



HAL
open science

Idéation et conduites suicidaires des migrants en situation de précarité: revue de la littérature et résultats d'une enquête qualitative réalisée auprès d'acteurs de terrain

Camille Queneau

► To cite this version:

Camille Queneau. Idéation et conduites suicidaires des migrants en situation de précarité: revue de la littérature et résultats d'une enquête qualitative réalisée auprès d'acteurs de terrain. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01958785

HAL Id: dumas-01958785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01958785>

Submitted on 3 Jan 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2017

IDEATION ET CONDUITES SUICIDAIRES DES MIGRANTS EN SITUATION DE PRECARITE

Revue de la littérature et résultats d'une enquête qualitative réalisée auprès d'acteurs de terrain

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Camille QUENEAU

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le 09/11/2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL (Psychiatrie)

Membres :

M. le Professeur Mircea POLOSAN (Psychiatrie)

M. le Professeur Emmanuel POULET (Psychiatrie)

Mme. le Docteur Halima ZEROUG-VIAL (Psychiatrie), directrice de thèse

M. le Docteur Pierre MICHELETTI (Santé publique)

**L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Remerciements

À M. le Professeur Thierry BOUGEROL pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, pour vos enseignements, votre soutien et votre encadrement pendant ces quatre années d'internat.

À M. le Professeur Mircea POLOSAN pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

À M. le Professeur Emmanuel POULET pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

À Mme. le Docteur Halima ZEROUG-VIAL pour avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse, pour vos conseils avisés dans ce domaine de recherche et votre bienveillance.

À M. le Docteur Pierre MICHELETTI pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et avoir pu vous rendre disponible à plusieurs reprises pour me guider dans mon travail de recherche.

À toutes les personnes qui ont participé à ce travail de thèse :

À tous les professionnels qui ont accepté de me rencontrer, de se prêter à l'exercice des entretiens et d'échanger sur mon sujet. Au-delà de la thèse, cette expérience a été très enrichissante pour moi, et je vous en remercie.

A Hélène, pour ta participation essentielle dans l'analyse méthodologique de cette étude. J'ai vraiment apprécié travailler avec toi, et j'espère t'être aussi utile que tu l'as été !

À toute l'équipe de l'Orspere-Samdarra, et particulièrement Gwen Le Goff, Natacha Carbonel, Nicolas Chambon, Adrien Pichon, pour vos enseignements au sein du DIU, votre aide et vos conseils tout au long de mon travail de recherche.

A toute l'équipe de l'EMLPP-PASS psy et de l'Equipe Réseau du CHAI, pour votre accueil, votre bienveillance, et vos coups de main pratiques dans la réalisation de ce travail. Je vous remercie de m'avoir donné envie de vous rejoindre.

À ma Maman qui a accepté la difficile mission de relecture.

À tous ceux qui m'ont accompagnée le long de mon internat et bien avant :

Aux Docteurs Amandine Basson, Claire Buis, Zohra Gaoua, Magali Drevon, Jean-Claude Exbrayat, Christine Bernard-Bertrand, Thierry Rizoud, Toufik Hamaidi, Martine Riviere, Adrien Pontarollo, Anne Romand, Pascale Francony, Mathilde Pellat, Nicole Janvier et Virginie Noël pour tous leurs enseignements le long de ces 8 passionnants semestres d'internat.

Au Docteur Claude d'Anterroches pour son accueil bienveillant, le partage de son expérience précieuse, et pour sa confiance.

Aux équipes entières des services Le Cèdre, Dominique Villars, HDJ d'addictologie, HDJ Perreau, CMP Marie-Reynoard, SMPR, InterFas, HDJ Roger Misès, et Camille Claudel pour votre accueil à bras ouverts, et pour ce travail d'équipe que j'apprécie tant.

Aux internes de psy de Grenoble et aux copains de l'AFFEP, pour le partage de ces 4 belles années.

A mes parents, Yves et Cécile, pour leur soutien inconditionnel dans tous mes projets. À toute ma famille et mes amis, de Lyon, de Grenoble, de Toulouse et d'ailleurs, pour tout !

À Nicolas, pour le soutien au quotidien, et les projets plein la tête. Tu ne sais pas à quel point je suis ravie d'avoir choisi Grenoble !

Résumé

Plusieurs travaux récents rapportent une incidence de conduites suicidaires augmentée dans certaines sous-populations de migrants, notamment les demandeurs d'asile et réfugiés. Après une revue de littérature sur le sujet, nous avons exploré les perceptions et les ressources des acteurs de terrain travaillant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes face à cette problématique.

Une étude qualitative multicentrique a été conduite entre juin et septembre 2017. Les rubriques abordées étaient : perception de la problématique, déterminants du risque suicidaire, pratiques d'évaluation, ressources et conduites tenues, accès au soin, interprétariat, vécu des professionnels, mesures identifiées. L'objectif était de croiser les regards des différents acteurs de terrain : soignants, travailleurs sociaux et interprètes.

14 entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de 61 professionnels. 10 entretiens collectifs et 4 entretiens individuels ont été organisés. L'accès à l'interprétariat et à une supervision a été recherché pour chaque population.

Nous avons exploré la perception des professionnels sur la problématique, sa fréquence et ses déterminants. Plusieurs points de difficulté ont été identifiés: contexte social fragilisant, différences culturelles, obstacles à la communication, difficultés d'accès aux soins, insuffisance de formation. Notre étude a mis en évidence les ressources utilisées : accès à l'interprétariat, partenariat entre structures de soins et sociales dans les prises en charge. Enfin, ce travail a conduit à proposer des pistes d'amélioration concernant la lutte pour l'accès au soin, le renforcement du dialogue entre partenaires, et l'accès à une formation spécialisée concernant l'évaluation du risque suicidaire dans ce public.

Abstract

Several recent European studies report increased rates of suicidal behavior in some sub-populations of migrants, in particular the asylum seekers and refugees. We reviewed medical, sociological and anthropological literature on this subject and chose to study perceptions and resources of field workers in the face of suicidal ideation and behavior in migrants in precarious situation within the Rhône-Alpes region.

This qualitative multicenter study was conducted between June and September of 2017. The method of data collection was collective and individual semi-structured interviews. We studied perception of the issue, determinants of suicidal risk, practices of suicidal risk assessment, resources and actions to be taken when confronted with suicidal ideation or behavior, use of professional interpreting, experience of professionals and measures identified to help face the issue. The study included health care personnel, social workers and interpreters who took care of or assisted migrants in precarious situation within the Rhône-Alpes region. We then realized a thematic qualitative analysis with triangulation of data and achieved data saturation.

We conducted 14 interviews between June and September of 2017, involving 61 field workers. 10 focus groups (with health care personnel in “PASS” (Permanences d’Accès aux Soins de Santé : permanence of access to health care), “EMPP” (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité : mobile precarity and psychiatric team), healthcare and advice clinics of an international human rights organization, accommodation or social support centers for asylum seekers and other vulnerable migrants) and 4 individual interviews with interpreters were organized. Acces to interpreters and supervision was looked for in each group.

This study allowed us to explore perceptions of field workers on the research issue, its frequency and its determinants, with a vulnerability connected to past life, trauma exposure and psychiatric disorders, and social stressors in actual life conditions. We identified difficulties encountered by professionals: social context, cultural differences, communication barriers, healthcare access difficulties and training insufficiency. We also identified resources used by the professionals to deal with suicidal risk : partnership between healthcare and social structures, psychiatric follow-up associated with social measures, and access to professional interpreting. Professionals expressed real difficulties in their work and when confronted to suicidal risk reminding the need of teamwork and supervision of practices. Finally, this study led to improvement measures identified by the field workers, concerning national politics of hospitality for asylum seekers and migrants, healthcare access, strengthened dialogue between partners and training of field workers and peer gatekeepers inside the community about suicidal risk assessment and impact of culture on suicidal behavior, risk assessment and care.

Listes des sigles et acronymes

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CARS: Cultural Assessment of Risk of Suicide

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CPP : Comité de Protection des Personnes

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EDM : Episode Dépressif Majeur

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RSD : (Echelle de) Risque Suicidaire de Ducher

SDF : Sans Domicile Fixe

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

Table des matières

I. REVUE DE LITTÉRATURE : MIGRATION, IDEATION ET CONDUITES SUICIDAIRES	13
A. ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES.....	13
B. FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIES	16
C. SOUS-POPULATIONS A RISQUE	18
1. <i>Demandeurs d'asile et réfugiés</i>	18
2. <i>Personnes placées en centre de rétention</i>	20
3. <i>Violences faites aux femmes et conduites suicidaires</i>	21
II. ETUDE THEORIQUE MULTIDIMENSIONNELLE DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES MIGRANTS EN SITUATION DE PRECARITE	23
A. DETERMINANTS PSYCHIATRIQUES	23
1. <i>Pathologies psychiatriques et conduites suicidaires</i>	23
a. ESPT, dépression et comorbidités	25
b. Autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	28
c. Troubles anxieux	28
2. <i>Symptômes isolés favorisant l'idéation suicidaire</i>	29
a. Troubles du sommeil.....	29
b. Douleurs chroniques	31
3. <i>Syndrome d'Ulysse</i>	32
4. <i>Iidéation suicidaire et transition vers le passage à l'acte</i>	33
B. PRECARITE, ISOLEMENT ET DESAPPARTENANCE.....	35
C. DETERMINANTS SOCIAUX.....	37
1. <i>Approche sociologique du suicide</i>	37
2. <i>Souffrance sociale</i>	40
3. <i>Déterminants politiques</i>	42
a. Contexte politique, crise migratoire.....	42
b. Injonction à la vulnérabilité et recours aux conduites suicidaires.....	43
c. Conduites suicidaires et revendications sociales	45
D. DETERMINANTS CULTURELS.....	47
1. <i>Religion, spiritualité et conduites suicidaires</i>	49
2. <i>Stigmatisation et criminalisation des conduites suicidaires</i>	50
3. <i>Stress en lien avec l'acculturation, ambivalence culturelle et conduites suicidaires</i>	51
4. <i>Concept de signification culturelle du suicide</i>	52
III. IMPLICATIONS EN PRATIQUE CLINIQUE : EVALUATION ET PREVENTION	56
A. INTERPRETARIAT EN SANTE MENTALE ET EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE.....	56
B. OUTILS D'EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE	58
C. FORMULATION CULTURELLE	61
D. EXEMPLES DE PROGRAMMES CIBLES DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION	63

IV. ETAT DES LIEUX REGIONAL DES PERCEPTIONS ET RESSOURCES DES ACTEURS DE TERRAIN FACE A LA PROBLEMATIQUE DES IDEES ET CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES MIGRANTS EN SITUATION DE PRECARITE – RESULTATS D’UNE ETUDE QUALITATIVE.....	65
A. METHODOLOGIE.....	65
B. RESULTATS	68
1. <i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	68
2. <i>Résultats qualitatifs</i>	69
a. Perception de la problématique.....	69
b. Pratiques d’évaluation du risque suicidaire	79
c. Ressources et conduites tenues face à la problématique étudiée	82
d. Accès aux soins.....	86
e. Interprétariat et évaluation du risque suicidaire	89
f. Vécu des professionnels.....	91
g. Mesures identifiées par les professionnels	96
h. Notions transversales.....	97
i. Exercice hors région	99
C. DISCUSSION	100
1. <i>Limites de l’étude</i>	100
2. <i>Mise en perspective des résultats</i>	100
a. Perceptions de la problématique	100
b. Difficultés identifiées.....	103
c. Ressources identifiées.....	105
d. Mesures identifiées.....	107
CONCLUSION.....	109
BIBLIOGRAPHIE	113
ANNEXE 1- GUIDES D’ENTRETIEN	125
ANNEXE 2 – FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	128
ANNEXE 3 : ARTICLE DE RECHERCHE.....	130
ANNEXE 4- RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	146

Introduction

Le suicide : un enjeu mondial

Le terme de conduites suicidaires décrit l'ensemble des passages à l'acte, létaux ou non, réalisés à visée auto-agressive. Il comprend donc les tentatives de suicide, les suicides ainsi que les automutilations ou autres gestes auto-agressifs délibérés. L'expression anglo-saxonne « suicidal behavior » inclut également l'idéation suicidaire. Au sein de ce travail de recherche, nous avons choisi de ne pas inclure l'idéation suicidaire dans le terme de « conduites suicidaires », permettant de traiter distinctement ces deux phénomènes.

Le dernier rapport épidémiologique publié en 2016 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait état d'environ 800 000 décès par suicide dans le monde en 2012 (1). Ces données mettent en évidence une diminution de 9% du nombre annuel de décès par suicide au niveau mondial entre 2000 et 2012, malgré une population mondiale en croissance. Cette diminution est mise en lien avec la décriminalisation du suicide dans de nombreux pays, favorisant l'accès aux soins, la mise en place de stratégies nationales de prévention du suicide, et la restriction de l'accès aux moyens létaux tels que les pesticides ou les armes à feu. Ce rapport pointe cependant des chiffres encore alarmants, et souligne les effets de l'inégalité face aux soins, en rappelant que la stigmatisation des troubles mentaux et du suicide est un frein à l'accès aux soins, et que celle-ci est majorée dans les groupes de population marginalisés et discriminés. De plus, ce rapport rappelle la problématique de la restriction de l'accès aux soins psychiatriques dans de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires, ainsi que celle de l'absence de systèmes fonctionnels de collection des données épidémiologiques (sur les causes de décès et donc entre autres l'incidence des décès par suicide) dans de nombreux pays à revenus faibles, notamment en Afrique. Le taux moyen de suicide au niveau mondial rapporté en 2012 est de 11.4/100 000 (15.0 pour les hommes, 8.0 pour les femmes). L'étude du sex-ratio dans l'incidence du suicide montre une différence marquée dans les pays riches (incidence trois fois plus importante chez les hommes), mais bien moins importante dans les pays à revenus moyens et faibles (incidence une fois et demi plus importante chez les hommes). Ces statistiques dénombrent environ 10 à 20 tentatives de suicide pour chaque suicide accompli. Les taux de suicide rapportés diffèrent pour chaque pays. Malgré l'idée assez répandue que le suicide est majoritairement un phénomène présent dans les populations de pays occidentaux et de pays à hauts revenus, les pays à revenus moyens et faibles sont pourtant également touchés par cette problématique de santé publique,

avec environ 75% des décès par suicide mondiaux rapportés dans ces pays. Les taux d'incidence du suicide sont en effet plus élevés dans les pays à hauts revenus (12.7/100 000) que dans les pays à revenus moyens et faibles (11.2/100 000), mais la proportion de la population mondiale vivant dans les pays à moyens et faibles revenus étant bien plus importante, le nombre total de décès par suicide y est largement plus important.

En 2014, l'OMS publiait un rapport centré sur la prévention du suicide, la présentant en tant qu'impératif au niveau mondial (2). La prévention du suicide fait partie du premier plan d'action internationale sur la santé mentale, avec un objectif de diminuer de 10% les taux d'incidence du suicide dans chaque pays entre 2013 et 2020. Au sein des facteurs de risque de suicide, ce rapport souligne trois grandes classes de facteurs de risque :

- Les facteurs de risque liés au système de soin et à la société : les difficultés d'accès au soin, la facilité de l'accès à des moyens létaux, le traitement médiatique du suicide, la stigmatisation des conduites suicidaires et de la demande d'aide
- les facteurs de risque au niveau d'une communauté : la confrontation à la guerre ou à un désastre, le stress en lien avec l'acculturation, la discrimination, l'isolement et la violence
- les facteurs de risque individuels : les antécédents de tentatives de suicide, les pathologies mentales, les addictions notamment à l'alcool, la précarité financière, les douleurs chroniques et les antécédents familiaux de suicide

Face à cette pluralité de niveaux de facteurs de risque, l'OMS recommande trois catégories de stratégies de prévention :

- des stratégies destinées à la population entière (telle que la promotion de l'accès au soin, notamment psychiatriques, la réduction de l'accès aux moyens létaux, etc.)
- des stratégies ciblant particulièrement des groupes de personnes vulnérables, citant parmi ceux-ci : les personnes victimes de violence, les personnes confrontées à un conflit armé, les réfugiés et migrants, les personnes endeuillées par suicide. Ces stratégies sélectives mettent en jeu la coopération entre acteurs du champ sanitaire et du champ social, et la formation et le soutien de personnes ressources au sein de la communauté au repérage des personnes plus vulnérables, aux conduites à tenir dans les situations d'urgences et à l'orientation vers les structures de soins existantes.
- Des stratégies de prévention au niveau individuel des personnes repérées comme à risque de conduite suicidaire.

Ce rapport de l’OMS et de nombreux travaux dans le champ de la suicidologie insistent sur l’efficacité démontrée de ces stratégies de prévention sur la réduction de l’incidence des conduites suicidaires, et par conséquent sur l’urgence à favoriser la création ou le développement de ces stratégies de prévention au niveau mondial.

Une pratique faite de rencontres, à l’origine de ce travail

Nous avons choisi de centrer ce travail de recherche sur la problématique des idées et conduites suicidaires dans la population des « migrants en situation de précarité », population découverte et rencontrée au cours d’un stage d’internat de psychiatrie, au sein d’une équipe de Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS) psychiatrique et Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP), et à travers une formation spécifique à la prise en charge des publics migrants au sein du Diplôme Inter-Universitaire *Santé, Société et Migration*.

L’UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l’Education, la Science et la Culture) donne la définition suivante du terme de migrant : « toute personne vivant de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n’est pas né et qui a acquis d’importants liens sociaux avec ce pays » et distingue plusieurs sous-groupes parmi cette population : travailleurs migrants¹, demandeurs d’asile² et réfugiés³, personnes en situation irrégulière, etc.

A travers la pratique en PASS psychiatrique, nous nous sommes intéressés à la population « migrants en situation de précarité ». Cette population comprend donc les demandeurs d’asile, les réfugiés, les étrangers en situation irrégulière et les personnes en demande de droit au séjour pour soins ou pour motifs personnels ou familiaux, mais également les étrangers ayant obtenu un droit au séjour mais se trouvant en situation de précarité sociale, en termes d’hébergement ou de ressources.

La prévalence élevée de troubles psychiatriques dans la population des demandeurs d’asile et réfugiés est rapportée par de nombreux travaux internationaux. Des spécificités

¹ Personne immigrant ou ayant immigré dans un pays étranger dans le but d’exercer une activité professionnelle

² Personne sollicitant une protection devant la crainte de persécution (du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social ou ses opinions politiques) par son état ou l’absence de protection vis-à-vis de ces menaces de la part de son état (Convention de Genève, 1951).

³ Personne ayant obtenu le statut de réfugié au décours d’une demande d’asile, dont les craintes de persécution ou d’absence de protection sont jugées fondées.

psychopathologiques ont pu être observées dans cette population, et des modalités de prise en charge spécifiques ont pu être proposées, notamment en ce qui concerne la promotion de l'accès au soin, l'usage de la pratique de l'interprétariat en santé mentale et la pratique de la psychiatrie en situation transculturelle. La problématique des conduites suicidaires dans cette population a été plus rarement étudiée. Néanmoins, les travaux existants témoignent d'une augmentation de l'incidence des conduites suicidaires, notamment dans certaines sous-populations.

