



HAL
open science

Santé mentale des exilés dans le Nord Pas-de-Calais : entre nécessités et difficultés de prise en charge

Marine Avrillon

► **To cite this version:**

Marine Avrillon. Santé mentale des exilés dans le Nord Pas-de-Calais : entre nécessités et difficultés de prise en charge. Science politique. 2013. dumas-00939927

HAL Id: dumas-00939927

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00939927>

Submitted on 31 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

En tant qu'œuvre originale, ce mémoire relève du droit de la propriété intellectuelle et vous pouvez uniquement en faire une reproduction à titre privé, sous réserve de la mention d'origine.

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Santé mentale des exilés dans le Nord Pas-de-Calais : entre nécessités et difficultés de prise en charge

AVRILLON Marine



Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

**Santé mentale des exilés dans le Nord Pas-de-Calais :
entre nécessités et difficultés de prise en charge**

AVRILLON Marine

Mémoire sous la direction du Docteur Pierre Micheletti

Remerciements

Avant de commencer la lecture de ce travail, je voudrais adresser un grand merci à toute l'équipe de la mission Migrants Littoral Nord Pas-de-Calais de Médecins du Monde. L'accueil qui m'a été réservé, l'autonomie et la confiance qui m'ont été données m'ont permis de faire de ce stage une expérience riche et unique qui restera plus qu'une belle aventure sous tous points de vue.

Je voudrais également remercier tous les bénévoles de la mission et des autres associations intervenants sur les camps. Leur engagement m'a impressionné et mérite d'être connu pour sa beauté.

Merci également à tous les exilés que j'ai rencontré sur les camps, grâce à eux je me suis tellement enrichie humainement.

Merci aux personnes qui m'ont accueilli à bras ouverts dans cette région du Nord Pas-de-Calais où j'ai appris à déjouer les préjugés.

Merci à Monsieur Micheletti qui a été de précieux conseils pour le choix de ce stage mais également pour l'élaboration de ce travail.

Enfin merci à mes proches, mes amis, ma famille qui m'ont toujours supporté dans mes choix et sans qui mon parcours ne serait pas le même.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 3 |
| Sommaire | 4 |
| Liste des acronymes | 5 |
| Lexique | 6 |
| Introduction | 8 |
| Première partie. | 11 |
| La précarité comme déterminant d’une détérioration de la santé mentale | 11 |
| A- Les conséquences existantes de la précarité sur la santé mentale | 11 |
| B- Précarité, santé mentale et population | 13 |
| Deuxième Partie | 18 |
| Une population confrontée à une double vulnérabilité induisant précarité et souffrances psychiques | 18 |
| A- Une vulnérabilité émanant de la décision d’émigrer | 18 |
| B- Une vulnérabilité fortement exacerbée par le parcours migratoire..... | 21 |
| Troisième partie | 26 |
| Une population cumulant les entraves à l’accès aux soins | 26 |
| A- Une typologie de population particulière compliquant la prise en charge | 26 |
| B- Une prise en charge compliquée par le manque de dispositifs adaptés | 31 |
| Quatrième partie. | 33 |
| Vers une meilleure prise en charge de la santé mentale des migrants | 33 |
| A- Une remise en cause du modèle organisationnel des activités de la mission MmM Migrants Littoral Nord Pas-de-Calais | 33 |
| B- Des dispositifs existants restant à développer et améliorer | 34 |
| Conclusion :..... | 41 |
| Bibliographie | 42 |
| Annexes : | 45 |

Liste des acronymes

ARS : Agence Régionale de la Santé

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CIMADE : Comité-Inter Mouvements Auprès Des Evacués

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

INSEE : Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques

MdM : Médecins du Monde

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Lexique

Migrant : se dit d'une personne qui quitte son pays d'origine pour venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité. Si le terme « immigré » favorise le point de vue du pays d'accueil, le terme « émigré » celui du pays d'origine, le vocable « migrant » prend en compte l'ensemble du processus migratoire.¹

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, ce terme comprend les conséquences psychologiques d'un tel mouvement de migration

Clandestin : se dit d'une personne qui enfreint les règles relatives au droit de séjourner en France et se soustrait à la surveillance.

Demandeur d'asile : personne qui a quitté son pays d'origine et souhaite obtenir le statut de réfugié.

Réfugié : au sens de la convention de Genève de 1951, est éligible au statut de réfugié toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont il a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.²

Santé mentale : la santé mentale fait partie intégrante de la santé d'une personne. Elle est influencée par des facteurs socioéconomiques, environnementaux et biologiques. Elle se définit comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. La santé mentale est donc davantage que l'absence de troubles ou

¹ Cimade, *Petit guide pour lutter contre les préjugés sur les migrants*, 2011

² Cimade, *Petit guide pour lutter contre les préjugés sur les migrants*, 2011

de handicaps mentaux. Dans ce sens positif, elle est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.³

³ Définition donnée par l'OMS, accessible à l'adresse suivante <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Introduction

Un récent rapport de l'ONU⁴ souligne que 2013 marque un nombre record de migrants de part le monde (232 millions). 3,2% de la population mondiale vivrait en dehors de son pays natal et l'Europe reste la première destination des exilés avec 72 millions de migrants.

Parallèlement à ce phénomène, les frontières des pays de l'hémisphère Nord n'ont jamais été aussi fermées et surveillées rendant l'immigration clandestine de plus en plus courante. Les moyens de contrôle mis en place sont colossaux et coûteux entraînant une prise de risques dangereuse et maximale lors des tentatives de passage des frontières clandestinement. Malgré une natalité en baisse et un vieillissement des populations européennes, l'immigration reste un sujet sensible, instrumentalisée par les différents partis politiques. Les migrants sont généralement marginalisés et exclus des populations locales. Pourtant ces exilés en recherche de protection continuent d'imaginer, avant leur arrivée, l'Europe comme un havre de paix où il est possible de s'installer et vivre décemment.

Ainsi cet état des lieux de la politique d'accueil des exilés en Europe rend compte d'un réel parcours du combattant enduré par ces personnes qui est source de précarité (pressions des passeurs, peur des contrôles de police, dangerosité du passage, conditions de vie indignes...).⁵ Ce dernier a bien sûr des conséquences sur leur état de santé physique mais également mental. Il est facilement imaginable le choc que peut représenter un tel parcours migratoire. À cela vient souvent s'ajouter les traumatismes vécus avant l'exil et l'ayant entraîné. Pourtant aujourd'hui cet aspect portant sur la santé mentale est bien souvent négligé, voire méconnu ou mal pris en charge. Le manque d'études exhaustives sur ce point et de dispositifs de prise en charge adaptés sont criants.

Ainsi pour plus de clarté dans ce travail il convient de mieux cerner ce qui va être entendu par santé mentale par la suite.

Il existe deux types de pathologies en santé mentale, d'une part les troubles mentaux souvent « inhérents » à la personne comme la schizophrénie, troubles de l'humeur ou névrotiques et d'autre part la souffrance psychique qui vient du vécu, de l'histoire de la personne.

⁴ Chiffres disponibles à l'adresse suivante [<http://www.un.org/fr/development/desa/news/population/migrants.html>]

⁵ Cet aspect sera développé plus longuement dans le développement de cet écrit

Il est intéressant d'ores et déjà de souligner que les troubles mentaux à proprement parler sont beaucoup moins fréquemment rencontrés parmi la population migrante que la souffrance psychique. Majoritairement cet écrit se concentrera donc sur la souffrance psychique pour plus de pertinence avec la situation en question. Bien sûr il existe des exilés qui ont de réels troubles psychiques en raison de ce qu'ils ont vécu, des conditions de vie indignes, de l'errance en Europe mais ce qui ressort le plus est un besoin de prise en charge psychosociale, un besoin d'écoute. C'est plus la situation dans laquelle sont ces personnes⁶ qui les rend malades.

De plus pour des raisons pratiques et de concision, ce travail se concentrera également sur la population en migration en transit vers le Royaume-Uni rencontrée sur le territoire du Nord Pas-de-Calais car il se trouve que mon stage de Master 2 s'est déroulé dans cette région avec Médecins du Monde. La mission de MdM garantit un accès aux soins à ces populations par des interventions en clinique mobile et s'attache également à améliorer leurs conditions de vie.

Selon un document de l'association Primo Levi, la prévalence des pathologies mentales chez les demandeurs d'asile en France serait de 1,80% mais ce chiffre resterait grandement sous évalué.⁷ Les conclusions de ce rapport sont claires : la question de la santé mentale dans cette population est d'une gravité extrême et est exacerbée par l'absence de solutions de soins. Il est donc urgent, comme le montrera cet écrit, que se développe un réel travail sur ce point.

Bien sûr dans le cadre de ce mémoire les demandeurs d'asile ne représentent pas la majorité de la population rencontrée sur le territoire du Nord Pas-de-Calais. Néanmoins ces personnes sont en demande de protection en Europe, elles ont choisi comme but ultime de leur parcours migratoire le Royaume-Uni, souvent pour des raisons liées à la présence de famille, amis sur le territoire anglais ou alors parce qu'elles parlent anglais et pensent qu'un travail sera plus facile à obtenir là-bas ainsi que des papiers. Bien souvent ces mêmes personnes présentes illégalement sur le sol français vont entamer une demande d'asile sur le sol anglais et se voir reconnues le statut de réfugié quelques mois après leur passage. Ils sont donc des demandeurs d'asile potentiels au même titre que les personnes déposant une demande d'asile en France. Ils ont probablement vécus des traumatismes et violences

⁶ Conséquences des politiques migratoires et d'accueil existantes

⁷ L'association Primo Levi est dédiée au soin des personnes victimes de la torture et des violences politiques. Cécile Henriques, *Survivre ne suffit pas*, Mémoires, Association Primo Levi, Juin 2006

affectant leur santé mentale. L'étude de leur santé mentale est donc tout à fait pertinente et peut être rapprochée des chiffres portant sur les demandeurs d'asile.

Après avoir précisé la portée et l'étendue du sujet de ce mémoire, il convient de préciser qu'il n'a pas la prétention d'apporter des réponses toutes faites à la prise en charge de la santé mentale que seuls des professionnels de santé expérimentés pourraient prétendre faire correctement. Cet écrit a plutôt pour vocation à mettre en lumière cette souffrance méconnue et l'importance de sa prise en charge, d'analyser sa spécificité et de procéder à une revue des possibles solutions à développer. Par ce mémoire je souhaiterai montrer à quel point ces populations en errance ont un réel besoin d'une prise en charge de leur santé mentale mais également souligner à quel point cette prise en charge pose questions et difficultés.

