travaillant sur le dispositif d'hébergement pour déplacés ukrainiens.

Dans un dernier temps, les professionnels engagés dans la formation en santé mentale des travailleurs sociaux, mais exerçant en dehors du département d'Ille-et-Vilaine ont été sollicités par courriel.

Enfin, en postant mon appel à participation sur le réseau social LinkedIn, j'ai pu recruter une participante par ce biais, soit au total 14 participants.

## **1. Profils des enquêtés**

Dans le Tableau no. (1) *Profils des professionnels de l'accompagnement social des migrants*, les informations pertinentes à la compréhension du contexte de travail des

participants sont présentées. Ce tableau a pour but d'éclaircir les entretiens analysés, dont des extraits sont discutés dans le développement, notamment en lien avec les situations socio-économiques et juridiques des personnes accompagnées, et les formes d'accompagnement que peuvent offrir les professionnels. Le statut juridique des migrants est pris en compte, car, comme nous l'avons évoqué dans la revue de littérature, son incidence sur l'accès au logement, aux soins de santé et au travail s'avère significative.

Prénom <sup>14</sup>	Tranche d'âge	Fonction et lieu d'exercice	Public migrant accompagné selon statut juridique	Éléments du parcours professionnel
Julien	25-35	Intervenant d'action sociale (CADA)	Personnes en demande d'asile, personnes BPI en structure d'hébergement	- Formation en sciences politiques, histoire et relations internationales (niveau master)  - 2 ans d'expérience en travail social auprès des demandeurs d'asile
Sara	25-35	Intervenante d'action sociale (CADA)	Personnes en demande d'asile, personnes BPI structure d'hébergement	-Diplôme d'état d'éducateur spécialisé  -5 ans d'expérience de travail auprès des demandeurs d'asile en CADA
Louise	25-35	Intervenante d'action sociale (CADA)	Personnes en demande d'asile, personnes BPI structure d'hébergement	-Diplôme d'état de conseillère en économie sociale et familiale  -5 + ans d'expérience de travail auprès des demandeurs d'asile en CADA
Henora	18-24	Intervenante d'action sociale (CADA)	Personnes en demande d'asile, personnes BPI en structure d'hébergement	-Diplôme d'état de conseillère en économie sociale et familiale  -1 ans d'expérience en CADA, expérience de travail social auprès des gens du voyage
Irina	35-45	Intervenante d'action sociale (Dispositif d'accueil des Ukrainiens)	Personnes ayant la protection temporaire <sup>15</sup> (Ressortissants ukrainiens) structure d'hébergement	- Formation en sociologie (niveau doctorat) et diplôme d'assistante sociale  -1 an d'expérience sur le dispositif ukrainien en tant qu'intervenant d'action sociale  -Expérience dans le travail social auprès de

<sup>14</sup> Les prénoms ont été modifiés pour préserver l'anonymat des enquêtés

<sup>15</sup> Les ressortissants ukrainiens bénéficient, sous la réglementation de l'UE, d'une protection temporaire automatique une fois déclarés auprès de la préfecture, donnant accès au droit de travail, au système de l'Assurance maladie, et à l'hébergement.

				femmes travailleuses de sexe
Brigitte	55-65	Chargé de formation (CFA)	Jeunes hommes BPI apprentis	-Formation en lettres modernes (niveau master), diplôme technique documentaliste en entreprise  -20 ans d'expérience en tant que documentaliste et professeur de Français  -10 ans d'expérience en tant que chargée de mission au sein d'un dispositif de formation professionnelle spécialisé pour jeunes réfugiés
Sandrine	44-55	Cadre socio-éducatif (Hôpital psychiatrique)	***accompagne un public très large dont les personnes migrantes ne sont pas majoritaires	-Parcours universitaire en philosophie (niveau master)  -Le diplôme d'état d'assistant de service social  -20 ans d'expérience en hôpital psychiatrique

N'étant pas travailleuse sociale de formation, nous avons choisi d'inclure le témoignage de Brigitte, chargée de formation pour un dispositif d'apprentissage spécialisé pour jeunes réfugiés. Assurant un accompagnement de proximité auprès des jeunes réfugiés, Brigitte s'est intéressée à l'appel à participation posté sur LinkedIn, expliquant dans un mail qu'elle « accompagne de jeunes réfugiés pendant 3 ans au niveau du français, mais aussi au niveau de leurs problématiques sociales et autres. Cette année, justement soucieuse de leur accès aux soins et de leur santé mentale, [elle] prépare pour la rentrée prochaine un projet pour mieux les accompagner. »

Tableau 2 : Profils des professionnels de la formation sur la santé mentale des migrants					
Prénom	Tranche d'âge	Fonction	Publics stagiaires (si formateur)	Public des patients (si soignant)	Éléments du parcours professionnel
François	55-65+	Psychiatre (Dispositif d'accès aux soins pour précaires)	Travailleurs sociaux travaillant auprès des personnes	Publics en situation de précarité (autochtones et migrants)	Plus de 30 ans d'expérience en psychiatrie publique et d'addictologie  Orientation théorique : psychanalytique  Intervenante en formation sur la clinique psycho-sociale

Edgar	35-45	Psychologue (centre de soins spécialisés pour migrants)	Travailleurs sociaux, médecins traitants	Personnes migrantes (tous statuts confondus mais majoritairement primo-arrivants et/ou personnes n'ayant pas accès aux soins dans le système de droit commun)	Parcours universitaire en psychologie clinique (niveau doctorat)  Orientation clinique : psychanalytique 16 ans d'expérience clinique en cabinet libéral et en milieu associatif
Elodie	44-55	Psychothérapeute Anthropologue (En libéral)	Tout professionnel ou bénévole accompagnant des personnes exilés	Population mixte	Formation en anthropologie (niveau doctorat), spécialisation en anthropologie médicale  Formation en psychothérapie psychanalytique  12 d'ans d'expérience en tant que responsable du pôle d'études, de recherche et d'enseignement au sein d'un centre spécialisés pour soins
Sébastien	25-35	Psychologue (multi-dispositif dont les CADA)	Travailleurs sociaux	Personnes migrantes en structure d'hébergement (tous statuts confondus)	Formation de psychologue clinicien (niveau master)  Formation en santé publique (niveau master)  2 ans d'expérience en tant que psychologue en CADA  Diverses expériences antérieures : psychologue clinicien dans les établissements scolaires, chargé d'études, chargé de missions
Julie	25-35	Responsable d'un centre de formation rattaché à un centre de soins spécialisés	Travailleurs sociaux, psychologues, bénévoles accompagnant des personnes exilées		Formation d'économie du développement (niveau master)  1-2 ans d'expérience dans son poste actuel  Expérience dans la solidarité internationale, dans la gestion des centres de formation
Pauline	25-35	Coordinatrice (Centre de soins spécialisés pour migrants)		Personnes migrantes (tous statuts confondus mais majoritairement primo-arrivants et/ou personnes n'ayant pas accès aux soins dans le système de droit commun)	Parcours universitaire en sciences politiques (niveau master)

Dans le même registre, Tableau no. (2) : *Profils des professionnels de la formation sur la santé mentale des migrants* a pour but de mettre en lumière des informations pertinentes sur les professionnels engagés dans la formation en santé mentale, notamment les publics

qu'ils servent en tant que praticiens de la santé mentale, et les publics de stagiaires auxquels ils dispensent de la formation en santé mentale.

#### **IV. Le déroulement des entretiens**

Toutes les personnes ayant exprimé leur intérêt à participer à cette recherche, vivant sur le département d'Ille-et-Vilaine, se sont vu proposer plusieurs modalités de participation : à distance, en présentiel sur le lieu de travail, à domicile, ou dans un tiers-lieu (café, bibliothèque, etc.). La majorité des entretiens réalisés (11 sur 15) se sont déroulés en présentiel, sur le lieu de travail, soit dans le bureau de l'enquêtée ou dans une salle de conférence. Un entretien s'est déroulé sur un tiers-lieu (salle de classe à l'EHESP), et un autre à domicile. 3 entretiens, menés auprès des intervenants vivant hors du département, se sont réalisés à distance sur la plateforme visio-conférence Zoom.

#### **V. Traitement des données**

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité en anonymisant les prénoms et les informations d'identification (membres de l'équipe, lieu de travail, ville, etc.) de chaque participant. La retranscription a été faite mot à mot, sans corriger les erreurs grammaticales, en conservant certains des éléments précités mais en veillant à ne pas surcharger le texte au point d'en compromettre la lisibilité. Suite à la retranscription, les entretiens ont été analysés de façon thématique, en relisant les transcriptions sans nous référer à nos guides d'entretien. Des notes détaillées ont été prises à la main sur les thèmes ressortant de chaque entretien et, le cas échéant, des codes couleur ou des techniques de soulignement ont été employés. Par la suite, ces éléments, notamment des extraits d'entretien, ont été organisés sous forme d'une grille d'analyse (voir annexe n°4) s'appuyant sur un codage descriptif.

#### **VI. Limites méthodologiques**

##### **1. Recrutement des professionnels**

La taille modeste de l'échantillon, et son homogénéité relative, surtout en ce qui concerne le nombre de travailleurs sociaux interviewés, et leurs lieux d'exercice, représente une limite importante de cette recherche. Comme nous l'avons évoqué ci-avant, 4 des 5 travailleurs sociaux interrogés étaient des collègues travaillant dans le même service. De ce fait, un certain nombre des difficultés relevées dans les entretiens nous semble plutôt propre aux spécificités de l'accompagnement social des demandeurs d'asile, notamment la violence émotionnelle infligée aux migrants dans le cadre de la procédure administrative.

Les populations non interrogées comprennent : les travailleurs sociaux accompagnant des personnes sans-papiers et/ou déboutées de la demande d'asile, les équipes sociales

travaillant dans le logement social, étant plus susceptibles d'accompagner des migrants ayant une plus grande variété de statuts juridiques et de trajectoires migratoires.

## **2. Déroulement des entretiens**

Si, de manière générale, nous avons eu l'impression que les travailleurs sociaux étaient relativement à l'aise pour partager leurs difficultés rencontrées dans l'accompagnement des migrants en souffrance psychique, il convient de mentionner que le lieu où se sont déroulés les entretiens pouvait constituer un frein au traitement de certains sujets. Sur le lieu de travail, on peut supposer que les travailleurs sociaux peuvent se sentir moins à l'aise pour toucher les difficultés liées au management de l'équipe, aux dynamiques intra-professionnelles ou à l'organisation du travail.

## **3. Techniques d'entretien et traitement de données**

Dans les phases initiales de cette recherche, nous avons eu pour projet de nous appuyer sur les formations en santé mentale comme terrain de collecte de données, dans l'espoir que ces espaces puissent être des lieux sécurisants où les travailleurs auraient plus tendance à s'exprimer sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Comme cela s'est avéré difficile d'un point de vue organisationnel et méthodologique, nous n'avons pas été en mesure de collecter des informations significatives sur les types de problématiques que les travailleurs sociaux apportent en formation. Toutefois, une autre façon d'aborder la question aurait pu être de demander aux formateurs en santé mentale de relater les questions, les échanges et les discussions marquants qui ont eu lieu pendant leurs interventions. Étant donné que certaines formations comprennent une heure d'analyse pratique, nous aurions pu poser le même type de questions sur un cas complexe, ce qui s'est avéré particulièrement propice à l'apprentissage des stagiaires. Enfin, en raison des contraintes de temps, l'analyse des entretiens a été réalisée d'une seule traite. Avec davantage de temps, il aurait été utile de procéder à une analyse progressive des entretiens, afin d'affiner les techniques d'entretien et d'approfondir certains thèmes. Si cette étude pouvait être reproduite, une plus grande attention serait accordée aux conditions de travail, à l'organisation du travail, à l'ambiance du travail, et aux dynamiques intra-professionnelles comme étant des éléments contextuels significatifs pour l'analyse.





# Analyse

## I. Une souffrance psychique sans précédente

### 1. Vocabulaire de la santé mentale

Avant de poursuivre une analyse plus fine de la souffrance psychique des migrants, et son impact sur les intervenants sociaux qui les accompagnent, il nous semble indispensable de mettre un éclairage sur le vocabulaire de la santé mentale qui sera mobilisé dans le cadre de ce travail.

#### Encadré 1 : Vocabulaire de la santé mentale

**La santé mentale** se définit comme « 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 » (World Health Organization, 2022a). La santé mentale est à la fois influencée par des facteurs sociaux et reflétée dans notre expérience sociale, en particulier « notre capacité collective à prendre des décisions, à établir des relations et à façonner le monde dans lequel nous vivons. » Dans cette optique holistique, la santé mentale ne pourrait pas être réduite à l'absence de maladie ou trouble psychique, notamment à la lumière des déterminants de la santé mentale complexes et pluriels, incluant à la fois des facteurs individuels et biologiques ainsi que des conditions sociales, environnementales, géopolitiques et économiques (World Health Organization, 2022a).

La **souffrance psychologique**, tout comme la santé mentale, n'est pas un terme diagnostique et ne désigne pas une pathologie psychiatrique. Dans le langage courant, nous retrouvons ce concept pour décrire une expérience subjective de la douleur qui n'est pas exclusivement de nature somatique et qui pourrait être induite des diverses circonstances de la vie, par les situations éprouvantes et par des difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire...) aussi bien que par des troubles psychiques.

**Les troubles psychiques**<sup>16</sup>, en revanche, se distinguent par « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu » (World Health Organization, 2022b). Un trouble psychique, selon l'American Psychiatric Association (APA), comprend d'autres caractéristiques, telles que « des perturbations entraînant une détresse ou une incapacité significative dans la vie d'une personne ; des perturbations qui ne reflètent pas les réactions attendues ou culturellement normatives à certains événements » (p. 20). Avant tout, un trouble psychique correspond aux critères diagnostiques établis, que nous pouvons trouver dans la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM) ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'APA.

### 2. La souffrance psychique dans la clinique psychosociale

Le terme « **souffrance psychique** » est souvent mobilisé par les théoriciens de diverses disciplines (sociologie, anthropologie, psychiatrie) qui contribuent aux travaux de la clinique psychosociale. La clinique psychosociale se définit largement par sa prise en compte des expressions du mal-être généré par la précarité et l'exclusion sociale : « des situations graves de désaffiliation, de rupture de soutien social et culturel, de manque d'appartenance, dont la symptomatologie n'est pas psychiatrique » (Jacques, 2004, p.1).

<sup>16</sup> Autres termes similaires pouvant être utilisés : *maladie psychiatrie, maladie mentale, trouble mental, problème de santé mentale*

Pour le psychiatre et chercheur, Jean Furtos, cette souffrance psychique d'origine sociale existe face à la perte des « objets sociaux », objets à la fois concrets (le travail, l'argent, le logement, la formation) et symboliques, car ils sont imbriqués à un système de valeurs « qui fait à la fois statut et lien » dans la société (Jacques, 2004, p.6). Dans ce sens, la perte d'objets sociaux engendre une souffrance d'origine existentielle, se traduisant par la perte de la place dans la famille, dans le groupe, dans la société. Le socio-anthropologue, Didier Fassin, conçoit la souffrance psychique comme « une manière particulière de souffrir à travers le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (2004, p.9).

Nous nous privilégierons donc la définition de la souffrance psychique telle qu'elle a été résumée par Jacques (2004) : « Le terme de souffrance psychique désigne l'articulation du psychique, du somatique, et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes exclues » (p.4).

Du fait de sa marginalisation, de la dépossession de son *agency* politique et sociale et de ses conditions de précarité, la figure du migrant, du demandeur d'asile, du sans-papiers est souvent mise en exergue dans les vignettes cliniques de la souffrance psychique au sens psycho-social. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de mobiliser ce terme dans le cadre de ce travail pour donner la juste place au rôle du « social » dans la production de ce mal-être dont de nombreux intervenants sont témoins.

De plus, nous ne souhaitons pas limiter la portée de notre recherche à la prise en compte des migrants souffrant de pathologies psychiatriques clairement identifiées. Prendre en compte la réalité des travailleurs sociaux en interface avec des personnes migrantes, dont la plupart ne sont pas formés au diagnostic des troubles psychiques, c'est reconnaître ce sur quoi ils peuvent « mettre des mots » est plus souvent de l'ordre de la souffrance psychique que des tableaux cliniques.

## **II. Parcours migratoires et psychotrauma : vers une clinique de l'extrême ?**

Qu'ils soient du secteur social ou du secteur sanitaire, une pluralité de professionnels interviewés dans le cadre de cette étude a partagé un constat singulier, à la fois alarmant et retentissant : la santé mentale des migrants ne cesse de se dégrader, et la sévérité des troubles et des souffrances psychiques va de pair.

Les professionnels de terrain en interface avec les personnes exilées depuis de nombreuses années attribuent la détérioration de la santé mentale moins à l'aggravation des conditions d'insécurité ou de persécution dans des pays d'origine, qu'à l'évolution des conditions migratoires : des voyages longs et précaires, jalonnés de violences et de deuils de plus en plus extrêmes. François, psychiatre auprès d'un dispositif d'accès soins pour précaires, ayant une expérience de 30 ans de travail en psychiatrie, nous dresse le portrait d'un tel parcours :

*« À cause de tout ce qu'ils ont vécu. Enfin, les Soudanais qui arrivent ici qui ont traversé, qui ont été esclaves en Libye, qui ont coulé en Méditerranée, qui étaient à nouveau esclaves en Sicile... Ça fait 5 ans qu'ils sont sur la route. Ils sont détruits en fait. Et handicapés. Le trauma, c'est un handicap. ».*

Le portrait des conditions migratoires que dépeint François rejoint très fidèlement celui illustré dans le rapport « La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique » de Médecins du Monde : « À cela s'ajoutent des parcours qui paraissent de plus en plus longs, difficiles, et violents, passant souvent par la Lybie ou le Maroc, où les violences psychiques, la torture et les viols semblent massifs » (p. 4).

Pauline, coordinatrice d'un centre de soins spécialisés pour personnes migrantes, met en lumière l'aspect cumulatif de cette souffrance, par laquelle le psychotraumatisme est exacerbé par les parcours migratoires ainsi que les conditions d'accueil.

*« C'est que les personnes arrivent avec des forts psychotraumas, que l'accueil peut aggraver le psychotrauma aussi. La santé mentale est un peu le dernier maillon d'une longue chaîne qui est très, très défectueuse de plus en plus à peu près dans à tous les endroits, ça peut être dans le pays de la personne quand ils prennent la décision de partir, ça va être les conditions de la migration qui vont être extrêmement durcies par les politiques européennes. »*

Pour de nombreux travailleurs sociaux, le psychotraumatisme ressort comme étant l'une des manifestations les plus « marquantes » ou « impressionnantes » de cette souffrance, comme le qualifie Julien, intervenant d'action social travaillant dans un CADA depuis 2 ans. Il témoigne aussi de l'effet croissant de la souffrance psychique chez les personnes accompagnées en CADA : « J'ai l'impression qu'on reçoit de plus en plus de gens qui sont passés par des stress post-traumatiques. » Comme de nombreux collègues, Julien atteste d'avoir « vu de gens revivre leur traumatisme » en entretien OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides).

Il convient de noter que dans le domaine de l'accompagnement des demandeurs d'asile, « faire un dossier OFPRA » et « faire une préparation OFPRA » signifient deux choses bien

distinctes. Le premier consiste à amener le demandeur d'asile à raconter de la manière la plus détaillée possible son histoire. Ensuite, rédigé avec l'appui d'un travailleur social, le récit écrit constituera l'objet principal du dossier de demande d'asile transmis à l'OFPPRA pour l'examen. La préparation OFPPRA, cependant, a pour but de préparer un demandeur d'asile à la convocation devant un agent de l'OFPPRA au cours de laquelle il lui sera demandé de raconter son histoire et de répondre à des questions détaillées concernant son parcours.