Ce travail de recherche a eu pour origine la rencontre, dans le cadre de la pratique dans une PASS psychiatrique et dans d'autres lieux de soins, de patients, migrants et en situation de précarité, exprimant des idées suicidaires pour certains, présentant des signes de crise suicidaire pour d'autres, nécessitant parfois une hospitalisation.

La première rencontre, restant encore la plus marquante, est celle de Mme C. Cette patiente d'origine guinéenne, victime d'excision, d'un mariage forcé, de violences conjugales, a fui une première fois son pays, dénoncé les violences faites aux femmes et milité en Afrique contre le mariage forcé et l'excision. A 39 ans, suite à la dénonciation commune d'un trafic de drogue découvert avec certains de ses collègues au sein de son activité professionnelle, plusieurs de ses collègues ont été torturés et assassinés, et la patiente a reçu elle-même des menaces de mort et a dû, de nouveau, fuir son pays et laisser ses enfants à la garde de sa mère. Arrivée en France en 2013, elle a été déboutée du droit d'asile en fin d'année 2014 (rejet de sa demande à l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) et échec du recours à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA)), et a reçu une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF), à l'automne 2015. Mme C. a été prise en charge à la PASS psychiatrique devant un état de stress post traumatique (ESPT) avec au premier plan des troubles du sommeil très sévères et résistants à la thérapeutique. En début d'année 2016, elle a présenté à plusieurs reprises des épisodes d'agitation anxieuse avec expression d'idées suicidaires. L'un de ses épisodes a eu lieu pendant l'une de nos consultations, suite à l'annonce de la part d'un membre de sa famille, par téléphone, d'une mauvaise nouvelle concernant l'un de ses enfants, hospitalisé. L'expression d'idées suicidaires au sein de cet épisode d'agitation anxieuse, avec des dimensions de désespoir, d'impasse et d'impulsivité importante, ajoutées à un faible étayage et à la précarité des conditions de vie, nous ont fait craindre un passage à l'acte suicidaire, et un accompagnement aux urgences en vue d'une hospitalisation a été décidé.

Présentation du travail de recherche

Reprendre les grandes lignes de cette situation clinique marquante nous est apparu nécessaire. Dans sa complexité, elle souligne les différents aspects que nous avons ensuite étudiés dans ce travail de revue de littérature : les déterminants médicaux, sociaux et culturels du risque suicidaire des migrants en situation de précarité, les implications en termes de modalités d'évaluation, de prévention et de thérapeutique. De plus, cette confrontation concrète à une situation de crise suicidaire a également fait émerger le questionnement sur les perceptions des acteurs de terrain et les ressources disponibles ou nécessaires pour faire face à ce type de situation.

En effet, nous avons de façon parallèle à ce travail de revue de littérature, réalisé une étude qualitative multicentrique auprès d'acteurs du soin (PASS générale, PASS psychiatrique, centres de soins associatifs, EMPP), du champ social (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), plateforme d'accompagnement de demandeurs d'asiles, structure d'hébergement et d'accompagnement social de mineurs étrangers isolés, association d'accompagnement de personnes concernées par la prostitution), et d'interprètes intervenant auprès de cette population, afin d'explorer leurs perceptions et leurs ressources face à la problématique étudiée.

Nous avons choisi de présenter tout d'abord les résultats d'une revue sélective de la littérature. Nous avons souhaité étudier le phénomène suicidaire des migrants, avant d'explorer plus particulièrement la population des migrants en situation de précarité. Nous nous sommes ensuite intéressés aux différentes dimensions du risque suicidaire dans la population étudiée. En effet, il nous est apparu important d'étudier ce phénomène à la fois dans ses déterminants médicaux, mais également dans ses déterminants sociaux et culturels. Ces données de littérature sont donc issues de publications de sources médicales, mais également du champ des sciences humaines (anthropologie, sociologie). Après une courte présentation des implications pratiques en termes d'évaluation et de prévention du risque suicidaire, nous rapporterons enfin les résultats de notre étude qualitative réalisée auprès d'acteurs de terrain en région Rhône-Alpes, présentée en annexe sous la forme d'un article de recherche (**Annexe 3**).

I. Revue de littérature : migration, idéation et conduites suicidaires

A. Etudes épidémiologiques

Il existe peu de données statistiques sur l'incidence des conduites suicidaires chez les migrants. L'une des raisons principale de ce manque de données résulte de la difficulté de mener ce type d'études en raison de la diversité des situations (selon le pays d'origine et le contexte de la migration notamment), et du risque de perdus de vue nombreux. En France, ce type de travaux est rendu plus difficile encore par l'interdiction de recueillir et d'enregistrer des informations faisant apparaître, directement ou indirectement, l'origine ethnique ou la religion de la personne concernée, pour des raisons éthiques⁴.

Certaines études réalisées auprès de personnes ayant immigré de façon volontaire et travaillant dans leur pays d'accueil ont montré que le taux de suicide restait le plus souvent proche du taux de leur pays d'origine, et pouvait donc être inférieur à celui du pays d'accueil (3–5). Ces résultats interrogent la question du rôle de la culture et de la génétique dans le phénomène suicidaire, qui sera étudiée dans la partie « déterminants culturels ».

De façon plus générale, deux phénomènes paradoxaux assez proches ont été décrits, notamment dans la littérature américaine. Le premier est celui du « paradoxe de l'immigrant ». En effet, plusieurs auteurs rapportent avec surprise des données en faveur d'un meilleur état de santé global, y compris sur le plan psychiatrique, ainsi que des meilleurs résultats académiques, chez les enfants et adolescents récemment immigrés et peu acculturés vis-à-vis de la population locale ou des enfants et adolescents plus fortement acculturés, et ce malgré des conditions de vie moins favorables (6). Le deuxième phénomène est celui du « Healthy immigrant effect » décrivant la relative meilleure santé des migrants lors de leur arrivée dans le pays d'accueil vis-à-vis de la population native du pays, ce phénomène se dissipant après environ 10 ans passés dans le pays d'accueil. Plusieurs hypothèses explicatives de ces phénomènes ont été exposées, notamment celle d'un support social important de la part de la communauté pour les enfants et adolescents concernés, et celle d'une sélection positive par le phénomène migratoire en lui-même des individus en meilleure santé, ainsi qu'une éventuelle sélection positive par les politiques d'immigration des pays d'accueil (7). D'autres travaux expliquent davantage ces résultats par le caractère inexact des données d'évaluation de l'état de santé dans cette population, ou par les difficultés d'accès aux soins (8).

⁴ Loi du 6 janvier 1978 dite « loi informatique et libertés »

Depuis deux décennies, plusieurs travaux réalisés en Europe rapportent une incidence de conduites suicidaires plus importante dans certaines sous-populations de migrants et de groupes ethniques minoritaires que dans la population générale des pays (9). L'analyse des données issues de l'étude multicentrique de l'OMS concernant les conduites suicidaires (réalisée sur 27 048 sujets dont 4160 migrants dans 11 pays européens entre 1989 et 2003) montrent une augmentation du taux de conduites suicidaires dans 27 groupes d'immigrants par rapport à la population générale du pays concerné (sur 56 groupes étudiés), et un taux inférieur à la population locale dans uniquement 4 de ces groupes de migrants. Pour certains groupes de migrants, on retrouvait un taux de conduites suicidaires similaire quel que soit le pays d'accueil, et proche de celui de leur pays d'origine, en faveur d'une continuité de ce taux au sein d'une population malgré la migration. Cependant, dans 4 groupes de migrants (originaires du Chili, d'Iran, du Maroc et de Turquie), le taux de conduites suicidaires était élevé, contrastant avec un taux faible dans leur pays d'origine.

Dans sa revue de littérature, Aichberger a repris les résultats d'études réalisées en Europe entre 1960 et 2013 rapportant des données concernant la prévalence et l'incidence de conduites suicidaires de migrants ou de personnes appartenant à un groupe ethnique minoritaire (10). Les résultats décrits sont hétérogènes, mais témoignent cependant d'une augmentation de l'incidence des conduites suicidaires au sein de certains groupes ethniques minoritaires et d'immigrants, notamment dans les deux dernières décennies.

A titre d'exemple, aux Pays-Bas, Burger décrit entre 2000 et 2004 une augmentation de l'incidence des tentatives de suicide chez les femmes d'origine turque (221.3/100 000, 545/100 000 chez les femmes de 15 à 24ans) et du Surinam (148.9/100 000, 421/100 000 chez les femmes de 15 à 24ans), comparé à un taux de 140.3/100 000 chez les femmes néerlandaises. Dans cette étude, le plus haut taux de suicide retrouvé est celui de 21.6/100 000 dans la population d'hommes originaires du Surinam (11).

Au Royaume-Uni, plusieurs études réalisées depuis 1976 sont en faveur d'une augmentation de l'incidence des tentatives de suicide et gestes auto-agressifs dans les groupes ethniques minoritaires (la population la plus souvent étudiée étant les personnes originaires d'Asie : Inde, Pakistan, Bangladesh), notamment chez les femmes de moins de 25 ans (12). Une large étude de cohorte multicentrique réalisée au Royaume-Uni entre 2001 et 2006 sur 20 574 personnes a montré une incidence majorée de conduites suicidaires dans le groupe de femmes de 16 à 34 ans originaires d'Afrique et des Caraïbes (7.8/1000), et dans le groupe de

femmes de 16 à 34 ans originaires d'Asie du Sud (5/1000), avec des différences importantes entre les données rapportées dans les 3 villes de l'étude (Manchester, Oxford et Derby) (13). La variabilité dans le temps et l'espace (différences importantes selon les villes étudiées) des résultats est, selon les auteurs, en faveur d'une importance de la place de la dimension socio-culturelle dans la genèse de ces conduites suicidaires.

La revue de littérature dont les résultats sont décrits ci-dessus exclut de son étude les personnes issues d'une immigration récente, les réfugiés et les demandeurs d'asile. Ce critère d'exclusion est expliqué par la surreprésentation de troubles psychiatriques et les données en faveur d'un risque suicidaire globalement plus élevé dans la population de demandeurs d'asile et réfugiés, indépendamment de leur pays d'origine. De plus, les facteurs de stress présents (conflits armés, expérience traumatique récente, détention durant le trajet migratoire ou dans le pays d'accueil...) ont été considérés comme davantage spécifiques de leur situation de demandeur d'asile ou réfugiés que de leur pays ou ethnie d'origine, nécessitant selon les auteurs d'être étudiés à part.

L'évolution des mouvements migratoires et des conditions d'accueil dans les dernières décennies légitime en effet d'étudier à part les personnes issues d'une immigration plus récente. En effet, on constate plusieurs évolutions : celle des mouvements migratoires en partie liés à des conflits armés avec déplacements forcés de population, ainsi que l'évolution des politiques d'accueil des étrangers, y compris en France. Ces évolutions ont eu pour conséquences de modifier les parcours migratoires, le statut social des personnes migrantes dans leur pays d'accueil, de majorer les difficultés d'intégration dans la société du pays d'accueil et les situations d'isolement et de précarité, avec des conséquences négatives sur l'état de santé mentale des personnes. Dans ce domaine de recherche, les difficultés méthodologiques sont importantes, et les études étant le plus souvent réalisées sur un nombre relativement peu important, ce qui impose une grande prudence dans l'extrapolation de leurs résultats à l'ensemble des réfugiés et demandeurs d'asile. Dans leur étude concernant l'exploration de la santé et l'exposition à la violence chez les demandeurs d'asile, Kalt *et al.* concluent surtout au large manque d'information concernant la santé de cette population (14).

Cependant, plusieurs études rapportent l'augmentation de l'incidence des conduites suicidaires dans la population de demandeurs d'asile et réfugiés, de façon encore plus nette pour les personnes ayant séjourné en centre de rétention et les personnes ayant été exposées à des conflits armés (15–20).

B. Facteurs de risque identifiés

Les personnes immigrées constituent un groupe très hétérogène en termes de motif et de contexte migratoire, et d'origine géographique. Il n'existe donc pas de données globales les concernant, mais des études ont été réalisées dans de nombreux groupes pour tenter d'étudier les facteurs de risque de conduites suicidaires. La santé mentale des personnes migrantes semble particulièrement influencée par leur expérience pré-migratoire dans leur pays d'origine (conflit armé, persécutions, pauvreté), migratoire (longueur et difficulté du voyage, violences subies) et post-migratoire dans le pays d'accueil (conditions matérielles d'accueil, hébergement, droits sociaux, discrimination). Le niveau socio-économique du pays d'accueil et la proximité culturelle avec le pays d'origine rentrent également en jeu dans la qualité de vie des personnes migrantes (21).

Amanda Heredia Montesinos a réalisé en 2013 une revue de la littérature concernant les facteurs de risque suicidaire et les facteurs précipitants les idées et/ou conduites suicidaires dans les populations de migrants et de minorités ethniques, regroupant des études qualitatives et quantitatives, réalisées entre 1960 à 2013.

La place des troubles psychiatriques, identifiés comme un facteur de risque suicidaire majeur en population générale dans les pays occidentaux, a été largement étudiée. Les résultats sont en faveur d'une fréquence moins importante d'antécédents psychiatriques et d'antécédents de tentative de suicide chez les suicidants dans les populations de migrants, vis-à-vis de la population générale (12). Ces résultats pointent davantage en faveur de passages à l'acte impulsifs réactionnels aux événements et conditions de vie que de conduites suicidaires rentrant dans le cadre d'une pathologie psychiatrique. La prévalence de troubles dépressifs est pourtant retrouvée de façon augmentée dans de nombreux groupes de migrants en Europe, (13,22) sans corrélation cependant avec l'incidence de conduites suicidaires sauf dans de rares études (23) . Le trouble psychiatrique largement surreprésenté dans les populations de migrants et notamment les suicidants est le trouble de l'adaptation. Ce résultat est également en faveur d'une souffrance morale, parfois très sévère et pouvant s'exprimer sous la forme d'un authentique épisode dépressif majeur, d'origine réactionnelle (aux événements de vie, à la migration en elle-même et à la situation sociale des personnes).

Dans de nombreux travaux regroupés au sein de cette revue de littérature, le facteur précipitant la crise suicidaire le plus fréquemment retrouvé est la présence d'un conflit interpersonnel, notamment au sein de la famille. Cela comprend les conflits conjugaux et les

violences domestiques, ainsi que les conflits intergénérationnels au sein d'une famille, avec souvent, à la source de ces conflits, la question de l'acculturation⁵.

Plusieurs études mentionnent également la discrimination raciale dans le pays d'accueil comme un facteur de risque de conduite suicidaire, notamment lorsque cette discrimination a pour conséquence un préjudice en termes d'éducation et d'emploi. L'isolement social et la faiblesse du support social, renforcés parfois par le phénomène de discrimination, sont décrits comme de puissants facteurs de risque dans de nombreux groupes étudiés. Il a pu être montré que les taux de conduites suicidaires au sein d'un groupe ethnique minoritaire étaient plus élevés dans les régions où ce groupe minoritaire était le plus faible en nombre, soulignant l'importance du soutien de la communauté dans la protection vis-à-vis des conduites suicidaires (24).

Cette revue de littérature met également en évidence des facteurs de risque sociodémographiques. Le genre féminin est identifié comme un facteur de risque de tentative de suicide, comme en population générale mais de façon accentuée, notamment chez les femmes originaires de pays non-européens (ratio de genre de 1.52 en population générale, et de 2.32 pour les migrants non-européens) (25).

Le jeune âge, notamment le fait d'avoir immigré entre 11 et 20 ans, est également pointé comme un facteur de risque (26), de même que le fait d'être né dans le pays d'étude (migrant de deuxième génération) (27–29). Chez les adolescents migrants de deuxième génération, le stress en lien avec l'acculturation est particulièrement mis en évidence comme un facteur prédictif de l'apparition d'idées suicidaires, devant des difficultés à s'inscrire dans la culture du pays d'origine de leurs parents ou dans celle de leur pays de naissance et les conflits intrafamiliaux que ces choix peuvent engendrer (30).

Le statut de femme mariée est rapporté comme un facteur de risque dans la population de femmes originaires d'Asie vivant au Royaume-Uni, contrairement à de nombreux autres groupes de migrants et à la population générale dans lesquels le fait d'être non marié constitue un facteur de risque.

Enfin, des difficultés dans l'accès au soin ont été mises en évidence dans les populations de migrants et identifiées comme des facteurs facilitant l'apparition d'idées suicidaires et

⁵ Changements dans les modèles culturels d'un groupe de population secondaire au contact entre deux groupes de différentes cultures

l'aggravation de la situation par le biais d'un défaut ou un retard de soin. Les obstacles à l'accès aux soins identifiés chez les personnes elles-mêmes étaient la méconnaissance du système de soin notamment dans le domaine de la santé mentale, les différences culturelles, la barrière de la langue (et l'absence d'accès à l'interprétariat), ainsi qu'un sentiment de honte associé à la demande d'aide, et de peur vis-à-vis d'une éventuelle stigmatisation par le groupe social. Ces obstacles s'ajoutent aux obstacles institutionnels en jeu dans les difficultés d'accès au soin des étrangers (notamment en termes d'accès à une couverture sociale) et des personnes en situation de précarité.

C. Sous-populations à risque

Après cette revue des facteurs de risque identifiés dans des populations de migrants, nous avons souhaité étudier plus précisément plusieurs populations pointées comme étant particulièrement à risque : les demandeurs d'asile et réfugiés, les migrants placés en centres de détention et les femmes victimes de violence.

1. Demandeurs d'asile et réfugiés

Les données les plus récentes publiées par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) en fin d'année 2016 rendent compte du chiffre alarmant de 65.6 millions de personnes déracinées à travers le monde, et ce résultant de persécutions, de conflits armés ou de violation des droits de l'Homme. Ce chiffre comprend 22.5 millions de réfugiés (dont plus la moitié de mineurs) et 2.8 millions de demandeurs d'asile. Ces statistiques récentes font état de 10.3 millions de personnes nouvellement déplacées en 2016, et estiment à environ 10 millions le nombre d'apatrides (personnes privées de nationalité et d'accès aux droits élémentaires) (31).

Ce sous-groupe de migrants « réfugiés et demandeurs d'asile », souvent étudiés non distinctement, a été décrit comme particulièrement vulnérable, compte-tenu de l'expérience pré-migratoire ayant conduit à l'exil (guerre, persécution, violence) mais également des conditions de vie dans les pays d'accueil. Plusieurs études ont montré une prévalence importante de troubles psychiatriques dans cette population (14). De plus, les difficultés d'accès aux soins décrites ci-dessus pour les populations de migrants sont accentuées dans cette sous-population (barrière de la langue et problèmes de communication, absence ou changement répétés d'hébergement, méconnaissance du système de soins et des possibilités de couverture sociale). Les demandeurs d'asile et réfugiés ont été identifiés comme un groupe dans lequel le risque de conduites suicidaires est augmenté (17,18,20).