Il s'articule autour de quatre grands axes de développement. Dans un premier temps cet écrit s'attardera à montrer le lien existant entre précarité et santé mentale, puis il analysera la spécificité de la vulnérabilité des exilés pour mieux mettre en exergue les entraves à l'accès aux soins les concernant. Enfin il tentera d'introduire des pistes de réflexion quant à une meilleure prise en charge de la santé mentale des exilés.

Première partie.

La précarité comme déterminant d'une détérioration de la santé mentale

A- Les conséquences existantes de la précarité sur la santé mentale

Selon Joseph Wresinski dans « Grande pauvreté, précarité économique et sociale »⁸, la précarité peut se définir comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. »

Ainsi la précarité engendre une insécurité source d'instabilité et d'inquiétude, elle se mesure par plusieurs déterminants aussi bien économiques que sociaux. Par exemple le niveau de revenus, les différentes ressources, la qualité et les conditions de vie, le niveau d'éducation et de qualification, l'entourage familial et amical, l'état de santé.⁹

La précarité résulte donc souvent non pas d'un facteur en particulier mais d'une conjonction de facteurs (perte d'un emploi, d'une prestation sociale, d'un lien familial ou affectif, déclenchement d'une maladie) s'imbriquant les uns dans les autres et s'enchaînant pouvant aller jusqu'à une réelle exclusion économique et sociale de la personne.

Bien qu'il soit difficile de cerner définitivement ce qu'est la notion de précarité car cette dernière reste dépendante du contexte dans lequel on la mesure, il ressort comme éléments clés d'une situation précaire un état d'insécurité, d'instabilité et de fragilité des personnes au niveau économique, social et sanitaire. Ainsi les personnes en situation de précarité sont plus vulnérables que le reste de la population sur de nombreux aspects (notamment le respect de leurs droits fondamentaux comme l'accès à un logement digne, aux soins...).

La précarité peut donc se voir comme un processus dynamique et évolutif dont il est difficile de sortir et qui expose les personnes à de réelles souffrances. Les individus en situation de précarité vivent donc souvent dans des conditions indignes ou insalubres, n'ayant pas toujours la possibilité de satisfaire correctement à leurs besoins fondamentaux

⁸ Joseph Wresinski, Rapport au Conseil Economique et Social *Grande pauvreté, précarité économique et sociale*, 1987

⁹ Pour plus d'informations sur la façon de mesurer la précarité, se référer au rapport du Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, 1999, p.26

(tels que se laver, dormir, manger, se loger dans des conditions dignes). Il est alors facile d'imaginer les liens et conséquences négatives que peut avoir la précarité sur l'état de santé de ces populations précaires¹⁰ (diminution nette de l'espérance de vie, plus fort taux de morbidité, risque accru de maladies infectieuses...). D'autant plus que bien souvent la situation difficile dans laquelle vivent ces personnes les conduit à adopter des comportements¹¹ qui auront des conséquences néfastes sur leur santé.

Non seulement l'accès aux soins de ces personnes va être compliqué par leur pauvreté et leur marginalisation conduisant à un retard dans le recours aux soins. Mais leur état de santé en lui-même va être dégradé par ces conditions de vie, y compris leur état de santé mentale. Ainsi des études menées sur les lieux de vie des populations précaires ont réussi à caractériser la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans ses formes sévères.¹²

Il est certes difficile d'imaginer comment des conditions de vie insalubres, le manque d'hygiène et de nourriture correctes, la rupture sociale et le sentiment d'exclusion et de stress généré pourraient ne pas dégrader la santé mentale de ces personnes.¹³ De nombreuses études plus récentes menées par le COMEDE ou Médecins du Monde ont corroboré ces résultats et affirmé le lien entre précarité et dégradation de la santé mentale.¹⁴

Ainsi l'Observatoire de l'Accès aux Soins publié par Médecins du Monde en 2011 ou l'enquête Samenta intitulée « Santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne » ont mis en exergue la prévalence de la dépression, du suicide et des troubles du comportement chez les personnes précaires.¹⁵

¹⁰ Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, 1999 : XI

¹¹ Au sein des couches de population les plus précaires, les taux de consommation de drogues, alcool, tabac sont en général plus élevés que dans la population générale. Pour plus d'informations se référer au rapport du Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, 1999 p. 279-294

¹² Pour plus d'informations se référer aux enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie de populations précaires (Chauvin et Parizot, 2005) ou sans-domicile (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999, *The Prevalence of Psychiatric Disorders and Use of Care by Homeless People in Paris*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, p. 580-587.)

¹³ Déjà en 1999, le Haut comité de la santé publique dans son rapport *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* soulignait que « la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-social ».

¹⁴ Maryse Lepee et Henri Peltier, *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, FNARS, 2010

¹⁵ À titre d'exemple, les symptômes évoquant une dépression sévère surviennent avec une fréquence de près de 20 % chez des hommes RMIstes contre moins de 3 % en population générale. Pour plus d'informations consulter par exemple Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P., *Enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans*

D'un point de vue plus exhaustif l'interaction entre précarité et santé mentale comporte deux dimensions. D'une part il peut y avoir chez les personnes en situation de précarité une prédisposition à un trouble mental tel que la psychose ou les troubles de la personnalité ce qui altèrent leurs aptitudes sociales et les entraînent de fait dans un processus de précarisation¹⁶. D'autre part, la situation de précarité en elle-même et l'exclusion qui en résulte amène de fait des souffrances psychiques voire parfois des troubles mentaux.¹⁷

Ainsi quoi qu'il en soit il est évident que la précarité fait rentrer les personnes dans une sorte de cercle vicieux dégradant leur état de santé physique et mental. En effet, ces personnes vivent dans une instabilité omniprésente et mènent un combat quotidien pour (sur)vivre, ce qui est source d'usure, de stress et de souffrances. Tout cela a alors pour conséquence de fragiliser leur état de santé global.

B- Précarité, santé mentale et population

Comme mentionné précédemment la précarité génère de nombreuses conséquences sur la santé, y compris mentale, des personnes. De nombreuses études ont été menées dans le monde¹⁸, depuis les années 1960, et portent sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les sans domicile fixe.¹⁹ Par exemple dans une méta analyse réalisée en 2009 par Fazel S. Khosla V. et regroupant de nombreuses études sur le même thème dans différentes régions du monde montre que la prévalence des troubles psychotiques au sein de cette population atteint 12,7%. (cf. annexe 1). Cette étude met également en avant le fort taux de prévalence des troubles dépressifs majeurs ou troubles de la personnalité (respectivement 11,4% et 23,1%) ainsi que la dépendance à l'alcool (37,9%) et à la drogue (34,4%) parmi la population sans domicile fixe dans sa globalité (trois fois plus élevée que dans la population

domicile usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne, Paris, Observatoire du Samusocial, 2010

¹⁶ Selon l'enquête Samenta publiée en 2010, le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus élevé que pour la population générale.

Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P., *Enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne*, Paris, Observatoire du Samusocial, 2010, p. 13

¹⁷ La même enquête Samenta estime qu'un tiers des personnes sans domicile souffrent de troubles psychiatriques sévères tels que des troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux (page 13).

¹⁸ Fazel S, Khosla V, Doll H, et Geddes J. 2008. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine* 5, no 12, p. 1670-1680.

¹⁹ Population type caractérisée par une grande précarité

générale). Ainsi la relation entre l'extrême précarité que connaissent ces personnes et les troubles mentaux est illustrée par ces chiffres. Ces analyses permettent de mettre en exergue l'existence d'un lien important entre précarité et détérioration de la santé mentale quelque soit le pays, la culture, l'économie, le mode de vie...

Comparé à la population générale, il existe donc une forte prévalence des pathologies mentales au sein des populations en situation de précarité quelque soit le pays concerné.²⁰

A l'échelle française la précarité est un fait réel et actuel dont on ne peut nier l'existence. Le taux de chômage est de 10,5% au deuxième semestre 2013²¹, 12,3% des salariés ont un emploi précaire (contrat à durée déterminée, intérim, stages ou formations).²² Ce sont surtout les personnes peu qualifiées, de plus de 50 ans et les jeunes (22,5% des 18-25 ans vivaient en dessous du seuil de pauvreté) qui sont le plus touchées par cette précarité. Selon les dernières statistiques de l'INSEE datant de 2010, la France comptait 8,6 millions de personnes pauvres vivant avec moins de 964 euros par mois, 5 millions de personnes étaient en situation de fragilité réelle de logement et 3,6 millions de personnes étaient mal logées. Les situations d'extrême pauvreté augmentent avec 2,1 millions de personnes vivant avec moins de 624 euros par mois.²³

Le taux de pauvreté a atteint 14% de la population générale et 6,3 millions de personnes sont couvertes par des minima sociaux.

Lors des deux dernières années 20% des français déclarent avoir renoncé à des soins ou alors à les avoir retardés. La hausse des fréquentations des CASO de MdM illustre le même constat.²⁴ Enfin en 2011, 293 millions de repas ont été distribués en France et 765 000 ménages étaient surendettés en 2012.²⁵

²⁰ A titre de comparaison on estime qu'environ 2% de la population mondiale est touchée par un trouble psychotique, la dépression a représenté en 2007 4,5% de la morbidité mondiale (chiffre donnée par l'OMS mais considéré comme sous-estimé par beaucoup d'auteurs)

²¹ [URL : <http://www.journaldunet.com/economie/magazine/en-chiffres/chomeurs-en-france.shtml>]

²² Chiffres accessibles sur le site internet de l'Observatoire des inégalités

[URL : http://www.inegalites.fr/spip.php?article957&id_mot=89]

²³ Chiffres issus de l'article *La France compte 86 millions de personnes pauvres*, paru dans le Figaro, 10 décembre 2012

[URL : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/12/10/01016-20121210ARTFIG00455-la-france-compte-86-millions-de-personnes-pauvres.php>]

²⁴ Pour un nombre équivalent de CASO, la fréquentation a augmenté de 17% depuis 2008. Les Caso sont les Centres d'accueil, d'orientation et de soins mis en place en France par Médecins du Monde (21 au total). Ils ont pour objectif de garantir un accès aux soins de qualité aux personnes qui n'arrivent ou ne peuvent en bénéficier.

Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012

²⁵ Chiffres disponibles sur le site de l'Express [URL : http://expansion.lexpress.fr/economie/les-10-chiffres-chocs-sur-la-pauvrete-en-france_364016.html]

Tous ces indicateurs permettent de caractériser l'existence d'une réelle précarité en France qui semble s'accroître. Cette situation va forcément engendrer des impacts importants sur l'état de santé global de la population française et conduire à une hausse des dépenses de santé y compris mentale. D'autant plus que la France est d'ores et déjà le premier pays européen consommateur de psychotropes. Les pathologies relevant de la psychiatrie se situaient en 2011 au troisième rang des maladies les plus fréquentes.²⁶

Selon un rapport datant de 2009 et intitulé « Santé mentale, l'affaire de tous », la prévalence des troubles psychotiques sévères reste stable (environ 1% pour la schizophrénie, 2% pour les troubles de l'anxiété généralisé).²⁷ En revanche on note une augmentation de la prévalence des troubles dépressifs, 7,5% des français ont connu un trouble dépressif majeur au cours des douze derniers mois en 2010.²⁸ Et si l'on prend en compte le sentiment de tristesse, la détresse psychologique, la prévalence monte à 20% des français. Cependant ces chiffres restent à relativiser dans la mesure où la France demeure dans la moyenne européenne.²⁹

Dans tous les cas, la prise en compte de la précarité et de l'état de santé mental de la population française se développe et pourrait devenir une priorité de santé publique étant donné les coûts en jeu.³⁰

Ainsi après avoir décrit les liens existants entre précarité et santé mentale ainsi que d'avoir mis en lumière la situation à l'échelle mondiale et nationale, il convient de s'intéresser plus en détail à la région concernée par ce travail qui est le Nord Pas-de-Calais. Cette dernière, ancien bassin industriel et portuaire, connaît une situation de crise depuis quelques années. Le taux de chômage y est plus élevé par rapport à la moyenne nationale (14% au premier trimestre 2013 contre 10,8% sur le plan national)³¹ et 18,5% de la

²⁶ Collectif Santé Mentale et Troubles Psychiques, *Quelques Chiffres*,

[URL : <http://www.santementale2014.org/santementaletroublespsychiques/quelques-chiffres/>]

²⁷ Marine BOISSON, Clélia GODOT et Sarah SAUNERON, *Santé mentale, l'affaire de tous*, Centre d'analyse stratégique, octobre 2009 [URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/094000556/0000.pdf>]

²⁸ Baromètre santé 2010 [URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>]

²⁹ Selon l'Eurobaromètre de 2005 (enquête MH5) en moyenne 17% des européens présentaient un niveau significatif de détresse psychologique.

³⁰ De nombreux rapports ont été publiés récemment sur ce sujet que se soit par les Agences régionales de Santé ou l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé

³¹ Source INSEE [URL : http://insee.fr/fr/ppp/comm/presse/comm/Communique_presse_060613.pdf]

population vit sous le seuil de pauvreté.³² En terme de santé mentale les indicateurs traduisent également des difficultés supérieures au niveau national.

Par exemple 36% de la population présentait un trouble de santé mentale contre 31% au niveau national. Le taux standardisé de suicide est de 20 contre 16,3 en France métropolitaine et 25% de la population a consommé au moins un psychotrope au cours des douze derniers mois (2005). Les pathologies psychiatriques représentaient la deuxième cause médicale d'arrêt de travail en 2004.³³

A cela s'associe le manque de praticiens et d'infrastructures adaptées. Par exemple le Nord – Pas-de-Calais est moins bien pourvu en psychiatres que le reste de la France : la densité régionale est de 13 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 22 en moyenne en France, et de 3,3 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, contre 10,3 en France. En 2007, le Nord Pas-de-Calais comptait 541 psychiatres, dont 134 libéraux et mixtes, avec une forte disparité régionale.³⁴

C'est dans ce contexte d'une région fortement touchée par la précarité, et ayant donc de forts besoins en terme de santé mentale avec peu de moyens, qu'existe une nécessité de prise en charge en terme de santé mentale et cela auprès des populations migrantes. Ces dernières sont déjà dans une situation de précarité administrative, sociale, affective, de conditions de vie et d'accueil. Ils vivent souvent dans des conditions de vie indignes ou insalubres sans accès notamment à l'eau, à l'hygiène, à l'électricité ou encore aux soins. Ceci fragilise d'autant plus leur santé mentale et favorise le développement de pathologies ou souffrances psychiques. Selon le rapport Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde, 11% des personnes reçues dans les CASO³⁵ présentaient une pathologie psychique ou psychiatrique (les troubles les plus fréquemment rencontrés sont les troubles anxieux et les syndromes dépressifs). Les troubles psychiques motivent 8 % des consultations dans les CASO mais 32 % des personnes présentant un trouble psychique ou psychiatrique consultent pour un autre motif. C'est alors au personnel médical de savoir les repérer et les prendre en charge.

³²[URL:http://www.insee.fr/fr/insee_regions/midipyrenees/themes/dossiers_etudes/tableaux_de_bord/precarite_2012/zoom_pauvrete12/zoom_pauvrete12.pdf]

³³ Agence régionale de santé Nord Pas-de-Calais, *La santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais - prise en charge et évaluation*, décembre 2012

³⁴ Pour plus d'informations se reporter à l'étude de l'Observatoire régionale de la santé Nord Pas-de-Calais, *Santé mentale*, 2009 [URL : http://www.orsnpdc.org/observation/211912_1santemen.pdf]

³⁵ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 8

Ces chiffres émanant des CASO sont d'autant plus pertinents sachant que 71,7% des personnes ayant consulté sont sans autorisation ou droit de séjour et 31% sont concernées par une demande d'asile. Les français représentent 6% des personnes reçues.³⁶ La typologie de population bénéficiant de consultations dans les CASO est donc assez représentative de la typologie des populations migrantes présentes dans le Nord Pas-de-Calais.

Selon une étude du COMEDE³⁷ une des pathologies les plus rencontrées parmi la population migrante est le psycho traumatisme en raison de leur parcours de vie, de ce qui les amène à fuir leur pays, ce qu'ils ont vécu en chemin vers l'Europe, de leurs conditions de vie.

Cependant comme le souligne le rapport de Médecins du Monde il demeure difficile d'évaluer précisément la prévalence des troubles psycho-traumatiques chez les personnes exilées. Toutefois, toutes les études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante. Selon l'association Primo Levi, « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne seraient gravement traumatisés [...] et auraient besoin d'un traitement et d'assistance »³⁸.

Ainsi après avoir mis correctement en exergue le lien existant entre précarité et santé mentale, il convient de s'intéresser plus particulièrement à la population migrante présente sur le territoire du Nord Pas-de-Calais en analysant plus en profondeur les déterminants de cette précarité induite par la migration et ses effets sur la santé mentale de ces personnes.

³⁶ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 25-26

³⁷ Veisse A., Aïna Stanojevich E., *Repères sur la santé des migrants*, la Santé de l'homme, n°392, 2007

[URL : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/392/02.htm>]

³⁸ Association Primo Levi, *Mémoires*, 2006, p. 30

Deuxième Partie.

Une population confrontée à une double vulnérabilité induisant précarité et souffrances psychiques

Selon les chiffres donnés par le COMEDE, la tranche d'âge 20-39 ans des migrants est la plus touchée par les chocs psycho traumatiques.³⁹ Cette typologie de population est typiquement celle rencontrée sur le territoire du Nord Pas-de-Calais par les équipes de Médecins du Monde. En effet, la moyenne d'âge des patients reçus en clinique mobile sur les camps du Dunkerquois est de 26 ans.⁴⁰ Cette population en migration venant de pays souvent instables économiquement ou politiquement présente des caractéristiques propres induisant une criante précarité et des souffrances spécifiques. Ainsi cette partie tentera de mettre en lumière l'origine de cette précarité, source de souffrance psychique, vécue par les migrants. Il est intéressant de noter d'ores et déjà l'existence d'une vulnérabilité multiforme chez ces personnes provenant à la fois de la décision d'émigrer, qui peut être vécue comme un traumatisme plus ou moins fort, mais également du parcours migratoire.

A- Une vulnérabilité émanant de la décision d'émigrer

La majorité de la population mondiale est sédentaire⁴¹ et la plupart des migrants n'auraient jamais envisagé quitter leur pays, leur région d'origine, leur famille si des événements extérieurs ne les y avaient pas contraints. En effet, généralement ils ont laissé derrière eux une situation familiale, professionnelle, sociale, culturelle... pour partir, souvent seul, dans un pays inconnu. Ce n'est donc pas par « plaisir » mais bien contraintes et forcées que ces personnes décident d'émigrer. Il est important de rappeler ici que les migrants fuient principalement leur pays pour des raisons politiques, sécuritaires, d'appartenance sociale ou religieuse.⁴² Leur démarche s'inscrit donc principalement dans une demande de protection et non pas d'enrichissement économique. C'est donc un premier traumatisme qui

³⁹ COMEDE, *Guide pratique 2013 soins et accompagnements des migrants/étrangers en situation précaire*, 2013, p. 275

⁴⁰ Médecins du Monde, Rapport annuel 2012, Mission Migrants Littoral Nord Pas-de-Calais

⁴¹ L'Organisation Internationale pour la Migration estime que les migrants représentent 3% de la population mondiale

⁴² Pour illustrer ce propos il suffit d'analyser les nationalités présentes sur le littoral du Nord Pas de Calais en 2012, il s'agit principalement de personnes originaires de pays instables comme l'Afghanistan, l'Iran, l'Irak, la Syrie, l'Erythrée, le Soudan (source : Médecins du Monde, Rapport annuel 2012, MdM Mission Migrants Littoral Nord Pas de Calais)

atteint ces personnes par la séparation des proches, de la famille, du pays. A cette première vulnérabilité et choc de l'exil vient s'ajouter les raisons souvent violentes du départ.

Ces personnes ont souvent subi des menaces, pressions, violences pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, professionnelles... Les raisons de leur départ sont souvent induites par la violence, l'envie d'une vie meilleure ainsi qu'une demande de protection qui guident ce choix douloureux d'émigrer. Sur les camps de migrants du Dunkerquois l'exemple des Afghans est frappant pour illustrer ce départ violent, contraint et forcé. Ces derniers ont représenté en 2012, 24 % de la population des camps⁴³ du Dunkerquois, donc une part non négligeable. Ils sont devenus de part le monde les émigrés les plus nombreux.⁴⁴

Selon Eurostat, en 2011, l'Afghanistan est devenu le premier pays d'origine des demandes d'asile en Europe (9% des demandes soit 28 000 demandes).

Leur départ est principalement lié à la terreur que fait régner les Talibans dans ce pays. La plupart des personnes d'origine afghane rencontrées sur les camps sont de jeunes hommes (parfois mineurs) ayant travaillé bien souvent pour des armées occidentales ou compagnies de sécurité privées en tant qu'interprète ou chauffeur par exemple. Ils sont donc considérés par les Talibans comme des traîtres et menacés de mort dans leur pays. Ils sont contraints de fuir pour préserver leur vie ainsi que celle de leur famille. Il est intéressant de noter que dans ce cas précis la France a annoncé accueillir 160 personnes (dont 32 interprètes) ayant travaillé pour l'armée française.⁴⁵ Cependant, les américains qui ont employé le plus de personnel local, étant les plus engagés sur le terrain, n'ont prévu aucune mesure de protection ou d'accueil pour ces personnes. Elles sont donc contraintes de fuir la violence, les pressions subies dans leur pays et de partir seule à la recherche d'une protection qu'elles ne trouveront pas toujours.