Pour 2 professionnels de la santé mentale sur 3 interrogés dans le cadre de cette étude, le langage employé pour décrire le psychotrauma des migrants se heurte d'une certaine manière à la notion d'altérité en vertu d'une nature si extrême que ce trauma n'inscrit plus dans le cadre normatif de l'expérience humaine. Pour tous les deux, le psychotrauma des migrants est qualifié de « particulier » par rapport au psychotrauma simple que « n'importe qui peut développer suite à un accident de voiture » ou « un attentat ». Edgar, psychologue au sein d'un centre de soins spécialisés pour exilés, le décrit :

*« Il y a cette caractéristique qui fait que dans la vie de la personne, dans sa personnalité, il y a un point de clivage. Il était une personne avant et il est devenu quelqu'un d'autre après l'évènement traumatique. Ça peut être très déroutant pour la médecine générale. »*

François, psychiatre, le complète, en affirmant, comme Edgar, que la gravité ce trauma est une source de difficultés pour les professionnels de santé amenés à soigner les personnes migrantes :

*« On est très, très démunis dans le trauma des migrants. Bon, parce que c'est du trauma très, très particulier. C'est des gens qui vivent dans un pays extrêmement insécure. Donc ils sont déjà fragilisés au départ, hein. Il y a un évènement brutal qui arrive, en gros, une garde à vue, et puis la torture. La torture, c'est au-delà du trauma [...] Soigner les gens qui ont été torturés ? Bah, personne ne sait faire ça en fait. Même pas les psychiatres militaires. »*

Ce qu'évoque François fait écho aux travaux de Pian et al. (2018), qui ont constaté que certains praticiens de la santé mentale se sentent insuffisamment préparés d'assurer un suivi psychothérapeutique des personnes ayant de forts psychotraumas par peur qu'ils soient confrontés à des contenus estimés « trop angoissants » et qui nécessiteraient un travail « à côté » (p.68). En effet, ce que décrivent les soignants interviewés relève d'un concept souvent mobilisé dans la littérature de la santé mentale, notamment les différents courants psychanalytiques : *la clinique de l'extrême*. Ceci désigne des expériences de vie « extrêmes » - telles que la torture, les traumatismes de guerre, la grande criminalité, le handicap - qui mettent en question des cadres de référence de soin habituels et qui

bousculent les courants traditionnels de la psychologie ou de la psychiatrie (Soins de santé mentale aux migrants et réfugiés, s.d.). Psychologue et psychanalyste Simone Korf-Sausse (2016) définit la notion de l'extrême ainsi : « ce qui nous amène aux frontières de ce qui est pensable, de ce qui est symbolisable ou subjectivable, de ce qui est partageable, et surtout aux frontières de l'humain, car c'est bien la question qui traverse ces cliniques, qui interroge l'appartenance à l'humanité » (p.55).

### **III. Les expressions de la souffrance psychique des migrants : quels impacts sur l'accompagnement social des travailleurs sociaux ?**

Si les syndromes post-traumatiques sont évoqués par la quasi-totalité des professionnels interviewés, lorsqu'on leur demande de quelles formes de souffrances psychiques ils sont témoins, les travailleurs sociaux font état d'un large éventail de manifestations : troubles de sommeil, troubles de la paranoïa, psychoses, isolement social, manque du pays, idées suicidaires, agressions physiques et verbales.

Ce qui nous intéresse, cependant, ce n'est pas tant un inventaire des souffrances psychiques ou de troubles psychiatriques des migrants que peuvent repérer les intervenants sociaux, mais de comprendre comment ces derniers peuvent avoir un impact sur l'accompagnement social. Nous examinerons donc la manière dont la souffrance psychique des migrants peut affecter la capacité des travailleurs sociaux à mener à bien leurs missions, ainsi que les répercussions qu'elle peut avoir sur l'identité professionnelle et le rapport au travail.

#### **1. La souffrance psychique face à la procédure de demande d'asile**

Si les travailleurs sociaux ont des missions polyvalentes, ceux qui travaillent auprès de demandeurs d'asile ont pour cœur de métier l'accompagnement des migrants tout au long de la « procédure » de la demande d'asile. Bien que la demande d'asile passe par de nombreuses étapes complexes et administratives, l'accompagnement mené par des intervenants sociaux n'est pas un travail purement technique. L'intervenant social ne se limite pas à accompagner la personne dans la mise en récit de l'histoire qu'elle soumettra et présentera aux autorités compétentes (OFPRA, CNDA<sup>17</sup>), ou à suivre des échéances administratives. Il assume en parallèle un rôle très fondamental, celui du soutien affectif et social tout au long de la procédure, une procédure qui est, par sa nature même, éprouvante sur le plan émotionnel. Comme tout travailleur social, les missions des intervenants sociaux du DNA s'articulent aussi autour du renforcement de l'autonomie et du pouvoir d'agir des

---

<sup>17</sup> La cour nationale du droit d'asile

personnes accompagnées, dans l'espoir qu'à leur sortie du dispositif, elles puissent être actrices de leurs parcours, quelle que soit la réponse à la demande d'asile. Or, de nombreux travailleurs sociaux ayant participé à cette étude ont fait part de la manière dont la souffrance psychique peut bouleverser voire dérailler ce travail. Sara, ayant 5 de travail en CADA explique :

*« C'est que les gens ne sont pas disponibles psychologiquement pour traiter d'autres sujets. Ils sont dans leur réalité, dans leurs délires. Mais je pèse mes mots. Je le vois pas au sens péjoratif du terme mais vraiment dans leur vision à ce moment-là. Je suis persuadée qu'on est enregistré. Je suis persuadée que t'es un espion. Enfin, tu vois ? Et du coup à tu travailles pas d'autres choses parce que ça ne fait pas sens pour eux, tu vois. [...] Sauf que, bah, y a des échéances qui arrivent et on sait pas faire. On sait pas faire. Donc la santé mentale quand elle n'est pas accompagnée par des professionnels, elle peut vraiment être un frein à l'accompagnement parce que les gens comprennent pas. On se comprend pas, et ça fait pas sens pour eux. Ils sont pas présents. C'est difficile. »*

Ce que nous voyons transparaître, c'est le fossé frappant entre les préoccupations du travailleur social par rapport à des impératifs administratifs et juridiques et ceux du demandeur d'asile, immobilisé dans un état de maladie ou de souffrance psychique. Mais si le décalage entre ce qui fait sens pour la personne touchée dans sa santé mentale et ce qui fait sens pour le travailleur social qui l'accompagne représente une expérience courante que peuvent rencontrer des professionnels intervenant auprès des publics atteints de troubles psychiques, la particularité de l'asile réside dans le fait que la disponibilité et l'implication psychique du demandeur peuvent être déterminantes pour l'issue de la procédure. À cela s'ajoute la gravité des enjeux de la demande d'asile. Si elle ne donne pas suite à une réponse positive, le résultat peut être catastrophique : demande d'asile rejetée, sortie du CADA sans solution de logement, précarité extrême. Sara nous raconte un cas où un choc traumatique a mis en échec la demande d'asile d'une personne accompagnée.

*« Et elle était dans cet état de choc et tout ça. Elle a eu des réponses négatives à l'OFPPA, à la CNDA. En parlant avec le psychologue qui l'accompagne, le psychiatre, et l'avocat, elle aurait pu avoir une réponse positive, mais elle était pas en capacité d'expliquer parce que c'était trop violent. C'était trop dur pour elle. Et l'état de choc, c'est que c'est comme si elle avait occulté une partie de ce qu'elle avait vécu pour se protéger, en fait. »*

En plus de mettre en péril la poursuite de la demande d'asile, ces situations tendent à limiter la portée de l'accompagnement social, surtout pour les travailleurs sociaux qui se sentent mal à l'aise face aux troubles psychiques aussi présents, comme l'explique Henora, travailleuse sociale en CADA depuis 1 an :

*« Moi, j'ai vraiment ressenti ça quand là, j'accompagne quelqu'un actuellement qui a vient au CADA alcoolisé. Donc je sens qu'il est alcoolisé. Ça se voit même dans sa manière de regarder, dans sa manière de s'exprimer. [...] Du coup, j'ai pas du tout accès à cet accompagnement social-là. Comme, en plus il est souvent alcoolisé et que, bah, moi je suis pas du tout à l'aise avec ça, en fait, mon accompagnement, c'est de l'administratif. Ça va pas du tout plus loin. »*

Ce décalage entre les besoins de la personne accompagnée et les missions de l'intervenant social pourrait se retrouver dans d'autres cas moins dramatiques, notamment ceux des personnes qui ne manifestent pas de trouble, mais pour qui le sujet de la santé mentale occulte l'importance de la demande d'asile. Henora, illustre un cas similaire :

*« Enfin, la décompensation. Je vois vraiment des gens qui peuvent arriver et qui laissent rien transparaître. Et, en fait, plus on les accompagne, plus ils vont se livrer, plus ça va aller de moins en moins bien dans leur comportement. Ils vont pas se sentir très concernés par la demande d'asile aussi. Ils vont aussi être beaucoup en demande, nous solliciter pour des petits rendez-vous et finalement ça va durer, 1 h, 2 h. Parce que, ben, ils ont besoin de parler, besoin de décharger. »*

De prime abord, cette situation soulève des questions relativement évidentes quant aux pratiques professionnelles et organisationnelles : comment ajuster son agenda, comment s'adapter aux personnes que l'on fait patienter pour l'individu « en demande », comment recadrer le rendez-vous, comment gérer la sur-sollicitation ? Comme l'évoque Julien, qui a décrit lors de son entretien des scénarios presque identiques à ceux de Henora : *« Même s'il y avait un objectif précis pour un rendez-vous quelconque, tout va être pris en compte et ça peut aller à droite, à gauche. Donc, essayez de recentrer le rendez-vous, c'est quelque chose de compliqué. »*

De surcroît, et comme nous allons découvrir, ce type de situation est l'une des plus susceptibles de remettre en question le rôle du travailleur social. Quelles sont ses limites dans le soutien psychologique des migrants qui ont besoin de « décharger » ? Jusqu'où peuvent-ils aller dans l'écoute avant de franchir un terrain qui n'est pas le leur ?

## **2. Confrontés à l'écoute et au soutien : les travailleurs sociaux démunis**

On observe chez les travailleurs sociaux interviewés une attitude ambiguë, voire, fluctuante par rapport à leur rôle dans l'écoute de la personne, marquée par un mélange de volonté, de malaise, et de sentiment d'obligation. Julien l'exprime :

*« C'est compliqué parce qu'en fait c'est une personne qui a vraiment, qui a besoin de décharger. Il a un trop-plein. Il a besoin de décharger, mais, moi, j'ai pas les compétences. Moi j'ai pas les compétences tout simplement de pouvoir l'entendre, l'écouter et l'accompagner au mieux là-dessus, quoi. »*

Julien insiste sur la notion de compétences qu'il faut avoir pour se sentir légitime dans une posture d'écoute. L'écoute est-elle ainsi perçue comme synonyme de la psychothérapie, un travail relégué qu'aux psychologues et à d'autres professionnels de la santé mentale ? Irina, travailleuse sociale depuis un an sur le dispositif d'accueil des Ukrainiens, semble partager ce point de vue :

*« Quand ils commencent à m'expliquer ce qui s'est passé, je dis mais je peux écouter comme ça mais je peux pas vous soutenir comme il faut. Parce que je suis pas psychologue. Il faut voir la psychologue pour ça. Il faut avec les autres personnes qui vous mènent pour...pour revivre ça et pour fermer cette histoire comme il faut. [...] Je ne peux pas donner les techniques pour apaiser les situations quand vous avez les souvenirs comme ça. »*

La phrase « *je peux écouter, mais* » et ses différentes variantes nous semblent très courantes dans les entretiens des travailleurs sociaux. Loin de refléter un manque de volonté envers les personnes en demande, elle semble plutôt traduire un sentiment d'impuissance, d'inaptitude face à quelque chose que l'on ne maîtrise pas, la peur de perdre son rôle ou de ne pas pouvoir se protéger au niveau émotionnel. D'un ton à la fois exaspéré et libéré, Irina ajoute, à la fin de notre entretien : « *Je ne peux pas arrêter les personnes s'ils voudraient raconter. Parce que c'est normal qu'ils partagent. Mais c'est une question pour moi. Où je peux trouver les forces ? Je ne peux pas dire non, ne racontez pas, jamais. Ça, c'est pas possible. »*

Le soutien pour Edgar figure comme un aspect fondamental de sa formation sur la santé mentale des exilés à destination des équipes sociales. Ayant une bonne compréhension de leurs difficultés, il résume ce que plusieurs intervenantes ont pu exprimer lors des entretiens :

*« En tant qu'intervenante, vous vous retrouvez à devoir faire, bah, du soutien pour la personne et des fois, sans avoir vraiment des compétences, en craignant qu'il y a quelque chose qui peut mal se passer, qui peut mal tourner. Et c'est quand même très culpabilisant. Et ce sentiment d'être démunis quant au soutien... »*

Brigitte, qui offre un accompagnement de proximité auprès des jeunes réfugiés en apprentissage, se sent, à sa manière, dépassée par cette question du soutien. Face à une population légèrement différente, parfois plus réticente à mettre des mots sur sa détresse, elle évoque moins le sujet de l'écoute que du soutien. Faisant écho à la réflexion d'Edgar selon laquelle les intervenants sociaux ont peur de faire quelque chose de travers, elle nous confie : « *J'ai peur de faire des conneries [...] En fait, d'aller trop loin, de titiller trop*

*finalement ils explosent et c'est pas ça que je veux. Donc je me dis, pour le moment, il faut mieux que je reste en retrait. Peut-être d'après j'aurai des pistes pour avoir un échange. »*

#### **IV. Une procédure qui fragilise les migrants comme les intervenants sociaux**

##### **1. L'accélération de la procédure de demande d'asile à l'encontre des temporalités psychiques des migrants**

Comme évoqué dans la littérature, les conditions d'accueil, y compris administratives, ont une forte incidence sur l'aggravation de la souffrance psychologique des migrants. Ce qui ressort des entretiens auprès des travailleurs sociaux, notamment ceux ayant une expérience significative dans l'accompagnement des demandeurs d'asile, c'est l'impact dévastateur de la procédure de plus en plus « accélérée » et ses répercussions sur la santé mentale des personnes accompagnées.

Suite à la pandémie Covid, de nombreux travailleurs sociaux ont constaté une accélération nette dans le traitement des demandes d'asile des personnes hébergées en CADA. Cette accélération, selon leur analyse, résulte de la mise en œuvre tardive d'une politique d'immigration visant à traiter les demandes plus rapidement et plus efficacement qu'auparavant.<sup>18</sup> Réputé pour ses retards, il était courant que l'OFPPRA, avant la période post-covid, envoie la convocation<sup>19</sup> 6 à 9 mois après l'enregistrement de la demande d'asile. En effet, vu ces retards dans le traitement des dossiers, il n'était pas rare que certains résidents restent en CADA pendant deux ou trois ans, le temps que la procédure aboutisse. Loin d'être des conditions idéales de vie, les travailleurs sociaux interrogés ont toutefois souligné que ces délais offraient certains bénéfices, pas seulement pour ce qui concerne l'apprentissage de la langue et les codes culturels, mais sur le plan psychique. Sara estime que la rapidité de la procédure enlève aux migrants avant tout le temps nécessaire pour assimiler, au sens psychologique, leurs expériences : « *de prendre le recul sur ce qu'on vient de traverser, sur ce qu'on vient de vivre. »*

Comment cette accélération affecte-t-elle concrètement la santé mentale des migrants ? Elle induit une confrontation peut-être plus brutale entre les temporalités administratives et les temporalités subjectives des demandeurs d'asile, notamment les temporalités

---

<sup>18</sup> La loi du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie avait parmi ses objectifs la réduction des délais d'instruction et d'examen des demandes d'asile.

<sup>19</sup> La convocation à un entretien avec un officier de protection de l'OFPPRA est adressée au demandeur par courrier.

psychiques. Pour les plus fragiles, souvent atteints de syndromes post-traumatiques, la rapidité de la procédure, et l'injonction à l'autonomie parfois véhiculée par l'accompagnement social revêtent une forme de violence terrible sur le temps psychique, le temps du traumatisme :

*« On avait des situations de personnes qui étaient dans ces états-là, qui ont du coup beaucoup besoin du soutien du travailleur social pour prendre un rendez-vous pour, se rendre à un rendez-vous, pour compléter un document. Mais vraiment en incapacité de prendre le téléphone, d'envoyer un message, d'ouvrir un courrier. Parce que Sébastien dit, état de choc. Du coup, ça, c'est aussi très, très compliqué. Parce que nous, on essaie de travailler l'autonomie des gens. On accompagne aussi plein de gens. On a pas forcément le temps. Ces gens-là, demandent un accompagnement de proximité plus, plus. » Sara*

Cet extrait relatant les effets du psycho-traumatisme sur l'autonomie des personnes fait écho à la description des manifestations du psychotrauma figurant dans le rapport MdM : « La mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, la découverte d'un nouvel environnement demandant à l'inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques » (p.14).

Les travailleurs sociaux, tout comme les migrants, se trouvent également prisonniers de la procédure de plus en plus accélérée. À la fois contraints par leur devoir de faire passer les migrants par les étapes de la procédure, et culpabilisés par un traitement qu'ils qualifient de « brusque » et de « maltraitante » auprès des plus vulnérables, comme l'illustre l'échange entre Henora et Sara :

*Henora : « Je me sens hyper mal traitante parfois parce que, ben, voilà, il y a des trucs. Faut pas que ça traîne, et que ça soit fait. Ou alors il faut qu'ils prennent vite le pli, en fait, alors qu'ils sont pas en capacité de l'être. Enfin, d'être autonomes. Et moi je me suis vu parfois être agacée parce que, bah, ça prenait plus de temps parce qu'il avait pas compris. Il devait se rendre à cette adresse-là. Il était pas en capacité de le faire mais, moi, je me disais mais, il faut. Il faut y aller, quoi ? Et ouais, c'est ça. »*

*Sara : « Oui, oui, non, mais je suis d'accord. On peut être brusque. »*

Même s'il n'est pas exprimé comme tel, le dilemme auquel les travailleurs sociaux sont confrontés est d'ordre éthique. Pris entre le besoin réel de conduire les migrants à travers une procédure d'asile qui peut s'avérer salvatrice, et la retraumatisation, ou la maltraitance que de cette procédure pourrait engendrer, les travailleurs sociaux, malgré eux, sont instrumentalisés, se retrouvant parfois dans la position d'auteur de violence psychique. Louise raconte son expérience d'une « prépa OFPRA » :

*« Il y a encore 3 semaines, j'ai fait un entretien avec une dame, on parlait de son histoire. Et à chaque fois qu'elle me parlait d'un événement qu'elle a vécu, traumatisant, elle regardait à côté. Elle s'arrêtait, et tout était en train de défiler devant ses yeux. Elle avait mal à la tête en même temps et elle finissait par pleurer. Lorsqu'elle me parlait de l'événement le plus traumatisant, et c'est carrément tu. Elle s'écroulait juste après. Elle revivait tout. Elle avait très, très, très mal à la tête. Plus l'entretien passé, plus elle avait mal à la tête. Donc là on s'est arrêté parce que c'était trop dur pour elle. Enfin, là, c'est aussi dur pour moi de la voir dans cet état-là, d'être acteur de ce mal-être quelque part parce que c'est mes questions qui faisaient qu'elle devait repenser à tout ça, et ça me mettait dans une position où c'était plus tenable pour moi et de la voir comme ça. C'était plus tenable. »*

En plus de mettre les travailleurs sociaux dans une position où leurs missions semblent accentuer la détresse psychique des demandeurs d'asile, nous voyons très clairement que la procédure elle-même, sans accélération, a un effet néfaste sur la santé mentale des migrants, « de raconter son histoire encore et encore avec tous les détails possibles et inimaginables » comme l'explique Louise. Qu'ils soient confrontés à des personnes souffrant de syndromes post-traumatiques ou non, elle admet que « la procédure, c'est très maltraitante, et les personnes peuvent aussi voilà chuter pendant leur demande d'asile. » Le défi, donc, pour les travailleurs sociaux est aussi de savoir comment prévenir la dégradation de la santé mentale qui trop souvent va de pair avec la procédure.