Au Royaume-Uni, il n'existe pas de données de prévalence des conduites suicidaires dans cette population car le statut migratoire n'est pas relevé par les services de secours et d'urgences ou de médecine légale. Joshi, Warfa *et al.* ont réalisé une revue systématique de la littérature à la recherche de données concernant la prévalence des conduites suicidaires dans ce groupe. Les résultats de cette revue de littérature sont en faveur d'une augmentation chez les demandeurs d'asile et réfugiés du risque de conduites suicidaires, et ce dans plusieurs pays occidentaux. Ce risque est encore davantage augmenté concernant les demandeurs d'asile détenus en centre de rétention. Un taux de suicide augmenté a été décrit chez les hommes demandeurs d'asile et réfugiés. Plusieurs études ont également montré une prévalence importante d'idéation suicidaire chez les femmes de cette population.

Goosen *et al.* ont rapporté en 2011 une collection de données concernant les conduites suicidaires chez les demandeurs d'asile au Pays-Bas entre 2002 et 2007 (32). Le taux de suicide chez les hommes demandeurs d'asile était augmenté par rapport à la population générale (Risque relatif : 2, intervalle de confiance : 1.37-2.83). Les auteurs ont également étudié les conduites suicidaires par pays d'origine, et ont retrouvé une augmentation de l'incidence de conduites suicidaires nécessitant une prise en charge hospitalière chez les demandeurs d'asile originaires d'Europe, du Moyen-Orient et d'Asie du Sud, et une incidence plus faible pour les personnes originaires d'Afrique, sans différence significative de genre.

Les facteurs de risque mis en évidence dans cette population étaient la présence actuelle ou les antécédents de troubles psychiatriques, tels que le syndrome de stress post-traumatique et la dépression, les antécédents de tentatives de suicide, l'isolement, les deuils et la séparation de la famille, ainsi que l'incertitude vis-à-vis du futur et le sentiment d'impuissance ressenti durant la procédure (20).

En 1998, Ferrada-Noli *et al.* suggéraient déjà une prévalence significativement plus importante de conduites suicidaires chez les réfugiés souffrant d'un ESPT et celle-ci était encore davantage majorée en cas de comorbidité dépressive (17).

Les antécédents d'évènements traumatiques liés à un conflit armé dans le pays d'origine ont également été pointés comme un facteur indépendant majorant le risque de conduites suicidaires (notamment indépendamment de la présence ou non d'un ESPT ou d'une autre pathologie psychiatrique) (16).

La longueur de la procédure de demande d'asile et la détention étaient également associées à une augmentation du risque de conduites suicidaires. Cette revue de la littérature n'a pas montré d'éléments en faveur d'une relation entre le résultat de la demande d'asile (statut de réfugié ou refus de la demande) et le risque suicidaire. D'autres travaux (33–35) suggèrent cependant que la décision de la procédure d'asile puisse être un facteur de risque de conduites suicidaires (en prenant en compte à la fois le stress occasionné pendant la procédure, et une éventuelle décision négative). Une autre étude montre une diminution significative de la prévalence d'idées suicidaires à la libération d'un centre de rétention (36).

2. Personnes placées en centre de rétention

En 1993, Silove *et al.* rapportaient déjà la prévalence importante de troubles psychiatriques chez les demandeurs d'asile placés en centre de rétention en Australie, et alertaient sur les conditions de vie dans ces centres de rétention et le risque de « retraumatisation » de personnes déjà vulnérables (37).

Robjant *et al.* ont réalisé en 2009 une revue de la littérature explorant l'impact du placement en centre de rétention des demandeurs d'asile, mineurs et majeurs, sur la santé mentale (38). 10 études ont été identifiées, et rapportent toutes un taux important de pathologies psychiatriques chez les personnes détenues (anxiété, dépression, ESPT, mais également idéation suicidaire et conduites auto-agressives). Certains travaux étudiés dans cette revue montrent une amélioration clinique à la sortie du centre de rétention, mais les résultats à plus long terme sont en faveur d'un impact négatif sur la santé mentale persistant au long cours. Le sentiment d'injustice en lien avec cette détention et l'incertitude vis-à-vis de l'obtention du statut de réfugié étaient mis en avant comme facteur favorisant le désespoir et l'idéation suicidaire.

Cohen *et al.* ont rassemblé en 2008 des données concernant les décès par suicide et les conduites suicidaires dans les centres de rétention au Royaume-Uni, comparé aux chiffres retrouvés dans les prisons (15). Les résultats sont en faveur d'un taux de conduites suicidaires de 12.97% dans les centres de rétention, comparé à un taux de conduites suicidaires en prison évalué entre 5 à 10%. En ce qui concerne les taux de suicide, rappelant que le taux de suicide moyen au Royaume-Uni est de 9/100 000, et 122/100 000 en population carcérale, les auteurs rapportent un taux moyen de 112/100 000 dans les centres de rétention entre 1997 et 2005, avec une majoration alarmante dans les dernières années de l'étude avec un taux de 222/100 000 entre 2002 et 2004. En France, le rapport d'activité de 2016 réalisé par les associations

intervenant au sein des centres de rétention administrative (ASSFAM - Association de Service Social Familial Migrants, Forum Réfugié – Cosi, France terre d’asile, La Cimade, Ordre de Malte France et Solidarité Mayotte) fait état de nombreux gestes auto-agressifs (tentatives de suicide, auto-mutilations, grèves de la faim) au sein des 50 centres et locaux de rétention administrative situés sur le territoire français (39).

3. Violences faites aux femmes et conduites suicidaires

Comme il a été décrit précédemment, on retrouve dans de nombreux groupes de migrants une augmentation des conduites suicidaires chez les femmes. Si cette différence de prévalence de tentatives de suicide liée au genre est présente de façon ubiquitaire en population générale dans le monde, la différence est augmentée de façon significative dans plusieurs groupes de migrants étudiés (21,25). Au Royaume-Uni, une augmentation de la prévalence des tentatives de suicide (notamment entre 16 et 24 ans) et des taux de décès par suicide (entre 20 et 29 ans et après 80 ans) a été montrée pour les populations de femmes originaires d’Asie du Sud, d’Afrique et des Caraïbes, en comparaison à la population britannique (12). Au Pays-Bas, on retrouve un taux de tentatives de suicide augmenté par 4 chez les jeunes femmes d’origine Turque et du Surinam par rapport à la population néerlandaise (11). En Allemagne les taux de conduites suicidaires sont également augmentés de manière significative chez les femmes d’origine russe, polonaise et turque. Les résultats d’une étude de cohorte réalisée en Suède sur 4.4 millions d’individus ont montré une augmentation des taux de suicide chez les femmes originaires de Finlande, Pologne et Europe de l’Est, avec un taux de suicide multiplié par deux chez les femmes polonaises par rapport aux femmes suédoises (40).

Une partie de ces résultats peut être expliquée par le concept de continuité culturelle (c’est-à-dire de maintien dans un groupe de migrant d’un taux de suicide proche de celui du pays d’origine). Par exemple, on retrouve dans plusieurs pays d’accueil un taux élevé de tentative de suicide et de suicide chez les jeunes femmes originaires d’Asie du Sud, mais ce taux est également élevé dans leur pays d’origine (avec jusqu’à un taux de tentative de suicide de 4.0/1000 dans la province de Nickerie au Surinam (41).

Au-delà de cette continuité culturelle (dont le concept n’est pas applicable dans tous les groupes de migrants compte-tenu de l’absence de chiffres fiables concernant les taux de suicide dans le pays d’origine), plusieurs facteurs de risque de conduites suicidaires ont été mis en évidence chez les femmes migrantes. On retrouve de nouveau une moindre fréquence des facteurs de risque « classiques » décrits en population générale (pathologie psychiatrique,

antécédent de tentative de suicide), et davantage de conflits intrafamiliaux et de problématiques en lien avec une pression culturelle de la communauté, chez les jeunes femmes d'origine d'Asie du Sud (23) et de Turquie (42). Dans ces deux sous-groupes, les jeunes suicidantes interrogées ont pu décrire comme facteur précipitant de la crise suicidaire la place de l'honneur familial (« izzat » en Hindi, « namus » en Turc) et la crainte d'être responsable, par leurs actes, d'une honte sur la famille vis-à-vis de la communauté.

Les violences conjugales et les violences sexuelles constituent un facteur de risque de conduites suicidaires en population générale à l'échelle mondiale (43,44). Celles-ci sont largement rapportées dans les populations de femmes migrantes comme un des facteurs principaux favorisant l'apparition d'idées suicidaires. De plus, le contexte de migration augmente le risque d'être victime de violence, rend les femmes vulnérables à des formes additionnelles de violence en lien avec la migration (traite des êtres humains, prostitution) et majore les difficultés d'accès aux soins (23,45). La possibilité de mariages arrangés par la famille a été identifiée comme un obstacle supplémentaire à l'accès à une aide extérieure dans les situations de violence domestique dans les communautés originaires d'Asie du Sud, d'Afrique du Nord et de Turquie. Les femmes immigrées sont décrites dans de nombreux travaux comme plus vulnérables face aux violences conjugales, de par leur isolement social et la crainte d'une éventuelle expulsion. Certaines femmes victimes de violences domestiques sont maintenues volontairement isolées, empêchées d'accéder au monde du travail et à l'apprentissage de la langue du pays d'accueil, voire séquestrées, et leurs passeports confisqués ou détruits, dans le but de rendre impossible la dénonciation et la fuite de la relation abusive (21). Certains auteurs ont rapproché les conduites suicidaires des femmes dans certains groupes de migrants décrits précédemment (originaires d'Asie du Sud, d'Afrique du Nord et de Turquie) du suicide dit « fataliste » (46) décrit par le sociologue Emile Durkheim dans son traité sur le suicide (47). Ce type de suicide « fataliste » aurait pour origine une régulation excessive de la part du groupe social sur l'individu avec pour conséquences un sentiment d'impuissance, une perte totale de contrôle et d'autonomie, et l'expérience d'une deshumanisation (48). Cette approche sociologique du suicide sera explorée de façon plus détaillée dans la deuxième partie de ce travail.

II. Etude théorique multidimensionnelle du risque suicidaire chez les migrants en situation de précarité

Il est désormais largement reconnu que les causes des conduites suicidaires sont multiples, avec la participation de facteurs génétiques, biologiques, psychologiques, sociologiques, et socio-culturels. Des facteurs de risque et facteurs protecteurs ont été identifiés, mais une variabilité de ces facteurs en fonction du contexte, et notamment de la culture, a été mise en évidence. Nous avons donc souhaité poursuivre cette revue de littérature par une étude des différentes dimensions du risque suicidaire dans la population étudiée.

A. Déterminants psychiatriques

1. Pathologies psychiatriques et conduites suicidaires

Les données de la littérature présentées dans la première partie de ce travail sont en faveur d'une fréquence moins importante des troubles psychiatriques chez les suicidants dans les groupes de migrants étudiés vis-à-vis de la population générale, sauf dans le groupe des demandeurs d'asile et réfugiés où ces troubles sont fréquents et constituent un important facteur de risque suicidaire. Pour rappel, les troubles psychiatriques font partie des principaux facteurs de risque suicidaire primaires en population générale, avec les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire (avec ou sans projet suicidaire précis, appelé couramment « scénario », et avec ou sans accessibilité du moyen envisagé) et l'impulsivité (49).

En 2005, la méta-analyse de Fazel *et al.* étudie la prévalence des troubles mentaux dans la population des réfugiés présents dans les pays occidentaux (50). Les données regroupées de 20 études réalisées sur un total de 6743 réfugiés adultes originaires de 7 pays différents font état d'une prévalence de 9% de l'ESPT, 5% d'Episode Dépressif Majeur (EDM), et 4% de Trouble Anxieux Généralisé (TAG), ainsi que de nombreuses comorbidités psychiatriques dans cette population. 5 études concernant la population d'enfants réfugiés rapportent une prévalence de 11% d'ESPT. D'autres travaux plus récents rapportent des chiffres de prévalences plus hauts, allant de 20 à 65% d'ESPT et 30 à 60% de syndromes dépressifs (51–54). Certains auteurs rapportent une prévalence des troubles augmentant en fonction de la longueur de la procédure de demande d'asile (55), et encore majorée chez les personnes déboutées du droit d'asile (56). Certains travaux comparent les taux de prévalence de ces troubles entre demandeurs d'asile, réfugiés, travailleurs immigrés, et retrouvent des chiffres de prévalence les plus hauts dans le groupe de demandeurs d'asile, puis celui des réfugiés, et

enfin celui des travailleurs immigrés(53,57). Hocking (51,58) rapporte également une diminution significative des chiffres de prévalence des troubles psychiatriques chez les demandeurs d'asile ayant accès à une activité professionnelle et à une couverture des frais de santé. Enfin, les études réalisées les réfugiés victimes de torture rapportent une association renforcée avec la présence comorbide d'un ESPT et d'un état dépressif (59).

Pour comparaison, une étude datant de 2010 concernant la prévalence des troubles mentaux en population générale dans différents pays européens rapportent des chiffres de prévalence entre 0.56% et 6.67% pour l'ESPT, et entre 1 et 10% pour l'épisode dépressif majeur (60).

La population concernée par ce travail de recherche ne se limite pas aux seuls demandeurs d'asile et réfugiés, mais comprend d'autres personnes migrantes en situation de précarité (personnes en situation irrégulière (dont les personnes déboutées du droit d'asile), demandeurs de droit au séjour pour soins ou pour raisons en lien avec la vie privée et familiale). La pratique dans des structures de type PASS psychiatrique et EMPP nous permet d'identifier les troubles les plus fréquemment retrouvés dans cette population plus large. Le plus fréquemment, la symptomatologie présentée permet de poser le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (61). D'autres troubles anxieux peuvent également être présents (trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxieux généralisé) ainsi que les autres troubles en liens avec des traumatismes ou des facteurs de stress (état de stress aigu et trouble de l'adaptation). Les symptômes de dépression sont fréquents, sans que l'on retrouve d'épisode dépressif majeur caractérisé dans la plupart des cas. Les autres symptômes, non spécifiques, rencontrés le plus fréquemment sont les troubles du sommeil qui sont présents chez une grande majorité des patients, ainsi que les manifestations psychosomatiques (douleurs diffuses, céphalées).

Nous avons choisi d'effectuer une revue de littérature médicale pour questionner le lien que ces différentes pathologies ou troubles psychiatriques entretiennent avec les conduites suicidaires.

a. ESPT, dépression et comorbidités

Les troubles dépressifs constituent un facteur de risque suicidaire connu. Cette catégorie de troubles psychiatriques est la plus fréquemment retrouvée chez les personnes décédées par suicide. L'association entre Episode dépressif Majeur et conduites suicidaires est forte, et ces conduites peuvent survenir pendant toute l'évolution de l'épisode. Les facteurs de risque suicidaire supplémentaires mis en évidence chez les patients dépressifs sont les antécédents de tentative de suicide, le sexe masculin, le fait d'être célibataire et de vivre seul, et un sentiment marqué de désespoir. Un trouble de personnalité borderline comorbide est également rapporté comme un facteur augmentant fortement le risque de conduites suicidaires (62,63).

L'état de stress post-traumatique est une entité nosographique initialement décrite chez des vétérans présentant, au retour de conflits armés, une souffrance psychologique caractérisée par un syndrome de répétition de l'évènement traumatique, appelé « trauma », ayant fait effraction dans le psychisme, se manifestant par des reviviscences diurnes (ou « flashbacks ») ou nocturnes, associé à un syndrome d'évitement (de tout ce qui pourrait rappeler ou symboliser l'évènement traumatique initial) et à une hyperactivité neurovégétative. Il apparaît dans les classifications nosographiques psychiatriques lors de la 3^{ème} version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM).

Les pathologies post-traumatiques sont sorties du cadre des troubles anxieux pour devenir un cadre nosographique à part dans la dernière version du DSM (62).

De nombreuses équipes de chercheurs ont étudié l'association entre syndrome de stress post-traumatique, idéation suicidaire et conduites suicidaires, en association ou non à une symptomatologie dépressive. Les résultats sont hétérogènes. Cependant, l'association entre ESPT, tentatives de suicide et niveau mesuré d'idéation suicidaire semble établi par de nombreuses recherches scientifiques.

Dans une étude sur la comorbidité ESPT et dépression et son association avec les conduites suicidaires, il a pu être montré une nette augmentation du risque suicidaire lors de l'association entre état de stress post-traumatique et épisode dépressif majeur, et une augmentation de l'incidence des conduites suicidaires chez les personnes souffrant d'un ESPT moins significative mais présente également, en l'absence de symptomatologie dépressive (64).

Cette étude a également observé le lien entre impulsivité, hostilité et conduites suicidaires chez les patients souffrant d'un ESPT, d'EDM ou de trouble de personnalité du cluster B⁶ et a retrouvé des niveaux plus importants d'impulsivité et d'hostilité chez les personnes souffrant d'un ESPT, notamment chez les personnalités du cluster B (personnalités plus fréquemment retrouvées dans le groupe de patients souffrant de ESPT), et une augmentation du risque suicidaire lors de l'association ESPT et personnalité de cluster B. Devant ces résultats, les auteurs questionnent l'éventualité que l'augmentation du risque suicidaire chez les personnes souffrant d'un ESPT soit en réalité médiée par la présence plus fréquente de troubles de personnalité du cluster B, avec haut niveau d'impulsivité et d'hostilité.

La méta-analyse de Krysinska et Lester a repris la littérature existante sur la relation entre l'ESPT, idéation et conduites suicidaires (65). De l'analyse de 50 articles concernant le sujet, il n'a pas été montré d'augmentation du taux de suicide chez les patients souffrant d'ESPT, mais une augmentation de l'incidence des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire et cela y compris indépendamment de toute symptomatologie dépressive ou d'autres comorbidités psychiatriques.

Par comparaison, l'association entre exposition à un événement traumatique sans développement d'un ESPT et majoration du risque suicidaire n'a ici pas été démontrée. La nature du traumatisme (type de traumatisme, agression subie ou non) n'aurait, selon ces résultats, pas d'impact sur l'augmentation du risque suicidaire (66).

En ce qui concerne l'augmentation de l'incidence du suicide chez les personnes souffrant d'un ESPT, l'association semble plus difficile à montrer. Malgré cela, certaines équipes ont retrouvé une association entre ESPT et suicide. Une étude de 2009 montre une augmentation du nombre de suicides dans une population de patients souffrant de ESPT comparée à une population témoin, l'association restant significative après contrôle des résultats pour éliminer les biais dus aux comorbidités psychiatriques et aux données socio-démographiques, avec un odd-ratio de 5.3 (67).