Sans oublier ici les personnes ayant subi la torture ou des traitements inhumains cruels ou dégradants, traumatisme de guerre dans leur pays. Bien qu'ils soient moins

⁴³ MdM, Rapport annuel 2012, Mission Migrants Littoral Nord Pas de Calais

⁴⁴ Brothers Caroline, *Les jeunes afghans en quête d'une vie meilleure*, Presseurop, 1 septembre 2009, disponible sur [URL : <http://www.presseurop.eu/fr/content/article/87861-les-jeunes-afghans-en-quete-dune-vie-meilleure>]

⁴⁵ [URL : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/392/02.htm>]

nombreux, leurs besoins n'en demeurent pas plus criant en raison du grand psycho traumatisme qu'ils portent.⁴⁶

Ainsi une souffrance psychique est déjà à l'origine de la décision d'émigrer puisque les personnes en situation de migration fuient leur pays majoritairement pour causes de menaces, pressions, violences exercées dans leur pays. De plus, cette souffrance est accentuée par le sentiment de non retour que ressent chaque migrant. Chacun d'entre nous lorsqu'il part vivre dans un autre pays peut ressentir une souffrance psychologique de part l'éloignement, la différence culturelle, sociale, économique... Cependant cette souffrance peut être atténuée par l'idée qu'il existe toujours un endroit où il est possible de retourner, dans lequel nous comprenons les codes et habitudes et où nos proches demeurent. Cette possibilité de retour est inenvisageable pour la majorité des migrants. « L'impossible retour » dans le pays d'origine, coupant alors tout lien physique avec la culture, les proches, rend la souffrance encore plus grande et contribue à une déstabilisation profonde du psychisme de ces personnes. A cela vient s'ajouter la peur ressentie pour les proches laissés dans le pays d'origine, la coupure avec le lien familial et culturel.

Il existe également une forte pression reposant sur les épaules du migrant. Souvent lorsque la famille est modeste voire pauvre, une seule personne (très souvent un jeune homme jeune, en bonne santé) est « choisi » pour émigrer. Dans le but de financer ce voyage (indicatif du prix pour venir en Europe : environ 9000 euros⁴⁷), toute la famille voire le village s'est « cotisé », des biens ont été vendus. Il est aisé alors d'imaginer la pression qui pèse sur les épaules de l'individu vis à vis de ses proches, sa communauté. Il doit à tout prix réussir le passage en Europe et trouver un travail pour rembourser la dette contractée mais également envoyer de l'argent à la famille restée au pays et maintenir une réputation, une image. Bien souvent les migrants présents sur les camps cachent leurs conditions de vie indignes à leurs proches pour ne pas les inquiéter et maintenir l'image de réussite en Europe. Ceci entraîne irrémédiablement un renforcement de leur isolement car ils ne peuvent partager avec les personnes dont ils sont proches leurs souffrances et inquiétudes quotidiennes.

⁴⁶ Lors de mon stage, j'ai pu entendre l'histoire d'un Erythréen ayant connu la guerre dans son pays et étant complètement traumatisée par cette dernière. Il avait de réelles hallucinations voyant l'ennemi à ses trousses et nécessitaient une prise en charge psychiatrique.

⁴⁷ Prix indicatif donné par les migrants lors de discussions informelles sur les camps, parfois le prix du trajet migratoire peut monter jusqu'à plus de 12 000 euros

Ainsi les migrants sont donc une population fragilisée avant le parcours migratoire. Comme expliqué précédemment, de multiples facteurs, vecteur de stress, traumatismes, détériorent déjà leur santé mentale avant le départ. Cette situation de vulnérabilité initiale rend de fait la précarité et les souffrances mentales encore plus grandes. De plus, le parcours migratoire va venir proroger voire fortement aggraver la précarité et donc les souffrances psychiques.

B- Une vulnérabilité fortement exacerbée par le parcours migratoire

Comme expliqué précédemment, les personnes en situation de migration sont déjà fragilisées avant de quitter leur pays. Elles ont été souvent confrontées à toutes formes de violences, souffrances et la décision d'émigrer est source de douleurs. Mais c'est également leur parcours migratoire et l'arrivée en Europe qui les confrontent à de grandes souffrances et entraînent une dégradation importante de leur santé mentale.

Leur périple à destination de l'Europe dure de longs mois dans des conditions difficiles (passage dans des camions, pas de logements, d'accès aux soins, à l'eau et à une nourriture correcte... pressions des passeurs et de la police), de dépendance (envers les passeurs et les associations leur venant en aide) et de vulnérabilité. Ils voient souvent des camarades de voyage abandonnés, être blessés ou même mourir devant leurs yeux. Ce parcours est pour beaucoup d'entre eux un véritable traumatisme. L'usure physique mais aussi mentale apparaît donc très vite dans ces conditions. La précarité et les souffrances psychiques sont alors omniprésentes. De plus, l'arrivée en Europe renforce cette précarité par différents facteurs.

Tout d'abord la politique actuelle « d'accueil » des migrants en Europe est plutôt une politique de non accueil. Tout est fait pour les décourager, le respect de leurs droits fondamentaux (accès à un logement, aux soins, à l'eau et à une nourriture correcte, à une douche, aux toilettes...) n'est même pas assuré dans la majeure partie des cas. Aujourd'hui les contrôles aux frontières ont été renforcés et rendent plus que jamais l'expression « forteresse Europe » vraie.⁴⁸

⁴⁸ Selon le concessionnaire du port de Calais, les dépenses annuelles assurant la sûreté portuaire et plus spécifiquement la lutte contre l'immigration clandestine s'élèvent à 16 millions d'euros. 200 agents sont employés essentiellement à surveiller les installations et à effectuer des contrôles d'accès. Ces contrôles renforcés émanent d'accord bilatéraux entre la France et

Tout est fait pour marginaliser et exclure les populations migrantes. Parfois c'est à se demander si tout n'est pas fait pour enlever toute humanité à ces personnes. Comme si, il existait une volonté de rendre invisibles ces populations. Par exemple, depuis la fermeture du camp de Sangatte en 2002, les populations migrantes se sont éparpillées sur le territoire du Nord Pas-de-Calais, elles se sont installées près des ports et aires d'autoroutes. Tout ceci complique leur localisation et donc l'action menée par les associations leur venant en aide.

Ces conditions « d'accueil » renforcent donc la précarité des migrants et amènent de graves souffrances psychiques. Ils se sentent marginalisés, exclus de cette Europe pourtant rêvée où ils ne demandent qu'une protection.

De plus, cette politique d'accueil entraîne de fait une instabilité administrative, ils sont sans papiers, sans titre de séjour valide sur le territoire. Les procédures de régularisation en France sont tellement longues que beaucoup y renoncent (préférant l'Angleterre réputée plus rapide) ou alors d'autres attendent des mois dans l'incertitude et des conditions de vie difficiles. Cette précarité administrative est source de stress permanent. Leur vie est guidée par la peur des contrôles, de la police, des renvois et expulsions.

Il faut également mentionner ici le harcèlement policier dont font l'objet les migrants aussi bien dans leurs lieux de vie⁴⁹ que lors des contrôles à la frontière. Souvent lors des contrôles de police sur les camps, les migrants sont arrêtés et conduits au commissariat de Coquelles. Certains sont placés en rétention et d'autres relâchés dans la journée sans trop d'explications, ils doivent alors rentrer souvent à pied, marchant des heures.⁵⁰

Il est même arrivé que les policiers indiquent la mauvaise direction aux migrants pour rentrer sur leurs lieux de vie. On comprend alors aisément que cette vie de traque et d'errance, ce sentiment d'exclusion, soient source d'épuisement physique et psychologique.

le Royaume-Uni dont le traité du Touquet signé en 2003. Chiffres issus de la réponse du Ministre de l'Intérieur en date du 19 février 2013 à une question écrite posée par le député Yann Capet.

⁴⁹ Le Défenseur des Droits a condamné dans une décision du 13 novembre 2012 le harcèlement policier dont font l'objet les migrants à Calais suite à une saisine de Médecins du Monde.

En moyenne, la Police aux frontières effectue une visite au moins par semaine sur les camps du Dunkerquois.

⁵⁰ Distance indicative Calais Coquelles : 5,6 km, Dunkerque Coquelles : 48,5 km.

Pour plus d'information sur ce point, la lecture du chapitre « Police, problem » du livre de Haydée Sabéran intitulé *Ceux qui passent*, Carnets Nord, 2012

De plus, un mécanisme européen, appelé procédure Dublin II, est venu depuis 2003 grandement précariser la situation des migrants en Europe. Cette procédure désigne le premier pays d'arrivée dans l'Union Européenne comme responsable de la demande d'asile de la personne.⁵¹ Ses empreintes digitales sont prises et partagées sur des fichiers européens appelés entre autre Eurodac⁵². Les migrants sont donc comme prisonniers de ce système qui force leur choix de vie, ils ne peuvent choisir le pays où ils souhaitent demander l'asile et s'installer durablement. Chaque contrôle de police peut entraîner un contrôle des empreintes digitales et un renvoi vers le pays responsable de la demande d'asile. Les migrants ayant leurs empreintes prises vivent donc dans la peur permanente d'une arrestation, d'une expulsion. Beaucoup sont expulsés mais reviennent ensuite pour tenter une nouvelle fois le passage en Angleterre malgré la présence de leurs empreintes dans un autre pays.⁵³ Certains vont jusqu'à se brûler les doigts pour que leurs empreintes ne soient pas reconnues par le fichier informatique. Quant à ceux qui n'ont pas d'empreintes prises, ils vivent dans la peur constante d'être pris, ce qui contrecarrerait leur projet migratoire. A cause de ce système, se développe en Europe de véritable parcours d'errance pour ces personnes, elles « naviguent » de pays en pays, d'expulsions en expulsions, sans pouvoir envisager et construire leur futur. Pour caractériser la situation de ces personnes Haydée Sabéran utilise dans le livre « Ceux qui passent » l'expression de « migrerrant ».⁵⁴ On comprend alors aisément le stress quotidien et omniprésent, l'incertitude du futur que doit ressentir chaque personne en situation de migration sur le sol européen.

La vulnérabilité et donc la précarité des personnes en situation de migration vient également de leurs conditions de vie durant le parcours migratoire. Comme la priorité est d'avancer dans le parcours migratoire et ne pas se faire repérer par la police, les migrants ne donnent pas la priorité à leurs conditions de vie qui sont en général insalubres et indignes

⁵¹ A l'origine ce dispositif était prévu pour mieux répartir les demandes d'asile entre les différents pays de l'Union Européenne.