## **2. Fragilisation de l'accompagnement social face aux temporalités administratives**

Lors d'un de nos entretiens préliminaires, nous nous sommes entretenus avec Sandrine, responsable socio-éducative dans un hôpital psychiatrique. Si l'objectif original de cet entretien était de discuter les besoins en formation des assistants sociaux qu'elle encadre, et de glaner son point de vue sur la formation initiale de ces derniers, elle s'est également ouverte sur sa vision de la profession, et de ce qui est au cœur du travail social.

*« N'importe qui peut remplir des papiers, hein. C'est pas ce qui est le plus intéressant, d'ailleurs. [...] Il faut se détacher de ça pour être vraiment dans le lien avec la personne. [...] se retrancher un peu vers des choses très formatées, du formalisme, de l'administratif. Voyez, être assistante sociale, c'est pas être technicien du travail social [...] Le cœur du métier quand même dans la relation d'aide, c'est la rencontre. C'est le lien, c'est l'accueil, la rencontre, l'accompagnement. »*

Ainsi nous voyons se dessiner une opposition assez nette entre « l'administratif » et le travail centré sur la relation humaine, censé d'incarner la véritable quintessence du travail social. C'est précisément ce travail du lien, de l'accueil, de l'accompagnement social évoqué par Sandrine qui semble s'effriter et se fragiliser pour les travailleurs sociaux confrontés à l'accélération de la procédure de demande d'asile ainsi que la dégradation des modalités d'organisation de travail. Ce constat émane non seulement des travailleurs sociaux eux-mêmes qui ont pu témoigner dans le cadre de cette étude, mais aussi des

professionnels de santé mentale qui les accompagnent à travers des formations et de l'analyse des pratiques professionnelles.

Elodie, psychothérapeute et formatrice ayant un long parcours professionnel en tant que chargée de l'enseignement au sein d'un centre de soins spécialisés pour exilés l'affirme : *« Où auparavant qu'ils avaient une charge de travail un peu amoindrie avec des accompagnements individuels de qualité. Aujourd'hui là, certains me disent, Moi j'ai l'impression de parler à un dossier. On a trop de personnes à suivre, donc on le fait pas bien et comme on le fait pas bien, on les reçoit pas bien. On n'est pas accueillants ».*

Louise, en se rappelant de son premier stage dans la demande d'asile il y a 10 ans, nous dépeint un contraste vif de l'accompagnement social avant et après l'accélération de la procédure :

*« Il y a plus de 10 ans, donc l'accompagnement était totalement différent que celui proposé maintenant en 2023. Un accompagnement beaucoup plus de proximité, disons que les gens on les connaissait vraiment. Ils restaient plus longtemps, on pouvait faire des ateliers avec eux et le partage était...la richesse qu'on pouvait s'apporter était vraiment bien plus importante à mon sens que maintenant. Les enfants, on les voyait grandir. Tout n'était pas basé sur l'administratif, les papiers. [...] ».*

L'extrait de Louise complète d'une certaine manière, les résultats l'étude menée par Sophie Mathieu (2021) sur les stratégies employées par des travailleurs sociaux pour « jouer » avec les temporalités administratives de la demande d'asile. Mathieu révèle que les travailleurs sociaux accompagnant des demandeurs d'asile essayent de mettre à profit ces longues périodes d'attente en proposant aux personnes accompagnées des activités bénévoles ou associatives pour l'apprentissage du français ou le développement de nouvelles compétences pouvant servir à une insertion professionnelle future (2021). Selon Mathieu, ces stratégies de l'accompagnement social constituent des « leviers pour rendre le temps d'attente conforme aux objectifs du travail social, qui visent une intégration à long terme par une autonomisation des personnes accompagnées ». En plus, elles permettent de « redonner du sens à l'intervention des travailleurs sociaux malgré les contraintes temporelles et les incertitudes procédurales » (para. 30, 2021).

Le temps est également présenté par plusieurs travailleurs sociaux interviewés dans notre étude comme un outil qui approfondit la qualité et la teneur de l'accompagnement social : le temps de se connaître, le temps de l'échange, le temps de l'écoute. Pour Sandrine, ce temps, constitue malgré son positionnement de cadre, un sujet de discorde au sein de l'équipe, bien qu'elle s'efforce d'en relayer sa valeur :

*« Ici, souvent on dit « on a pas le temps, on n'a pas le temps » Bah, il faut le prendre. La spécificité, c'est ça. C'est peut-être d'accueillir la personne quand elle arrive. C'est jamais le bon moment. On est pressé, on n'a pas prévu, mais c'est de trouver ce petit moment, pour dire : « Bah écoutez, j'entends. Je serai pas complètement disponible là-maintenant. Par contre, on va se revoir. Là, ça désamorce, hein, des choses. Et on évite plein de situations comme ça d'agression, d'agressivité et d'énerverment, de violence et cetera. »*

Du point de vue de la santé mentale, ce temps d'écoute sert également à prévenir l'escalade émotionnelle et les actes de violence verbale ou physique. Ceci va de pair, selon Sara, avec le temps qu'il faut pour nouer une relation de confiance avec la personne accompagnée. C'est là où un travail sur la santé mentale pourrait se jouer de manière organique :

*« Ils savaient que pendant au moins 6 mois, il y aurait pas de réponse. Donc, du coup, ben, tu peux travailler tout un tas d'autres choses, le savoir habiter dans le logement, les difficultés parentales, et la santé mentale. Qu'est-ce que vous avez fait ces derniers jours, est-ce que vous êtes sorti ? Est-ce que vous êtes allé au cours de français ? Hop, ça, ça donne des billes sur est-ce que la personne est seule ou pas, est-ce qu'elle est entourée ou pas. Et là, elle peut aussi t'amener des choses. Il y a des gens qui t'amèneront jamais rien. [...] Mais du coup tu avais ce temps-là, qu'aujourd'hui, tu n'as plus. Parce que les délais oui, en fait on accompagne une vingtaine de personnes chacune, et chacun a des délais différents mais tout aussi rapides. Donc dès que t'as terminé avec quelqu'un, bah, la convocation de l'autre arrive. »*

Outre la création de liens de confiance, le temps perdu rend plus difficile l'adaptation de l'accompagnement au plus près des besoins des personnes les moins autonomes en raison de leurs fragilités psychiques. Se référant à sa remarque précédente faisant état des besoins « plus plus » des personnes ayant des syndromes post-traumatiques, Sara avoue qu'au cours des années précédentes, elle aurait pu trouver le temps de faire les aménagements nécessaires pour soutenir les personnes présentant ces difficultés de se repérer dans le temps et l'espace :

*« Mais là où avant, on avait un peu le temps de créer des outils. Je me souviens qu'il y a certaines personnes pour certaines difficultés, je pouvais, je pouvais créer des outils, ou des petits rituels entre nous. Ben je vous rappelle avant le rendez-vous, vous me dites si vous vous sentez de venir ou pas. Ah, on installe une horloge dans le logement. Et puis je vous apprends, enfin... Ouais, on pouvait mettre des choses en place. »*

## **V. Difficultés dans l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale des personnes migrantes**

Barrières administratives et linguistiques, services psychiatriques publics saturés, les travailleurs sociaux se heurtent à de nombreux obstacles pour trouver des prises en charge

adaptées en santé mentale pour les personnes migrantes qu'ils accompagnent. Toutefois, ces obstacles se présentent parfois bien avant qu'une demande de soins psychiatriques explicite puisse être exprimée ou travaillée par la personne accompagnée et l'intervenant social. Comme l'explique Sara, pour de nombreux migrants, la porte d'entrée classique vers le soin en santé mentale passe souvent par le médecin traitant, sollicité dans un premier temps pour les problèmes de sommeil. Or, suite à la réglementation sur les 3 mois de carence avant lequel les demandeurs d'asile ne peuvent pas ouvrir leurs droits à l'assurance maladie, cette voie d'accès s'avère compliqué et les dispositifs pour précaires, « comme la PASS ne fait pas tout ».

### **1. Délais dans la prise en charge en santé mentale**

Tout comme la gravité de la souffrance psychique observée chez les nouvelles vagues de migrants, la problématique des longs délais d'attente pour une prise en charge en santé mentale dans les dispositifs de droit commun fait l'objet d'un consensus parmi l'ensemble des professionnels interviewés dans cette étude. Edgar, psychologue, dresse un tableau sombre de la situation :

*« L'orientation, bah, les difficultés majeures, c'est que le droit commun est saturé. Avec des délais extrêmement longs pour les adultes de 6 mois à peu près. Pour les enfants, c'est hallucinant. 2 ans pour rejoindre un CMPP. »*

Bien que les délais puissent varier de manière considérable en fonction du secteur psychiatrique, la quasi-majorité des enquêtés ont qualifié ces temps d'attente de « trop longs ». En effet, la particularité de certains territoires moins dotés en structures associatives ou alternatives, comme les centres de soins spécialisés, est telle que le CMP peut être la seule proposition de soins psychiatriques envisageable pour les migrants en souffrance psychique. Irina, l'avoue, lors de notre entretien, d'un air résigné :

*« On a constaté les faits, des problèmes de santé mentale, par exemple, pendant nos réunions, mais on avait jamais quelques solutions. Comme j'ai déjà dit, les solutions qu'on discute, c'est toujours inscription au CMP. CMP. CMP. »*

En plus de contribuer à la détresse prolongée des migrants en quête de soins, les retards provoquent chez les travailleurs sociaux comme Irina un sentiment de démoralisation et d'impuissance quant à leur rôle de soutien. En effet, la capacité à pouvoir aider, à proposer des solutions, est un élément primordial de l'identité du travailleur social.

*Mais des fois, je me dis, on sait, nous à quel point c'est difficile d'avoir un rendez-vous. On sait que, ben, oui, on attend aujourd'hui, mais que dans 2 mois on en sera toujours au même point [...] C'est toujours difficile en tant que travailleur social de pas pouvoir proposer quelque chose, de pas avoir de solution. Et parfois je pense que c'est ça aussi qui prend le pli, et on*

*se cache un peu derrière, ça parce que c'est trop dur de dire à quelqu'un, je ne sais pas comment t'aider. Je peux pas t'aider. Ça c'est dur. » Sara*

Privés de cela, et soumis à des obstacles et des échecs répétés dans l'orientation des personnes en souffrance psychique, nous pouvons voir parfois émerger une forme de questionnement : à quoi ça sert d'orienter ? Est-ce que ça vaut la peine de faire ce travail d'orientation qui est quand même complexe et chronophage ? Ces questionnements peuvent parfois être remontés, comme nous explique Elodie, pendant ses formations dispensées sur la compétence culturelle :

*« On apprend à négocier, comment orienter, comment faire face aux résistances des personnes qui savent pas ce que c'est un soin en psychiatrie ou en psychologie, qui veulent pas y aller. Donc ok, ça on peut faire notre partie du job. Mais qu'est-ce qu'on fait quand en face les structures nous disent qu'on a plus de place, ou qu'on travaille pas avec des interprètes, ou qu'on travaille pas avec les migrants parce que ça arrive aussi. Et comment on fait nous quand on reste à seuls à devoir porter la souffrance de ces personnes ? »*

Dans cette optique, Sara et Irina nous font part de leurs réalités de terrain :

*« Moi j'ai déjà essayé pour une famille de mettre le doigt un peu sur l'accompagnement psy des enfants. C'est pas entendu, ou c'est pas possible, il y a trop de délais où on n'est pas certain qu'ils vont rester donc, est-ce que ça vaut le coup ? »*

*« On a réussi une fois à avoir le rendez-vous avec le CMP pour une jeune fille. On attendait 6 mois, je crois, pour avoir le rendez-vous. Et finalement un jour quand il avait le rendez-vous, elle avait pris la décision de quitter la France et revenir en Ukraine. »*

Pour d'autres, une forme de banalisation de ces délais d'attente peut s'opérer. Comme Julien qui parle d'une résidente pour qui il a réussi à l'amener vers un suivi CMP :

*« Je crois, en 3 mois, 2,3 mois, elle avait un rendez-vous, ce qui je pense est plutôt correct dans les délais par rapport à d'autres CMP. »*

Certains mettent en lumière le fait que ces retards compromettent le travail délicat qui consiste à amener des personnes parfois ambivalentes à l'égard d'un projet de soins vers une prise en charge en santé mentale, ce que nous appelons sur le terrain, « travailler la demande ». Les deux cas évoqués lors des entretiens concernaient des conduites addictives des personnes accompagnées. Brigitte relate une situation dans laquelle elle a essayé d'orienter un jeune réfugié dépendant du cannabis vers du soin :

*« Là, j'en ai un, sous dépendance au cannabis. Le matin, il se réveille pas. Donc je dis, pourquoi tu te lève pas le matin ? [...] Un jour je dis, écoutes, ben, est ce que tu veux qu'on trouve un médecin ? Il y a un qui travaille là-dessus et qui peut t'aider. Il a dit oui. Donc j'ai appelé je sais plus qui, enfin j'ai cherché mais le problème, 3 mois d'attente. Mais je le disais, n'oublie pas. Mais le jour, ça y est, c'est bon-là, c'est la semaine prochaine. Là, il me dit, j'ai*

*plus besoin. Là, t'es sûr ? Sur la tête de ma mère. Tout le monde me dit qu'il fume tout le temps. »*

Il semble qu'en effet, la fenêtre d'opportunité de discuter sur l'addiction, de réfléchir à la nécessité d'une potentielle prise en charge soit parfois restreinte et transitoire pour les personnes ayant ces problématiques. Les délais d'attente ne font qu'augmenter le risque de ne pas pouvoir saisir de ces moments critiques.

## **2. Difficultés de communication avec les équipes soignantes**

La formation qu'Edgar dispense sur la santé mentale des exilés comporte un axe conséquent sur le travail d'orientation en santé mentale, notamment sur la communication avec les équipes soignantes des dispositifs exerçant dans les dispositifs du droit commun :

*« Les intervenants sociaux ont des très bonnes intuitions, que quelque chose va pas, mais ils n'ont pas forcément la formation ni le vocabulaire technique pour décrire ce genre de chose [...] Ce qui fait que des fois, la communication avec les soignants, ça peut devenir compliqué...comme si la condition pour recevoir quelqu'un dans le droit public, dans un CMP, ça serait qu'il a été bien repéré avec des termes diagnostiques par l'intervenante sociale. »*

La difficulté dans l'appropriation du vocabulaire diagnostique de la santé mentale évoquée par Edgar fait partie des obstacles racontés par certains travailleurs sociaux pas seulement dans l'orientation des personnes accompagnées vers une prise en charge, mais dans le suivi de ces prises en charge une fois mises en place.

*« Donc ça, premier frein, le langage. Parfois quand t'appelles et tu dis qu'une personne va pas bien mais c'est dur pour toi de mettre des mots parce que t'as pas le vocabulaire médical. C'est difficilement observable. Que la personne elle te demande plus d'infos que t'en as pas, de rappeler quand vous en aurez plus » Sara*

*« [...] le vocabulaire qui est quand même qui peut être technique. Des fois quand tu appelles un CMP pour faire un peu le point sur personne juste pour—bien sûr—on voit bien les manques » Julien*

Ceux qui exercent en CADA, par contre, ont précisé au cours des entretiens que ces freins liés à la maîtrise de vocabulaire technique ont pu diminuer légèrement avec l'embauche du psychologue, Sébastien, dont les missions s'articulent principalement autour de l'évaluation et l'orientation. Pour l'équipe du CADA, Sébastien présente « un lien plus privilégié avec le CMP » puisqu'il arrive à « dépasser certains délais » et « expliquer mieux que nous ».

### 3. L'interprétariat

Les soignants interrogés ont souligné que l'interprétariat était un obstacle majeur aux soins de santé mentale des migrants, indiquant que certains confrères du secteur psychiatrique étaient réticents à accepter des patients allophones sous prétexte qu'ils nécessitaient les services d'interprétariat trop « coûteux ». Or, cette problématique a été moins relevée par les travailleurs sociaux interviewés alors qu'elle a une place importante dans la littérature que nous avons examinée. Nous suggérons donc que la négociation de la prise en charge pourrait être moins préoccupante pour les intervenants sociaux interviewés, car de plus en plus d'orientations vers le CMP sont facilitées par Sébastien, le psychologue.

Lorsque l'interprétariat a été abordé dans les entretiens des travailleurs sociaux, il a été davantage présenté comme un frein à l'accès aux soins pour certains migrants se sentant mal à l'aise avec cette modalité, ou comme une atteinte à leur intimité.

Brigitte illustre ce constat en parlant des résistances des jeunes Afghans à se faire soigner dans le centre de soins spécialisés pour exilés où il y a notamment un accès plus important aux services d'interprétariat :

*« Je dis tu pourrais aller au centre. C'était au début. En fait, il est allé enfin sur le site. Ils lui ont dit que tu vas remplir un questionnaire. Il y avait plein de questions. Mais il m'a dit, tu as vu ce qu'ils posent comme question ? Mais non, moi, c'est bon, ça. Ça, j'ai répondu à l'OFPPRA, ils ont pas besoin de savoir. Ça s'est arrêté là. Il me dit, un traducteur ? Moi, j'ai été débouté à l'OFPPRA parce que le traducteur ne disait pas ce que je disais. Eux, j'ai pas de confiance. »*

En effet, rarement explorées sont les expériences marquantes, voire traumatisantes, auxquelles sont confrontés de nombreux demandeurs d'asile lorsqu'ils doivent dépendre des interprètes parfois peu fiables ou peu formés pour les démarches aussi importantes que la demande d'asile. Le sentiment de méfiance ou de trahison que peuvent éprouver les migrants envers les interprètes peut s'avérer un obstacle considérable à l'accès aux soins, pour lequel un travail sur la manière de restaurer cette confiance doit être réfléchi et entrepris. Cet extrait révèle également que la nature interrogative et invasive de la consultation médicale peut poser d'autres barrières aux migrants, soit en leur rappelant leurs entretiens à l'Ofpra ou devant la CNDA, soit en leur évoquant les traitements déshumanisants infligés par les forces de l'ordre pendant le parcours migratoire.

En termes d'accès à l'interprétariat, Irina, qui travaille dans un paysage peu comparable à celui des travailleurs sociaux du CADA, a fait part de son inquiétude quant au respect de la confidentialité des personnes ukrainiennes qui dépendent majoritairement des interprètes bénévoles dans les démarches de santé. Pour le meilleur et pour le pire, depuis l'invasion de l'Ukraine par la Russie en 2022, de nombreuses personnes ayant des compétences

linguistiques en français et en russe ou ukrainien se sont mobilisées pour accompagner des déplacés ukrainiens dans leurs démarches administratives et lors des consultations de santé. Sur son territoire, Irina remarque que les interprètes bénévoles constituent « une communauté » où « tout le monde se connaît ». Cette dynamique a déjà mis en difficulté la santé mentale des personnes qu'elle accompagne, notamment lorsque les informations « confidentielles » partagées en consultation sont communiquées hors du cadre professionnel :

*Il [l'interprète] a transmis l'information comme ça. Ça a provoqué beaucoup de rumeurs entre les résidents. Ça a provoqué une grande douleur pour cette femme parce qu'elle avait son mari en Ukraine qui elle aime bien. Elle ne voudrait pas que le monde pense qu'il avait un enfant inattendu de n'importe qui. »*

De plus, pour Irina, russophone, ses compétences linguistiques semblent rendre parfois plus difficile l'acceptation des personnes accompagnées de se faire soigner par le biais de l'interprétariat. Comme l'a énoncé une résidente ukrainienne « Pourquoi consulterais-je un psychologue ? Je ne veux pas d'interprète. Je préfère parler avec vous ».