En 2014, l'association entre ESPT et passages à l'acte auto-agressifs non létaux est de nouveau montrée avec des résultats significatifs, avec une nette prédominance chez les

⁶ Cluster B : sous-classe des troubles de personnalités comprenant les personnalités antisociale, borderline, histrionique, et narcissique.

femmes, les auteurs faisant l'hypothèse que l'hétérogénéité des résultats dans ce champ de recherche pourrait être due à cette différence de résultats en fonction du genre (68).

D'autres études cliniques récentes se sont intéressées plus précisément à ce qui dans la symptomatologie pourrait intervenir dans cette association entre ESPT et augmentation de l'idéation et des conduites suicidaires. Des résultats significatifs ont été observés en ce qui concerne les attaques de panique qui seraient associées à une augmentation de l'idéation suicidaire et à des passages à l'acte chez les patients souffrant d'un ESPT (69).

D'autres facteurs sont probablement en partie responsables de cette hétérogénéité dans les résultats : hétérogénéité dans la présentation et l'intensité des symptômes de l'ESPT, état clinique pré-traumatique (éventuels traumatismes antérieurs), etc.

Prenant en compte de façon plus précise les différents degrés de symptomatologie post-traumatique et la sémiologie fine des troubles de l'humeur, de l'idéation suicidaire et des conduites suicidaires, une étude récente a étudié le poids de sept variables dans l'association entre pathologies post-traumatiques et conduites suicidaires : volonté de mort, idées auto-agressives, idées suicidaires, antécédent de tentative de suicide, antécédent d'attaque de panique, humeur dépressive et perte d'intérêt, en séparant les résultats en fonction de l'intensité de la symptomatologie post-traumatique (expérience traumatique sans ESPT, trauma avec ou sans syndrome de répétition, avec ou sans syndrome d'évitement, avec ou sans troubles cognitifs ou trouble de l'humeur associé). Les résultats ont montré que l'absence de ces sept facteurs était associée à un risque suicidaire de moins de 0.01%, et que ce risque augmentait plus ces variables étaient présentes, avec un risque de conduites suicidaires augmenté de 42 à 89% (en fonction du degré de la symptomatologie post-traumatique) si ces sept variables étaient présentes (70).

Par ailleurs, le concept psychologique anglo-saxon de « tolérance à la détresse » est défini par la capacité (perçue par la personne ou mesurée par un tiers) à tolérer des événements stressants, des états émotionnels ou physiques négatifs. Une association a été observée entre sévérité des symptômes d'ESPT, bas niveau de tolérance à la détresse (mesurée par des échelles d'auto et d'hétéro-évaluation) et niveau augmenté d'idéation suicidaire. Les auteurs de ces travaux font l'hypothèse que l'augmentation de l'idéation et des conduites suicidaires chez les patients souffrant d'ESPT seraient en partie médiée par cette capacité diminuée à tolérer les événements stressants (71).

En dehors de la comorbidité dépressive, la comorbidité addictive est également associée à une augmentation du risque de conduites auto-agressives et suicidaires lorsqu'elle est associée à l'ESPT (72).

b. Autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Après cette étude de la comorbidité entre ESPT et conduites suicidaires, nous nous sommes intéressés aux autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, ces troubles étant, eux-aussi, particulièrement rencontrés en pratique clinique dans la population étudiée.

L'état de stress aigu est défini par le développement de symptômes caractéristiques (symptômes envahissants (souvenirs répétitifs, sentiment de détresse intense), humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement, symptômes d'éveil) après l'exposition à un événement traumatique (mort effective ou menace de mort, blessure grave, violences sexuelles...), et par la persistance de ce tableau clinique entre 3 jours et 1 mois après cet événement (62). Ce trouble peut s'accompagner d'un très haut niveau d'anxiété voire d'attaques de panique pouvant persister au long cours, favorisant l'apparition d'idées suicidaires. Les symptômes dissociatifs peuvent également conduire à des mises en danger (fuite dissociative) voire à des passages à l'acte auto-agressifs (73).

Plus rarement étudiée, l'association entre trouble de l'adaptation (défini par la survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au facteur de stress), idéation et conduites suicidaires a également été montrée notamment en cas d'humeur dépressive, avec cependant un degré d'intentionnalité suicidaire inférieur aux patients présentant un épisode dépressif majeur (74,75).

c. Troubles anxieux

On classe parmi les troubles anxieux plusieurs troubles psychiatriques distincts: le trouble anxieux généralisé (défini par la présence d'une symptomatologie anxieuse persistante avec symptômes psychiques et physiques de l'anxiété), le trouble panique (correspondant à la récurrence d'attaques de panique plusieurs fois par mois de façon prolongée, avec anxiété anticipatoire plus ou moins agoraphobie), les troubles phobiques (phobies spécifiques,

agoraphobie, phobie sociale), le trouble obsessionnel compulsif (associant des obsessions et des compulsions)(62).

L'état de stress post-traumatique était classé dans la catégorie nosographique des troubles anxieux jusqu'au DSM IV. Il en fait toujours partie dans la Classification Internationale des Maladies (CIM, 10^{ème} édition) (76).

En prenant en compte cette catégorie nosographique sans les pathologies post-traumatique, il a été observé une association entre troubles anxieux et augmentation de l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide. Cette association est notamment observée pour le trouble obsessionnel compulsif, le trouble anxieux généralisé et la phobie sociale. Il a également été démontré qu'un trouble anxieux comorbide d'un trouble de l'humeur était associé à une augmentation du risque suicidaire chez les patients (77).

Une autre étude a également montré une association entre trouble panique (avec ou sans agoraphobie) et conduites suicidaires, avec pour beaucoup de patients une comorbidité addictive ou un trouble de personnalité comorbide associé avec une augmentation du risque suicidaire, l'association initiale restant significative y compris en l'absence de ces comorbidités (78).

2. Symptômes isolés favorisant l'idéation suicidaire

Parmi les plaintes présentées par les patients migrants en situation de précarité consultant en PASS psychiatrique, certaines ne rentrent pas dans le cadre d'un syndrome psychiatrique à part entière. L'étude de la littérature montre que certains symptômes, mêmes isolés, peuvent être associés à une augmentation du risque suicidaire : les troubles du sommeil et les plaintes douloureuses chroniques.

a. Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil de différents types (insomnie, difficultés majeures d'endormissement, cauchemars, réveils multiples et agités, symptomatologie pseudo-hallucinatoire nocturne) sont présents de manière quasi systématique chez les patients migrants en situation de précarité consultant dans une PASS psychiatrique. Ces troubles du sommeil rentrent parfois dans un tableau d'état de stress post-traumatique avec un syndrome de répétition nocturne de l'évènement traumatique, mais sont souvent moins spécifiques.

Difficiles à traiter, également du fait de la situation sociale très souvent précaire de nos patients, notamment en termes d'hébergement, ces troubles du sommeil restent souvent au premier plan pendant de longues périodes, et aggravent la symptomatologie anxieuse et dépressive des patients.

Les troubles du sommeil font partie des facteurs stressants qui peuvent participer à augmenter le risque suicidaire chez une personne vulnérable. En 2012, une méta-analyse de Pigeon *et al.* a repris de nombreuses études de l'association entre troubles du sommeil, idées et conduites suicidaires et a conclu à une association significative entre troubles du sommeil et majoration des idées et conduites suicidaires (avec un risque relatif entre 1.95 et 2.95), et cela indépendamment de toute symptomatologie dépressive (79).

D'autres travaux récents ont tenté d'approfondir l'étude de cette association. Deux facteurs ont été décrits comme pouvant participer à cette majoration du risque suicidaire en cas de troubles du sommeil : tout d'abord les cauchemars, qui seraient corrélés de façon indépendante à une augmentation de l'idéation suicidaire, notamment quand leur contenu est violent, en lien avec un passé traumatique, et lorsqu'ils sont répétitifs. Ensuite, il a été montré que les « croyances dysfonctionnelles » associées aux troubles du sommeil (telles que l'incurabilité de l'insomnie, l'idée qu'une mauvaise nuit sera forcément suivie de plusieurs autres...) étaient également particulièrement associés à une majoration de l'idéation suicidaire et des conduites suicidaires, et cela davantage que l'insomnie en elle-même (80,81).

Ces résultats montrent l'importance de l'évaluation de la qualité du sommeil et de la prise en charge des troubles du sommeil, très fréquents chez les patients migrants en situation de précarité et consultant en PASS ou centres de santé. En pratique, les médecins de la PASS psychiatrique de Grenoble s'aident d'une grille d'évaluation du sommeil, la plus simple possible pour favoriser une bonne compréhension, qui permet de formaliser l'évaluation du sommeil, d'en montrer au patient l'importance et d'adapter leur prise en charge en fonction.

Ces résultats rappellent également l'importance d'une réévaluation des troubles du sommeil éventuels en cas d'idéation suicidaire, car ces derniers peuvent être un facteur précipitant un passage à l'acte nocturne ou en début de journée.

b. Douleurs chroniques

Les symptômes douloureux diffus sont également fréquemment au premier plan dans les plaintes fonctionnelles des patients consultant à la PASS psychiatrique. Non spécifiques, ils sont associés ou non à un ESPT, à un syndrome dépressif, souvent liés aussi à la grande précarité sociale et à des conditions de vie des plus inconfortables, ou parfois à des traumatismes physiques anciens.

De manière générale, toute problématique de santé physique peut être un événement stressant et déclencheur d'une crise suicidaire lors que d'autres facteurs de risque sont présents.

Le lien entre symptomatologie douloureuse et idées suicidaires est peu étudié. Une association entre douleur chronique, automutilation et tentatives de suicides a pu être montrée chez des adolescents souffrant de douleurs chroniques idiopathiques (82).

Certains travaux montrent également une association entre douleurs migraineuses chroniques et augmentation des conduites suicidaires (ratio de tentatives de suicides augmenté par 3), sans augmentation du nombre de suicides dans les cohortes étudiées. Les facteurs participant à l'augmentation du risque suicidaire seraient la sensation de faiblesse, l'altération de la qualité de vie et des capacités physiques à l'origine d'un sentiment de désespoir majoré (83,84) .

3. Syndrome d'Ulysse

L'état de vulnérabilité des migrants en situation de précarité et la prévalence dans cette population de problématiques de santé mentale ont été observés par de nombreux services psychiatriques européens. Le Dr Achotegui, psychiatre espagnol, a regroupé en 2002 les symptômes communs retrouvés chez de nombreux migrants en souffrance sous le terme de « Syndrome d'Ulysse » (85,86). La description de ce nouveau syndrome clinique nous semble éclairante dans l'étude de la santé mentale des migrants et l'évaluation du risque suicidaire dans ce contexte.

En effet, il décrit par le terme « syndrome d'Ulysse » ou « syndrome de stress chronique multiple de l'immigrant » un tableau clinique comportant une symptomatologie dépressive, une apathie, des tendances ou des conduites suicidaires, associées à d'autres signes aspécifiques (anxiété, insomnie, irritabilité, maux de tête, fatigue, confusion). Il décrit 4 facteurs permettant de comprendre ce tableau clinique :

- La solitude, l'isolement de ses proches (famille, couple, amis) et l'impuissance face à la nécessité de faire venir sa famille
- Un sentiment d'échec (échec de l'exil qui pouvait avoir comme objectif d'améliorer ses conditions de vie, échec dans l'intégration dans une nouvelle société, dans l'accessibilité au milieu du travail, à une stabilité sur le plan administratif)
- La peur, liée aux événements traumatiques du passés, aux conditions pénibles voire dangereuses du trajet migratoire, et au statut précaire, à l'insécurité lorsque la situation administrative n'est pas en règle
- Le sens de la lutte pour la survie, la précarité sociale avec souvent l'impossibilité de satisfaire ses besoins primaires et ceux de ses proches (alimentation, logement digne)

Dans cette description clinique, on peut observer qu'une grande part explicative dans l'arrivée des troubles est donnée aux conditions de vie actuelle de la personne migrante et des circonstances de la migration, avec une dimension psychosociale évidente.

4. Idéation suicidaire et transition vers le passage à l'acte

Après cette étude des déterminants psychiatriques du risque suicidaire dans la population étudiée, nous avons souhaité étudier les facteurs de risque de transition entre idéation suicidaire et passage à l'acte en population générale. En effet, l'expression d'idées de suicide est un facteur de risque suicidaire reconnu. En population générale, 80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment de telles idées dans les mois qui précèdent. Le risque de passage à l'acte est évalué, chez l'adolescent à 1 % en l'absence d'idées suicidaires, à 14 % en cas d'idées occasionnelles et à 41 % en cas d'idées fréquentes. Ces idées suicidaires donnent lieu à un plan pour la réalisation d'une tentative chez environ un tiers des sujets et parmi ceux-ci 70 % feront un passage à l'acte (contre 25% en l'absence de plan de passage à l'acte) (49).

Un certain nombre de travaux récents dans le champ de la suicidologie s'attachent à comparer les patients présentant des idées suicidaires et ceux qui passent à l'acte, cherchant à explorer les facteurs favorisant la transition entre idéation suicidaire et tentative de suicide ou suicide, et donc d'éventuelles cibles de prévention. En effet, la plupart des facteurs de risque suicidaire traditionnellement décrits, y compris de façon surprenante l'impulsivité, ne permettent pas de différencier ces deux groupes. Dans les facteurs favorisant les passages à l'acte, on retrouve le concept de « capacité au suicide » correspond au dépassement de la peur instinctive de la douleur et de la mort, qui serait augmentée chez les personnes habituées à la douleur et à la mort (auto-mutilations, exposition à des événements violents). Une sensibilité plus faible à la douleur est également retrouvée de façon plus fréquente chez les suicidants vis-à-vis des personnes présentant des idéations suicidaires mais n'étant pas passées à l'acte (87).

D'autres auteurs pointent comme facteurs de risque de transition de l'idéation vers le passage à l'acte le niveau de sentiment de désespoir, le niveau d'agressivité (antécédents d'automutilation ou de violence, niveau ressenti de colère et d'agressivité) (88–90) et la consommation de toxiques, notamment d'alcool (91). La présence d'un trouble de personnalité borderline est également identifiée comme facteur favorisant le passage à l'acte auto-agressif au sein des personnes présentant des idées suicidaires (92).

Par ailleurs, les antécédents familiaux de suicide sont retrouvés plus fréquemment dans le groupe de suicidants (93). Certains travaux identifient également des facteurs biologiques et neurocognitifs favorisant les passages à l'acte, tels que les troubles dyséxécutifs (87).La

comparaison de ces deux groupes permet également d'identifier des facteurs protecteurs au sein même des personnes présentant des idées suicidaires, notamment un niveau d'éducation plus élevé (88).

B. Précarité, isolement et désappartenance

De nombreux travaux rapportent un taux d'idéation suicidaire et de conduites suicidaires particulièrement élevé chez les Sans Domicile Fixe (SDF) de différentes régions du monde, en faisant un sous-groupe à risque à prendre en compte dans la prévention du suicide au niveau mondial. Le risque de suicide relatif à la population générale varie entre 2 et 6 selon les études (94–98). Des résultats similaires sont rapportés pour les enfants et adolescents sans domicile (99,100).

Ces résultats sont mis en lien avec la prévalence importante dans cette population de pathologies psychiatriques (101), d'usage et de dépendance de produits toxiques, d'évènements de vie traumatiques (et en particulier les antécédents de maltraitance durant l'enfance (102)), de la faiblesse du réseau de support social et de la complaisance aux soins (103). Les programmes de soins psychiatriques utilisant une approche d'« aller-vers » ainsi que les programmes de type « Un chez soi d'abord » ont montré une bonne efficacité sur le niveau d'idéation suicidaire et la fréquence des passages à l'acte (95,104).

Okamura *et al.* ont particulièrement souligné un facteur de risque de conduites suicidaires dans cette population, accessible à des stratégies de prévention (105). Il s'agit de l'absence de perception d'un soutien émotionnel social (« personne à qui parler quand on a un problème »), identifié comme un facteur indépendant favorisant l'idéation suicidaire y compris en l'absence d'un syndrome dépressif.

Rojas *et al.* ont mis en évidence un taux de suicide multiplié par 4 dans la population de personnes expulsées de leur domicile en Suède entre 2009 et 2012 (environ 22 000 personnes), dans le contexte de crise financière vis-à-vis de la population générale, en contrôlant les résultats avec les autres facteurs de risque suicidaire présents (106).

Isolement et exclusion sont donc mis en avant en tant que facteurs de risque d'idéation et de conduite suicidaire, et particulièrement représentés dans la population de personnes précaires, notamment les SDF. Ces facteurs de risque peuvent être compris en termes de désaffiliation et de perte du sentiment d'appartenance à un groupe social (107). Neuburger propose le néologisme de « désappartenance » pour décrire le fait de ne plus être reconnu comme appartenant à un groupe, ou le risque de perdre son appartenance à un groupe. La conséquence en termes de prévention est la proposition d'une « hygiène de l'appartenance », c'est-à-dire la prise en compte et l'accompagnement à la création ou recréation de liens

d'appartenances structurants (famille, communauté sociale, communauté religieuse, groupe de travail bénévole, groupe de parole...), protecteurs vis-à-vis de l'idéation et des conduites suicidaires.

Par ailleurs, plusieurs sociologues mettent en garde contre une éventuelle médicalisation de la précarité qui risquerait d'induire un traitement uniquement médical et non social de la problématique de la souffrance des précaires. De plus, devant l'observation d'une symptomatologie dépressive chez les grands précaires, se pose la question de la dépression comme pathologie psychiatrique ou comme expression d'un désespoir adapté dans des conditions de vie extrêmes (108).

Cette intrication entre causes sociales et causes médicales nous est apparue particulièrement présente dans l'étude du risque suicidaire des migrants en situation de précarité, nécessitant de nous intéresser plus en profondeur à l'étude de cette problématique d'un point de vue sociologique et aux apports possibles à la pratique psychiatrique auprès de cette population.

C. Déterminants sociaux

Après une étude des déterminants psychiatriques du risque suicidaire des migrants en situation de précarité, il convient d'élargir cette réflexion en intégrant les causes sociales du suicide et en étudiant plus en détails les facteurs sociaux potentiellement suicidogènes dans cette population. En effet, la problématique du suicide peut être traitée à la fois d'un point de vue individuel face à un patient donné, mais également d'un point de vue plus large devant une population. Il convient donc de s'intéresser désormais à ce point de vue sociologique de l'étude du suicide et à ce qu'il peut nous apporter dans l'étude du risque suicidaire dans une population de migrants.

1. Approche sociologique du suicide

Les travaux fondateurs dans le champ de la sociologie autour du suicide sont ceux du sociologue Emile Durkheim. Nous évoquerons également dans un deuxième temps les travaux de Maurice Halbwachs.

Dans son étude sociologique intitulée *Le Suicide*, publiée en 1897 (47), Emile Durkheim utilise une méthodologie sociologique basée sur des données statistiques et défend la thèse suivante : le suicide ne serait que très faiblement ou nullement expliqué par des causes extra-sociales, individuelles, médicales ou psychologiques, mais serait majoritairement un phénomène social.