⁵² EURODAC est une base de données communautaire, opérationnelle depuis le 15 janvier 2003, de stockage des empreintes digitales à partir de laquelle on détermine le seul État membre de l'UE responsable de l'examen d'une demande d'asile, auquel tous les autres renvoient le requérant.

⁵³ En discutant avec ces personnes, on comprend aisément qu'elles ne veulent demander l'asile dans les pays où leurs empreintes ont été prises. En effet, ce sont souvent l'Italie ou la Grèce qui sont les pays d'entrée dans l'Union Européenne. Or ces pays se trouvent actuellement dans une situation économique difficile, les migrants sont laissés sans aucune prise en charge et sans possibilité de travailler. Par exemple beaucoup d'Afghans racontent avoir demandé l'asile en Italie mais n'avoir bénéficié d'aucune aide, logement durant l'examen de leur dossier.

⁵⁴ Sabéran Haydée, *Ceux qui passent*, Carnets Nord, 2012, chapitre « les doigts brûlés ». Expression inventée à l'origine par la Cimade.

tout au long de leur parcours. Ils n'ont souvent pas d'endroit où dormir à l'abri, pas d'accès à l'hygiène, à l'eau, aux soins... La plupart de leurs droits fondamentaux sont bafoués et ces conditions extrêmement difficiles peuvent s'avérer dégradantes. Il est intéressant de noter ici que ces conditions de vie indignes associées à une dépendance de ces personnes envers les associations leur venant en aide peuvent entraîner une baisse de l'estime de soi et de l'image qu'ils ont d'eux mêmes. La plupart de ces jeunes hommes en migration ne sont pas habitués à être dans une situation de dépendance. Cela peut s'avérer extrêmement difficile moralement à vivre et dégradants pour certains. D'où le développement potentiel d'un syndrome dépressif. Ils peuvent perdre la confiance qu'ils ont en eux et le sens des initiatives. S'ajoute à cela la pression et les violences exercées par les passeurs sur les camps. Il n'est pas rare d'entendre des migrants témoigner à ce sujet.⁵⁵ Une relation de dépendance se crée donc également envers les passeurs et ces derniers peuvent en profiter. Dans tous les cas les migrants ne sont pas tout à fait libres de leurs choix. Tout ceci exacerbe alors leur vulnérabilité et précarité et accentue les souffrances psychiques.

Enfin un autre traumatisme dû au parcours migratoire peut être identifié. Il s'agit du choc subi lors de la rencontre avec la culture européenne. Pour chaque migrant une confrontation se fait entre la réalité et les idées qu'ils avaient eu le temps de se faire durant leur parcours, avec les dires qu'ils avaient entendus. La culture et les codes sociaux sont totalement différents puisque la plupart d'entre eux viennent de pays culturellement radicalement différents. La perte de repères et la déstabilisation sont grandes. Ils évoluent pour certains dans un monde dont ils ne comprennent pas les codes. Ce fait est donc source de souffrances également et vient s'ajouter aux nombreuses autres sources expliquées précédemment. Beaucoup évoquent le « choc de l'individualisme européen », par exemple ils ne comprennent pas pourquoi tant d'européens sont seuls dans leur voiture et ne proposent pas de partager le trajet avec un individu marchant seul le long de la route. Certains ont tellement de colère et d'incompréhension en eux, qu'ils deviennent agressifs en réaction, en colère contre tout mais rien en particulier.

⁵⁵ Lors de mon stage, une femme d'origine iranienne, seule sur le camp, m'a témoigné des pressions subies par les passeurs. Ces derniers étaient persuadés qu'elle avait des contacts avec la police. Ils lui ont alors confisqué et détruit son téléphone portable.

Ainsi ont été caractérisés les déterminants de la précarité source de souffrance psychique chez les personnes en situation de migration dans le Nord Pas-de-Calais. Le docteur Mireille Joussement résume très bien la situation de ces personnes et ses conséquences par la phrase suivante : « cet état d'angoisse chronique aggrave considérablement l'état de santé du patient, en décompensant des pathologies préexistantes ou en en révélant d'autres, et pérennise les symptômes initiaux ; alors le patient se replie encore davantage sur lui-même, seul avec ses symptômes en boucle »⁵⁶. Maintenant que la souffrance psychique spécifique des migrants a été identifiée il convient de mettre en lumière en quoi la prise en charge s'avère d'autant plus difficile.

⁵⁶ Mireille Joussement, *Continuer à soigner*, Mémoires n°46, Association Primo Levi, juin 2009, p.11

Troisième partie

Une population cumulant les entraves à l'accès aux soins

L'accès aux soins et la santé dépendent de nombreux déterminants internes et externes aux personnes. Les inégalités dans ce domaine peuvent donc être fortes selon la typologie de population concernée. Concernant les patients migrants, selon les chiffres donnés par Médecins du Monde dans l'Observatoire de l'accès aux soins, ils expriment deux fois moins souvent que les patients français des troubles psychiques.⁵⁷ Toutefois ce chiffre doit être pris avec précaution dans la mesure où ces populations sont confrontées à de multiples obstacles compliquant leur prise en charge (notamment des barrières linguistiques ou culturelles).

A- Une typologie de population particulière compliquant la prise en charge

La population migrante sur le territoire du Nord Pas-de-Calais présente des caractéristiques propres, différentes de la population générale, ce qui rend la prise en charge de la santé, y compris mentale, de chacun parfois très compliquée.

Tout d'abord comme expliqué précédemment, la politique actuelle de l'État envers les populations migrantes cherche à « effacer » leur présence. Ils sont rendus invisibles et craignent de se déplacer, d'accéder aux dispositifs de droit commun. A titre d'exemple plus de la moitié (56 %) des personnes reçues dans les CASO de Médecins du Monde déclarent limiter leurs déplacements par peur des arrestations.⁵⁸

⁵⁷ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 84

⁵⁸ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 97

Il convient alors d'analyser au regard des déterminants géophysiques de l'accès aux soins un obstacle majeur. En effet, l'accessibilité géographique aux soins est très compliquée pour ces personnes en situation illégale sur le territoire. Comment les intégrer dans un dispositif « de droit commun » d'accès aux soins alors qu'elles craignent à tout moment un contrôle de police pouvant mener à l'expulsion ? S'ajoute à cela la marginalisation dont ils font l'objet qui pourrait freiner grandement l'accès aux soins des personnes en situation illégale mais également des demandeurs d'asile en situation régulière. Ainsi malgré l'existence de dispositifs « d'aller vers » ces populations comme les cliniques mobiles mises en place par Médecins du Monde, il demeure une réelle inaccessibilité aux soins émanant de déterminants administratifs, légaux et politiques. Ils entraînent des retards importants dans la prise en charge de la santé de ces personnes.

Ensuite l'hétérogénéité de cette population est l'une de ses caractéristiques puisque composée de personnes venant de pays très différents géographiquement et culturellement. Qu'ont en commun un migrant originaire d'Iran et un migrant originaire d'Erythrée à part le fait d'avoir fui leur pays en quête de protection ? Ils viennent donc de pays très différents et ne parlent très souvent pas le français. Ici apparaît alors un obstacle important à l'accès aux soins que constitue la barrière de la langue. En effet, la prise en charge de souffrances mentales passe par des moments d'écoute, d'échange avec des professionnels. Les mots, la parole jouent alors des rôles primordiaux. Comment entreprendre une telle prise en charge avec une personne avec qui il est quasiment impossible de communiquer ? Comment comprendre les subtilités qui cachent et dans le même temps indiquent une souffrance mentale. La nécessité du recours à l'interprétariat apparaît alors ici avec toutes les interrogations que cela suscite. Lors des consultations médicales en clinique mobile un recours à un interprète par téléphone est utilisé pour permettre une bonne compréhension du diagnostic par le patient. Ce modèle est-il pertinent lors de séance d'échanges autour des souffrances psychiques de la personne ? Cette personne voudra-t-elle se confier d'abord à un téléphone plutôt qu'à une personne présente physiquement devant elle ? De plus, le recours à de telle plateforme de traduction allonge la durée de consultation.

Dans le cas où la présence d'un interprète serait retenue, il faudrait tout d'abord que cette personne parle plusieurs des langues en présence. Quelle place alors une personne

tiers faisant l'interprétariat doit avoir dans un processus de prise en compte de la santé mentale d'une personne ? On voit donc que des déterminants à la fois fonctionnels et culturels sont en jeu ici et peuvent dans ce cas entraver sérieusement l'accès aux soins et la prise en charge de la santé mentale de ces personnes.

Concernant les déterminants culturels mais également psychosociaux de l'accès aux soins un autre obstacle peut être souligné ici. Chaque société, culture a une représentation propre de ce qu'est la santé mentale, autrement dit un mal être psychologique peut s'exprimer de différentes façons selon la culture d'origine de la personne. Bien souvent la souffrance mentale de chacun apparaît en filigrane derrière d'autres maux plus « médicaux » comme des douleurs diffuses, la perte d'appétit, de force, du sommeil... Les professionnels de santé prenant en charge ces populations doivent donc faire preuve d'une grande attention pour identifier et cerner les souffrances mentales bien souvent cachées. De plus, nombre de cultures gardent encore comme « tabou » les pathologies et souffrances psychiques entraînant un déni de la part des personnes. Ceci rend encore plus difficile leur prise en charge.

Un dernier obstacle culturel mérite également d'être souligné ici et appelle une remise en question de la manière dont est pratiquée la prise en charge des souffrances psychiques en Occident. En effet la consultation individuelle n'est peut être pas la meilleure solution pour traiter les maux de ces personnes. Il a été remarqué en Sierra Leone dans la prise en charge des exilés que leurs souffrances venaient principalement de la coupure du lien et de la possibilité de dialogue avec la communauté.⁵⁹ Ainsi convient-il de se demander si la création de groupes de parole et non pas de consultations individuelles ne serait-elle pas plus pertinente ? Ces propositions seront évoquées plus en détail plus loin dans cet écrit.

Ensuite des caractéristiques propres à la population migrante présente sur le territoire du Nord Pas-de-Calais représentent des obstacles à l'accès aux soins et à la prise en charge de la santé mentale de ces personnes.

⁵⁹ Baudet Thierry, Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants, COMEDE, Maux d'Exil, 2009

Leur priorité quotidienne est de ne pas être expulsé, satisfaire leurs besoins primaires (dormir, manger, se laver) et pour certains tenter le passage en Angleterre.⁶⁰ Seulement en dernier vient la prise en charge de leur santé d'où bien souvent de réels retards des soins. Aussi il est possible que la prise en charge des souffrances psychiques et le commencement d'une démarche de soins entraînent souvent un contre coup dû à l'évocation des souffrances. On comprend alors aisément que des migrants en transit qui ne sont pas arrivés dans le pays où ils souhaitent s'installer refusent d'entamer une démarche de soins devant le danger et le coup d'arrêt que cela peut représenter dans leur parcours migratoire.