## **VI. La santé mentale des travailleurs sociaux : risques et leviers**

Confrontés à des récits de violence et d'injustice de manière répétée et exposés à la souffrance psychique sur le lieu de travail, les travailleurs sociaux accompagnant des migrants qui ont des parcours traumatiques courent le risque de subir des impacts importants sur leur santé mentale. Dans la littérature en santé mentale, nous trouvons un éventail de termes pour rendre compte de la détresse psychique que peuvent éprouver les aidants ou professionnels travaillant en proximité des personnes traumatisées et victimes de violence : *le traumatisme vicariant, le traumatisme secondaire, le stress traumatique secondaire, et la fatigue de compassion* (Figley, 1999 ; McCann & Pearlman, 1990). L'association du counseling américain définit le traumatisme vicariant comme « Le résidu émotionnel de l'exposition aux histoires et aux expériences traumatiques des autres dans le cadre du travail ; être témoin de la peur, de la douleur et de la terreur que d'autres ont vécues ; être préoccupé par les histoires horribles racontées au professionnel » (American Counseling Association, s. d.). Sur le plan clinique, le traumatisme secondaire est reconnu dans le DSM-V comme étant un trouble psychique dans le cadre du groupe des « troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress » partageant plusieurs symptômes avec le syndrome post-traumatique primaire tels que les cauchemars, les insomnies, les sentiments de désespoir et d'anxiété (Médecins du Monde, 2018, p. 15). Quant à la fatigue de la compassion, ce terme renvoie plutôt à la conséquence du traumatisme vicariant, étant

« l'épuisement résultant du stress de la compassion, des exigences de l'empathie et de l'aide aux personnes qui souffrent » (Figley, 1995, p. 253). Bien que notre étude ne vise pas à évaluer la santé mentale des travailleurs sociaux pour y déceler des signes de traumatisme vicariant ou de fatigue de compassion, le sujet de la santé mentale des intervenants nous a semblé indispensable à prendre en compte dans le cadre de cette étude pour éclairer les difficultés rencontrées dans l'accompagnement social. Ainsi nous avons intégré une question d'entretien sur la santé mentale au sens général pour voir si et comment elle fait partie des préoccupations des intervenants sociaux.

À la question de savoir si leur travail a un impact sur leur santé mentale, presque tous les travailleurs sociaux interviewés ont répondu par l'affirmative, certains en précisant que « pour l'instant, j'arrive encore à avoir la distance » ou « j'arrive à prendre le recul. » Si tous ont reconnu un tel impact, ils n'étaient pas unanimes quant à l'aspect du travail qui affectait plus leur santé mentale. Certains, comme Sara et Julien, ont évoqué le fait notamment de ruminer sur l'expérience des familles qui sortent du CADA « sans solution ».

*« Néanmoins, surtout pour des personnes déboutées qui sortent, c'est là tu peux y penser un petit peu le soir ou en t'endormant. Surtout, moi, ce qui me touche beaucoup, c'est quand il y a des enfants par exemple. Parce que je suis maman depuis pas longtemps, en fait. Ah, bah ouais où ils dorment ? Et ah, la petite, toute la journée dehors. Et tu y penses quand même le soir, et tu compares... » Sara*

*« C'est pas vraiment sur des histoires où ça va me toucher. Ça va me toucher mais c'est vraiment sur des choses très concrètes, des sorties abruptes, rapides, où là je vais vraiment le vivre avec la personne. » Julien*

D'autres, comme Louise, ont admis être « rentrée à la maison avec les histoires des personnes » ou « parfois d'avoir peur. » Elle explique : « Là, la personne qui est venue avec les troubles, un peu d'ordre de la paranoïa, de la persécution. Bah j'y ai pensé ce week-end parce qu'il m'avait attendue à l'extérieur du CADA. Il m'a envoyé pas mal de messages et je savais que j'aurais des messages aujourd'hui qui m'attendaient. »

Henora et Brigitte ont mis l'accent sur la charge mentale du travail, notamment lorsqu'ils se trouvent face à des situations lourdes sur le plan émotionnel, par exemple, « recevoir des idées suicidaires » des personnes accompagnées où c'est « hyper compliqué » de « se décaler ».

## **1. Leviers**

Tous les travailleurs sociaux interviewés faisant partie de l'équipe du CADA ont pourtant souligné que le fait d'appartenir à une équipe « soudée », de pouvoir échanger entre collègues, est un aspect protecteur de la santé mentale, comme le Sara décrit :

*« Après, on parle beaucoup aussi en équipe, donc on dépose aussi ça en réunion d'équipe. Donc c'est comme si ça ne nous appartenait plus finalement. Et ça, je pense que ça aide beaucoup parce que je me dis, si on travaillait seul ou dans une équipe où ça communique pas, ce serait peut être différent en fait, parce que soit on en parlerait au conjoint, la conjointe, à des amis, enfin ça peut être pas la même. »*

Pour Louise, l'équipe représente « l'un de nos meilleurs outils » face à des situations complexes : *« ils vont m'aider à avoir des choses que j'ai pas vues, à me comporter d'une manière à déculpabiliser, aussi sur ce message-là j'aurais peut-être pas dû l'écrire comme ça. »*

L'équipe, en plus d'alimenter un espace où les travailleurs peuvent « décharger » ou « déposer » des situations complexes, peut créer un cadre sécurisant dans lequel les travailleurs sociaux s'autorisent à se détacher de la gravité et de la lourdeur du travail qui leur est imposé :

*Henora : « Parfois c'est ça. Je suis en train de lire un récit qui parle de torture et tout, puis après on va en pause, on fume une clope, on plaisante. Je veux dire, Ouais, c'est enfin on a vraiment une capacité... »*

*Sara : « Et heureusement, je me dis, heureusement qu'on s'autorise ce décalage. Heureusement qu'on a cette capacité à banaliser parce que si on prenait une petite part du malheur de chacun, on n'arrivera pas, en fait. »*

## **2. Soutien psychologique**

Plusieurs travailleurs sociaux dans le cadre de cette étude jugent insuffisants les espaces et les dispositifs dédiés à leur soutien. Certains ont mis en cause l'accessibilité ainsi que les modalités de l'analyse de pratiques professionnelles organisée par leur structure, qui n'est proposée qu'une fois par trimestre pendant laquelle « on peut pas toujours parler de sa situation ». Un appel qui a donc émergé de certains entretiens était le souhait d'avoir accès à une forme plus régulière et plus personnalisée de soutien psychologique qu'il soit dans une modalité individuelle ou collective. Au cours de l'entretien collectif avec Sara et Henora, ce sujet a été abordé et exploré sous différents angles. Sara d'abord étant d'avis qu'un psychologue de l'équipe pourrait jouer un rôle différent en ce sens, notamment l'accompagnement des travailleurs sociaux dans la déconstruction et d'analyse de leurs expériences d'accompagnement social :

*« Je pars toujours du principe qu'un psychologue, ce serait primordial dans une équipe parce que dans les réunions d'équipe, quand on vient décharger quelque chose. Parfois on dit : un tel m'agace ou, ah, j'ai trop de peine pour un tel. On utilise ce vocabulaire et en fait je me dis le psychologue, là, à ce moment-là, il pourrait nous aider à mettre des*

*mots, déculpabiliser, prendre du recul, en fait autant pour l'équipe que pour les gens, ouais. »*

Henora, en réfléchissant sur cette proposition, envisage plutôt une forme de soutien individuel :

*« Je pense qu'un temps avec un psychologue, mais rien que parfois peut-être 1 h ou quelque chose comme ça dans la semaine, ça nous ferait du bien pour savoir comment nous on va en fait. Ouais, pourquoi ça nous a impacté ? Pourquoi ça nous impacte plus ? Comment on se sent ? [...] Même si le regard d'un psychologue serait bien lors des réunions, je pense que parfois, ben, voilà, on a ressenti des choses qu'on sait pas forcément exprimer en équipe donc on va peut-être qu'un temps individuel ça pourrait nous permettre **du son** de tout lâcher »*

À cela, Sara admet : *« si c'est du temps perso, je m'inclus dedans, je suis pas convaincue que je franchirai la porte [...] parce que tout va bien alors qu'en fait tout va pas bien. Tu vois, il y a la démarche de je vais voir et je suis pas sûre que tous les professionnels fassent le pas. »*

Sara, évoquant la nature encore stigmatisée de la recherche de soutien psychologique ou d'admettre que l'on a besoin d'aide dans un contexte professionnel, met en évidence une barrière potentielle à surmonter avant que les travailleurs sociaux puissent bénéficier d'un tel accompagnement. Pour Henora, une façon de travailler cette stigmatisation serait de rendre le visite « obligatoire » « une fois par mois » auquel Sara réagit « Oui, obligatoire, et il en ressort ce qu'il en ressort ».

Irina, travaillant depuis plus d'un an sur le dispositif d'accueil des Ukrainiens, s'ouvre sur sa frustration d'avoir pu ne participer à qu'une seule séance d'APP, et son désir de bénéficier une forme de soutien qu'il soit psychologique ou professionnel :

*« J'avais beaucoup de situations complexes ou bien des histoires comme ça qui me touchent aussi. Je voudrais avoir la supervision, peut-être travailler avec un psychologue. [...] Comme j'ai déjà dit l'analyse de pratique une fois par n'importe quel mois, et c'est pas ton cas quand tu exprimes, tu écoutes les autres, voilà. [...] Ou la prime pour avoir les visites chez des psychologues. Une fois, 50€ pour 2 mois, par exemple, pendant 2 mois. »*

Or, si nous examinons de près ce que ces travailleurs sociaux expriment, il nous est impossible de généraliser ou de formuler une demande ou une revendication commune à partir de ces éléments, avis hétérogènes, questionnements engagés, mais qui ne débouchent pas encore sur des propositions concrètes. Souhaitent-ils pouvoir bénéficier des séances d'APP plus régulières ou sous une forme d'organisation différente, de la supervision collective ou individuelle, ou plutôt des visites personnelles chez un psychologue ? Ce que nous avons rassemblé ne fait que suggérer la nécessité de renforcer des dispositifs de soutien à destination

de travailleurs sociaux et réfléchir à des modalités complémentaires, sinon au moins une volonté éventuelle de la part des intervenants sociaux de s'engager sur ces thématiques.

## **VII. Rôle des travailleurs sociaux dans le soutien psychologique des migrants :**

Dans cette partie, nous nous intéressons à la manière dont les professionnels sanitaires et sociaux comprennent le rôle des travailleurs sociaux dans l'accompagnement en santé mentale des migrants en souffrance psychique. Comment conçoivent-ils les limites et de cet accompagnement ? Plaident-ils pour que les frontières professionnelles s'estompent ou les compétences des travailleurs sociaux s'élargissent ? Où se situent les convergences et les divergences dans leurs représentations du rôle du travailleur social face à la santé mentale ?

### **1. Regards de professionnels de la santé mentale :**

Une part des praticiens en santé mentale interviewés dans cette étude avance l'idée selon laquelle le rôle des travailleurs sociaux devrait évoluer pour accompagner les transformations en cours au sein de la psychiatrie publique et le paysage bien plus vaste du secteur sanitaire. Selon leur analyse, la tension qui pèse sur le système public de soins induit les professionnels (psychologues, psychiatres et infirmiers) d'assumer progressivement de nouvelles responsabilités et à se décharger au même rythme de missions qui étaient auparavant propres à leur métier. Le travailleur social, en tant que professionnel de proximité, doit à son tour, prendre le relais pour pallier les éventuelles carences qui persistent. Si les extraits de François et d'Edgar reflètent chacun une vision singulière du rôle du travailleur social, ils se rejoignent sur le principe que les intervenants sociaux devraient se lancer sur un nouveau terrain.

*« Les psychologues sont un peu surbookés parce que, ça a pas évolué au niveau des temps de travail, au même rythme que l'évolution des besoins de la population. Les infirmiers se retrouvent à faire un petit peu de la psychothérapie de soutien, parfois un peu un peu sauvagement. [...] Mais c'est pour vous dire aussi que dans ce fonctionnement où les infirmiers ont fait du repérage initialement, c'est en train d'être délégué sur les intervenants sociaux...[...] Là, l'intervenante sociale se retrouve aux prises avec cette réalité qui est d'un côté c'est pas son rôle de faire ça, mais d'un autre côté, il faut qu'il trouve les moyens de pouvoir communiquer aussi avec les soignants tout en défendant sa place. Et donc ce premier volet [de la formation] sur le repérage [des troubles psychiques]. » Edgar*

*« Moi, je voyais jusqu'à présent leur discours : il va pas bien, on va l'envoyer au psy ? Oui, mais il n'a pas de psy. Je leur dis, ben, le boulot, c'est vous qui allez le faire en fait. Et je vous propose quelques compétences pour faire ce travail de psy parce que vous avez les compétences humaines pour le faire. Il suffit d'avoir un peu de recul, un peu de savoir. [...] En fait, voilà, et de toute façon il n'y a pas d'alternative. [...] Donc j'ai développé dans le*

*cours, notamment, la notion du care manager. Référent psycho-social qui suit une personne en situation de détresse psycho-social. » François*

*« Il s'agit pas de faire une thérapie. Il s'agit pas de donner des médicaments. C'est pas leur métier. C'est le métier des psychiatres, des thérapeutes. Il s'agit d'établir un lien humain solide, de confiance, et cetera. » François*

Dans les deux discours, nous pouvons remarquer une tension, voire une contradiction, entre la reconnaissance que les travailleurs sociaux seront amenés à prendre de nouvelles missions (repérage des troubles psychiques, ou soutien psychologique) afin de pouvoir offrir un accompagnement digne aux personnes migrantes, mais qu'ils pourront le faire sans empiéter sur les frontières d'autres professions ou redéfinir la leur. Si Edgar et François insistent tous deux sur de différentes compétences que doivent adopter les travailleurs sociaux, ils appellent toutefois ces professionnels à réconcilier le développement de leurs nouvelles missions avec la défense des limites de leur métier. En parlant de son volet de formation axé sur le soutien, Edgar donne un exemple de comment cette réconciliation pourrait se réaliser. Plutôt que de proposer au travailleur social de devenir un para-professionnel du soutien psychologique, il lui demande de considérer ses missions au prisme de la santé mentale :

*« Je vais parler plutôt de...comment les choses qui les intervenants sociaux font déjà [...], les missions premières qu'ils ont peuvent être soutenantes pour la santé mentale, et dans quelle mesure ? [...] Quand il y a un assistant social qui cherche du bénévolat pour quelqu'un, ça contribue aussi à donner une identité à celui qui va être défini administrativement comme un sans papier ou comme un demandeur d'asile [...] Donc le fait de pouvoir débloquer ça, de pouvoir créer cette identité ou au moins »*

En revanche, François penche pour d'une plus grande implication des travailleurs sociaux dans le soutien psychologique des personnes accompagnées, précisent que « *L'idée c'est d'appliquer tous les travailleurs sociaux du secteur pour qu'ils fassent l'accompagnement en santé mentale. Donc j'ai développé dans le cours, notamment, la notion du care manager. Référent psycho-social qui suit sans limite dans le temps une personne en situation de détresse psycho-social. »*

En même temps, le renforcement du rôle des travailleurs sociaux va de pair avec une sorte de refonte des métiers de l'accompagnement vers un modèle du « care » inspiré de systèmes nord-américains qui considèrent plus largement la santé mentale comme étant une responsabilité partagée par l'ensemble des professions sociales et sanitaires. Donc en plus de développer les compétences des travailleurs sociaux, la formation de François sert également de plaidoyer visant à sensibiliser aux approches transdisciplinaires en santé mentale : « *La notion même de santé en réseau. C'est très compliqué de changer son*

*logiciel en fait. Et donc, c'est la notion en fait d'acteurs réseau d'impliquer tous les professionnels possibles dans une pratique collective transdisciplinaire. »*

## **2. Regards de travailleurs sociaux :**

La grande majorité des formations en santé mentale destinées aux équipes sociales, qu'elles soient élaborées par les psychologues et les psychiatres interrogés dans le cadre de cette étude ou non, visent à doter les travailleurs sociaux de compétences de base en matière de repérage de troubles psychiques et d'orientation vers une prise en charge adaptée. Bien que ces missions, notamment l'orientation, puissent être compliquées par des contraintes et des limites institutionnelles énoncées précédemment, la grande majorité des travailleurs sociaux estiment que ces responsabilités entrent bien dans le cadre de leur rôle :

*« Repérer, ouais, après, orienter, tu vois. Là je pense que c'est le premier rôle de l'intervenant social. Après, dans les faits, une fois qu'on arrive à un rendez-vous et que la personne a envie de parler et que je pense tu t'adaptes toi-même au mieux. Voilà, essayer d'écouter la personne, et comme j'ai dit, avoir la réponse la plus adaptée et le comportant la plus adaptée. » Julien*

L'écoute émerge néanmoins comme une mission essentielle du travailleur social. Sandrine affirme que les intervenants sociaux ne devraient pas se dérober à l'écoute par principe qu'ils ne sont pas professionnels de la santé mentale : *« On se dit « bah oui, mais bon, le service psychiatrique est plus spécialisé ...Forcément, à force de voir des patients, on s'habitue, et cetera. Mais moi, je crois, je suis assez convaincu de ça. Ce qui compte le plus, c'est déjà d'écouter jusqu'au bout de ce qu'ils ont à dire, les gens. »*

Or, comme nous avons fait ressortir dans la partie précédente « Confrontés à l'écoute et au soutien : les travailleurs sociaux démunis » il en existe beaucoup d'hésitations, de questionnements de la part des professionnels sur jusqu'où nous pouvons aller sur le terrain de l'écoute.

En effet, lorsque l'on demande à Henora et Sara, à la fin de l'entretien, « comment voyez-vous votre rôle dans l'accompagnement social des personnes ayant des difficultés en santé mentale ? » ils soulèvent la limite de la temporalité de l'accompagnement qui conditionne en partie les formes de soutien que peuvent fournir les travailleurs sociaux.

*Henora : « Donc voilà, on entend, on oriente et on accompagne, mais voilà, on est de passage, quoi, dans leur vie... »*

*Sara : « Mais au moins pendant ce petit passage, ils peuvent être considérés, écoutés, entendus, apaisés. Bon, déjà, même si la réponse est négative, déjà au moins on aura eu cette victoire-là. Des gens ressortent en étant un peu mieux. »*

Un autre thème qui se dégage de plusieurs entretiens est la notion de « sécurité ». En effet, le travailleur social est avant tout un professionnel qui peut établir un cadre sécurisant à partir duquel il est possible de se dévoiler, de parler de sa santé mentale, comme évoque Irina : *« La personne doit sentir en sécurité, qu'il a quelqu'un qui peut l'aider. Ça veut dire que je voudrais faire confiance. OK, moi je suis avec vous, je vous accompagne. »* Louise va également dans ce sens l'exprimant ainsi :

*« Mon rôle serait l'écoute, avoir le meilleur accompagnement possible, d'orienter cette personne vers les bons acteurs. Et voilà déjà si j'arrive à faire tout ça, la personne se sent à l'aise avec moi et en sécurité et je l'ai orienté là où il fallait, déjà c'est bien. Si elle a pu m'écouter et se sentir en sécurité et oser de me parler et que je sois présente. Voilà, déjà c'est pas mal. »*

À bien des égards, les représentations recueillies auprès des travailleurs sociaux dans le cadre de cette étude ne sont pas si éloignées de ce qu'exprime François sur le rôle de l'intervenant social face à la souffrance psychique : *« C'est un travail d'apprivoisement, d'allers-vers, d'apprivoiser la personne, créer un lien, donc le lien de confiance, lien d'étayage, lien de sécurité, et cetera. »*

## **VIII. La formation en santé mentale**

À travers ce mémoire, nous avons examiné jusqu'à présent les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique. Nous allons maintenant nous intéresser à la manière dont les formations en santé mentale tentent de répondre à ces difficultés, et comment les professionnels chargés de l'élaboration et l'organisation de ces formations appréhendent les besoins des travailleurs sociaux qu'ils accompagnent.