Dans cet ouvrage, Emile Durkheim s'arrête cependant un temps sur l'étude des causes extra-sociales du suicide, et notamment sur les états psychopathiques en décrivant des suicides « vésaniques » (liés à une maladie mentale) : le suicide maniaque, le suicide mélancolique, le suicide obsessionnel, ..., et les décrit comme des suicides qui seraient « dénués de tout motif ou déterminés par des motifs imaginaires ». Il se base sur des statistiques nationales pour énoncer l'absence de corrélation entre le taux de maladie mentale et le taux de suicide en fonction des différentes sociétés, et conclut qu'il n'y a « aucun état psychopathique qui soutienne avec le suicide une relation régulière et incontestable ».

Dans l'étude des causes extra-sociales, Durkheim s'arrête également sur l'hérédité et ne montre pas de corrélation entre hérédité biologique et taux de suicide. Il poursuit son travail par la description du suicide comme un phénomène social « normal », c'est-à-dire présent de manière régulière et non exceptionnelle dans la plupart des sociétés, et dont le taux évolue peu au sein de chaque société : « *Chaque société est prédisposée à fournir un contingent*

déterminé de morts volontaires. » ; « Ce qu'expriment ces données statistiques, c'est la tendance au suicide dont chaque société est collectivement affligée. »

Dans l'étude précise de ce qui peut être suicidogène au niveau d'une population, Durkheim va décrire deux grands facteurs : l'intégration et la régulation. En effet, il constate que dans tout groupe sociétal (société religieuse, domestique, politique) le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des individus dans le groupe. Il s'attarde sur la question de la religion en attestant que plus une religion est intégrative plus elle protège du suicide, montrant des taux de suicide décroissants selon qu'une population pratique la religion protestante, catholique ou juive, en expliquant cette différence par une plus grande intégration, une plus grande solidarité et pensée commune parmi ses pratiquants dans la religion juive, et à moindre échelle catholique, et un individualisme et un esprit de libre examen plus présents dans la religion protestante.

Tout comme dans la religion, les facteurs d'intégration au sein de la famille (être marié, avoir des enfants) et au sein d'un groupe politique (faire partie d'une nation unie en temps de trouble public) sont associés à des taux de suicide moins importants, du fait que le sentiment d'appartenance au groupe est renforcé : *« Quand la société est fortement intégrée, elle tient les individus sous sa dépendance, considère qu'ils sont à son service et, par conséquent, ne leur permet pas de disposer d'eux-mêmes à leur fantaisie ».*

Le deuxième facteur social du suicide étudié par Durkheim est la régulation au sein du groupe sociétal, c'est-à-dire l'encadrement au sein du groupe par des règles de conduite, des repères qui limitent l'action des individus.

Après avoir décrit ces deux grands facteurs sociaux jouant un rôle dans l'augmentation ou la réduction des taux de suicide, Durkheim va décrire plusieurs « types » de suicide en fonction des facteurs en cause :

1. Le suicide dit « égoïste » : expliqué par un défaut d'intégration dans le groupe sociétal : l'individu est trop isolé par rapport aux autres (exemple : suicide de l'homme célibataire).
2. Le suicide dit « altruiste » : déterminé par un excès d'intégration dans une société qui va pousser l'individu à abandonner sa vie par devoir vis-à-vis du groupe (exemple : suicide dans l'armée).

3. Le suicide dit « anémique » : intervenant lors d'un défaut de régulation, d'encadrement dans la société, d'ordre social. Durkheim décrit alors une anomie économique (les chiffres montrent une forte corrélation entre crise économique et augmentation du taux de suicide) et domestique (veuvage et divorce associés à une augmentation des taux de suicide par diminution de la « réglementation matrimoniale »).
4. Le suicide dit « fataliste » : intervenant lors d'un excès de régulation au sein d'un groupe social avec contrôle des actes individuels par une personne ou un groupe tiers ayant pour conséquence une perte totale d'autonomie individuelle et un sentiment majeur d'injustice (exemple : suicide des esclaves).

Durkheim précise ensuite que ces « types » de suicide permettent d'étudier les facteurs sociaux en cause dans le suicide de façon globale mais sont à nuancer sur le plan individuel par d'autres facteurs, y compris le tempérament personnel et les circonstances dans lesquelles la personne est placée. Il va également décrire la façon dont des facteurs individuels vont pouvoir intervenir dans la genèse du suicide en tant que facteur précipitant.

La conclusion de cette étude sociologique a alors l'allure d'une conduite à tenir de prévention du risque au niveau d'une population, notamment en ce qui concerne le défaut d'intégration dans une société : prendre garde de l'individualisation grandissante de nos sociétés actuelles qui protègent de moins en moins contre le suicide, et travailler à la cohésion sociale dans un groupe où le rapport entre intégration et régulation serait équilibré. En pratique : créer des groupes sociaux où les mailles sont resserrées autour de l'individu tout en faisant régner une justice au sein de ce groupe. Sur les progrès considérés comme « anormaux » des taux de suicide à l'orée du XX^{ème} siècle, il conclut : *« ce que prouve ce nombre exceptionnellement élevé de morts volontaires, c'est l'état de perturbation profonde dont souffrent les sociétés civilisées, et il en atteste la gravité. (...) On ne peut donc enrayer ce courant de tristesse collective qu'en atténuant, tout au moins, la maladie collective dont il est la résultante et le signe ».*

Trente ans plus tard, Maurice Halbwachs poursuit et approfondit les travaux de Durkheim et publie son ouvrage *Les Causes du Suicide* (109) dans lequel il confirme et complète les analyses de Durkheim dont les conclusions semblent persister malgré les ébranlements profonds des sociétés européennes à cette période et l'amélioration des procédés d'analyse des données. Les travaux d'Halbwachs diffèrent cependant de ceux de Durkheim sur

plusieurs sujets. Concernant les causes sociales du suicide, il abandonne les notions d'intégration et de régulation pour parler plutôt du désespoir comme facteur social suicidogène principal, en le décrivant comme un manque ou une perte pour l'individu de confiance en l'autre, en le groupe, en l'avenir. Renonçant à distinguer le purement social et le purement individuel, il souligne l'importance des dimensions subjectives que chaque victime du suicide donne à son acte en décrivant le fait social comme incorporé dans l'individu.

2. Souffrance sociale

Après cette étude du point de vue sociologique sur le phénomène suicidaire de façon générale, nous avons souhaité découvrir les travaux de sociologues ayant étudié particulièrement les populations de personnes précaires et les migrants pour explorer les facteurs sociaux potentiellement suicidogènes dans cette population.

Dans leur ouvrage *Les lois de l'inhospitalité* (110), Didier Fassin, Alain Morice et Catherine Quiminal décrivent l'évolution des politiques en matière d'immigration en France depuis les années 1980, et examinent durant un chapitre les conséquences de cette évolution sur la santé des populations. Dans ce chapitre, Didier Fassin décrit la population des étrangers en situation irrégulière comme particulièrement fragilisée sur le plan de la santé par son absence de statut juridique et par voie de conséquence son absence de protection sociale et d'accès aux soins hormis dans le secteur humanitaire (avant la fin des années 1990). Mais cette entrave à l'accès aux soins touche plus largement les populations d'étrangers et d'immigrés, par la précarisation du droit au séjour, le risque de bascule pour de nombreuses personnes dans l'irrégularité et le développement d'un climat de suspicion vis-à-vis des étrangers. Malgré l'inscription dans la législation française du droit d'être soigné quel que soit le statut vis-à-vis du droit au séjour, Fassin souligne plusieurs facteurs d'inégalité face à la santé : les difficultés pratiques d'accès aux soins, les conditions de vie matérielles des étrangers et la souffrance directement en lien avec l'expérience de l'irrégularité.

Absence de droit au travail (pour les étrangers en situation irrégulière comme pour les demandeurs d'asile et les personnes ayant obtenu un droit au séjour pour raison de santé), exploitation dans des activités non déclarées, précarité ou absence de logement, tous ces facteurs sont décrits par Fassin comme des facteurs de risque de morbidité et de mortalité. L'auteur décrit une souffrance sociale en lien avec la condition même d'étranger en situation

irrégulière, du statut de « hors la loi », « hors du monde », dominée par les sentiments d' « inexistence au monde », de honte, d'échec, de dévalorisation, d'injustice, d'impuissance. Sur ce sujet, il conclut : *« la principale violence de la loi, qui exclut des individus de la citoyenneté, c'est la privation d'un sens de l'existence (...). Tout être humain se construit (...) un projet, une représentation de son passé, une projection de son avenir. Pour beaucoup, le passage dans l'irrégularité bouleverse cet ordonnancement, déjà fragile lorsqu'il s'agit de personnes ayant dû opérer un travail de reconstruction identitaire entre deux cultures et entre deux histoires. Remise en cause du projet, négation du passé, oblitération de l'avenir : la souffrance naît d'abord de la perte de sens ».*

Ces apports nous paraissent particulièrement intéressants dans le cadre de l'étude du risque suicidaire des migrants en situation de précarité. Devant cette description de la souffrance sociale et de l'absence de statut ou de l'extrême précarité du statut social, on retrouve presque en miroir des notions principales de l'étude sociologique du suicide de Durkheim : le niveau d'intégration du groupe social, le sentiment d'appartenance, et le niveau de régulation d'une société (par un ensemble de règles s'appliquant à tous de la même façon, avec la notion d'une justice sociale). On y retrouve également des notions faisant partie des piliers de la description clinique du syndrome d'Ulysse (impuissance, échec, peur, lutte quotidienne pour la survie) décrit chez des migrants en situation de précarité, et dans lequel on observe des conduites suicidaires.

Lorsque l'on examine de nouveau au regard de ces données le cas de Mme C., décrit en introduction, on peut retrouver des éléments en faveur de cette « souffrance sociale » : la violence vécue lors de la « sentence » de l'irrégularité de son statut (la réception de l'OQTF vécue comme une « condamnation à mort »), l'incompréhension, le sentiment d'impuissance, de remise en cause de son histoire. Beaucoup d'éléments cliniques de notre patiente rentrent dans la description clinique du syndrome d'Ulysse avec un fort lien entre ces éléments cliniques et sa situation sociale : impuissance, sentiment d'injustice et d'échec vis-à-vis du refus du statut de réfugié et de l'OQTF ; sentiment d'incapacité de subvenir aux besoins de sa famille et même de secourir ses enfants du fait de ne pas pouvoir faire venir ses enfants en France ; peur constante en lien avec le risque d'expulsion et la précarité sociale.

Nous faisons l'hypothèse que, s'ajoutant à la pathologie post-traumatique de la patiente, cet état de souffrance sociale avec le désespoir qui en découle a pu faire le lit de l'idéation suicidaire, et les traumatismes répétés des « mauvaises nouvelles » (rejet de sa demande de

recours à la CNDA, OQTF, maladie du fils, ...) ont pu être de multiples facteurs précipitants jusqu'à la crise suicidaire ayant nécessité une hospitalisation. C'est en cela que ce cas clinique nous semble particulièrement représentatif du caractère psychosocial indiscutable des situations cliniques rencontrées dans cette population, les problèmes psychologiques et psychiatriques individuels ne pouvant s'entendre que dans leur rapport à l'environnement.

3. Déterminants politiques

a. Contexte politique, crise migratoire

Il nous semble indispensable pour poursuivre ce travail de réaliser un bref détour sur le contexte politique qui englobe la prise en charge actuelle de patients migrants.

Comme le rappellent les chiffres alarmants du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés en fin d'année 2016 (65.6 millions de personnes déracinées à travers le monde, 22.5 millions de réfugiés et 2.8 millions de demandeurs d'asile), le monde fait face actuellement à une crise humanitaire d'une gravité sans précédent depuis la seconde guerre mondiale (31). Cette agence dénombre depuis 2010 la reprise ou l'éclatement d'au moins 14 conflits armés, entraînant une forte hausse du nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile. Une très grande majorité des personnes déplacées le sont au sein même de leur pays (40.3 millions en 2016), et les pays accueillant le plus grand nombre de réfugiés sont la Turquie (2.9 millions de réfugiés accueillis), le Pakistan (1.4 million) et le Liban (1 million).

En 2016, la France se situait au 3^{ème} rang des pays européens d'accueil en enregistrant 78 400 nouvelles demandes d'asile soit un chiffre relativement stable vis-à-vis de 2015 (80 075) mais en hausse de plus de 20 % par rapport à 2014. Ces nouvelles demandes s'ajoutent à un nombre de personnes ayant obtenu le statut de réfugiés et vivant en France de 304 546.

Cette augmentation de l'afflux de migrants et du nombre de demandeurs d'asile a eu plusieurs conséquences. D'une part, le taux d'acceptation du statut de réfugié de 28.8% à l'OFPRA (et 38.1% à la CNDA), bien que légèrement supérieur aux taux de 2015 (23% à l'OFPRA et 31.5% à la CNDA), reste largement inférieur aux taux d'acceptation antérieurs (95% en 1976 par exemple) (111). D'autre part, les dispositifs d'accueil et les ressources allouées aux demandeurs d'asiles (hébergement, allocation) ont été rapidement saturés, et le sont toujours à l'heure actuelle. La mise en place par l'Office Français de l'Immigration et de

l'Intégration (OFII) d'un système d'évaluation de la vulnérabilité des demandeurs d'asile a donc pour visée de discriminer, au sein des demandeurs d'asile, les plus vulnérables pour les prioriser dans l'accès aux ressources, notamment à l'hébergement.

b. Injonction à la vulnérabilité et recours aux conduites suicidaires

Dans ce contexte de crise migratoire, nous avons souhaité étudier la question de l'injonction à la vulnérabilité et questionner un éventuel recours aux conduites suicidaires ayant pour but, conscient ou inconscient, d'améliorer les chances individuelles d'accès aux droits ou aux ressources.

Pour préciser cette question de manière cohérente, il nous faut prendre à part les situations différentes. Intéressons-nous tout d'abord à la situation des demandeurs d'asile, dans deux dimensions : celle de l'accès au statut de réfugié et celle de l'accès à des aides sur le plan matériel (allocation, hébergement) durant le temps de la démarche de demande d'asile. Comme l'expliquent D.Fassin et R.Rechtman dans leur ouvrage *L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, en ce qui concerne l'accès au statut de réfugié, on a pu observer au cours des trois dernières décennies, l'évolution des pratiques en matière d'évaluation des dossiers de candidatures au statut de réfugié avec la nécessité pour le demandeur d'établir des preuves des persécutions, voire des tortures, subies (112). Cette nécessité d'établir autant que possible une preuve de la véracité de son récit justifiée par les institutions en charge du traitement des demandes d'asile (OFPRA et CNDA) par la nécessité de faire le tri entre récits de persécution véridiques et « faux récits » établis dans le but d'accéder au droit au séjour. Les demandeurs d'asile se sont donc pour beaucoup tournés vers les professionnels de santé, à la demande de certificats médicaux attestant d'une preuve médicale de la véracité de leur récit. Dans le champ de la santé mentale, c'est la notion d'ESPT qui a été alors massivement utilisée dans les certificats médicaux en tant que « cicatrice psychique » et argument attestant de l'imputabilité de la symptomatologie présentée aux événements décrits par le patient. Hormis l'ESPT, d'autres éléments de symptomatologies psychiatriques peuvent figurer sur ces certificats médicaux (syndrome dépressif, troubles anxieux), ainsi que les modalités de prise en charge nécessaires (suivi psychologique, médical, hospitalisation). Si les antécédents de conduites suicidaires, d'idéation suicidaire exprimée ou de risque suicidaire actuel étaient mis en lien avec les traumatismes subis dans le pays d'origine, ces éléments médicaux pourraient-ils également

figurer dans ce type de certificat, en temps qu'indice de la souffrance profonde de la personne, de l'imputabilité de cette souffrance aux événements traumatiques relatés, et donc d'argument en faveur de la véracité des propos ?

La deuxième dimension concernant spécifiquement les demandeurs d'asile est celle de l'accès à des aides sur le plan matériel (allocation, hébergement) durant le temps de la procédure. En effet, devant la saturation actuelle du dispositif d'accompagnement et d'hébergement des demandeurs d'asile, le système mis en place par l'OFII d'évaluation de la vulnérabilité⁷ de l'individu va jouer un rôle dans l'accès à ces aides sur le plan matériel.

Les facteurs de vulnérabilité sont multiples et comprennent des facteurs sanitaires (pathologies somatiques et psychiatriques), notamment s'ils nécessitent une prise en charge spécifique et mettent en jeu le pronostic vital de la personne en cas de conditions de vie trop précaires. En ce qui concerne la santé mentale, l'évaluation d'un risque suicidaire nous paraît être le facteur de vulnérabilité le plus probant et le plus urgent car mettant en jeu le pronostic vital. Cependant, obtenir un hébergement ou l'accès à des ressources minimales serait-il une réponse pertinente à un risque suicidaire jugé élevé ? Nous en revenons sans doute à la question des causes, sociales ou médicales, du suicide. Si l'idéation suicidaire est particulièrement en lien avec la précarité de la situation sociale et notamment l'absence d'hébergement, cette réponse pourrait alors être jugée pertinente.

Pour conclure sur ce point, la situation des demandeurs d'asile pointe dans ces deux dimensions plusieurs injonctions dans lesquelles l'expression de l'idéation suicidaire et les conduites suicidaires pourraient avoir une place : une injonction à la victimisation (avoir été victime de persécution et de torture et pouvoir le prouver à travers sa souffrance psychique, en l'absence de preuves physiques) pour accéder au statut de réfugié, et une injonction à la vulnérabilité (être particulièrement fragile et nécessiter davantage que les autres des conditions de vie moins précaires) pour accéder aux aides matérielles durant le temps de la procédure.

⁷ L'évaluation de la vulnérabilité de chaque individu fait désormais partie du dispositif de demande d'asile, et un certificat médical peut être transmis au médecin de l'OFII pour attester de la vulnérabilité sur le plan médical d'un demandeur d'asile.

Prenons maintenant en compte la situation des migrants demandant un droit au séjour pour raisons médicales⁸. Dans ce domaine également et particulièrement l'injonction à la vulnérabilité est présente, car l'accès au droit au séjour est directement lié à la condition d'« étranger malade » et à la nécessité absolue de rester sur le territoire français pour se soigner. Encore une fois ici, la mise en jeu du pronostic vital dans le cadre des conduites suicidaires pourrait en faire un argument clinique dans l'établissement d'une demande de séjour dans ce cadre. Il faut rappeler ici cependant le faible taux d'acceptation des dossiers établis pour une pathologie psychiatrique.

L'expression de l'idéation suicidaire et/ou les antécédents de conduites suicidaires pourraient donc avoir des conséquences en terme d'accès aux droits ou aux ressources pour les personnes migrantes (hébergement, accompagnement médical et social, hospitalisation, voire participation à l'obtention du statut de réfugié ou du droit au séjour pour soins).