Enfin une caractéristique importante complique grandement la prise en charge des populations en transit sur le territoire. Par définition ces personnes sont en mouvement, leur volonté n'est pas de s'installer. Lors des sorties en clinique mobile sur les camps du Dunkerquois les équipes de Médecins du Monde rencontrent rarement plus de deux fois la même personne. Le suivi des soins s'avère donc très compliqué y compris pour les maladies chroniques type diabète, asthme, cardiopathies mais également pour la prise en charge de la santé mentale. En effet cette dernière nécessite suivi et continuité, plusieurs entrevues sont nécessaires et le temps fait partie intégrante de la thérapie. Comment dans ces conditions entamer une démarche de soins efficace qualitativement ?

De plus étant donné « l'instabilité géographique » et la spécificité de ces personnes et de leur situation, il est très difficile de les orienter vers une prise en charge au sein des dispositifs de droit commun existants.

Globalement ce retard de l'accès aux soins relève de bon nombre de déterminants à la fois fonctionnels, juridiques, politiques, socioculturels, financiers, géophysiques... Ces déterminants s'imbriquent et se croisent rendant plus grands les entraves à l'accès aux soins pour ces personnes. Les retards dans la prise en charge sont donc réels et aux conséquences médicales et sociales nombreuses. La prise en charge de ces populations est donc compliquée, difficile à mettre en œuvre voire inexistante pour la prise en compte de la santé mentale sur les camps du Dunkerquois par exemple. Pourtant ce n'est pas faute, comme démontré dans la partie précédente, de l'existence d'un besoin de prise en charge et d'écoute spécifique.

⁶⁰ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 8

Ainsi au regard de la typologie de population présente et tenant compte de ses caractéristiques propres une grande flexibilité est requise de la part des professionnels de santé et bénévoles intervenants auprès de ces populations. Etant donné la diversité de cette population, il est important de souligner que tous n'ont pas les mêmes besoins en terme de prise en charge de leur santé y compris mentale. Chaque cas est unique et différent et les besoins d'écoute diffèrent.

Il est intéressant de prendre pour exemple ici la différence de situation entre les demandeurs d'asile à Calais et les migrants en transit sur les camps du Dunkerquois. Les demandeurs d'asile à Calais sont en attente d'une réponse de l'Etat concernant leur statut.⁶¹ Ils ont des droits et libertés reconnus par le droit français, mais bien souvent les dispositifs existants comme les CADA sont saturés. Ces personnes se retrouvent donc à la rue et errent dans les squats en tentant de faire passer le temps, sans but précis pour les mois à venir. Cette situation d'errance et d'attente dans des conditions de vie instables et indignes viennent se conjuguer à un harcèlement policier omniprésent à Calais. On repère donc des facteurs pouvant conduire à d'intenses souffrances mentales de la part des migrants présents dans cette ville.⁶² En ce qui concerne les migrants en transit sur le territoire du Nord Pas-de-Calais, ces derniers se font le plus discrets possible étant donné leur situation irrégulière. Leur exil suivi de leur parcours migratoire couplés avec leurs conditions de vie, l'errance provoquent de grandes souffrances psychologiques. Certes il existe chez eux également un besoin d'écoute mais plus dans l'instant T, dans l'immédiateté puisque demain ils seront peut être partis en Angleterre.

Dans tous les cas il est indéniable qu'une réelle souffrance psychique existe chez ces personnes et qu'une prise en charge spécifique, bien que compliquée par de multiples facteurs, soit plus que nécessaire.

Cependant bien souvent les dispositifs existants sont inadéquats et ne peuvent être utilisés.

⁶¹ Le délai d'étude d'une demande d'asile par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) peut aller jusqu'à 18 mois.

⁶² Ce cas ne semble pas être isolé car dans le rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde (page 84) il est noté que la « fréquence des troubles psychiques repérés est significativement majorée lorsque le séjour en France se prolonge au-delà de 3 ans. Ce constat souligne peut-être l'impact des conditions de vie précaires et d'insécurité sur la santé mentale des étrangers, surtout quand elles se pérennisent. »

B- Une prise en charge compliquée par le manque de dispositifs adaptés

En France, l'offre de prise en charge de la santé mentale est très diversifiée aussi bien au niveau du mode d'organisation (libéral, milieu hospitalier), des structures (établissements médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpital de jour, appartements thérapeutiques) que des modalités de soins et de suivi (ambulatoire, temps complet ou partiel).

De plus, la psychiatrie publique est organisée selon un critère géographique régional pour une prise en charge censée être diversifiée et de proximité. La prise en charge est donc sectorisée, une équipe pluridisciplinaire (médicale et sociale) assure sa continuité, de la prévention à la réinsertion sur une zone géographique donnée. Il existe alors de fortes disparités sur le territoire national concernant la prise en charge de la santé mentale des patients. Étant donné ces caractéristiques il est facile d'imaginer la difficulté d'interpeller et d'identifier une structure étant plus à même de répondre au besoin important de prise en charge de la santé mentale des migrants.

Plus précisément dans la région Nord Pas-de-Calais, qui concerne spécifiquement cet écrit, le manque de psychiatres et psychologues est criant. La région est parmi les moins bien dotées de France avec une moyenne de 13 psychiatres pour 100 000 habitants.⁶³

Le manque est encore plus marqué si on se concentre essentiellement sur les praticiens libéraux.⁶⁴ Ainsi l'offre de soins psychiatriques, inférieure aux moyennes nationales⁶⁵, repose essentiellement sur l'hôpital général dans la région. En ce qui concerne les psychologues, là encore la région est en sous effectif et en dessous de la moyenne nationale. On compte 43 psychologues pour 100 000 habitants contre 58 en France en moyenne.⁶⁶ Un tiers de ces psychologues exercent dans la région de Lille d'où une forte disparité et inégalité géographique régionale.

Il est alors facile d'imaginer la saturation et le manque de dispositifs adaptés qui nuisent grandement à la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité dans la région surtout, mais également à l'échelle nationale.

⁶³ Brocas A.M, Coldefy Magali, La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, drees, la documentation française, 2007, p. 84

⁶⁴ Brocas A.M, Coldefy Magali, La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, drees, la documentation française, 2007, p. 86

⁶⁵ Agence régionale de santé, Atlas régional et territorial de la santé dans le Nord Pas-de-Calais, 2011, p. 55

⁶⁶ *Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais, Avril 2010,*
[URL : http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/230743_1demograp.pdf]

Lors de mon stage, une enquête a été menée sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans la région de Dunkerque. J'ai à cette occasion rencontrée deux éducatrices travaillant à l'Armée du Salut à Dunkerque. Lors de l'entretien elles ont très vite pointé l'urgence et la nécessité de la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité qu'elles rencontrent. Cependant il leur est impossible aujourd'hui de répondre à cette demande en raison de l'absence de dispositifs adaptés. Encore une fois ce sont les personnes les plus marginalisées et qui finalement auraient le plus besoin d'une prise en charge qui se retrouvent encore plus exclues de l'accès aux soins.

Dans ce contexte la prise en charge de la santé mentale des migrants par un dispositif de droit commun paraît bien compliquée actuellement. De plus, il convient de souligner ici le manque de moyens et de formations des professionnels de santé, y compris psychiatres et psychologues, à la spécificité de la prise en charge des psycho traumatismes des migrants. Souvent ces derniers déguisent la souffrance ou refusent le soin, le traumatisme vécu est spécifique et demande une prise en charge particulière, parfois le recours à un interprète peut être source de problèmes car il se positionne comme un tiers dans une relation médecin-patient. Il est alors aujourd'hui criant de plaider pour une formation à des consultations transculturelles⁶⁷ des professionnels de la santé mentale afin d'adapter les dispositifs existants à ce type de population et de répondre à leurs besoins spécifiques. Aujourd'hui des initiatives existent mais elles demeurent méconnues et peu nombreuses, une meilleure prise en charge de la santé mentale des migrants passe donc par leur développement.

⁶⁷ Il existe très peu d'offres de formations dans ce sens en France, seulement à Paris 13 et Bordeaux.

Quatrième partie.

Vers une meilleure prise en charge de la santé mentale des migrants

A- Une remise en cause du modèle organisationnel des activités de la mission MdM Migrants Littoral Nord Pas-de-Calais

La prise en compte de la santé mentale apparaît donc aussi bien indispensable que difficile pour les équipes étant en contact avec ces populations migrantes. Dans le Nord Pas-de-Calais, certes les besoins d'écoute peuvent être différents selon le type de population et les projets de vie propre à chaque individu. Cependant on ne peut nier qu'un réel besoin d'écoute et de prise en charge spécifique existe et qu'il est indispensable de développer un outil permettant de répondre à cette demande.

Actuellement ce constat met les équipes de Médecins du Monde devant un sentiment d'impuissance et amène une remise en cause du modèle organisationnel des activités de la mission. En effet, il est intéressant d'observer que de plus en plus l'ambulance est un lieu d'écoute plutôt qu'un lieu de soins médicaux au sens strict du terme. Certes des pathologies type bronchites, gastrites, entorses sont soignées mais l'ambulance procure également pour chaque migrant un cadre intime, hors des regards du camp, où l'on peut parler librement de son état mental, se confier à des tiers sans regard extérieur. Elle procure un cadre plus « intime » qui met en confiance et incite à l'échange. Peut être ce constat est dû en partie aux politiques migratoires désorganisées et inhumaines mises en place en Europe qui commencent à provoquer des effets destructeurs visibles sur les personnes.

Étant donné les contraintes essentiellement temporelles qui reposent sur les sorties, il est souvent difficile de répondre correctement et dans le même temps à la fois aux demandes purement médicales « physiquement » et aux nombreuses demandes d'écoute de leur souffrance mentale. Egalement parfois le personnel médical n'est pas disposé et formé à cerner et répondre à la demande d'écoute du patient. Ainsi il devient crucial de prendre en compte ces demandes et de penser à adapter les pratiques de la mission pour un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge de la santé de ces personnes. Un

nouveau modèle organisationnel des sorties est donc à développer. D'où la mise en place récente d'un groupe de réflexion qui se réunit régulièrement. Composés de médecins, infirmiers, médiateurs bénévoles au sein de la mission Médecins du Monde Littoral, ce groupe a pour but d'identifier les problèmes et difficultés clés rencontrés lors des sorties et d'essayer d'apporter des réponses, améliorer les pratiques. Ainsi se pose la question de la forme et du cadre que doit prendre la prise en charge de la santé mentale au sein de la mission.