### **1. Présentation des formations en santé mentale**

Dans le cadre de l'action F1 du PTSM nous avons réalisé un recensement de formations sur la santé mentale des publics précaires et migrants au niveau national et départemental. En nous concentrant exclusivement sur les formations qui abordent les questions de santé mentale des migrants dans le cadre de ce mémoire, nous avons pu élaborer une cartographie des différents acteurs engagés dans la formation sur ces thématiques (voir annexe n°5). Loin d'être exhaustive, cette cartographie démontre la pluralité des acteurs qui peuvent être mobilisés pour soutenir les équipes sociales dans la formation en santé mentale. Il convient de souligner que les acteurs représentés proposent des formations plus ou moins spécialisées, en fonction de leurs domaines d'expertise. Bien que certaines formations ne soient pas exclusivement axées sur la santé mentale, nous avons estimé

qu'il était important de les inclure, car elles portent sur les compétences de base des travailleurs sociaux qui accompagnent les migrants. D'après notre analyse, nous voyons émerger 7 grandes catégories de formation :

1. Le psychotraumatisme
2. L'ethnopsychiatrie et l'approche transculturelle des pratiques sanitaires et sociales
3. Travail avec interprète
4. Les pratiques du travail social (comprenant l'APP et supervision)
5. Les connaissances juridiques et administratives : accès aux soins des migrants, procédure de la demande d'asile/ demande de titre de séjour
6. La géopolitique des conflits
- 7) Les besoins des publics spécifiques : MNA, femmes victimes de violence, personnes LGBTIQ+, etc.

Pour consulter le recensement complet de formations sur la santé mentale des migrants voir annexe n°6.

## **2. Regards de professionnels de la formation en santé mentale**

### a) L'orientation et la demande de soins en santé mentale

Quelle que soit leur fonction, les professionnels impliqués dans la formation ou le soutien auprès des équipes sociales sur la santé mentale des exilés ont été invités à faire part de leurs réflexions sur les besoins des travailleurs sociaux rencontrés dans le cadre de leurs missions.

En plus de doter les travailleurs sociaux des compétences nécessaires pour repérer les signes de troubles psychiques, d'états de crise et de détresse, et pour orienter les personnes vers les services compétents (ce qui constitue le véritable fondement de nombreuses formations), les praticiens de la santé mentale interviewés ont aussi souligné la nécessité de cultiver une réflexivité autour de la démarche de l'orientation notamment en prenant en compte l'adhésion de la personne accompagnée. Cette réflexivité que plusieurs formateurs et formatrices essayent de nourrir à travers la formation est primordiale pour permettre au travailleur social de distinguer entre l'identification d'un véritable besoin de soins, sa projection d'un besoin, et l'appropriation de la demande de soins par la personne accompagnée. Elodie insiste sur cet aspect de la formation en expliquant qu'au cours de ses années du travail au centre de soins spécialisés pour migrants, et encore aujourd'hui dans le cadre de sa pratique clinique, elle reçoit des orientations en santé mentale avant que les personnes orientées aient « *exprimé ce besoin* » ou « *avant qu'elles souhaitent s'inscrire dans cette démarche-là* ». Elle explique :

*« Donc il est arrivé déjà plusieurs fois que je sois confrontée à des personnes finalement que j'appelle, et en fait, elles viennent jamais. Voilà, il n'y a pas d'élan pour ce travail. Mais bon, ça, c'est...Il y a le désir du travailleur social et [...] Les travailleurs sociaux ont une intuition pertinente, hein, sur le besoin d'orientation. Après c'est vrai que le relais vers le praticien, le professionnel, est très délicat à opérer. C'est vrai qu'il y a parfois besoin de cette articulation entre l'intuition et l'appropriation de la démarche par le la personne... »*

Edgar, pour sa part, dédie également un volet important sur la demande de soins en santé mentale, le qualifiant comme parfois « *la grande découverte* » pour les travailleurs sociaux, « *cette différence très simple entre le repérage d'un besoin et le moment où il y a une demande vers les soins.* » C'est souvent l'apport le plus retenu de la formation : « *c'est quelque chose qu'ils gardent dans leur tête que ce n'est pas forcément parce qu'on constate que quelqu'un va très mal, qu'on devrait tout de suite l'adresser vers les soins.* »

Dans le même registre, Sébastien parle aussi des difficultés que peuvent rencontrer les travailleurs sociaux entre l'identification d'une réelle détresse psychique (et donc un besoin légitime pour l'orientation vers un professionnel) et la projection d'un besoin issu de l'incompréhension de l'autrui dans sa différence ou qui découle des angoisses et inquiétudes de l'intervenant social.

*« Et à un moment donné, ma collègue, elle m'a dit, ouais, en fait, c'est parce qu'il a rencontré une personne sur Tinder. Et puis la personne est à Paris. Je ne sais pas si la personne est réelle ou pas. Elle veut partir à Paris la voir, lui rendre visite, du coup, j'ai peur qu'elle va pas revenir après. Du coup, j'ai besoin qu'elle puisse avoir un rendez-vous avec toi [...] Et ça, c'est pas une urgence, en fait, tu vois. Pas du tout. C'est pour qui l'urgence ? Pour elle [ma collègue] ? Parce qu'elle a perdu le contrôle et parce qu'elle n'a pas arrivé à comprendre que la personne est libre. Je me suis trouvé à parler la semaine avec elle, calmer de son angoisse à elle. Aujourd'hui, j'avais rendez-vous avec elle [la résidente]. Elle s'est pas présentée, Madame. »*

En effet, ce que raconte Sébastien rejoint l'idée de la psychologisation de l'altérité que peut intervenir quand les professionnels ne savent pas s'engager dans une réflexivité de décentrage « la capacité de percevoir ses propres représentations et à s'en distancier » (Bourdin & Larchanché, 2015, p. 50). Comme le dit Sébastien « *quand ça rentre pas dans ton cadre et logique ou autre, tu t'es dit que cette personne a un problème, que forcément, il est fou.* »

Pour mettre cette problématique en perspective avec les entretiens des travailleurs sociaux dans le cadre de cette étude, peu d'entre eux ont formulé leurs difficultés dans l'orientation sous cet angle, ce qui peut signifier un point aveugle commun dont l'éclairage nécessite l'accompagnement des professionnels de santé mentale. En effet, Irina, n'ayant jamais suivi de formation en santé mentale a expliqué lors de l'entretien qu'un élément qu'elle a retenu de sa seule séance d'APP a été le fait que l'orientation vers le soin n'est toujours la

meilleure réponse à la manifestation de la détresse psychique, qu'il ne faut pas « insister » mais plutôt laisser aussi le temps à la personne de prendre du recul par rapport à ce qu'elle vit.

#### b) La santé mentale des intervenants

Tout comme pour les travailleurs sociaux, les professionnels de la formation en santé mentale ont également mis en exergue l'importance de l'accompagnement et le soutien auprès des équipes sociales, notamment à la lumière des conditions de plus en plus dégradées de l'accompagnement social. La santé mentale des travailleurs sociaux ressort comme étant une préoccupation partagée par les formateurs et formatrices en santé mentale, et un besoin de plus en plus représenté dans les demandes de formation, d'analyse de pratiques professionnelles et de supervision. Elodie le résume : *« le 2e volet, je dirais, principal des besoins, c'est aussi celui de la supervision et l'accompagnement des professionnels eux-mêmes face à des conditions d'accompagnement et de travail qui sont extrêmement difficiles. Ou du coup, face à l'accueil de cette souffrance extrême, ils sont eux-mêmes impactés. »*

Edgar, pour sa part, dédie un volet important de sa formation sur la protection de la santé mentale des intervenants sociaux et la prévention du traumatisme vicariant en apprenant aux travailleurs sociaux « les techniques de distanciation » qui peuvent être pratiquées en individuel ou en équipe :

*« Quand on arrive à mettre des mots techniques et théoriques sur les choses. Et bien le mot va faire une distance entre moi et ce que j'ai vécu. Tandis que si vous êtes juste dans le ressenti, dans le vécu, c'est, c'est très coloré. Ça évite de la contagion traumatique dans une certaine proportion. C'est le même principe de la psychothérapie. »*

Partageant le même avis, Sébastien essaie également à transmettre ces pratiques à ses collègues lors des ateliers qu'il anime sur la santé mentale :

*« On est plutôt là pour comprendre ce qui se passe. Pour comprendre ce qui se passe, il faut pas se laisser embarquer par les émotions de l'autre. Il faut déjà mettre des contenus pour pouvoir prendre cette distance-là, sinon t'arrives pas à le faire. T'es embarqué par l'angoisse de l'autre. Il y a ce transfert-là. Du coup, forcément, tu te perds en fait parce que t'as quelqu'un en face qui est entre guillemets, « il faut aider ». »*

Néanmoins nous trouvons chez ces professionnels l'idée selon laquelle l'analyse de pratiques, la formation et la supervision ce n'est qu'une infime partie d'une vue d'ensemble. Les structures qui emploient les intervenants sociaux travaillant auprès des personnes migrantes devraient s'impliquer davantage dans la promotion et protection de leurs salariés. Julie, responsable d'un centre de formation en santé mentale, remet en cause les institutions qui négligent de mettre les moyens en place pour protéger les travailleurs

sociaux, et par cette inaction, faire véhiculer le message que c'est à eux de le faire. Edgar fait également écho à cet avis :

*« Mais je suis de l'idée que votre structure devrait aussi vous donner quelques encouragements, quelques devraient prévoir en tout cas des dispositifs pour promouvoir ce travail sur soi-même. Je parle pas forcément d'une psychothérapie. Ça peut être ça, faire le point avec un professionnel à terme individuel qu'un dans les cas où vraiment vous êtes dépassés par quelque chose. Mais je parle aussi, par exemple tout simplement de faire des petites astuces soi-même pour l'esprit, pour se décharger de ça. »*

c) L'échange : les limites et les apports de la formation

Enfin, la formation ne constitue pas qu'un moyen par lequel les professionnels de la santé mentale pourraient transmettre des connaissances sur les troubles psychiques, et encourager le développement de nouvelles compétences chez des travailleurs sociaux. Elle pourrait servir d'espace d'échange, permettant aux équipes de communiquer davantage sur des questions et problématiques communes. Julie met l'accent sur cet aspect « bénéfique » de la formation, notamment pour les équipes qui ne disposent peu de créneaux pour échanger ou dont leurs structures ne proposent pas d'analyse de pratiques ni de supervision.

Pour Sébastien, l'échange était l'un des objectifs principaux des ateliers sur la santé mentale qu'il a mis en place pour ses collègues travailleurs sociaux au cours de cette année. Confronté à une sur-sollicitation de la part des équipes sociales sur les situations d'urgence, Sébastien a cherché de solutions pour mieux outiller ses collègues à répondre aux états de crise de façon plus concertée. Sébastien, fait part de cette réalité, en évoquant les situations complexes auxquelles les intervenants sociaux peuvent être exposés :

*« Un monsieur s'est coupé les veines en live là, face aux collègues. Il y a eu un autre qui a tout cassé. Il a pris un extincteur, il a cassé toutes les fenêtres, tous les portes. Il est descendu, il a détruit toutes les machines à laver. Toute la laverie, la porte, tout. Tous les collègues se sont enfermés dans les bureaux. Après, il y a eu un autre Monsieur qui a attaqué un autre avec un couteau parce qu'il a eu une décompensation psychotique. »*

Les ateliers donc visaient à pallier, selon lui, ce que les formations et l'analyse de pratiques « classiques » ne peuvent pas offrir.

Pour les travailleurs sociaux exerçant dans son association, par exemple, les formations et l'analyse de pratiques professionnelles se font rarement par service. Les travailleurs sociaux sont choisis de manière aléatoire de participer aux formations et mélangés avec des membres d'autres services. Pour Sébastien, ce mode de fonctionnement pose de nombreux problèmes, car selon lui, cela n'encourage pas les espaces d'échanges pour

partager ses nouvelles connaissances ou élaborer ensemble des nouvelles pratiques propres au fonctionnement de l'équipe :

*« Je me suis rendu compte qu'ils avaient les connaissances, mais il y avait une absence de capacités de réagir parce que personne ne s'est mis d'accord en fait. Qu'est-ce qu'on fait ? [...] Et je me suis dit, si moi je m'avance sur le développement de ces compétences, en même temps, pour eux, ça va pas être tout en urgence. Et moi je vais pas être débordé comme je le suis aujourd'hui. [...] Si en situation d'urgence ou non-urgence, s'ils sont capables de s'appeler entre eux, et prendre une décision ensemble. Pour moi, comment on réfléchit les choses, c'était le plus important. »*

En effet, Sébastien met en lumière certaines limites de la formation, notamment le degré selon lequel l'échange pourrait être entravé par des modalités pédagogiques descendantes et l'anticipation d'une posture « passive » par les participants.

*« Il y a la plupart des gens qui vont avoir peur de poser des questions, pour se tromper, parce que c'est une formation entre guillemets. Si on appelait ça formation pas un simple atelier. C'est la formation qui fait, le psychologue qui vient, qui va donner des clés parce que donc... Ça prend une ampleur énorme et finalement ça aide pas, en fait. À 5, une seule équipe, pour moi, c'était plus logique. »*

### **3. Regards de travailleurs sociaux sur la formation en santé mentale**

Quant à la formation en santé mentale, tous les travailleurs sociaux interrogés dans le cadre de cette étude estimaient que l'offre de formation actuelle proposée par leur structure était largement insuffisante par rapport aux besoins des équipes, et que des formations régulières seraient nécessaires pour permettre aux intervenants sociaux de se sentir bien « outillés » face à la souffrance psychique des personnes accompagnées.

En plus de cela, l'ensemble des intervenants sociaux ont regretté le manque de place accordée à la santé mentale dans leurs formations initiales. Certains ont même estimé que l'absence de toute discussion de la santé mentale lors de leurs entretiens d'embauche semblait, à la lumière de nos échanges, problématique : *« C'est pas vraiment quelque chose dont on parle. On nous parle beaucoup de la demande d'asile du côté très administratif, mais pas de l'accompagnement vraiment social. Et je trouve que, oui, du coup, ça ne peut nous mettre en difficulté. On nous dit beaucoup, il faut orienter mais quand on peut pas orienter, on sait pas accompagner, vraiment, quoi. »*

De plus, le niveau de formation des professionnels interrogés était plutôt faible dans l'ensemble. Sur les 5 travailleurs sociaux interrogés, seuls 3 avaient suivi une formation en

santé mentale dont la formation dispensée par Edgar, et la formation PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale).

Ceux qui ont pu réfléchir sur les apports de la formation en santé mentale se sont surtout concentrés sur les compétences et connaissances acquises grâce à la formation PSSM, notamment la capacité d'identifier « les signaux d'alerte » « comment adapter sa posture professionnelle ». Sara a évoqué avant tout l'effet déstigmatisant de la formation PSSM ce qui lui a permis de voir les troubles psychiques comme des maladies qui peuvent « se soigner » en expliquant que « *je ne suis plus effrayée. Donc ça aide aussi. Oui, je reçois plus facilement. Je suis moins dans le déni. Avant, je préférais ne pas voir, en fait.* »

Or, tout comme les difficultés évoquées dans l'accompagnement des migrants en souffrance psychique, les besoins en formation évoqués par les interviewés restent aussi variés, reflétant le large spectre de compétences et de connaissances que la formation peut apporter. :

*« Mais ça manque quand même, toutes les formations. [...] Donc c'est vrai que quand on est devant une situation de : j'ai des envies suicidaires. Moi je me retrouve un peu... Ok, mais tu me donnes cette information-là ? Je la reçois. Mais que faire en fait de ça ? Que faire déjà pour aider la personne, et pour ne pas que ça nous charge non plus aussi au niveau de culpabilité. »* Henora

*« On accompagne de plus en plus de gens qui, qui ont des soucis de cet ordre et que on est quand même assez démunie et c'est compliqué. Et même nous pour mieux travailler et accompagner les personnes, je crois que j'ai besoin de comprendre et j'ai besoin d'être, d'être outillée pour réussir à faire ce travail encore quelques années. »* Louise

*À mon avis, il faut toujours un peu d'une actualisation des partenaires qui existent, des différents dispositifs qui peuvent exister. Surtout parce que c'est souvent des partenaires qui peuvent être saturés. »* - Julien

*« Les techniques, par exemple, pour apaiser, pour calmer les personnes qui pleurent ou bien qui ont des comportements agités »* - Irina

Outre ces demandes en formation, les travailleurs sociaux ont également souligné, comme nous l'avons mis en évidence dans la partie VI. *La santé mentale des travailleurs sociaux : risques et leviers*, un besoin d'accès plus régulier à des séances d'analyse de pratiques et de supervision. Selon l'expérience d'Elodie, « *ça leur est moins souvent accordé malheureusement.* » Sandrine, qui encadre une équipe d'assistants sociaux en milieu hospitalier, fait écho à ce constat, en mettant en relief les contraintes budgétaires et temporelles qui constituent des freins majeurs pour la mise en place de l'APP.

*« Ce qui ressort, ce qui nous manque, c'est de l'analyse de pratiques. Aujourd'hui j'ai pas les moyens de financer ça avec le budget que j'ai. Pour tout le monde en fait. Parce que l'analyse pratique, c'est plusieurs cycles idéalement. Donc pour que tout le monde sur une*

*équipe et puis c'est des petits groupes. On va pas faire de l'analyse de pratiques pour 50 en une fois. Et puis il y a la continuité de service et tout ça. Donc sur un groupe peut être 6 personnes ou 7 personnes, ça voudrait dire plusieurs groupes, et puis répétée dans l'année. Bon, ben voilà. Et si on finance ça, ben, on va rien financer d'autre »*

En effet, ce besoin se reflète également dans les résultats du questionnaire, avec 56% des répondants indiquant que « plus de temps consacré à l'analyse des pratiques professionnelles ou à la discussion de cas complexes » leur permettrait d'apporter un meilleur soutien au public précaire et/ou migrant. Le questionnaire a également révélé que la formation sur l'approche transculturelle de soins et d'accompagnement social était l'une des plus demandées parmi toutes les thématiques de formation proposées dans l'enquête, avec 68% des répondants ayant choisi cette thématique. La thématique « Repérage des troubles de santé mentale, évaluation d'urgence, et orientation vers une prise en charge adaptée » a été également choisie par 68% des répondants. Ces résultats, bien qu'ils ne soient représentatifs que d'un petit groupe de professionnels, suggèrent que les besoins en APP et en formation sur la santé mentale des exilés sont des préoccupations qui s'étendent peut-être au-delà des professionnels travaillant exclusivement avec des populations migrantes dans le secteur social. À cet égard, il pourrait être intéressant d'explorer comment nous pourrions mettre en place des séances d'APP qui ne dépendent pas uniquement des budgets individuels des structures concernées par l'accompagnement des migrants mais qui émanent de projets associatifs rassemblant une pluralité d'acteurs autour d'une même mission : le soutien des intervenants sociaux.

## **IX. Agir sur la prévention et promotion de la santé mentale**

Bien que l'étude n'ait pas eu pour but de recueillir auprès des participants des solutions à la crise de la santé mentale des migrants, de nombreux professionnels interviewés ont affirmé qu'il était essentiel d'agir en faveur d'une stratégie de prévention et promotion de la santé mentale au lieu de se reposer sur les réponses purement sanitaires telles que la prise en charge psychiatrique.