Comme tout suicidant, le patient migrant qui tente de se suicider ou exprime des idées suicidaires pourrait alors être soupçonné de recourir de façon consciente à l'expression d'idées suicidaires ou à des conduites suicidaires dans le but d'obtenir des ressources ou des droits. Ces soupçons peuvent toucher les professionnels des champs sanitaire et social. Ce soupçon, parfois non perçu de façon consciente par le professionnel, peut malgré tout s'immiscer dans l'évaluation clinique et dans la prise en charge thérapeutique. Lorsqu'il est conscient, il peut également mettre en tension les professionnels, pris entre leur volonté d'accompagner au mieux les personnes dont ils s'occupent, souvent dans le cadre d'un engagement militant, et la crainte d'être manipulé.

c. Conduites suicidaires et revendications sociales

On peut également observer, notamment dans les informations rapportées par les médias, des actes auto-agressifs allant jusqu'à la tentative de suicide et au suicide réalisés dans l'objectif énoncé plus ou moins explicitement de dénoncer publiquement une situation vécue comme injuste.

⁸ Le statut « Etranger Malade » fait partie des catégories donnant accès à un droit au séjour, pour soins. Il se base sur une pathologie attestée par un médecin agréé, la nécessité de soins et sur l'absence de soins possibles dans le pays d'origine. Ce certificat est transmis à un médecin de l'ARS qui émet un avis favorable ou non à l'obtention du statut, et la décision finale est prise par la préfecture.

Dans le milieu carcéral, des conduites auto-agressives (automutilations, grèves de la faim, expression d'intention suicidaire) ont été décrites comme des moyens fréquemment utilisés par les détenus pour échapper à une situation refusée ou pour tenter d'infléchir le cours des événements les concernant. Cette fréquence élevée du recours aux actes auto-agressifs dans le cadre de revendications a été expliquée par la gamme réduite des modes de protestation légitimes à la disposition des détenus (113).

En 2013, plusieurs passages à l'acte suicidaires de demandeurs d'emploi, par immolation devant des agences Pôle Emploi, avaient placé au centre du débat public la question de la souffrance sociale en lien avec le chômage et plus largement la précarité économique et de son lien avec le suicide. On avait pu observer alors un débat public sur le questionnement entre causes individuelles et causes sociales du suicide, certains parlant de « drame personnel » pour évoquer le suicide d'un chômeur en fin de droits, d'autres parlant d'indice de « détresse globale des travailleurs » et de chômeurs « acculés par la crise ». Ces suicides ou tentatives de suicide sont décrits comme ayant une revendication existentielle, voire sacrificielle, notamment lorsque le moyen suicidaire est spectaculaire (immolation par exemple) et que ce passage à l'acte a lieu dans l'espace public. A propos des suicides dits sacrificiels en lien avec la souffrance au travail et la précarité économique, G. Cormann, docteur en philosophie, évoque un acte de lutte utilisant le sacrifice de sa propre vie comme « antidote contre l'oubli » et un moyen d'écriture active de l'histoire politique. Il envisage l'autodestruction individuelle comme un geste de « reconstruction de l'identité collective » face à la violence sociale que cet acte dénonce (114).

En 2014, un homme tchadien tentait de s'immoler devant la CNDA après le rejet de son recours dans le cadre de sa demande d'asile. L'année suivante à Bruxelles, deux suicides de demandeurs d'asile dont l'un par immolation sont rapportés dans des lieux « symboliques » : les locaux de l'agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile et le centre fermé de Merksplas, un centre de rétention, et ce également après des décisions de refus du statut de réfugié. Ces événements dramatiques restent heureusement rares. Le caractère sacrificiel de ces actes témoigne des revendications sociales qui s'ajoutent à la détresse d'un individu avec ce qui apparaît comme une volonté de dénoncer publiquement l'injustice d'une situation. Comme en population carcérale ou dans le cas des suicides de chômeur en fin de droits, ces actes semblent témoigner de l'absence d'autres modes de protestation face aux décisions prises alimentant à la fois le désespoir de la personne jusqu'à commettre l'acte suicidaire et la

volonté de dénoncer l'injustice par un acte militant, expliquant le choix du lieu de passage à l'acte et du moyen suicidaire.

D. Déterminants culturels

Afin de terminer cette étude multidimensionnelle du risque suicidaire dans la population des migrants en situation de précarité, il apparaît impératif de s'intéresser à l'étude des déterminants culturels et leur impact sur l'incidence des conduites suicidaires mais également sur les modalités d'évaluation, de prise en charge et de prévention du risque suicidaire.

Malgré la proportion grandissante de travaux de recherche dans le champ de la suicidologie basés sur une approche biologique (neurobiologique, biochimique, génétique), de nombreux chercheurs insistent sur l'importance de la prise en compte du contexte socio-culturel dans la recherche et la prévention du suicide, argumentant que le suicide est par définition un acte « conscient et intentionnel ne pouvant être réduit à une relation de cause à effet à un facteur biologique » (115). Un aspect particulièrement souligné est celui de la « signification » différente du suicide selon la culture d'un pays ou d'une région, avec un impact sur les motivations présentes lors des passages à l'acte et sur les facteurs de risque en jeu.

Loin de dénier l'intérêt des travaux de recherche étudiant l'apport de la génétique et de la neurobiologie à l'étude des conduites suicidaires, ces auteurs militent pour une collaboration entre chercheurs et une évolution vers une prise en compte plus systématique des différences culturelles dans les travaux de recherche sur ce sujet.

L'approche transculturelle nécessite souvent d'utiliser au moins partiellement une méthodologie qualitative, tant les facteurs socio-culturels ne sont pas des données quantifiables en niveau intensité ou en termes d'absence ou de présence, comme le montre l'exemple de l'étude de la signification des comportements suicidaires que nous détaillerons ci-après (116).

Il convient ici de définir ce que l'on entend par « culture ». En effet la définition de ce concept a été longtemps débattue. Il fait référence « aux systèmes de savoir, aux conceptions, règles et pratiques qui sont appris et transmis à travers les générations. Elle englobe la langue, la religion et la spiritualité, les structures de parentés, les étapes des cycles de vie, les rituels

cérémoniels et coutumes, ainsi que les systèmes moraux et légaux » (62). Nous proposons d'y ajouter la définition de l'auteur britannique Richard Barrett (2001) : « la culture, bien que référant à des idées et des croyances portées en commun par un groupe de personnes, est médiée par les individus et manifestée à travers eux. La culture de tout un chacun est incorporée à sa personnalité, en tant que « façon d'être au monde » fondamentale » [traduction libre] (117).

L'intérêt d'une approche culturelle des conduites suicidaires a d'abord été légitimé par les données épidémiologiques rapportant des taux de suicide différents selon les régions et pays du monde et des taux de suicide de population de migrants restant identiques ou proches du taux de suicide de leur pays d'origine (3) faisant naître le concept de « continuité culturelle ». La notion de continuité culturelle est donc définie par la persistance d'une influence de la culture d'origine (et des attitudes et croyances autour du suicide) sur les conduites suicidaires des migrants dans leur pays d'accueil (117). L'autre explication donnée à ce phénomène de cohérence entre taux de suicide des migrants dans le pays d'accueil et dans leur pays d'origine est celle d'une contribution génétique au risque suicidaire rapportée par un nombre grandissant de travaux de recherche (3,118).

Plusieurs auteurs ont théorisé l'impact de la culture sur la psychopathologie des conduites suicidaires, en décrivant plusieurs effets, dont l'effet pathogénique (impact de la culture sur la nature et la sévérité de l'état de détresse : exemple de la prohibition de l'union de certains couples en Chine pouvant contribuer à la souffrance psychique voire à des conduites suicidaires), l'effet pathosélectif (le contexte culturel pouvant favoriser le choix du suicide comme solution à un problème, l'effet pathoplastique (formes de conduites suicidaires différentes du suicide individuel : suicide de groupe, suicide familial), et l'effet pathoréactif (attitude et acceptation plus ou moins importante des conduites suicidaires dans une culture donnée).

Plusieurs travaux ont tenté d'expliquer les causes des différences nationales dans le taux de suicide. En 1987, deux facteurs sont identifiés comme étant associés à une diminution du taux de suicide au niveau national : un plus faible développement économique, et la pratique de l'Islam (119). D'autres travaux ont montré que la culture d'une société influençait les motifs de conduites suicidaires, le niveau de condamnation des conduites suicidaires, les moyens suicidaires utilisés, le vocabulaire utilisé pour évoquer les conduites suicidaires.

Nous avons choisi d'étudier plusieurs grandes thématiques au sein de cette étude des déterminants culturels : l'impact de la religion et de la spiritualité, l'impact de la criminalisation et les différences culturelles en terme de stigmatisation des conduites suicidaires, le stress en lien avec l'acculturation, et l'ambivalence culturelle et enfin le concept complexe de signification culturelle du suicide.

1. Religion, spiritualité et conduites suicidaires

Le rôle de la religion a été longuement étudié en tant que facteur de dissuasion et/ou de protection vis à vis des conduites suicidaires. Une revue systématique de la littérature des travaux concernant la relation entre religion et suicide a été réalisée en 2009 par Colucci et Martin (120). Ces auteurs rappellent que le suicide est considéré comme un péché grave dans la religion catholique et était publiquement condamné par ses autorités religieuses au moins jusqu'à la moitié du XXème siècle. Le suicide est également décrit comme un péché dans la religion juive, plus grave encore que le meurtre du fait de l'absence de possibilité de se repentir. L'Islam condamne également lourdement le suicide et les tentatives de suicide, considérés comme des crimes par la loi islamique (119). D'autres religions ou philosophies (bouddhisme, brahmanisme, hindouisme) sont considérées comme plus tolérantes vis-à-vis du suicide, voire institutionnaliseraient certaines formes de suicide. Plusieurs auteurs ont théorisé la relation entre religion et suicide. Selon Durkheim, c'est uniquement la notion d'intégration de l'individu au sein du groupe, variable en fonction de la religion, qui serait responsable de la variabilité de la prévalence des suicides en fonction de la religion dominante d'une population. D'autres auteurs ont décrit l'adhésion à une religion, quelle qu'elle soit, comme un facteur de protection vis-à-vis du suicide, à travers la notion de foi, ou davantage selon l'angle de l'appartenance à une communauté et à un réseau de personnes en lien les unes avec les autres.

De nombreux travaux montrent que l'adhésion à une religion est associée à des taux d'idéation suicidaire inférieurs et à une attitude plus négative vis-à-vis du suicide. Des données similaires sont rapportées concernant les conduites suicidaires (tentatives de suicide et suicide), avec des résultats plus hétérogènes. Certains travaux suggèrent même que l'adhésion à une religion puisse être un facteur de risque dans certaines circonstances. Enfin, les auteurs mettent en garde contre le risque de conduites suicidaires inhérentes à certaines formes de religion ou de spiritualité dans le cas du fondamentalisme religieux et des sectes.

2. Stigmatisation et criminalisation des conduites suicidaires

Kahn et Lester ont étudié précisément l'impact de la décriminalisation des conduites suicidaires (121). En effet, ces auteurs rappellent que les conduites suicidaires sont encore à l'heure actuelle dans certains pays considérées et traitées judiciairement comme des infractions criminelles, entraînant des poursuites pénales pour les suicidants ou des amendes pour les familles des personnes décédées par suicide, et ce à visée dissuasive vis-à-vis des conduites suicidaires. Plusieurs pays tels que l'Inde et le Ghana ont récemment modifié leurs lois pour progressivement décriminaliser les conduites suicidaires. Des travaux ont tenté d'évaluer l'impact de la décriminalisation sur le taux de suicide rapportant des résultats hétérogènes. De plus, devant l'augmentation parfois remarquée du taux de suicide dans les années suivant la décriminalisation dans certains pays, il est difficile de déterminer si l'augmentation concerne le nombre de suicides réels ou le nombre de suicides déclarés (certains suicides étant déclarés en tant qu'accident ou de mort de cause indéterminée lorsque le suicide était criminalisé). Malgré ces difficultés méthodologiques et l'hétérogénéité des résultats, la plupart des auteurs considèrent que la décriminalisation ne favorise pas une augmentation de l'incidence du suicide, mais au contraire favorise les actions de sensibilisation et de prévention, diminue la stigmatisation autour des conduites suicidaires, ayant par conséquent un effet positif sur la prévention des conduites suicidaires (121,122).

Au Ghana, une stigmatisation importante du suicide, considéré comme un acte transgressif voire meurtrier, a été observée et étudiée par Osafo *et al.* (123). Il explique la forte stigmatisation du suicide au Ghana par des raisons de morale et de croyances religieuses et traditionnelles : le suicide serait « une mauvaise mort » ne permettant pas d'accéder à la réincarnation ou au monde des ancêtres, qui aurait pour conséquence d'apporter la honte et les catastrophes sur la famille du décédé. L'auteur explique également l'attitude très négative vis-à-vis du suicide en ce que cet acte profondément individuel contraste avec la morale africaine basée sur la communauté et l'humanisme. Il rappelle que la stigmatisation des troubles mentaux et des conduites suicidaires est connue pour être un puissant facteur de risque, dissuadant non pas des conduites suicidaires mais de la demande d'aide ou de soins, renforçant le sentiment de honte et d'humiliation (124).

3. Stress en lien avec l'acculturation, ambivalence culturelle et conduites suicidaires

Il a été montré que les conflits culturels, tels que le conflit entre la culture des natifs américains et la culture américaine moderne, avaient occasionné une augmentation du risque suicidaire chez les natifs, expliquant cette augmentation sur le plan sociologique par trois facteurs : la désorganisation du groupe social avec érosion des traditions et valeurs culturelles du fait de la domination par la culture anglo-américaine ; le stress psychologique présent notamment chez les jeunes du fait de la pression sociale à l'acculturation ; la destruction des familles de natifs américains (divorce, chômage d'un ou plusieurs parents, perte des repères familiaux, abus de substance, ...) (125).

Les travaux étudiant l'association entre le niveau d'acculturation et d'intégration lorsque deux cultures se rencontrent et le taux de suicide ont montré que l'acculturation pouvait avoir comme conséquence l'augmentation du stress, des problèmes de santé mentale et du risque suicidaire, notamment pour les personnes de la culture la moins dominante, sans que cela soit systématique, certaines populations parvenant à s'acculturer sans conséquences néfastes pour leur santé mentale (125,126).

En Europe occidentale et en France, il a pu être observé un pourcentage élevé d'adolescents migrants ou d'origine étrangère parmi les adolescents suicidants. Plusieurs auteurs rapportent que ces taux importants seraient l'expression d'une vulnérabilité spécifiques des adolescents migrants ou issus de l'immigration, se manifestant par divers troubles : troubles du comportement alimentaire, dépression, conduites addictives et tentatives de suicide. Cette vulnérabilité est expliquée par la situation de vie transculturelle de ces adolescents, avec l'importance dans la genèse de ces conduites suicidaires des conflits intergénérationnels et du stress lié à l'acculturation. Les auteurs témoignent de l'intérêt thérapeutique des consultations transculturelles dans ce type de situations (127,128).

Le concept d'« ambivalence culturelle » a été utilisé initialement par Durkheim pour décrire la confusion au sein d'une société entre valeurs traditionnelles anciennes devenues floues et valeurs modernes encore mal reconnues et acceptées par ses membres, et mis en lien avec les suicides de type « anémique ». Une telle ambivalence culturelle est mise en évidence dans la société sud-coréenne, dans laquelle les valeurs traditionnelles héritées de Confucius seraient vues comme dépassées, mais les valeurs occidentales associées à l'industrialisation du pays ne seraient pas totalement reconnues et acceptées par tous les membres de la

population, créant un conflit de valeurs important au sein du pays. Cette ambivalence culturelle est mise en avant comme un des facteurs explicatifs de l'augmentation franche du taux de suicide durant les dernières décennies, passant de 7.4/100 000 en 1989 à 31.0/100 000 en 2009 (129). Selon Park (2013), dans les enseignements de Confucius, le suicide dit « altruiste », réalisé « pour une noble cause », dans le but de promouvoir la justice ou de dénoncer une injustice, n'est pas condamné ou dénoncé, comme le montre cette citation « Life is what i want ; yi [justice] is also what i want. If i cannot have both, I would rather take yi than life ». Au contraire, l'attitude vis-à-vis du suicide dit « égoïste », motivé par des raisons individuelles, est plus négative. Cet acte est en effet vu comme contraire à une philosophie promouvant certes l'épanouissement individuel, mais dans l'objectif ultime de participer à l'amélioration du groupe social, d'abord familial, puis sociétal. L'auteur poursuit en mettant en lien l'augmentation du nombre de suicides dits « égoïstes » avec l'impact de la mondialisation économique et l'évolution vers une société centrée davantage sur l'individu, avec un niveau d'intégration plus faible au sein du groupe social. Il fait également l'hypothèse que le maintien d'une place centrale de la famille dans les valeurs sociétales et le refus de certaines valeurs héritées de l'occident participent à une ambivalence culturelle collective et à une certaine confusion concernant les attentes et les règles de conduites au sein du groupe social, conduisant à des conduites suicidaire de type « anomique » dans toutes les classes d'âge. Park conclut sur l'intérêt d'une « continuité culturelle » au sein de la société, et rappelle le principal facteur social protecteur vis-à-vis du suicide selon Durkheim : la restauration d'une solidarité au sein des groupes sociaux.

4. Concept de signification culturelle du suicide

La signification du suicide au sein d'une culture, c'est-à-dire la compréhension de ce que l'acte de se suicider représente pour cette personne au sein de ce groupe culturel, intéresse particulièrement car elle peut façonner la réaction du groupe face à cet acte, y compris la réponse sur le plan du soutien et des soins apportés aux suicidants. En effet, on comprend facilement que la réponse à une conduite suicidaire ne sera pas la même si celle-ci est perçue comme rentrant dans le cadre d'une pathologie ou d'une problématique sanitaire, ou si celle-ci est perçue comme un péché, ou encore comme une obligation face à une situation donnée. L'étude de ce concept semble donc indispensable à l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge adaptées à un lieu donné et à une culture donnée (117,130). Les auteurs des travaux réalisés autour de la signification culturelle du suicide plaident en faveur de stratégies de prévention de suicide développées au sein de la communauté par certains de ses membres,

pour être adaptées au milieu culturel concerné, et insistent sur la nécessité d'instruments de mesure du risque suicidaire adaptés au contexte socioculturel, d'un point de vue linguistique et conceptuel. Cela nécessite de mettre d'abord en évidence ce qui est universel dans l'étude des facteurs de risque de suicide (l'impact du sentiment de désespoir par exemple), et ce qui diffère en fonction de la culture (117).

Au sein du concept de signification culturelle du suicide, on trouve plusieurs entités différentes (131). Un impact socio-culturel a été montré sur les différentes motivations au suicide telles que l'échappement (à la vie, à la douleur, aux difficultés), la vengeance, la confusion, la dépression, l'aliénation.