Dans le cadre d'une meilleure prise en charge de la santé mentale des migrants, il a été envisagé de revoir le parcours de « soins » des migrants lors des sorties. Par exemple en donnant un rôle plus important aux médiateurs qui pourraient réaliser une sorte de « premier tri » avant l'entrée dans l'ambulance entre les patients nécessitant une prise en charge médicale type angine, entorse, bronchite et les patients nécessitant plus une écoute, un dialogue, un échange. Il pourrait exister un autre espace plus « intime » comme l'ambulance mais dédié à l'écoute avec des bénévoles sensibilisés et formés à la médiation transculturelle. On remarque que souvent ce dont les personnes en souffrance mentale espèrent d'un moment d'écoute est une phrase du type « « je t'entends, j'ai compris et écouter ton problème » de la part de l'interlocuteur de santé.

La mise en place d'un tel dispositif nécessite donc une formation et une sensibilisation des bénévoles à la thématique de la santé mentale ainsi qu'une adaptation organisationnelle et logistique des sorties de la mission. Bien entendu il a été mis en exergue lors de toutes ces discussions le rôle clé et crucial que doit jouer l'interprète ici.

Un tel dispositif d'écoute pourrait aussi bien être créée sur les camps du Dunkerquois et pourquoi pas à Calais en se rendant sur les lieux de vie des migrants.

Quoi qu'il en soit la prise en charge de la santé mentale et de la souffrance psychique des populations migrantes nécessite une adaptation de la pratique des acteurs de santé intervenant auprès d'eux. Cette mutation pourrait s'inspirer de l'expérience de dispositifs existants.

B- Des dispositifs existants restant à développer et améliorer

Devant l'urgente nécessité d'une prise en charge correcte de la santé mentale de ces personnes et face à l'impossible réponse du système psychiatrique de droit commun, des

dispositifs ont été mis en place et méritent ici d'être soulignés afin d'en prendre connaissance et de tirer le meilleur de leur expérience.

Quelques exemples et bonnes pratiques méritent d'être étudiés ici. C'est le cas de l'association Primo Levi qui fut créée en 1995 et gère aujourd'hui le plus gros Centre de soins dédié aux personnes victimes de la torture et de la violence politique réfugiées en France. Elle accueille chaque année plus de 300 patients originaires d'une quarantaine de pays différents. Ce Centre reçoit gratuitement des adultes, enfants et adolescents, peu importe leur statut administratif.⁶⁸ Ils sont reçus sur rendez-vous pour un entretien d'accueil permettant de cerner leur demande et mieux les orienter.

La pratique du Centre met en exergue l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire des patients. En effet, les effets des violences sont souvent multiples et complexes sur les personnes, c'est pourquoi il est important de mettre en place une prise en charge globale. Le Centre propose alors grâce à une équipe diversifiée un accompagnement psychologique, médical, social et juridique de chacun. L'acuité d'une telle prise en charge se retrouve dans les chiffres.⁶⁹

Le Centre Primo Levi donne aussi une importance toute particulière à la place de l'interprétariat dans son travail indiquant que « respecter la langue de l'autre signifie aussi l'accueillir et accueillir sa souffrance ». En 2012, 46% des consultations se sont faites en présence d'un interprète. Ce dernier reste le même, dans la mesure du possible, pendant toute la prise en charge au sein du Centre.

L'association s'attache donc non seulement à prendre en charge la santé mentale de ces personnes mais elle mène également diverses actions visant à améliorer cette prise en charge via un plaidoyer et le développement de recherches et connaissances sur ce thème.⁷⁰

Elle porte également une mission de formation des professionnels intervenants auprès des exilés.⁷¹

⁶⁸ En 2011, 13% des patients reçus au sein du Centre de soins de l'association Primo Levi étaient mineurs.

[URL : <http://www.primolevi.org/qui-sont-nos-patients>]

⁶⁹ 80% des patients reçus bénéficient d'un suivi multiple, les patients accèdent principalement d'un soutien psychologique (62% des patients), suivi de près par une prise en charge médicale (pour 59% d'entre eux). Une proportion largement majoritaire des patients ont recours aux services d'assistants sociaux (54%) et/ou de juristes (52%). Généralement la prise en charge se fait sur plusieurs années (en moyenne trois ans).

[URL : <http://www.primolevi.org/le-soin>]

⁷⁰ L'association organise régulièrement des colloques regroupant les personnes travaillant auprès des populations sur ce thème. Elle publie également de nombreux articles mais aussi un magazine intitulé « Mémoires ».

⁷¹ Depuis 2002, plus de 3000 professionnels d'horizons divers (personnels soignants, travailleurs sociaux, chercheurs, étudiants, interprètes, juristes) ont été formés via le centre de formation agréé du Centre Primo Levi.

[URL : <http://www.primolevi.org/former>]

Le Comede (Comité médical pour les exilés) est une autre association créée en 1979 qui a pour but d'assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés mais également de participer à une meilleure insertion dans le pays d'accueil. Un centre d'accueil, de soins et d'information a été créé et permet une réelle assistance médicale, sociale, juridique et psychologique de ces populations. Comme pour le Centre Primo Levi, ici l'équipe pluridisciplinaire est une clé de voute du dispositif et le rôle de l'interprétariat crucial. Même si la prise en charge psychologique des exilés n'est pas la mission première du Comede, il en a très vite réalisé l'importante nécessité et continue de travailler sur ce thème pour améliorer sa prise en charge.

Par exemple une permanence téléphonique psychologique nationale destinée aux exilés, réfugiés, étrangers en situation précaire ainsi qu'aux professionnels et personnes leur venant en aide a été mis en place. Elle a lieu tous les mardi et mercredi de 14h30 à 17h30 et a pour but d'apporter soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Elle a également vocation à favoriser le partage d'expériences et d'informations sur les questions relatives à la clinique de l'exil. Le Comede poursuit également de nombreuses activités de recherches sur le thème de la santé mentale avec par exemple la publication du magazine « Maux d'exil » de janvier 2008 consacré à cette question⁷². Il publie également dans une approche pluridisciplinaire un Guide qui est une référence sur l'état de santé et la prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire et propose des solutions aux principaux problèmes de santé rencontrés.

Enfin tout comme le Centre Primo Levi, le Comede poursuit une mission de formation des personnes intervenant auprès de ces populations. Dans ce cadre un volet est consacré à la santé mentale dans un module intitulé « soins et prévention ».

Ces deux centres sont situés en Ile de France, il est donc plus difficile d'orienter les personnes présentes sur le territoire du Nord Pas-de-Calais vers ces structures. Cependant leur mode de fonctionnement, leur expérience et les outils et formations développés peuvent servir de base à la prise en charge de la santé mentale.

⁷² *Psychiatrie, exil et santé mentale des migrants*, COMEDE, Maux d'Exil, 2009

Cette dernière pourrait également trouver des réponses ou du moins des pistes dans les nombreuses autres initiatives d'écoute existantes auprès des personnes en situation de précarité comme les sans domicile fixe.⁷³

Parallèlement au développement de ces dispositifs et devant l'importance de la prise en charge de la santé mentale des personnes exilées, des réseaux se sont mis en place dans deux régions de France.

C'est le cas dans le Nord Pas-de-Calais avec le réseau Précarité et santé mentale. Son mode de fonctionnement est basé sur le local puisque différents réseaux locaux sur le territoire de la région ont été mis en place et regroupent des professionnels de santé, travailleurs sociaux, cadres administratifs, élus locaux, associations tutélaires, tous confrontés à la difficile prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité. Le but est d'instaurer un contact régulier et un échange entre ces personnes pour arriver à un enrichissement d'expériences mutuel. Le réseau a pour but également d'assurer une formation commune aux acteurs sociaux et médicaux sur le thème de la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité. Tout ça dans le but d'informer chacun des dispositifs existants et d'initier un travail de collaboration.

Aujourd'hui le réseau demeure plus un espace de réflexion et son mode de fonctionnement souligne les difficultés d'entretien du réseau quand le personnel social et médical change régulièrement.

Il existe un autre réseau dédié à la santé mentale des exilés, appelé Samdarra⁷⁴, il se situe en région Rhône Alpes. Il est né du constat de l'absence de prise en charge adaptée de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés. Il a donc pour but de favoriser les échanges entre professionnels et bénévoles intervenant auprès de ces populations pour créer une « culture commune » mais également de parvenir à des initiatives améliorant la prise en charge de la santé mentale. Des groupes de réflexion, séminaires et formations se sont mis en place. Parallèlement des échanges avec les exilés sont régulièrement organisés pour mieux connaître leurs besoins, leurs ressentis et expériences.

⁷³ Ces initiatives sont regroupées au sein du guide Précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques, FNARS, 2010 comme une radio communautaire, la création d'un groupe mutuel d'entraide...

⁷⁴ Réseau Santé Mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône Alpes

Le réseau tient par ailleurs une fonction d'observatoire. Dans ce cadre, il a grandement contribué à mieux cerner les besoins et lacunes en terme de prise en charge de la santé mentale grâce à la réalisation d'une étude dressant un état des lieux de cette prise en charge dans le Dispositif National d'Accueil.⁷⁵

Ainsi ces réseaux permettent une mise en contact plus facile entre les différents acteurs encourageant le partage d'expériences et la création d'initiatives. C'est donc une ressource à ne pas négliger.

Dans le cadre des actions d'aide aux migrants sur le territoire du Nord Pas-de-Calais, une part importante des initiatives se font dans une dynamique de rencontre, d'aller vers ces personnes sur les lieux de vie. Ainsi étant donné ce contexte, il apparaît pertinent de s'inspirer des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité pour mieux prendre en compte la santé mentale de ces personnes. Ces équipes médico-sociales ont pour but d'aller à la rencontre des personnes en situation de précarité pour mieux cerner leurs besoins, les informer et les orienter éventuellement vers un accès aux soins. Une telle présence sur le terrain permet également la création d'un lien de confiance avec les personnes qui favorise l'écoute et le respect. Par les actions des diverses associations sur le Dunkerquois ou dans le Calaisis il existe déjà un certain lien de confiance entre les migrants et les associatifs. Dans ces conditions la création d'une équipe mobile compétente au niveau médico-psycho-social ferait sens et pourrait contribuer grandement à une meilleure prise en charge de la santé mentale de ces personnes.