Réagissant à ce qu'ils jugeaient être un fort besoin de la part des migrants de disposer d'espaces d'écoute dédiés, Julien a évoqué les potentiels apports des dispositifs tels que les groupes de parole :

*« Mais peut-être plus des groupes de paroles ou des structures qui peuvent accueillir la parole de ces gens-là, en fait, pour que ça se passe de façon plus régulière et plus facile. Je pense que c'est des gens qui, pour la plupart, veulent surtout s'exprimer ou a besoin de parler. Donc voilà, que ça soit via des associations, bénévoles, des groupes de soutien, de parole. » Julien*

Sébastien, en revanche, a mis un accent sur les actions « collectives » pour travailler « le lien social » se questionnant sur la pertinence des groupes de paroles « classiques » pour les personnes exilées :

*« [...] J'ai envie d'essayer d'aller vers la prévention en santé mentale. Comment on peut travailler les liens sociaux ? Et comment cette problématique individuelle peut reposer sur le collectif ? Et là faut pas forcément avoir un groupe de paroles sur le traumatisme. Tu peux travailler la prévention en santé mentale, je sais pas, en prenant un café, en échangeant sur le logement, sur l'eau, avec des jeux avec des enfants, des choses très simples qui finalement vont développer une espace d'interconnaissance entre les gens. [...] C'est les gens qui ont fui leur pays, potentiellement ils sont en danger, quelqu'un peut apprendre son histoire, leur raconter après. Ils ont peur de dire des choses, tout court. Rentrer sur ça, parfois, je sais pas jusqu'où. »*

Pour les travailleurs sociaux du CADA une démarche de promotion de la santé mentale sera bientôt déployée à travers les activités et sorties mensuelles :

*« C'est d'ailleurs ce qu'on va essayer de faire au CADA à cette année, on va essayer de travailler un peu sur cet aspect culturel, et leur proposer des activités tous les mois, c'est notre objectif. Pour essayer de de créer du lien entre les personnes, qu'ils sortent un peu leurs routines de voilà, c'est très bien je pense vraiment. » Louise*

Cette nouvelle orientation est largement soutenue par les travailleurs sociaux qui y voient un moyen très prometteur non seulement de rompre l'isolement et de favoriser « la confiance en soi, l'ouverture sur l'extérieur, les rencontres, l'occupation du temps » mais aussi de revigorer l'accompagnement social. Comme le soulignent Sara et Henora : « Pour nous, on les voit aussi dans un temps informel », « qu'on puisse observer d'autres choses » et « Mine de rien ça nous fera plaisir aussi. [...] Sortir un peu dans le quotidien administratif, mais plus se projeter sur d'autres sorties. »

De plus, la promotion du lien social correspond à ce qui a été observé sur le terrain comme étant l'un des facteurs les plus importants pour le maintien de la santé mentale, selon Louise :

*« Ce qui s'investissent, c'est une des causes principales justement qui font qu'ils vont bien Enfin, les gens qui s'en sortent le plus, c'est ceux qui ont créé beaucoup de lien, qui ont un réseau. Ouais, qui sont pas voilà restés dans l'inaction. Ça c'est clairement vu, remarqué enfin observable dans toutes les personnes qu'on accompagne. »*

Pour Brigitte, la prévention et la promotion de la santé font déjà partie intégrante de sa démarche d'accompagnement des jeunes réfugiés ainsi que la réflexion qu'elle engage autour de la souffrance psychique des exilés :

*« Il y en a beaucoup qui ont travaillé dans l'agriculture, dans leur pays et souvent ils me disaient : « Ouais, quand tu travailles dans le jardin, c'est bien parce que ça enlève les mauvaises pensées » Et je me dis, tiens ! [...] Pourquoi on peut pas faire un petit jardin ? Voilà, cette année on a fait donc un jardin ici au CFA, donc se trouvait derrière, un petit jardin. Donc je me suis associée avec un artiste jardinier. Et on est parti sur un jardin utile. C'était ça, un jardin qui soigne, un jardin où on mange. »*

Ayant récemment répondu à un appel à projets de la Fondation de France, Brigitte envisage de mettre en place un programme de promotion de la santé au CFA dès la rentrée prochaine, ayant pour but de travailler l'accès aux soins et le rapport à la santé et au bien-être de manière « graduée » pendant 3 ans. Le projet comprend un volet d'aller-vers dans le cadre duquel des professionnels de la santé viennent à la rencontre des jeunes, ainsi qu'un volet « activités alternatives » qui permet aux jeunes d'expérimenter le sport, l'art thérapie, le théâtre qui peuvent « leur faire du bien » et peut-être « peu à peu leur faire prendre conscience qu'effectivement, ils ont peut-être besoin d'un soin plus important où ils iront de même. »

## Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons cherché à comprendre les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique. Ce faisant, nous avons constaté que ces difficultés sont de nature multiple. Tout d'abord, de nombreux travailleurs sociaux se retrouvent dans une position de double contrainte difficilement conciliable sur le plan éthique : à accompagner les personnes migrantes tout au long de la procédure de demande d'asile qui peut s'avérer salvatrice, mais qui se révèle aussi traumatisante, voire néfaste pour la santé mentale des demandeurs d'asile. À cela s'ajoutent des conditions de travail dégradées et une accélération de la procédure d'asile qui fragilisent la santé mentale des personnes accompagnées ainsi que la qualité de l'accompagnement social. De plus, les carences du système de santé et le manque de structures adaptées aux besoins des publics migrants font que les travailleurs sociaux sont amenés à porter la souffrance psychique des migrants, tout en ayant un accès insuffisant aux dispositifs de soutien et protection de la santé mentale par leurs institutions.

Nous avons également cherché à mettre en perspective les besoins des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des migrants en souffrance psychique avec les regards des professionnels de la formation en santé mentale pour mieux cerner comment les formations en santé mentale pourraient donner quelques clés de réponses aux difficultés énoncées. Nous avons vu que les apports de la formation sont pluriels et tentent de répondre à un large éventail de problématiques, qu'il s'agisse de la maîtrise du vocabulaire psychiatrique pour mieux se coordonner avec les soignants ou des pratiques de distanciation pour prévenir le traumatisme vicariant et l'épuisement compassionnel chez les intervenants sociaux. Or, cette étude a également mis en exergue que la formation, souvent orientée vers le repérage des troubles psychiques et l'orientation vers une prise en charge, ne pourra jamais répondre à tous les problèmes des travailleurs sociaux et les migrants qu'ils accompagnent. Une plus grande attention doit être portée à des solutions non psychiatriques des problèmes de santé mentale. Ainsi, les réflexions qui pourraient s'appuyer sur ce travail devraient porter sur les modes de transformation des dispositifs d'hébergements des personnes migrantes pour les rendre plus protectrices et plus favorables à la santé mentale, ainsi que le développement des espaces et des dispositifs alternatifs de soutien et de l'écoute à destination des migrants comme des travailleurs sociaux.







---

## Bibliographie

---

- American Counseling Association. (s. d.). *Vicarious Trauma Factsheet*. counseling.org. Consulté le 25 août 2023, à l'adresse [https://www.counseling.org/docs/default-source/trauma-disaster/fact-sheet-9---vicarious-trauma.pdf?sfvrsn=f0f03a27\\_5](https://www.counseling.org/docs/default-source/trauma-disaster/fact-sheet-9---vicarious-trauma.pdf?sfvrsn=f0f03a27_5)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. Dans *American Psychiatric Publishing, Inc. eBooks* (5th Edition). American Psychiatric Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>
- Anton, A., & Artigau, P. (2021). La formation en santé mentale des assistants de services sociaux. Une pertinence questionnée : *Pratiques en santé mentale*, 66e année(4), 45-50. <https://doi.org/10.3917/psm.204.0045>
- Baubet, T., & Saglio-Yatzimirsky, M. (2021). Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. *HAL (Le Centre pour la Communication Scientifique Directe)*. <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-03950415>
- Beauchemin, C., Hamel, C., & Simon, P. (Eds.) 2016. Trajectoires et origines : Enquête sur la diversité des populations en France. Ined Éditions. doi:10.4000/books.ined.676
- Bertrand, R. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations Sociales*, n° 152(2), 60–68. <https://doi.org/10.3917/inso.152.0060>
- Bourdin, M. & Larchanché, S. (2015). De l'interprétariat à la médiation en santé mentale : l'expérience du centre Françoise Minkowska. *Rhizome*, 55, 48-54.  
<https://doi.org/10.3917/rhiz.055.0048>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Centre Primo Levi. (2013). Soigner les victimes de torture exilées en France : Livre Blanc.  
<https://primolevi.org/nos-missions/transmettre/les-publications/rapports-de-plaidoyer/livre-blanc>

- Chambon, N., & Goff, G. L. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2, 123-140. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0123>
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van Den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Barbieri, A., Bongiorno, F., & Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015 : A descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-017-0103-3>
- De Sardan, J. O. (1995). La politique du terrain. *Enquête, anthropologie, histoire, sociologie*, 1, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*. Flammarion.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Dans C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.1–20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 3–28).
- Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 156(7), 29-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.156.0029>
- Gaudreault, A. (2002). La victimisation secondaire. Dans D. Jolivet, G. Lopez & S. Tzitzis (Sous la dir.). *Dictionnaire critique des sciences criminelles* (pp. 950-960). Dalloz.
- Grimard, C., & Monney, M. Z. (2016). Les capacités d’agir des travailleurs sociaux. *Pensée plurielle*, n° 43(3), 85. <https://doi.org/10.3917/pp.043.0085>
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 8(2), 21-29. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0021>

- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. *Chimères*, 88, 54 - 69. <https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>
- La Cimade. (2022, 16 novembre). *Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile : bilan 2021 et perspectives 2022*. La Cimade. Consulté le 26 août 2023, à l'adresse <https://www.lacimade.org/le-dispositif-national-daccueil-des-demandeurs-dasile/>
- Lazarus, A. (2019). Exil et violences. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(12), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.004>
- Lazarus, A. & Stohl, H. (1995). Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport. Délégation interministérielle à la Ville et au Développement social urbain ; Délégation interministérielle au Revenu minimum d'Insertion. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24900-une-souffrance-quon-ne-peut-plus-cacher-rapport>
- Les 23 actions du PTSM 35*. (s. d.). <https://ptsm35.fr/>. Consulté le 24 août 2023, à l'adresse <http://ptsm35.fr/wp-content/uploads/2022/07/Tableau-des-23-actions-PTSM-35.pdf>
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and Anxiety in labor Migrants and Refugees – A Systematic review and Meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- Mathieu, S. (2021). Les travailleurs sociaux face à la demande d'asile. *Temporalités*, 33. <https://doi.org/10.4000/temporalites.8444>
- McCann, I. L., & Pearlman, L.A. (1990). *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Roipin, J. (2010). Centre d'Ecoute et de Soins—Paris Rapport d'Activité. Médecins Sans

Frontières.

Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>

Orspere-Samdarra. (2023, août 16). *Formations Prisme précarité et santé mentale*. Consulté le 24 août 2023, à l'adresse <https://orspere-samdarra.com/evenement/formations-presentiel-prisme-precarite-et-sante-mentale/>

Pian, A., Hoyez, A., & Tersigni, S. (2018). L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. [Revue européenne des migrations internationales], 34(2-3), 55-78. <https://doi.org/10.4000/remi.10768>

*Programme « Psychiatrie et Santé mentale » de la HAS*. (2020, octobre). Haute Autorité de Santé. Consulté le 24 août 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)

Ratcliff Goguikian, B. (2017, 19 octobre). *L'impact des conditions d'accueil sur la santé mentale des migrants*. <https://www.unige.ch/communication/communiques/2017/limpact-des-conditions-daccueil-sur-la-sante-mentale-des-migrants>

Robiliard, D. (2013, 29 mai). *N° 1085 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape*. <https://www.assemblee-nationale.fr/>. Consulté le 24 août 2023, à l'adresse <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp>

Roptin, J. (2011). Pour une politique de santé mentale pour les demandeurs d'asile et exilés. *L'Autre*, 12, 352-357. <https://doi.org/10.3917/lautr.036.0352>

Schiappa, M. (2021, mai). *10 actions pour renforcer la prise en charge demandeurs d'asile et des réfugiés vulnérables*. Ministère de l'Intérieur. Consulté le 24 août

2023, à l'adresse <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/10-actions-pour-renforcer-prise-en-charge-demandeurs-dasile-et>

*SRADAIR de Bretagne : Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés 2021-2023.* (2021). Préfet de la Bretagne.

Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnès, C., Genest, P., Rouillon, F., & JI, R. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 34(6), 577-583.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>

Veïsse, A, Wolmark,., Revault, P. Giacomelli. M. Bamberge, M. & Zlatanova, Z. (2012) Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 19-20, pp. 405-414.

Veïsse, A, Wolmark,., Revault, P. Giacomelli. M. Bamberge, M. & Zlatanova, Z. (2017) Santé mentale des migrants/étrangers: mieux caractériser pour mieux soigner, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, pp. 36-40.

World Health Organization. (2022a). Santé mentale : renforcer notre action. *www.who.int*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2022b). Troubles mentaux. *www.who.int*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



## Liste des annexes

### Annexe n°1 : Synthèse des catégories d'hébergement (SRADAIR de Bretagne 2021-2023)

- Synthèse des catégories d'hébergement

Structures	Publics	Coût journalier	Financement	Modalités et durée des financements
CAES	- Les étrangers souhaitant déposer une demande d'asile (ou ayant déjà enregistré leur demande d'asile) au guichet unique de Rennes - Les demandeurs d'asile en provenance des régions en tension (Île-de-France notamment)	25,00 €	BOP 303	Subvention biennale
CADA	- Les demandeurs d'asile sous procédure normale - Dans une moindre mesure, les demandeurs d'asile sous procédure accélérée vulnérables	19,50 €	BOP 303	Autorisation du préfet pour une durée de 15 ans
HUDA	- Les demandeurs d'asile sous procédure accélérée - Les demandeurs d'asile sous procédure Dublin	17,00 €	BOP 303	Subvention triennale
PRAHDA	Les demandeurs d'asile sous procédure Dublin	16,50 €	BOP 303	Marché national conclu pour 5 ans (2017-2022)
CPH	Les bénéficiaires de la protection internationale (protection subsidiaire ou statut de réfugié)	25,00 €	BOP 104	Autorisation du préfet pour une durée de 15 ans

### Annexe n°2 : Guide d'entretien pour TS/professionnels accompagnant des personnes migrantes

Guide d'entretien pour TS/professionnels accompagnant des personnes migrantes		
Informations démographiques à saisir lors de l'entretien :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Âge</li> <li>Sexe</li> <li>Niveau d'études (quel diplôme)</li> </ul>		
Questions principales	Sous-questions	Thématiques
Pourriez-vous vous présenter ?		Parcours personnel

<p>1. Pourriez-vous m'en parler de votre parcours professionnel ?</p>	<p>Comment vous êtes devenu travailleur social ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous a attiré dans le travail social ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous a attiré vers ce métier ?</p> <p>Comment êtes-vous arrivé à travailler avec le public migrant ?</p>	<p>Parcours professionnel/identité professionnelle / travail actuel</p>
<p>2. Pourriez-vous parler de votre travail actuel ? Qu'est-ce que vous faites comme travail ?</p> <p>2.1 Dans quel cadre/dans quel contexte travaillez-vous avec le public migrant ?</p>	<p>Pourriez-vous me décrire vos missions principales ou une journée type ?</p> <p>Quel est votre rôle au sein de votre structure / au sein de votre équipe ?</p> <p>Votre équipe elle est composée de combien de personnes ?</p> <p>Depuis combien de temps êtes-vous dans ce poste ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous avec ce public ?</p>	
<p>3. Comment vous voyez votre rôle dans la vie de la personne accompagnée ? Quel est votre rôle dans la vie de la personne accompagnée ?</p>		
<p>4. Qu'est-ce que c'est la santé mentale selon vous ? Que signifie la santé mentale selon vous ?</p> <p>La santé mentale cela renvoie à quoi (quels mots, idées, expériences, concepts viennent à l'esprit)</p>	<p>Quel type de formation avez-vous reçu sur la santé mentale dans le cadre de votre cursus initial en travail social ?</p>	<p>Santé mentale et ses représentations</p>
<p>5. Pourriez-vous me dire pourquoi vous êtes intéressée par la thématique de la santé mentale des personnes exilées ?</p>		
<p>6. Avez-vous constaté de problèmes de santé mentale chez les personnes que vous accompagnez ?</p> <p>6.1 Quel type de problèmes de santé mentale ? Quelle forme de souffrance psychique ?</p>	<p>Comment ces problèmes de santé mentale pourraient-ils impacter l'accompagnement social ?</p> <p>Quelles sont les répercussions sur la personne accompagnée dans son parcours et pour vous en tant que professionnel ?</p>	<p>Souffrance psychique des personnes migrantes</p>

Pourriez-vous en parler ou donner quelques exemples concrets ?	Quels changements dans la posture professionnelle ou dans l'accompagnement social ?	
7. Est-ce que vous vous êtes déjà trouvé en difficulté professionnelle face à des problèmes de santé mentale des personnes migrantes que vous accompagnez ? Est-ce que vous pouvez expliquer comment les problèmes de santé mentale pourrait impacter votre accompagnement social ?	Si oui, comment ? Qu'est-ce qui a posé le plus de problème ?  Si vous êtes-vous déjà trouvé en difficulté face à cette problématique, comment vous l'avez géré ?  Avez-vous été soutenu ou accompagné par votre équipe ? Comment ?	Impacts de la souffrance psychique sur l'accompagnement social
8. Pour mieux accompagner les personnes (exilées) qui se trouvent en souffrance psychique, de quoi avez-vous besoin ?	Quel rôle de la formation et des analyses de pratiques professionnelles ?	Besoins
9. En tant que travailleur social, quel est votre rôle dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique ? Quelle posture professionnelle à adopter face à la souffrance psychique ?		Rôle du TS dans le soutien psychologique des migrants
10. Avez-vous suivi une ou plusieurs formations sur la santé mentale du public migrant ?	Pourriez-vous la ou les décrire ? Quelles étaient vos attentes à l'égard de ces formations ? Qu'est-ce cette formation vous a apporté ? Quels points d'amélioration ?	Formations en santé mentale
11. Si vous n'avez pas encore suivi des formations sur cette thématique, en quoi cela pourrait vous intéresser ? Sur quelles thématiques aimeriez-vous se former ? Pourquoi ?		
12. Votre santé mentale a-t-elle été impactée par le travail que vous faites ? Comment ?  Le fait de travailler avec des personnes traumatisées et d'entendre des récits traumatisants a-t-il un impact		Santé mentale des intervenants

sur votre santé mentale ? Comment ?		
--	--	--

### Annexe n°3 : Guide d'entretien pour psychologue des dispositifs du DNA

Guide d'entretien pour psychologue des dispositifs du DNA		
Informations démographiques à saisir lors de l'entretien : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Sexe</li> <li>• Niveau d'études (quel diplôme)</li> </ul>		
Questions principales	Sous-questions	Thématiques
1. Pourriez-vous vous présenter ?		Parcours personnel
2. Pourrais-tu m'en parler de ton parcours professionnel ?	<p>Comment tu es devenu psychologue ?</p> <p>Qu'est-ce qui t'a poussé à t'intéresser à la psychologie ?</p> <p>Qu'est-ce qui t'a attiré vers le métier de psychologue ?</p> <p>Pourrais-tu m'en parler de tes études ?</p> <p>Comment tu es arrivé à travailler avec le public migrant en France ?</p>	Parcours professionnel/identité professionnelle / travail actuel
3. Pourrais-tu parler de ton travail actuel en tant que psychologue chez [nom de l'association] ?	<p>Pourrais-tu me décrire vos missions principales ou une journée type ? Adhères-tu à une orientation théorique spécifique particulière ?</p> <p>Ton « équipe » elle est composée de quel types de professionnels ? Quel est ton rôle ?</p> <p>Quel est votre lien avec les travailleurs sociaux des services ? Comment tu travailles en collaboration avec eux ?</p> <p>Depuis combien de temps travailles-tu avec le public migrant ?</p>	