Par ailleurs, la culture influence les représentations des personnes sur les maladies ou sur les actes. C'est ce qui a été appelé la « métaphore » associée aux troubles ou aux actes. En effet, en occident le modèle des bases physiologiques et génétiques des maladies est majoritairement accepté. Dans d'autres cultures dites « primitives », une maladie, notamment psychiatrique, peut être mise en lien davantage avec le fait d'avoir commis un crime ou un péché ou par la possession par un esprit.

Un autre sous-concept au sein de la signification culturelle du suicide est l'interprétation que les autres personnes d'un groupe social vont faire de l'acte suicidaire et de ses causes.

Enfin, les valeurs traditionnelles au sein d'une culture ont un impact important sur l'acceptabilité du suicide et des conduites suicidaires (valeurs religieuses ou morales, pénalisation voire criminalisation des conduites suicidaires).

Colucci a mené en 2008 une large recherche sur la signification, les opinions et les croyances autour des conduites suicidaires chez les jeunes adultes, en comparant 3 populations d'étudiants : italiens, indiens et australiens (132). A travers une méthodologie quantitative (questionnaire) et qualitative (focus groups), les thématiques abordées étaient nombreuses : croyances sur les raisons motivant une conduite suicidaire, attitude vis-à-vis du suicide, facteurs de risque et facteurs protecteurs identifiés, signification du mot suicide et tentative de suicide, modalités de demande d'aide ou de soin, propositions de prévention. Les antécédents de tentative de suicide et d'idées suicidaires étaient également explorés chez les participants. La prévalence moyenne des antécédents d'idéation suicidaire rapportée était de 52% (61% en Italie, 62% en Australie et 35% en Inde), et la prévalence moyenne des

antécédents de tentative de suicide de 10.7% (4.9% en Italie, 12.2% en Australie et 14.8% en Inde).

La majorité des participants, toutes nationalités confondues, considéraient important l'impact de l'environnement socio-culturel sur les conduites suicidaires des jeunes, en différenciant un environnement proche (famille et amis, mis en avant par les étudiants italiens et australiens) ou plus large (société, dont l'impact était davantage souligné par les étudiants indiens). La religiosité était globalement identifiée comme un facteur protecteur, avec une association négative entre religiosité et taux d'idéation suicidaire montrée de façon significative chez les étudiants indiens.

Les étudiants italiens montraient dans les résultats de cette étude une attitude moins négative vis-à-vis du suicide, voyaient majoritairement le suicide comme la conséquence d'une problématique interpersonnelle et notamment de l'isolement, et exprimant davantage d'empathie que de jugement vis-à-vis du suicide.

La majorité des étudiants indiens interrogés exprimaient une attitude très négative vis-à-vis des suicidants, avec une interprétation en termes d'échec, de faiblesse et de lâcheté ainsi que de honte et de conséquences négatives de cet acte sur la famille de la personne et sur la société. Le suicide dit « altruiste » réalisé par une personne considérée comme un fardeau pour sa famille et/ou la société (personne handicapée, homme ayant des difficultés financières, femme victime d'un viol) était présenté comme davantage acceptable.

Les étudiants australiens mettaient davantage les conduites suicidaires en lien avec des facteurs individuels, notamment la dépression. Face à des idées suicidaires, les participants australiens se montraient plus enclins que leurs homologues italiens et indiens à s'orienter vers une aide de professionnels plutôt que vers des amis ou de la famille. Cependant, les résultats obtenus auprès des étudiants australiens montraient un obstacle particulier pour les hommes : la difficulté d'exprimer ses émotions et de demander de l'aide.

Les conclusions des auteurs de cette recherche soulignent l'importance dans la prévention des conduites suicidaires de la prise en compte de l'attitude négative voire de la stigmatisation des conduites suicidaires. En effet, le groupe d'étudiants indiens où l'attitude négative et la stigmatisation du suicide était la plus importante était aussi celui dans lequel le taux d'antécédents de conduites suicidaires était le plus haut. D'autres cibles de prévention mises en évidence étaient les « mythes » concernant le suicide retrouvés chez de nombreux

étudiants : « ceux qui en parlent sont ceux qui ne le font pas », « les personnes qui vont se suicider ne montrent aucun signe avant de passer à l'acte », deux affirmations largement démontrées comme erronées par la recherche en suicidologie.

En ce qui concerne les pays d'Afrique, il existe peu de travaux médicaux quantitatifs sur le sujet, mais des travaux basés sur des cas rapportés existent dans le champ de l'anthropologie. Au Kenya et en Ouganda, les populations de plusieurs ethnies ont été rencontrées par des anthropologues pour étudier la vision du suicide par le groupe social. Le suicide était, dans ces travaux, le plus souvent vu comme un acte irresponsable, fou, punissable, démoniaque, et les conduites suicidaires étaient le plus souvent en lien avec une désorganisation au sein de la famille ou du couple. D'autres travaux anthropologiques ont montré qu'au sein de sociétés traditionnelles africaines, le suicide pouvait advenir après une désorganisation sociétale avec perte des liens sociaux, mais qu'il advenait surtout lorsque cette désorganisation est causée par une tierce personne, dont l'action contrecarrait les espoirs et désirs de la personne (« thwarting » en anglais) et entraînait une frustration. Les auteurs donnent plusieurs exemples de cette désorganisation d'origine interpersonnelle : avoir sa maison détruite par un incendie volontaire et non pas par une tempête, être une femme divorcée et non une veuve. Ils expliquent que dans ces conditions, l'acte suicidaire est un acte public, une protestation. Enfin, l'étude anthropologique du phénomène du suicide dans les tribus africaines montrent également d'autres types de suicides que ceux décrits par Durkheim, notamment le suicide pour cause de vengeance, nommée « Samsonic suicide ». Les auteurs l'expliquent par le fait que dans les croyances locales le suicide d'une personne aurait pour conséquence la possession de la personne responsable de sa colère initiale voire même sa condamnation à mort (125).

III. Implications en pratique clinique : évaluation et prévention

Les données issues de cette revue de la littérature témoignent de l'importance de la prise en compte du contexte socio-culturel dans la pratique psychiatrique, y compris dans l'évaluation du risque suicidaire. Les implications pratiques sont nombreuses. Nous avons choisi de nous intéresser ici à la place de l'interprétariat en santé mentale et dans l'évaluation du risque suicidaire, aux outils d'évaluation du risque suicidaire, leurs traductions et équivalences éventuelles, et au concept de formulation culturelle issu des deux dernières versions du DSM. Enfin, nous présenterons des exemples de stratégies de prévention du suicide prenant en compte les différences culturelles.

A. Interprétariat en santé mentale et évaluation du risque suicidaire

Dans les populations de migrants, et notamment de migrants en situation de précarité, demandeur d'asile ou de droit au séjour, de nombreuses personnes sont allophones (personnes dont la langue maternelle n'est pas celle du pays d'accueil), et l'apprentissage de la langue du pays d'accueil peut être long et rendu difficile par les restrictions de moyens sur le plan de l'accompagnement social des personnes. Il apparaît souvent nécessaire d'avoir recours à un interprète afin de permettre la communication, tout particulièrement dans le domaine des soins. En effet, il a pu être démontré que le non-partage de la langue est une cause d'erreurs de diagnostic et de traitement, mais aussi un obstacle à l'accès aux soins, et favorise par conséquent les inégalités de santé (133). En psychiatrie, la place centrale du dialogue dans l'évaluation clinique et le traitement rend indispensable la présence d'un interprète en cas de barrière linguistique (134). Ce rôle primordial a été observé tant en termes de communication que de médiation culturelle, et permet une meilleure verbalisation du patient, une meilleure compréhension des facteurs culturels en jeu et une meilleure relation thérapeutique (135). Il existe cependant des freins au recours à l'interprétariat. La méconnaissance des dispositifs ou les difficultés pour y recourir ont été mises en avant, mais également des freins de la part de certains professionnels de soin craignant les conséquences de la présence de l'interprète en tant que tiers dans la relation entre soignant et patient (133). Plusieurs auteurs insistent sur la complexité de la pratique de l'interprétariat en santé mentale et la nécessité d'une formation préalable des interprètes, à laquelle s'ajoute le besoin d'une sensibilisation des professionnels travaillant en psychiatrie sur cette pratique (136,137).

En plus de rendre possible l'entretien psychiatrique, et en son sein l'évaluation du risque suicidaire, par son action de traduction, la présence d'un interprète peut avoir un rôle de

médiation culturelle. Les nombreux facteurs culturels suscités rentrant en compte dans l'émergence de l'idéation et des conduites suicidaires peuvent donc être plus facilement accessibles grâce à la présence de l'interprète et au travail de collaboration entre soignant et interprète pour les mettre en évidence.

Plusieurs auteurs alertent sur le risque de vécu difficile et de conséquences psychosociales négatives des interprètes lors de consultation de personnes présentant des antécédents de traumatismes et/ou de torture, insistant sur la nécessité d'un temps de débriefing avec l'interprète en fin de consultation et sur l'accès pour les interprètes à un temps d'analyse de la pratique et au soutien de leur institution en cas de difficultés (137,138) . Ce risque est également à prendre en compte dans l'évaluation du risque suicidaire lors d'une consultation de psychiatrie en présence d'un interprète, mais également lors de tentatives de suicide ou de suicide de patients pris en charge en collaboration avec un interprète.

B. Outils d'évaluation du risque suicidaire

En 2015, Ducher rappelle qu'une évaluation active et systématique du risque suicidaire chez tout patient dépressif ou « susceptible de présenter un tel risque » est impérative dans la prévention du risque suicidaire, et recommande l'utilisation systématique d'outils d'évaluation psychométriques (139). Il rappelle également que malgré l'inquiétude de certains professionnels, le fait de questionner clairement la présence d'idées suicidaires et d'une intentionnalité de passage à l'acte chez le patient ne favorise pas l'apparition d'idées suicidaires chez les patients, mais peut favoriser au contraire la prévention des conduites suicidaires.

De nombreux outils psychométriques d'évaluation du risque suicidaire existent. Kreuze *et al.* ont réalisé une large revue de la littérature décrivant plusieurs de ses outils et rapportant les travaux concernant l'étude de leur validité en tant qu'outil prédictif du risque de conduites suicidaires. La majorité de ces outils a été construite initialement en langue anglaise, mais certains ont été traduits et validés dans leurs versions traduites. La validité interne et externe d'un certain nombre de ces outils a également été évaluée en fonction des groupes ethniques et culturels (140).

L'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSSI), largement utilisée en recherche et en pratique clinique notamment dans les pays anglo-saxons, a montré à la fois une bonne validité en langue anglaise sur une population de femmes d'origine asiatique, dans sa version chinoise sur une population de femmes en Chine, dans sa version urdu sur une population de femmes au Pakistan, dans sa version coréenne en Corée du Sud (140,141), dans sa version norvégienne dans une population d'étudiants norvégiens (142).

Cependant, les auteurs de cette revue de littérature concluent sur la relative rareté des travaux de recherche concernant la validité d'outils d'évaluation du risque suicidaire traduits en langue non-anglaise et/ou adaptées selon des facteurs de variabilité culturelle, et militent pour la poursuite et la répétition de ces travaux, dans le but d'améliorer la prévention du risque suicidaire dans toutes les populations.

L'outil CARS (Cultural Assessment of Risk of Suicide) a été mis au point en 2010 par l'équipe de Chu *et al.* devant l'absence d'outils d'évaluation systématique du risque suicidaire prenant en compte les facteurs de variabilité culturelle en jeu dans les conduites suicidaires (143). Les facteurs de variabilité à prendre en compte étaient notamment les différences de

signification culturelle du suicide, avec par exemple le risque de plus grandes difficultés à exprimer l'idéation suicidaire lorsque le milieu culturel stigmatise davantage les conduites suicidaires, ainsi que des facteurs de risque spécifiques en fonction des sous-groupes de population tels que les conflits intra-familiaux, le stress de l'acculturation, le stress en lien avec la stigmatisation et l'exclusion. L'outil CARS a donc été développé pour évaluer spécifiquement le risque suicidaire au sein de 4 populations décrites en tant que « minorités culturelles et sexuelles » : afro-américains, asio-américains, latino-américains et LGBTQ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et personnes questionnant leur identité sexuelle). Les auteurs rapportent des résultats en faveur d'une bonne validité globale de cet instrument de mesure à laquelle s'ajoute la capacité à identifier des facteurs de risque culturels non évalués par les instruments de mesure classiques.

En France, la conférence de consensus recommande l'évaluation du risque suicidaire par un entretien semi-directif évaluant les facteurs de risque suicidaire, le niveau d'urgence et le niveau de danger (49). L'évaluation du degré d'urgence consiste en une recherche des éléments en faveur d'un passage à l'acte imminent (idéation suicidaire, degré d'intentionnalité, programmation du passage à l'acte, projet de mise en œuvre pratique, absence d'autre recours envisagé par le patient). Il est également recommandé dans l'évaluation de l'urgence d'être très attentifs aux éléments en faveur d'une impulsivité (tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'acte violent). L'évaluation de la dangerosité concerne la mesure de la létalité du projet suicidaire et de l'accessibilité du moyen envisagé.

L'échelle RSD (Risque Suicidaire de Ducher) a également montré son efficacité dans l'évaluation du risque suicidaire. Elle évalue l'intensité de l'idéation suicidaire et de la volonté de la personne de mettre fin à ses jours. On considère qu'au-delà du degré 7 de cette échelle, un processus décisionnel est enclenché et que le risque suicidaire est majeur. La validité prédictive de l'échelle RSD sur le risque de passage à l'acte a été démontrée, avec un risque suicidaire élevé nécessitant des mesures de protection immédiates à partir du degré 7 (144).

A notre connaissance, la validité de ces outils d'évaluation n'a pas été testée en situation transculturelle. Cependant, ces deux outils nous semblent suffisamment simples d'usage et de compréhension pour être utilisés dans une consultation avec un patient migrant francophone ou en présence d'un interprète avec un patient allophone.

Dans l'évaluation du risque, il conviendrait de garder en mémoire les potentielles différences en ce qui concerne les facteurs de risque et les facteurs protecteurs en jeu en fonction de la population, en restant cependant prudent face à l'extrapolation des données de recherche compte-tenu des difficultés méthodologiques mentionnées. L'étude de la littérature a en effet montré la fréquence moins importante des troubles psychiatriques chez les suicidants dans plusieurs populations de migrants, en faisant un facteur de risque moins pertinent, à la différence des conflits intra-familiaux et du stress en lien avec l'acculturation et la discrimination, ainsi que les difficultés d'accès aux soins. Cependant, les troubles psychiatriques (et en particulier l'ESPT et la dépression) semblent rester un facteur de risque pertinent dans la population de demandeurs d'asile et réfugiés. Les travaux présentés dans cette revue de la littérature présentent également des sous-groupes de population particulièrement à risque : les demandeurs d'asile et réfugiés, et plus particulièrement les personnes placées en centre de rétention administrative, les femmes jeunes d'origine étrangère, les femmes victimes de violences (violences conjugales, violences physiques et/ou sexuelles). Dans la population des demandeurs d'asile, le stress en lien avec la procédure de demande d'asile, l'incertitude vis-à-vis du devenir et le risque de rejet réactivant les antécédents traumatiques ont été mis en évidence en tant que facteurs de risque suicidaire. Pour les migrants en demande d'asile ou déboutés du droit d'asile, et les personnes en situation irrégulière, l'isolement et le sentiment de perte de sens de l'existence, favorisés par le défaut d'accès à une activité professionnelle et/ou à des droits sociaux ont également été soulignés comme potentiels facteurs favorisant l'apparition d'idées suicidaires.

Plus généralement, le facteur de risque qui nous semble particulièrement pertinent est celui des difficultés d'accès au soin (d'ordre juridique, financiers, du fait d'un défaut d'information ou d'une méconnaissance des systèmes de soins, ou d'ordre culturel) et des obstacles à l'évaluation du risque suicidaire (allophonie, stigmatisation, signification culturelle du suicide). Il semble impératif de connaître et prendre en compte ces facteurs pouvant empêcher l'accès au soin et l'évaluation clinique des personnes, et aggraver le risque suicidaire par le biais d'un défaut ou d'un retard de soin.

La prise en compte du contexte socio-culturel nous semble donc avoir une importance particulière dans l'évaluation du risque suicidaire. En psychiatrie générale, cette prise en compte du contexte socio-culturel est illustrée par le concept de « formulation culturelle », décrit ci-dessous.

C. Formulation culturelle

La « formulation culturelle », esquissée dans le DSM – IV et précisée dans le DSM-5, a pour objectif de compléter l'évaluation clinique classique dans un environnement multiculturel. Cet exercice tend à explorer largement le contexte socio-culturel du patient pour en évaluer le rôle dans l'expression clinique et dans la relation thérapeutique. Le clinicien explore initialement l'identité culturelle de l'individu (groupe ethnique ou culturel de référence, migration éventuelle, degré d'acculturation, usage et préférence linguistique), puis cherche à connaître l'éventuelle explication culturelle que le patient fait de sa maladie. Cela comprend la façon de décrire les symptômes, leur sévérité et causes perçues, voire la signification culturelle des troubles ou le modèle explicatif envisagé par le patient en fonction de sa culture.

Les autres facteurs explorés sont les facteurs culturels en lien avec l'environnement psychosocial (stress social en lien avec l'environnement, rôle de la religion et de la famille comme « source de soutien émotionnel »). Il convient également d'identifier les éléments culturels pouvant interférer dans la relation médecin-patient.

Dans le DSM-5, cet exercice de formulation culturelle a été formalisé par « l'entretien de formulation culturelle », questionnaire d'entretien semi-structuré comportant 16 questions visant à évaluer l'impact de la culture du sujet sur sa présentation clinique, son acceptation et sa réponse aux soins. Cet entretien explore par exemple les stratégies antérieures de recherche d'aide et leur efficacité, et les éventuelles barrières à l'accès au soin. Une autre version de ce questionnaire d'entretien a été construite pour recueillir ces informations de la part d'un tiers et ainsi compléter les informations obtenues directement auprès du patient.

Le DSM-IV fournit également une liste de « syndromes propres à la culture », c'est-à-dire des présentations cliniques particulières considérées par les populations locales comme des affections, sans équivalence univoque avec une entité diagnostique du DSM. A titre d'exemples, on peut citer le « Latah » (terme originaire de Malaisie ou d'Indonésie, décrivant une « hypersensibilité à une frayeur soudaine » entraînant une échopraxie, écholalie et un comportement dissociatif comparé à un « état de transe ») et le « Nervios » (expression utilisée par les patients latino-américains et originaires d'Amérique du Sud pour décrire un état de vulnérabilité aux expériences de vie stressantes, entraînant une souffrance émotionnelle intense et des symptômes somatiques à type de « douleur au cerveau », irritabilité, problèmes de sommeil, bourdonnement d'oreilles, vertiges).