La mise en place d'un dispositif de prise en charge de la santé mentale des migrants devrait également s'enrichir de l'expérience acquise par différentes structures ayant déjà organisées des consultations psychologiques transculturelles. C'est le cas de certains CASO tenu par Médecins du Monde.⁷⁶ A Nantes par exemple deux psychologues formés aux questions transculturelles assurent une consultation spécialisée envers les patients migrants

⁷⁵ *Etat de lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, réseau Samdarra, avril 2012

[URL : http://www.samdarra.fr/documents/Rapportdesynthese-etatdeslieuxnational-ReseauSamdarra_000.pdf]

⁷⁶ En 2011, 15 CASO de Médecins du Monde proposaient des consultations avec des psychologues et/ou des psychiatres. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 83

avec l'aide d'un interprète. Selon l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde, cette initiative est vite devenue un point central de l'activité du CASO.⁷⁷

Il ressort des entretiens les mêmes besoins présents parmi la population présente sur le territoire du Nord Pas-de-Calais, c'est à dire des troubles psychiques liés aux événements traumatiques vécus (syndromes post-traumatiques, manifestations psychosomatiques et troubles dépressifs majeurs) et des symptômes anxieux et dépressifs liés aux conditions de vie et d'accueil.⁷⁸ Aujourd'hui le CASO de Nantes, « victime de son succès », réalise l'ampleur des besoins et ne peut répondre à toutes les demandes.

C'est également le cas de la PASS à Calais qui devant la situation grave et spécifique des migrants dans cette ville a mis en place des consultations psychologiques qui ont lieu une fois par semaine avec un psychologue formé aux questions transculturelles ainsi qu'un interprète. Cela a été rendu possible car la PASS de Calais est une PASS dédiée et non pas transversale, intégrée aux urgences. Elle est ouverte tous les après-midi et un médecin, une infirmière, une assistante sociale et un traducteur sont présents. Cependant les créneaux de consultations psychologiques demeurent limités et il est difficile de répondre aux besoins devant leur ampleur. De plus, ces consultations se font au sein des locaux de la PASS dans un endroit éloigné des lieux de vie des migrants. Beaucoup peuvent ne pas être au courant de l'existence de ce dispositif ou être freinés de s'y rendre par peur des arrestations par exemple. C'est pourquoi il serait intéressant de créer une équipe faisant le lien entre les lieux de vie des migrants et la possibilité de consultations psychologiques faisant l'objet d'un suivi régulier. D'où la pertinence de créer un profil de médiateur en santé mentale qui puisse informer, décoder les demandes et orienter les personnes.

Ainsi, bien que ces exemples ne soient pas exhaustifs, il existe donc une variété des réponses à la prise en charge de la santé mentale des migrants. Emerge aujourd'hui une réelle volonté de réflexion sur ce thème ainsi qu'une mise en réseau importante pour la pertinence des dispositifs créés. Toutes ces expériences sont donc intéressantes à étudier avant la mise en place d'un réel dispositif de prise en charge dans le Nord Pas-de-Calais mais

⁷⁷ En 2011, 70 personnes ont ainsi été suivies à raison de 7 consultations en moyenne par patient. Ces consultations représentent près de 44 % de l'activité du CASO. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012, p. 86

⁷⁸ Se référer au passage ci-dessus narrant les difficiles conditions de vie des migrants en France (conditions de vie et d'accueil indignes, lenteur administrative ne permettant pas de se projeter, forte présence policière source de stress...)

elles demeurent peu nombreuses au regard de l'importance des besoins. Pour créer un outil adapté et efficace, il apparaît avant tout essentiel de développer rapidement des outils épidémiologiques en santé mentale des migrants afin de mieux cerner les besoins pour mieux y répondre.

Conclusion :

En conclusion, aujourd'hui le lien entre précarité et souffrances psychiques est clairement caractérisé. Au regard des différents déterminants caractérisant la situation des migrants dans le Nord Pas-de-Calais leur situation est bien plus que précaire. Il est alors indéniable qu'existe chez les exilés une grande souffrance psychique qui résulte d'une conjonction de facteurs expliqués précédemment. Cette souffrance est souvent méconnue ou difficile à voir du fait entre autre des politiques actuelles menées envers les migrants. Leur marginalisation est toujours plus grande contribuant à accentuer leurs conditions de vie indignes et donc leur précarité. Une célèbre phrase portant le plaidoyer de Médecins du Monde prend alors tout son sens ici « Stop aux politiques qui rendent malades ».

Cette multiplicité des vecteurs de souffrances complique certes grandement la prise en charge de ces personnes, cependant devant l'ampleur des besoins existants il convient de ne pas se décourager et de souligner la nécessité d'agir. Loin de nier les difficultés qui se posent, cet écrit les a mis en lumière afin de mieux les surmonter et de pouvoir envisager des solutions. Ainsi le développement d'outils épidémiologiques, de PASS psychiatrie et de consultations transculturelles semblent être déjà des premiers pas vers une meilleure prise en charge.

Des études, échanges et partenariats en particulier entre les acteurs médicaux et sociaux doivent être encouragés afin de ne pas marginaliser cette souffrance mais également d'adapter les dispositifs existants ou en créer des nouveaux, souples et flexibles, qui tiennent compte des particularités des populations rencontrées.

Bibliographie

Ouvrages

- Agier Michel, *Le couloir des exilés. Etre étranger dans un monde commun*, édition du Croquant, Paris, 2011
- Haydée Sabéran, *Ceux qui passent*, Carnets Nord, Paris, 2012
- Laacher Smain, *Ce qu'immigrer veut dire*, Le Cavalier Bleur, Paris, 2012
- Laacher Smain, *Le peuple des clandestins*, Calmann-Levy, Paris, 2007

Ouvrages collectifs

- Brocas A.M, Coldefy Magali, *La prise en charge de la santé mentale*, recueil d'études statistiques, drees, la documentation française, 2007
- Fazel S, Khosla V, Doll H, et Geddes J. 2008. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine* 5, no 12
- Kovess et Mangin-Lazarus, 1999, The Prevalence of Psychiatric Disorders and Use of Care by Homeless People in Paris, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34
- Laporte A, Douay C, Detrez M-A, Chauvin P., *Enquête Samenta : santé mentale et addictions chez les personnes sans domicile usagères des services d'aide dans l'agglomération parisienne*, Paris, Observatoire du Samusocial, 2010
- Marine Boisson, Clélia Godot et Sarah Sauneron, *Santé mentale, l'affaire de tous*, Centre d'analyse stratégique, octobre 2009, disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/094000556/0000.pdf>
- Maryse Lepee et Henri Peltier, *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, FNARS, 2010

Revues spécialisées :

- Association Primo Levi, *Mémoires*, Mars 2006, n°30
- Association Primo Levi, *Mémoires*, Janvier 2009, n°45
- Baudet Thierry, *Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants*, COMEDE, Maux d'Exil, 2009
- Cécile Henriques, *Survivre ne suffit pas*, Mémoires, Association Primo Levi, Juin 2006
- Cimade, *Petit guide pour lutter contre les préjugés sur les migrants*, 2011
- Guide Précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques, FNARS, 2010

- Hommes et Migrations, *De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries*, mai-juin 2000, n°1225
- Mireille Joussemet, *Continuer à soigner*, Mémoires n°46, Association Primo Levi, juin 2009
- *Psychiatrie, exil et santé mentale des migrants*, COMEDE, Maux d'Exil, 2009
- Veisse A., Aïna Stanojevich E., *Repères sur la santé des migrants*, la Santé de l'homme, n°392, 2007, disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/392/02.htm>>

Rapports

- Agence régionale de santé Nord Pas-de-Calais, *La santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais - prise en charge et évaluation*, décembre 2012
- Agence régionale de santé, Atlas régional et territorial de la santé dans le Nord Pas-de-Calais, 2011
- *Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais*, Avril 2010, disponible sur : http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/230743_1demograp.pdf
- COMEDE, *Guide pratique 2013 soins et accompagnements des migrants/étrangers en situation précaire*, 2013
- Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, 1999
- Joseph Wresinski, Rapport au Conseil Economique et Social *Grande pauvreté, précarité économique et sociale*, 1987
- Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2011, octobre 2012
- Médecins du Monde, *Santé publique et grande précarité : état des lieux et questions éthiques*, Société française de santé publique, juillet 2012
- Médecins du Monde, Rapport annuel 2012, Mission Migrants Littoral Nord Pas-de-Calais
- Observatoire régionale de la santé Nord Pas-de-Calais, *Santé mentale*, 2009, disponible sur : <http://www.orsnpdc.org/observation/211912_1santemen.pdf>
- Réseau Samdarra, *Etat de lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil*, avril 2012, disponible sur : <http://www.samdarra.fr/documents/Rapportdesynthese-etatdeslieuxnational_ReseauSamdarra_000.pdf>

Articles de presse

- Leclair Agnès, *La France compte 86 millions de personnes pauvres*, le Figaro, 10 décembre 2012, disponible sur <<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/12/10/01016-20121210ARTFIG00455-la-france-compte-86-millions-de-personnes-pauvres.php>>, consulté le 15 septembre 2013

- Lévêque Emilie, *Les 10 chiffres chocs sur la pauvreté en France*, l'Express, 10 décembre 2012, <http://lexpansion.lexpress.fr/economie/les-10-chiffres-chocs-sur-la-pauvrete-en-france_364016.html>, consulté le 15 septembre 2013

Sources Internet :

- Association Primo Levi, < <http://www.primolevi.org/qui-sont-nos-patients>>, consulté le 15 septembre 2013
- Collectif Santé Mentale et Troubles Psychiques, *Quelques Chiffres*, <<http://www.santementale2014.org/santementaletroublespsychiques/quelques-chiffres/>>, consulté le 14 septembre 2013
- Journal du net, *Chômeurs en France*, <<http://www.journaldunet.com/economie/magazine/en-chiffres/chomeurs-en-france.shtml>>, consulté le 15 septembre 2013
- INPES, *Baromètre santé 2010*, <<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>>, consulté le 15 septembre 2013
- INSEE, Communiqué de presse 6 juin 2013, <http://insee.fr/fr/ppp/comm_presse/comm/Communique_presse_060613.pdf>, consulté le 14 septembre 2013
- INSEE, Zoom pauvreté 2012, <http://www.insee.fr/fr/insee_regions/midipyrenees/themes/dossiers_etudes/tableaux_de_bord/precarite_2012/zoom_pauvrete12/zoom_pauvrete12.pdf>, consulté le 15 septembre 2013
- La France à l'ONU, *Migrations et développement*, <<http://www.franceonu.org/la-france-a-l-onu/dossiers-thematiques/developpement/migrations-et-developpement-1245/la-france-a-l-onu/dossiers-thematiques/developpement/migrations-et-developpement-1245/article/migrations-et-developpement-7179>>, consulté le 14 septembre 2013
- Observatoire des inégalités, <http://www.inegalites.fr/spip.php?article957&id_mot=89>, consulté le 15 septembre 2013
- Organisation Mondiale de la Santé, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>>, consulté le 15 septembre 2013
- Organisations des Nation Unies, <<http://www.un.org/fr/development/desa/news/population/migrants.html>>, consulté le 17 septembre 2013