<p>4. Comment tu vois ton rôle dans la vie de la personne accompagnée ? Quel est ton rôle dans la vie de la personne accompagnée ?</p>		
<p>Quel sont les principaux problèmes de santé mentale que tu observes chez les personnes que tu accompagnes ? Pourrais-tu en parler ou donner quelques exemples concrets ?</p>	<p>Quelles sont les répercussions sur la personne accompagnée dans son parcours de demande d'asile/ parcours d'intégration en France ?</p>	<p>Souffrance psychique des personnes migrantes</p>
<p>Est-ce que tu t'es déjà trouvé en difficulté professionnelle face à des problèmes de santé mentale des personnes migrantes que tu accompagnes ?</p>	<p>Si oui, dans quel contexte ? dans quel type de situation ? Qu'est-ce qui a posé le plus de problème ?</p> <p>Si tu t'es déjà trouvé en difficulté face à cette problématique, comment tu l'as géré ?</p> <p>As-tu été soutenu ou accompagné par ton équipe ? Comment ?</p>	
<p>Pour mieux accompagner les personnes (exilées) qui se trouvent en souffrance psychique, de quoi avez-vous besoin en tant que psychologue ?</p>		<p>Besoins</p>
<p>Votre santé mentale a-t-elle été impactée par le travail que tu fais ? Le fait de travailler avec des personnes traumatisées et d'entendre des récits traumatisants a-t-il un impact sur ta santé mentale ?</p>	<p>Qu'est-ce que tu fais pour maintenir ta santé mentale ou gérer des moments difficiles ?</p>	<p>Traumatisme vicariant et risques psychosociaux</p>
<p>Tu as commencé à animer des ateliers pour les travailleurs sociaux sur les problématiques de santé mentale des migrants ? Qu'est-ce qui a impulsé cette initiative ?</p> <p>Quelles sont des thématiques que tu traites dans les ateliers ?</p> <p>Qu'est-ce que tu espères transmettre aux travailleurs sociaux ?</p> <p>Quelles sont les compétences ou les connaissances qu'ils devraient acquérir ?</p>	<p>Quels besoins /difficultés ont été évoqué par les TS ? Pourrais-tu me donner des exemples des situations complexes /urgentes ?</p> <p>As-tu repéré des difficultés dont les TS ne sont pas conscients ? qu'ils ne verbalisent pas en tant que telles ?</p> <p>Abordes-tu le sujet du traumatisme vicariant et comment prendre soin de soi-même ?</p>	<p>Ateliers sur la santé mentale</p>

As-tu eu des retours des équipes sur les ateliers ?		
Selon toi, que peuvent faire les travailleurs sociaux pour mieux soutenir et accompagner les personnes en souffrance psychique ?		Rôle des travailleurs sociaux
Qu'est-ce que tu en penses de la prise en charge en santé mentale des personnes migrantes en France ? Soit dans le droit commun ou dans les centres « spécialisés » ?  Qu'est-ce qu'il faut faire / pourrait être fait pour améliorer cette prise en charge ?		Prise en charge en santé mentale

## Annexe n°4 : Grille d'analyse des entretiens

Grille d'analyse des entretiens		
Thèmes	Sous-thèmes	Éléments
Souffrance psychique des migrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravité des troubles psychiques en lien avec les violences du parcours migratoire</li> <li>- Psychotrauma des migrants : Une psychopathologie « particulière » qui pourrait mettre en difficulté des soignants</li> <li>- Aggravation des troubles et de la souffrance par les conditions d'accueil en France : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Précarité sociale</li> <li>- Violence de la procédure de la demande d'asile → retraumatisation</li> </ul> </li> </ul>	<p>« C'est les procédures qui s'accroissent [...] [les personnes] elles sont tout de suite orientées en CADA mais du coup il y a pas un peu ce temps de pose—de prendre le recul sur ce qu'on vient de traverser, sur ce qu'on vient de vivre. On est tout de suite dans la procédure [...] Donc, en fait, on vient solliciter les gens sur un terrain sur lequel ils sont pas prêts parce qu'ils ont d'autres choses à régler avant, mais on peut pas les régler. [...]</p> <p>Et du coup, c'est des gens qui repartent du CADA encore plus abîmés parfois. Parce que, du coup, on n'a pas mis des mots sur les difficultés d'avant. On n'a pas vraiment traité la santé mentale parce que, en fait, les délais faisant que, bah, la sortie du CADA, elle est déjà là. Du coup, on a rajouté cet échec à la demande d'asile sur les soucis déjà. On rajoute de la précarité parce qu'une sortie, bah, sans</p>

		<p>logement, sans ressource. Ouais, moi, je suis assez inquiète de ces gens qui sortent dans ces conditions. » - Sara</p> <p>« Les procédures s'accélérent donc on fait beaucoup plus de, malheureusement, le terme est horrible, mais de turnover en fait, ça tourne. Donc il avait pas cette relation de confiance qu'on pouvait avoir avec les gens. On l'a beaucoup moins maintenant. En plus sur les tâches administratives, l'ouverture de droits. » Louise</p> <p>« Et puis, là et puis cette procédure d'asile qui est compliquée, qui est difficile, qui est très, je sais pas comment le dire, mais qui est maltraitante aussi vis-à-vis de la personne, hein, de raconter son histoire encore et encore avec tous les détails possibles et inimaginables. C'est très maltraitante, et les personnes peuvent aussi voilà chuter pendant leur demande d'asile. Comment réussir à prévenir tout ça, les accompagner au mieux à qui n'est pas simple. » Louise</p> <p>« Et elle était dans cet état de choc et tout ça. Elle a eu des réponses négatives à l'OFPPRA, à la CNDA. En parlant avec le psychologue qui l'accompagne, le psychiatre, et l'avocat, elle aurait pu avoir une réponse positive, mais elle était pas en capacité d'expliquer parce que c'était <i>trop</i> violent. C'était trop dur pour elle. Et l'état de choc, c'est que c'est comme si elle avait occulté une partie de ce qu'elle avait vécu pour se protéger, en fait. C'est une dame qui est sortie du CADA déboutée alors qu'il avait tout pour être protégé. Mais parce que on a pas eu le temps aussi de travailler ça. Elle a pas eu le temps de se poser de travailler ça. Le peu qu'on a pu lui dire c'est, bah, il faut détailler mais les préparations étaient trop violentes pour elle. Donc ma collègue s'arrêtait. Donc voilà, c'est aussi ce temps-là aussi qui manque. Et ouais, les gens sont bloqués et ne ils ne parlent pas facilement de leur récit. » -Sara</p>
--	--	--

		<p>H : Et puis ils sont quand même balayé de tous les sens aussi. On sens, ils viennent d'arriver en par exemple CAES, et puis tout de suite, ils arrivent au CADA. À peine leur dossier OFPRA est fait u alors il n'est pas fait. Ça date pas de très longtemps aussi que l'on doit faire les dossiers OFPRA— Parfois, des dossiers OFPRA sont faits le jour de l'accueil. Donc, enfin, c'est hyper—</p> <p>S : C'est violent.</p> <p>H : C'est violent pour eux.</p> <p>S : C'est difficile pour nous mais pour eux, oui, qui nous connaissent pas, qui doivent déballer leur histoire et. Mais ça veut dire qu'il y a pas de choix, quoi.</p>
Accès aux soins en santé mentale des personnes migrantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturation des dispositifs du droit commun : délais d'attentes</li> <li>- Difficultés de communication avec les équipes soignantes des TS : maîtrise du vocabulaire technique</li> <li>- Interprétariat : réticence de la part de certains réfugiés de faire confiance aux interprètes, problèmes de l'interprétariat bénévole</li> </ul>	<p>« L'orientation, bah, les difficultés majeures, c'est que le droit commun est saturé. Avec des délais extrêmement longs pour les adultes de 6 mois à peu près. Pour les enfants, c'est hallucinant. 2 ans pour rejoindre un CMPP. » Edgar</p>
Difficultés des travailleurs sociaux dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir démuné quant au soutien</li> <li>- Échecs dans l'orientation → porter la souffrance de la personne</li> <li>- Conditions de travail dégradées</li> <li>- recentrer le rendez-vous, s'adapter aux besoins du moment</li> <li>- Prévention : prévenir la rechute, la détresse psychique pendant la procédure</li> <li>- Temporalité psychique : Demande d'asile n'a plus de sens/migrants pas disponible psychiquement</li> <li>- -état de choc/syndromes posttraumatique s'oppose au travail d'autonomisation</li> <li>- Exposition à des situations de violence et de passage à l'acte (états de crise)</li> </ul>	<p>« Les plus marquants, c'est des gens qui ont des syndromes post-traumatiques. [...] La difficulté c'était de bah comment s'adapter à chaque rendez-vous parce que quand ça va mal, même s'il y avait un objectif précis pour un rendez-vous quelconque—tout va être pris en compte et ça peut aller à droite, à gauche. Donc, essayez de recentrer le rendez-vous, c'est quelque chose de compliqué. Et se préparer à un rendez-vous où des fois ça peut—dans une demi-heure c'est fait parce que tout va bien et que voilà. Et sauf qu'avant tu pensais que le rendez-vous là il allait durer 1/4 d'heure parce que c'est un petit objectif mais en fait tout va mal en fait, ça va durer 2 h. » Julien</p> <p>« Ils vont pas se sentir très concernés par la demande d'asile aussi [ ? ] ? Et ils vont aussi être beaucoup en demande, nous solliciter pour des petits rendez-vous et finalement ça va durer, 1 h, 2 h. Parce que, ben, ils ont besoin de parler, besoin de décharger. » Henora</p> <p>« Après c'est des fois avec les autres résidents, il y a un trop-plein et du coup il a pu y avoir</p>

		<p>des signes de violences. C'est de recadrer des choses, quoi, avec ces personnes tout simplement. » Julien</p> <p>« C'est que du coup, <b>c'est que les gens ne sont pas disponibles psychologiquement pour traiter d'autres sujets.</b> Ils sont dans leur réalité, dans leurs délires. Mais je pèse mes mots. Je le vois pas au sens péjoratif du terme mais vraiment dans leur dans leur vision à ce moment-là. Je suis persuadée qu'on est enregistré. Je suis persuadée que t'es un espion. Enfin, tu vois. Et du coup à tu travailles pas d'autres choses parce que ça ne fait pas sens pour eux, tu vois. Ben, t'es concentré là-dessus. Sauf que, bah, y a des échéances qui arrivent et on sait pas faire. On sait pas faire. Donc la santé mentale quand elle n'est pas accompagnée par des professionnels, elle peut vraiment être un frein à l'accompagnement parce que les gens comprennent pas. On se comprend pas, <b>et ça fait pas sens pour eux.</b> Ils sont pas présents. C'est difficile. » Sara</p> <p>« Moi, j'ai vraiment ressenti ça quand là, j'accompagne quelqu'un actuellement qui a vient au CADA alcoolisé. Donc je sens qu'il est alcoolisé. Ça se voit même dans sa manière de regarder, dans sa manière de s'exprimer. Et en fait, j'ai aucun accès à ça. Je l'ai déjà composé de voir quelqu'un s'il souhaitait pour en parler. Mais je sens qu'il y a vraiment un gros problème et qui veut—Ben, il s'alcoolise dès le matin, donc ça veut dire qu'il y a quelque <b>chose. Mais aucun accès pour en parler,</b> même en le proposant justement de voir un psychologue, ou de m'en parler. Non, ça va. Il veut pas du tout. Donc effectivement, on peut pas en fait aller au-delà de ce qu'ils veulent nous dire quoi »</p> <p>« Il y a encore 3 semaines, j'ai fait un entretien avec une dame, on parlait de son histoire. Et à chaque fois qu'elle me parlait d'un événement qu'elle a vécu, traumatisant, elle regardait à côté, elle s'arrêtait, et tout était en train de défiler devant ses yeux. Elle avait mal à la tête en même temps et elle finissait par pleurer. Lorsqu'elle me parlait de l'événement le plus traumatisant, et c'est carrément tu. Elle</p>
--	--	--

		<p>s'écroulait juste après. Elle revivait tout. Elle avait très très très mal à la tête. Plus l'entretien passé, plus elle avait mal à la tête. Donc là on s'est arrêté parce que c'était trop dur pour elle. <b>Enfin, là, c'est aussi dur pour moi de la voir dans cet état-là, d'être acteur de ce mal-être quelque part parce que c'est mes questions qui faisaient qu'elle devait repenser à tout ça, et ça me mettait dans une position qui était plus tenable pour moi et de la voir comme ça, c'était plus tenable.</b> » Louise</p> <p>« On avait des situations de personnes qui étaient dans ces états-là, qui ont du coup beaucoup besoin du soutien du travailleur social pour prendre un rendez-vous pour, se rendre à un rendez-vous, pour compléter un document. Mais vraiment en incapacité de de prendre le téléphone, d'envoyer un message, d'ouvrir un courrier. Parce que Victor dit, état de choc et du coup, ça, c'est aussi très, très compliqué. Parce que nous, on essaie de travailler l'autonomie des gens. On accompagne aussi plein de gens. On a pas forcément le temps. On peut pas voir les gens tous les jours. Et du coup ces gens-là, demandent un accompagnement de proximité plus, plus. » Sara</p> <p>? C'est ça qui me fait peur parce que c'est des jeunes, ils ont jamais pris de médicaments. On leur donne tout de suite les somnifères quand ils dorment pas. J'en ai un qui s'endort en cours. Un jour il a fait un malaise. Il a un traitement qui n'est pas du tout adapté. » Brigitte →</p>
<p>Besoins des travailleurs sociaux en formation /objectifs de la formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérage des troubles et orientation</li> <li>- Maitrise du vocabulaire technique, communication avec les soignants</li> <li>- Travailler la demande : Comprendre la différence entre le repérage d'un besoin et la demande de soins</li> <li>- Protéger sa santé mentale</li> <li>- Supervision, et APP</li> <li>- Promouvoir une attitude proactive par laquelle les travailleurs sociaux se considèrent comme des acteurs des changements sociaux et institutionnels</li> <li>- Compréhension du fonctionnement de l'autre ; éviter la pathologisation des</li> </ul>	<p>« Les intervenants sociaux ont des très bonnes intuitions, que quelque chose va pas, mais ils n'ont pas forcément la formation ni le vocabulaire technique pour décrire ce genre de choses. C'est pas leur métier d'un côté. Ce qui fait que des fois, la communication avec les soignants, ça peut devenir compliqué...comme si la condition pour recevoir quelqu'un dans le droit public, dans un CMP, ça serait qu'il a été bien repéré avec des termes diagnostics par l'intervenante sociale. Là l'intervenante sociale se retrouve aux prises avec cette réalité qui est d'un côté c'est pas son rôle de faire ça, mais d'un autre côté, il</p>

	<p>comportements → lien avec l'approche de la compétence culturelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir des capacités de réagir en situation d'urgence</li> <li>- Promouvoir l'échange et prise de décision en équipe, avoir les mêmes bases</li> <li>- Prendre du recul sur son parcours (d'exil) pour certains TS</li> </ul>	<p>faut qu'il trouve le moyen de pouvoir communiquer aussi avec les soignants tout en défendant sa place. Et donc ce premier volet sur le repérage. »</p> <p>« Il y a celle d'en effet, de pouvoir accompagner des personnes extrêmement fragilisées sur le plan psychique, voire traumatisées, qu'en soi-même professionnel, on a aucune notion des troubles, de la connaissance des troubles de la manière, dont ça se manifeste, et comment est-ce qu'on peut mieux les identifier pour orienter les gens » - Elodie</p> <p>« Mas le 2e volet, je dirais principal des besoins, c'est aussi celui de la supervision et l'accompagnement des professionnels eux-mêmes face à des conditions d'accompagnement et de travail qui sont extrêmement difficiles. Ou du coup, face à l'accueil de cette souffrance extrême, ils sont eux-mêmes impactés, en plus de conditions de travail qui sont parfois tendues avec peu de reconnaissance, rémunération pas intéressante. Les gens qui s'engagent là-dedans en général sont engagés d'une certaine manière sur les valeurs défendues par—Mais bon, il y a un moment justement, où ces valeurs-là, ces engagements-là, c'est ça qu'ils les peuvent les mettre en difficulté le sens de leur mission, quand ils se sentent pas bien faire leur travail, en fait. Et donc il y a aussi beaucoup de demandes sur la supervision et l'analyse de pratiques. Ça, ça leur est moins souvent accordé malheureusement. » Elodie</p> <p>« [La formation] c'est coûteux et bénéfique, mais parce que c'est des équipes qui n'ont pas forcément de créneaux pour échanger vraiment. Avec des équipes qui se connaissent pas forcément aussi suffisamment. Selon les structures, toutes les structures ont pas une supervision, propose la supervision. Toutes les structures proposent pas d'analyse de pratiques professionnelles » Julie</p> <p>« En plus, je pense qu'apprendre à accompagner les professionnels sur des postures où ils vont pouvoir continuer à être acteur de quelque chose plutôt que de subir la violence du système, c'est hyper important</p>
--	---	---

		<p>aussi pour justement qu'ils continuent à voilà à trouver la motivation et un sens dans les missions qui sont les leurs. » Elodie</p> <p>« Je me suis rendu compte que qu'ils avaient les connaissances mais il y avait une absence de capacités de réagir parce que personne ne s'est mis d'accord en fait. Qu'est-ce qu'on fait ? Donc c'est pour ça que j'ai conçu ces ateliers. Et je me suis dit, si moi je m'avance, sur le développement de ces compétences, au même temps, pour eux, ça va pas être tout en urgence. Et moi je vais pas être débordé comme je le suis aujourd'hui. »</p> <p>« Pour moi, si en situation d'urgence ou non-urgence, ils sont capables de s'appeler entre eux, et prendre une décision ensemble et se dire, tiens, il y a le foyer, il faut fermer la porte. Il faut appeler ça. Il faut voir cette famille là et après qu'est-ce qu'on fait avec cette personne ? Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on continue à la mettre en chambre partagée ou pas ? Comment on réfléchit les choses. Pour moi, c'était plus important que, ça. » Sebastien</p> <p>« Mais je suis de l'idée que votre structure, devrait aussi vous donner quelques encouragements, quelques devraient prévoir en tout cas des dispositifs pour promouvoir ce travail sur soi-même. Je parle pas forcément d'une psychothérapie. Ça peut être ça, faire le point avec un professionnel à terme individuel qu'un dans les cas où vraiment vous êtes dépassés par quelque chose. Mais je parle aussi, par exemple tout simplement de faire des petites astuces soi-même pour [ ? ] l'esprit, pour se décharger de ça. » Edgar</p> <p>« Théoriser ce qui s'est passé dans un entretien. Quand on arrive à mettre des mots techniques et théoriques sur les choses. Et bien le mot va faire une distance entre moi et ce que j'ai vécu. Tandis que si vous êtes juste dans le ressenti, dans le vécu, c'est, c'est très coloré. [...] Ça évite de contagion traumatique dans une certaine proportion. » Edgar</p>
--	--	--

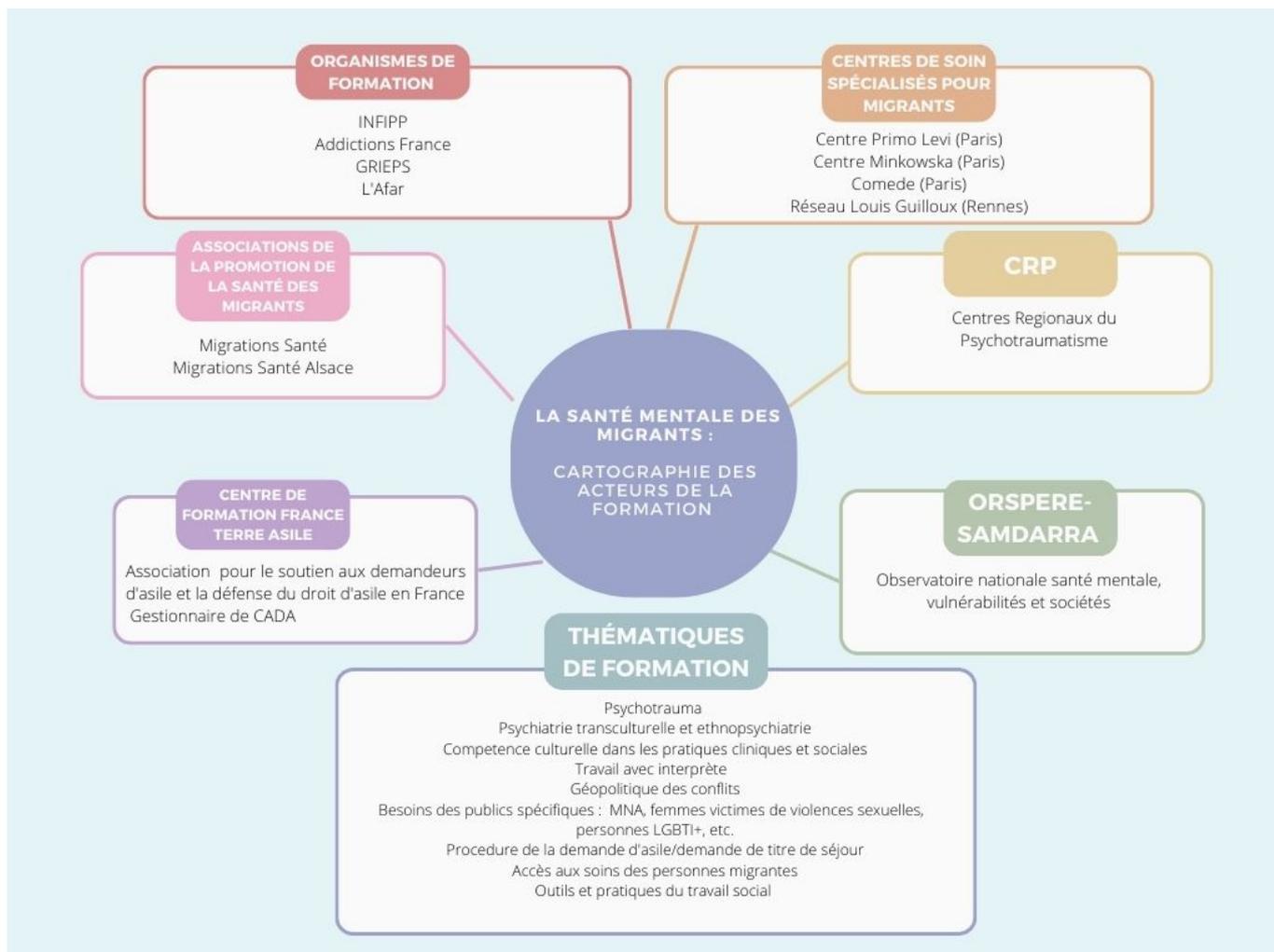
<p>Rôle du travailleur social dans le soutien psychologique des migrants</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir des conditions « favorables à la santé mentale des exilés » développer un prisme « santé mentale » à travers laquelle les TS réexaminent leurs missions classiques</li> <li>- Référent psycho-social</li> <li>- Tension entre l'adoption de nouvelles compétences et la défense de son métier ; les frontières entre les métiers s'estompent / réaction en chaîne</li> <li>- Développer des actions de plaidoyer « résister à toutes ces situations d'exclusion »</li> <li>- L'importance du lien, lien de confiance</li> <li>- L'écoute</li> </ul>	<p>« Je vais parler plutôt de...comment les choses qui les intervenants sociaux font déjà dans la vie de tous les jours, les missions premières qu'ils ont peuvent être soutenantes pour la santé mentale, et dans quelle mesure ? [...] Quand il y a un assistant social qui cherche du bénévolat pour quelqu'un, ça contribue aussi à donner une identité à celui qui va être défini administrativement comme un sans papier ou comme un demandeur d'asile [...] Donc le fait de pouvoir débloquer ça, de pouvoir créer cette identité ou au moins,[...] je peux avoir une utilité sociale, ça donne du sens un peu à la vie. » Edgar</p> <p>« je voyais jusqu'à présent leur discours, il va pas bien, on va l'envoyer au psy ? Oui, mais il n'a pas de psy. Je leur dis, ben, le boulot, c'est vous qui allez le faire en fait. Et je vous propose quelques compétences pour faire ce travail de psy parce que vous avez les compétences humaines pour le faire. Il suffit d'avoir un peu de recul, un peu de savoir. Alors et puis avec notre supervision. Avec notre supervision, votre savoir, le boulot, vous allez pouvoir le faire. En fait, voilà, et de toute façon il n'y a pas d'alternative. » François</p> <p>« Donc c'est un travail d'apprivoisement, allers-vers, apprivoiser la personne, créer un lien, donc le lien de confiance, lien d'étayage, lien de sécurité, et cetera. Donc j'aborde tous ces domaines, ça l'idée c'est que n'importe quel professionnel peut créer un lien. Il s'agit pas de faire une thérapie. Il s'agit pas de donner des médicaments, c'est pas leur métier, c'est le métier des psychiatres, des thérapeutes. Il s'agit d'établir un lien humain solide, de confiance, et cetera. » François</p> <p>« Ce CMP vous dit, nous, on peut pas prendre cette personne en charge parce qu'on nous on travaille pas avec les interprètes. Moi, ce que je leur conseille dans ces cas-là, c'est que, vous écrivez un courrier au CMP leur demandant justifier leur non à l'interprétariat par écrit. Un exemple, hein ? À défaut de saisir, par exemple, le défendeur des droits, de saisir le médiateur de l'assurance de la caisse</p>
--	---	---

		<p>d'assurance maladie pour rendre visible et justement mettre en responsabilité les personnes qui refusent les soins sur ces motifs-là. » Elodie</p> <p>« L'idée c'est d'appliquer tous les travailleurs sociaux du secteur pour qu'ils fassent l'accompagnement en santé mentale. Donc j'ai développé dans le cours, notamment, la notion du care manager. Référent psycho-social qui suit sans limite dans le temps une personne en situation de détresse psycho-social » François</p>
Santé mentale des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanismes d'auto-défense</li> <li>- Besoins : soutien psychologique, supervision et APP</li> </ul>	<p>« Et les partenaires aussi qu'on pourrait solliciter si on a une question parce que, bah, Sebastien il est pas—il est dispo mais là sa réalité aussi. »</p> <p>MJ : En fait, moi je pars toujours du principe qu'un psychologue ce serait-ce serait primordial dans une équipe parce que dans les réunions d'équipe, quand on vient décharger quelque chose, parfois on dit un tel m'agace ou, ah, j'ai trop de peine pour un tel. On utilise ce vocabulaire et en fait je me dis le psychologue, là, à ce moment-là, il pourrait nous aider à mettre des mots, déculpabiliser, prendre du recul, en fait autant pour l'équipe que pour les gens, ouais.</p> <p>IM : Bah ouais, je rejoins M, je pense que un temps avec un psychologue, mais rien que parfois peut-être 1 h ou quelque chose comme ça dans la semaine, ça nous ferait du bien pour savoir comment nous on va en fait. Ouais, pourquoi ça nous a impacté ? Pourquoi ça nous impacte plus ? Comment on se sent comment ? Ouais, ouais, ouais, Ouais, Ouais.</p>
Solutions : améliorer la santé mentale des migrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorties, activités, développer le lien social, rompre isolement,</li> <li>- Projet de prévention et promotion de la santé</li> <li>- Activités = promotion de la santé mentale pour TS/résidents</li> </ul>	<p>« Mais peut-être plus des groupes de paroles ou des structures qui peuvent accueillir la parole de ces gens-là, en fait, pour que ça se passe de façon plus régulière et plus facile. Je pense que c'est des gens qui, pour la plupart, veulent surtout s'exprimer ou a besoin de parler. Donc voilà, que ça soit via des associations, bénévoles, des groupes de soutien, de parole. » Julien</p> <p>« Souvent, en fait, ils me disent... Il y en a beaucoup qui ont travaillé dans l'agriculture, dans leur pays et souvent ils me disaient : « Ouais, quand tu</p>

		<p>travaillées dans le jardin, c'est bien parce que ça enlève les mauvaises pensées » Et je me dis, tiens ! [...] Pourquoi on peut pas faire un petit jardin ? Voilà, cette année on a fait donc un jardin ici au CFA, donc se trouvait derrière, un petit jardin. Donc je me suis associé avec un artiste jardinier. Et on est parti sur un jardin utile. C'était ça, un jardin qui soigne, un jardin où on mange » Brigitte</p> <p>« Donc je pense que pendant la procédure d'asile, ils sont trop longtemps, voilà, dans des appartements, cohabitation, pas en cohabitation, mais attendre que ça passe à être loin de tout et c'est comment réussir à ce qui s'investissent, à ce qu'il puisse rencontrer du monde, à devenir par exemple bénévole, voilà partager des choses avec eux, mettre en place des sorties avec eux. C'est d'ailleurs ce qu'on va essayer de faire au CADA à cette année, on va essayer de travailler un peu sur cet aspect culturel, et leur proposer des activités tous les mois, c'est notre objectif. Pour essayer de de créer du lien entre les personnes, qu'ils sortent un peu leurs routines de voilà, c'est très bien je pense vraiment. »</p> <p>« C'est des personnes qui, malgré tout, ont rebondi, ont persévéré, a trouvé du travail malgré des dizaines de refus. Ont trouvé à faire du bénévolat malgré aussi, enfin, que le chemin ne soit pas facile, qu'ont crée du lien avec des personnes. Enfin les gens qui qui s'en sortent le plus, c'est ceux qu'on crée beaucoup de lien. Qui ont un réseau. Ouais, qui sont pas voilà restés dans l'inaction. Ça c'est clairement vu, remarqué enfin observable dans toutes les personnes qu'on accompagne. » Louise</p> <p>MJ : Exactement, exactement, et on s'est dit, Ah ouais, comme elles en parlaient, on s'est dit, c'est des ressources source en fait, pour l'isolement, pour la confiance en soi, pour l'ouverture vers l'extérieur, rencontrer du monde, occuper son temps, et cetera.</p> <p>IM : Pour nous, on les voit aussi dans un temps informel—</p> <p>MJ : Bah ouais, qu'on puisse observer d'autres choses. Du coup on s'est dit bah ça peut se</p>
--	--	---

		<p>faire sans dépenser des fortunes. Voilà prendre le train, aller à la mer, organiser des pique-niques, visiter un parc...</p> <p>IM : Donc on a des objectifs, en fait, à suivre, mais y a aussi des objectifs moins formels. Ben voilà, améliorer la santé mentale, améliorer le temps d'attente, vraiment proposer des choses comme ça pour que les personnes s'approprient aussi cette attente-là, ces besoins-là.</p> <p>MJ : Qu'ils puissent les refaire après tout seuls. L'idée c'est que les gens après ne fassent pas une sortie, puis retournent à leur isolement, quoi. L'idée c'est que, bah oui, c'est pas si compliqué de prendre un bus, aller, et puis retourne avec des compatriotes.</p> <p>IM : Pour que nous, on sorte aussi. Mine de rien ça nous fera plaisir aussi. Sortir du bureau, enfin avoir d'autres choses, organiser d'autres choses aussi, sortir un peu dans le quotidien administratif, mais plus se projeter sur d'autres sorties.</p>
--	--	---

## Annexe n°5 : Cartographie des acteurs de la formation sur la santé mentale des migrants



## Annexe n°6 : Formations sur la santé mentale des migrants

Formations sur la santé mentale des migrants				
Organisme porteur	Type de structure	Orientation théorique et offre de formation	Publics destinataires	Offres complémentaires
Centre Primo Levi	Centre de soins spécialisés pour migrants	<p><u>Orientation théorique</u> : psychanalytique</p> <p><u>Spécialisation</u> : psychotrauma</p> <p><u>Exemples de formations</u> : Psychotraumatisme chez l'enfant et l'adulte ; Le corps et traumatisme, Traumatisme et familles ; Viols de guerre et violence sexuelle</p>	Tout·e professionnel·le ou bénévole accompagnant des personnes exilées.	APP et supervision
Centre Minkowska	Centre de soins spécialisés pour migrants	<p><u>Orientation théorique</u> : Psychiatrie transculturelle</p> <p><u>Spécialisation</u> :</p>	Tout professionnel (ou étudiant) recevant des personnes	APP et supervision

		<p>psychotrauma et approche transculturelle</p> <p><u>Exemples de formations :</u> Compétence culturelle dans les pratiques cliniques et sociales ; psychotraumatisme et exil ; Travail avec interprète ; Laïcité et travail médico-social ; Sexualités, identités de genre et exil.</p>	migrantes ou réfugiées quel que soit son secteur d'activité	
France Terre Asile	Association gestionnaire de CADA	<p><u>Spécialisation :</u> Pratiques du travail social, Accompagnement social dans la demande d'asile, géopolitique</p> <p><u>Exemples de formation :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les fondamentaux du droit d'asile</li> <li>2. Psychotraumatisme chez les réfugiés</li> <li>3. Enjeux et accompagnement psycho psychosocial des enfants de l'exil</li> <li>4. Médiation interculturelle et gestion des conflits</li> <li>5. LA distance professionnelle dans le travail sociale</li> <li>6. Comprendre et prévenir les violences dans le travail social</li> <li>7. Ukraine : une nation en construction</li> <li>8. L'accompagnement des jeunes Afghans : entre géopolitique et psychotrauma</li> </ol>	Tout professionnel intervenant auprès d'un public migrant	
Centre de formation du Comede	Centre de soins spécialisés pour migrants	<p><u>Spécialisation :</u> Accès aux soins et procédures administratives</p> <p><u>Exemples de formations :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soins, droits et accompagnement social des demandeur·se·s d'asile</li> <li>2. Droit au séjour pour raison médicale</li> <li>3. Accès aux soins et aux droits des personnes étrangères en France</li> </ol>	Tout professionnel intervenant auprès d'un public migrant	
Addictions France	Organisme de formation	<p><u>Spécialisation :</u> Addictions</p> <p><u>Exemples de formations :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aborder les addictions dans le cadre de l'accompagnement des publics migrants</li> </ol>	Professionnels des dispositifs d'accueil des publics migrants	
GRIEPS	Organisme de formation	<p><u>Spécialisation :</u> Formations à destination aux professionnels de santé</p> <p><u>Exemples de formations :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilisation à l'importance de la culture dans l'expression de la maladie mentale</li> </ol>	Tout professionnel de santé, du médicosocial et du social	

		<p>2. Ethnopsychiatrie : spécificités en psychiatrie interculturelle (niveau 2)</p> <p>3. Approche interculturelle des soins</p>		
L'Afar	Organisme de formation	<p><u>Spécialisation</u> : la formation des professionnels des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, des collectivités territoriales et des entreprises.</p> <p><u>Exemples de formations</u> : Ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fondamentaux de l'ethnopsychiatre</li> <li>2. Prise en charge des patients de culture non occidentale (de culture maghrébine, d'Afrique subsaharienne, d'Europe de l'Est, de culture comorienne, de cultures asiatiques familles issues des Antilles</li> <li>3. Interprétariat médical et social</li> <li>4. Rites croyances et religions</li> <li>5. Demandeurs d'asile et traumatismes de l'exil</li> <li>6. Thanatopraxie</li> </ol>	Professionnels de santé et travailleurs sociaux exerçant en santé mentale, prenant en charge des patients de cultures non occidentales et/ou des demandeurs d'asile	
INFIPP	Organisme de formation	<p><u>Spécialisation</u> : Formations dans le secteur santé, social et éducatif.</p> <p><u>Exemples de formations</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Approche transculturelle des soins en pédopsychiatrie</li> <li>2. Ethnopsychiatrie</li> <li>3. Soins de santé mentale aux migrants et réfugiés</li> </ol>	Professionnel des secteurs psychiatriques et socio-éducatif	
Réseau Louis Guilloux	Centre de soins spécialisés pour migrants	<p><u>Spécialisation</u> : Formations sur la santé mentale des migrants</p> <p><u>Exemples de formations</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les besoins en santé mentale chez les personnes exilées : repérage, soutien, et orientation (à destination des équipes sociales)</li> <li>2. Consultation en santé mentale avec des interprètes professionnels (à destination des soignants)</li> <li>3. Formations « Migrations et santé » : formations courtes sur une heure en visio : thématiques variées</li> </ol>	Équipes sociales et sanitaires	

Orspere-Samdarra	Observatoire	<p><u>Spécialisation</u> : Médiation culturelle, interprétariat, santé mentale</p> <p><u>Exemples de formations</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formation Prisme : précarité et santé mentale (Repérage des troubles psychiques et orientation ; précarité sociale et santé mentale ; migration et santé mentale; addiction ; prévention du suicide, préserver sa propre santé mentale)</li> <li>2. Les soirées interprétariat : actions de formation et de sensibilisation sur l'interprétariat en santé</li> <li>3. Soirées cliniques "Aux frontières du trauma" : un groupe d'échange et de réflexion clinique à <b>destination des professionnels de la santé mentale</b> (psychiatres, psychologues, infirmiers...).</li> <li>4. DU : Médiation, interprétariat, migration</li> <li>5. DU : Santé, société et migration</li> </ol>	<p>Formation PRISME : -Les professionnels exerçant en structures d'accueil, d'hébergement et de logement adapté</p> <p>-Les opérateurs du volet « Jeunes en rupture » du contrat d'engagement jeunes (CEJ)</p> <p>-Les professionnels de la protection de l'enfance</p> <p>-Les professionnels de l'insertion par l'activité économique (IAE) (pour la</p>	
Centres Régionaux du Psycho traumatisme	Structure de soins et de formation	<p><u>Spécialisation</u> : Formation sur le psychotrauma,</p> <p>***L'offre de formation dépend de chaque site régional (le CRP de Bretagne est en cours de montage)</p>	Équipes socio-éducatives et sanitaires	
Migrations Alsace	Association de la prévention et promotion de la santé mentale des migrants	<p>Spécialisation : Consultation avec interprète</p> <p>Exemples de formation :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accueillir, soigner et accompagner les personnes ayant un parcours migratoire</li> <li>2. Accueillir, soigner et accompagner les populations socialement fragilisées – vulnérables</li> <li>3. Prévenir et lutter contre les discriminations à l'hôpital</li> <li>4. Les rites autour de la maladie et de la mort dans les différentes traditions religieuses et culturelles</li> <li>5. Regards croisés sur l'égalité et la lutte contre les discriminations</li> <li>6. Travailler en qualité d'interprète médical et social professionnel-le</li> <li>7. Construction et enjeux de la coopération avec un-e interprète médical-e et social-e professionnel-le</li> <li>8. Construction et enjeux de la coopération avec un-e interprète médical-e et social-e professionnel-le</li> <li>9. Accueillant-e linguistique</li> </ol>	Professionnels-les de la santé, du social et du médico-social, bénévoles, et interprètes	

MCMANUS

Erin

7/09/2023

## Master 2 Promotion de la santé et prévention

Promotion 2022-2023

### **Accompagnement social face à la souffrance psychique des migrants : Regards croisés de travailleurs sociaux et professionnels de la formation en santé mentale**

**Résumé** : Plusieurs études ainsi que des associations dévouées au soutien et aux soins des personnes exilées en France attestent d'une détérioration inédite des conditions migratoires et de l'exil. Comme conséquence, des fragilités psychiques de plus en plus marquées peuvent être observées chez les nouvelles vagues des migrants en quête d'un refuge. Les travailleurs sociaux, pivot essentiel dans l'accompagnement social des primo-arrivants, se trouvent désarmés face à des souffrances complexes et méconnues chez les personnes qu'ils accompagnent. À travers une approche qualitative, ce mémoire explore les difficultés auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés dans l'accompagnement social des migrants en souffrance psychique. L'étude met en évidence les besoins spécifiques de ces professionnels lorsqu'ils accompagnent les migrants, en croisant leurs perspectives avec celles des formateurs en santé mentale. L'analyse dévoile une pluralité de difficultés : les violences psychiques des procédures administratives et des conditions de travail dégradantes des travailleurs sociaux qui fragilisent à la fois la qualité de l'accompagnement social et la santé mentale des intervenants. Ce mémoire appelle à une réévaluation des dispositifs d'hébergement des migrants sous l'angle de la promotion de la santé mentale. Il suggère également la création d'espaces alternatifs de soutien pour les migrants et les travailleurs sociaux.

**Mots clés** : Migrants, demandeurs d'asile, santé mentale, souffrance psychique, travailleurs sociaux, formation en santé mentale, accompagnement social, psychotrauma, dispositifs d'hébergement, CADA, prévention et promotion de la santé mentale

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*