Dans le DSM-5, la description simple des syndromes propres à la culture a été remplacée par la description des « conceptions culturelles de la détresse », comportant les syndromes culturels, les idiomes culturels (manières d'exprimer la détresse) et les explications culturelles (causes perçues ou modèles explicatifs des troubles). Cette nouvelle formulation suggère que « toutes les formes de détresse sont façonnées localement » par la culture, y compris les troubles décrits classiquement par le DSM (62).

L'utilisation de la formulation culturelle associée à la collaboration avec des interprètes et médiateurs culturels a montré une efficacité sur la diminution des erreurs diagnostiques en situation transculturelle (notamment de sur-diagnostic de troubles psychotiques devant des troubles dépressifs, des ESPT, troubles bipolaires et troubles de l'adaptation) (145,146). L'utilité de la formulation culturelle est considérée comme encore supérieure dans l'évaluation clinique des patients demandeurs d'asile et réfugiés, du fait de la complexité de leur parcours. Rohlof *et al.* recommandent d'associer cette approche à l'usage systématique de l'interprétariat, si possible en présentiel, et à la prise en compte des expériences antérieures en terme de stigmatisation et de difficulté d'accès aux droits et aux soins (147).

D. Exemples de programmes ciblés de prise en charge et de prévention

Pour finir cette présentation de certaines des implications pratiques de la prise en compte du contexte socio-culturel dans la prévention du risque suicidaire et la prise en charge des personnes présentant des idées ou des conduites suicidaires, nous avons souhaité présenter trois exemples de programmes de prévention et de prise en charge ciblés à des sous-groupes de population.

A La Haye, devant l'incidence élevée des tentatives de suicides chez les jeunes femmes immigrées (notamment originaires d'Asie du Sud et de Turquie), plusieurs initiatives de prévention ont vu le jour. Des rencontres de sensibilisation autour de cette problématique ont été organisées, en présence de leaders religieux et de personnes ressources au sein de la communauté. Des programmes d'identification des personnes à risque de problématiques psychosociales, favorisant l'inclusion dans ces programmes des parents, des professeurs et des travailleurs sociaux, ont été mis au point. Enfin, les programmes de suivi et d'accompagnement à moyen terme des personnes ayant fait une tentative de suicide ont été améliorés et adaptés à cette population à risque (en favorisant une démarche d'« aller vers » et un accompagnement sur le plan des soins mais également de l'insertion sociale (éducation, emploi, inclusion dans des activités ou des réseaux) (148).

Un autre exemple d'initiative de prévention ciblée à un groupe culturel est celui de la campagne « End your Silence, not your life », adressée aux jeunes femmes d'origine turque à Berlin, cette sous-population ayant été identifiée comme à risque sur le plan des conduites suicidaires (149). Cette campagne a permis de sensibiliser la population générale sur cette problématique, d'informer les femmes concernées sur les structures de soins existantes, et de proposer en cas de situation de crise l'accès, via une hotline anonyme, à un entretien avec une psychothérapeute d'origine Turque, et dans un deuxième temps à une consultation avec un psychiatre parlant le turc si la situation le nécessitait.

Au Sri Lanka, le taux de suicide est passé de 47/100 000 en 1995 à 25/100 000 en 2005. Malgré un taux encore bien supérieur à la moyenne mondiale, cette baisse importante du taux de suicide s'explique par la mise en place d'un programme national de prévention du suicide. Deux grandes actions sont mises en avant dans l'évolution du taux de suicide : la décriminalisation des conduites suicidaires en 1998, et la restriction de l'accès au moyen suicidaire le plus fréquemment utilisé (interdiction de la vente des pesticides, l'intoxication aiguë aux pesticides étant le moyen suicidaire le plus utilisé dans ce pays). La prévention du

suicide passe également par la sensibilisation de la population, la lutte contre la stigmatisation des conduites suicidaires et la formation de personnes au sein de la communauté (travailleurs sociaux, membres des forces de l'ordre et des services de secours, leaders religieux, etc) à l'identification des personnes à risque et l'accompagnement vers des soins. Cette formation s'est faite à travers une liste de recommandation de « premiers secours » en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire. Dans ces recommandations on retrouve par exemple que le fait de demander à une personne si elle a des idées suicidaires ne favorise pas l'idéation ou le passage à l'acte suicidaire ; ainsi que le conseil d'autoriser la personne à parler des raisons à l'origine de l'idéation suicidaire et de la rassurer sur le fait que ce n'est pas un crime ou un péché (150).

IV. Etat des lieux régional des perceptions et ressources des acteurs de terrain face à la problématique des idées et conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité – Résultats d'une étude qualitative

Ce travail de recherche étant majoritairement théorique, nous avons souhaité confronter nos questionnements théoriques à la pratique quotidienne en allant à la rencontre d'acteurs de terrain pouvant être confrontés à cette problématique. L'objectif était d'explorer leurs perceptions et ressources face à ces situations, connaître les conduites tenues et explorer le vécu des professionnels. Nous souhaitions également rencontrer des interprètes pour explorer plus particulièrement l'aspect linguistique et le rôle de médiation culturelle dans l'évaluation du risque suicidaire. Les modalités méthodologiques de conduite de cette étude qualitative ainsi que ses résultats sont rapportés ci-après, et présentés en annexe sous la forme d'un article de recherche (**Annexe 3**).

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions et les ressources face à cette problématique des acteurs de terrain travaillant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes.

A. Méthodologie

Pour ce travail, l'approche qualitative nous est apparue la plus pertinente, car elle est l'approche la plus adaptée à l'exploration des phénomènes sociaux, des pratiques et du vécu des personnes, ainsi que des interactions entre plusieurs personnes au sein d'un système (151). Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés individuels et collectifs. Les entretiens collectifs ou « focus groups » ont été choisis comme méthode principale de recueil de données pour la population de soignants et celle de travailleurs sociaux, car ils permettent d'explorer les perceptions de chaque professionnel au sein d'une équipe, ainsi que les interactions au sein de celle-ci et avec ses partenaires. Cela favorise également le questionnement collectif voire le débat au sein d'une équipe. Pour interroger les interprètes, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels, plus adaptés à l'exploration de notre sujet d'étude en fonction du contexte et de la langue d'interprétariat.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la revue de littérature réalisée et des questionnements en résultant. Un guide d'entretien a été construit pour chaque population afin d'adapter les questions et les sous-thématiques abordées aux pratiques des personnes interrogées (**Annexe 1**). Les principales rubriques abordées par le guide d'entretien étaient les suivantes: perception de la problématique, déterminants du risque suicidaire, pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ressources et conduites tenues face aux situations

rencontrées, accès au soin, interprétariat et évaluation du risque suicidaire, vécu des professionnels, mesures identifiées pour faire face à la problématique. Un entretien pilote a été réalisé afin d'affiner ce travail de construction de guide d'entretien.

L'échantillon étudié comprenait des équipes de soins, des équipes de structures sociales et des interprètes. L'objectif était de croiser les regards des différents acteurs de terrain. Dans ces trois populations, les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Prendre en charge, accompagner ou avoir une pratique d'interprétariat auprès de personnes migrantes en situation de précarité (non exclusivement).
- Exercer en région Rhône-Alpes

Nous avons pris contact directement avec les responsables d'équipes et les interprètes durant la période de mars à septembre 2017. Une information a été donnée sur le cadre de recherche de cette étude, et un document d'information et de consentement fourni et signé par tous les personnes acceptant de participer à cette recherche (**Annexe 2**). Les entretiens individuels et collectifs se sont déroulés après un rappel du cadre de la recherche et une information sur le respect de l'anonymat dans l'analyse et la publication des données. L'accord des participants pour l'enregistrement et la retranscription des entretiens a été recueilli à l'oral et par écrit. Les échanges ont ensuite été basés sur le guide d'entretien.

Les données issues des entretiens ont tout d'abord été retranscrites en utilisant un logiciel de traitement de texte, puis anonymisées (**Annexe 4**). Une version anonymisée de cette retranscription a été transmise aux personnes interrogées en vue d'éventuelles modifications de leur part. Nous avons ensuite utilisé une méthode d'analyse thématique des données⁹. L'objectif de cette méthode d'analyse est de réaliser un état des lieux des réponses apportées par les personnes interrogées sur la problématique étudiée, et convenait donc à notre objectif de recherche.

L'analyse a ensuite été conduite en trois phases : repérage des « thèmes » dans le contenu de chaque entretien, mise en relation des thèmes retrouvés dans les différents entretiens et enfin construction d'arbres thématiques présentant les tendances rapportées par toutes les personnes interrogées. La première phase de repérage a été réalisée de façon distincte par deux chercheurs pour chaque entretien, puis mise en commun, pour permettre une

⁹ Définition (Paille, Mucchielli) : transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique)

triangulation des données, limitant le biais d'interprétation. Nous avons opté pour une thématisation continue¹⁰ permettant d'adapter le repérage des thèmes, la mise en lien et la construction d'arbres thématiques de façon continue tout au long du recueil et de l'analyse des données, et donc une adaptation de l'analyse à la réalité du terrain, dans le respect des critères de validité de la recherche qualitative. Nous avons arrêté le recueil de données lorsque nous estimions être arrivés à saturation des données (les deux derniers entretiens ne relevant pas de nouveau thème, et moins de 10% de nouveaux sous-thèmes (5% dans le 14^{ème}, 1% dans le 15^{ème}). La saturation des données en recherche qualitative permet de limiter le biais d'investigation.

Une démarche a été faite auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP Sud Est 5). Il nous a été confirmé que la réalisation d'une étude qualitative auprès de professionnels ne nécessitait pas d'en soumettre le projet au CPP. Un projet de recherche a par ailleurs été soumis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

¹⁰ Définition (Paillé, Mucchielli) : démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et de construction d'arbres thématiques au fur et à mesure de l'analyse des données

B. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

15 entretiens ont été réalisés entre le 12 juin et le 15 septembre 2017, dont 14 auprès d'acteurs de terrain exerçant en région Rhône-Alpes (dans les départements du Rhône, d'Isère, et de Savoie) avec un nombre total de personnes interrogées de 61. 1 entretien a été réalisé hors région (auprès d'une psychologue ayant exercé au sein d'une structure associative de soins sur un terrain particulier), dans le but d'explorer une éventuelle convergence des résultats obtenus, portant le nombre de personnes interrogées à 62.

Dans la population « structures de soins en Rhône-Alpes », 5 entretiens collectifs ont été réalisés (3 équipes de soins psychiatriques et 2 équipes de soins généraux), avec 30 professionnels interrogés dont 6 médecins psychiatres, 3 médecins exerçant une autre spécialité, 8 infirmiers, 5 psychologues, 1 cadre de santé, 3 assistantes sociales, 2 étudiants infirmiers, 1 secrétaire et 1 chargée de projet.

Dans la population « structures sociales en Rhône-Alpes », 5 entretiens collectifs ont été réalisés, avec 27 professionnels interrogés dont 19 intervenants sociaux, 1 juriste, 1 infirmière, 1 secrétaire, 3 responsables d'équipes, 1 agent technique et 1 agent d'accueil.

Dans la population « interprètes », 4 entretiens individuels ont été réalisés, avec 3 interprètes professionnels exerçant en tant que salarié d'associations ou en tant qu'indépendants, et 1 soignant ayant également une pratique d'interprétariat.

Deux critères généraux ont été explorés : l'accès à l'interprétariat et l'accès à une analyse de la pratique. Dans les populations « structures de soin » et « structures sociales », tous les professionnels avaient accès à l'interprétariat, en présentiel ou par téléphone. Certaines structures utilisaient également en priorité le bilinguisme des professionnels. Toutes les structures de soins psychiatriques avaient accès à une analyse de la pratique, ce qui n'était pas le cas pour aucune des 2 équipes de soins généraux. Concernant les équipes de structures sociales, 4 équipes avaient accès à une analyse de la pratique, et une équipe n'y avait pas encore accès mais celle-ci devait être mise en place prochainement. Aucun des 4 interprètes interrogés n'avaient accès à une analyse de la pratique dans ce cadre d'exercice.

Au sein de la population « interprètes », les langues d'interprétariat étaient : le serbe, le polonais et le russe, l'anglais et le portugais. Les populations concernées étaient les populations originaires de Serbie, Croatie, Bosnie, Macédoine, Pologne, Portugal, Angola,

Brésil, du Caucase et de pays anglophones d’Afrique et du Moyen-Orient. Sur les 4 interprètes interrogés, 2 étaient originaires d’un pays étranger, et 2 avaient vécu une partie de leur vie à l’étranger. Les trois interprètes professionnels avaient réalisé un parcours universitaire en lettres et langues étrangères et exercé en tant que traducteur et interprète. La 4^{ème} personne interrogée dans la population « interprètes » était infirmière en psychiatrie et avait une pratique annexe d’interprétariat depuis le début de son exercice en tant que soignante.

2. Résultats qualitatifs

Les résultats ont été divisés en rubriques, les 8 premières correspondant aux questions abordées par le guide d’entretien, et la 9^{ème} aux thématiques transversales évoquées dans tout le corpus d’entretien. Pour chacune de ces rubriques, un ou plusieurs arbres thématiques ont été construits pour schématiser les thèmes et sous-thèmes abordés par les personnes interrogées. Chacun de ces arbres thématiques est commenté et illustré par quelques citations issues du corpus d’entretiens¹¹.

a. Perception de la problématique

- Confrontation à la problématique étudiée et place au sein de la pratique

La première rubrique explorée était celle de la confrontation des acteurs de terrain à la problématique, et sa place au sein de leur pratique (**figure 1.1**). Les acteurs de terrain avaient été confrontés à des situations de suicides, de tentatives de suicide (actuelles ou rapportées en tant qu’antécédent, y compris au sein du récit de vie). Un antécédent de tentative de suicide ou d’idéation suicidaire dans le pays d’origine a été décrit par certains acteurs de terrain comme pouvant avoir été un facteur précipitant de la migration, la migration étant alors décrite comme la seule alternative trouvée à la mort (par suicide ou autre).

« J’ai l’impression que c’est plus envisagé comme une solution, au même titre que de quitter le pays. Que finalement la solution qu’ils ont trouvé c’est de quitter leur pays, mais qu’avant ils ont envisagé le suicide comme autre solution. » (E7, IS7)

¹¹ Chaque citation est suivie de la référence de l’entretien (Ex : E1 = Entretien 1) et de la fonction de son auteur (MP (Médecin Psychiatre), M (Médecin autre spécialité), P (Psychologue), I (Infirmier), EI (Etudiant Infirmier), IS (Intervenant Social), AS (Assistante sociale), CS (Cadre de Santé), S (secrétaire), J (Juriste), RS (Responsable de Service), AT (Agent Technique), AA (Agent d’Accueil), Int (Interprète))

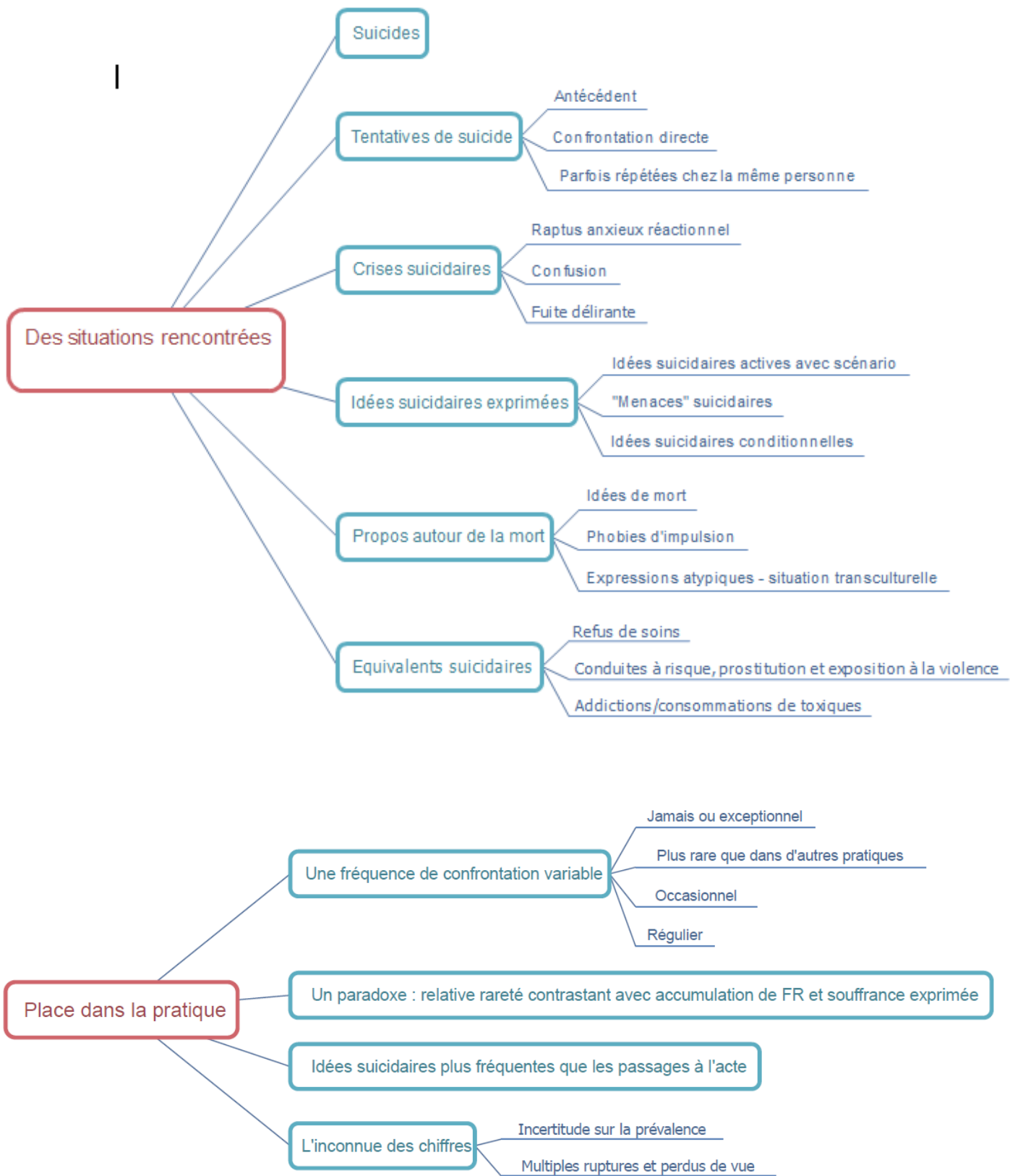


Figure 1.1 : Arbre thématique : Confrontation à la problématique étudiée

Les crises suicidaires observées ont été caractérisées par des présentations cliniques diverses : raptus anxieux suicidaire, épisodes de confusion, fuite délirante. Au sein des idées suicidaires exprimées, les acteurs de terrain ont différencié les idées suicidaires avec scénario de passage à l'acte, des « menaces » suicidaires considérées comme sans intentionnalité, et des idées suicidaires « conditionnelles » (en cas de retour au pays notamment).

« Et là on lui a vraiment demandé s'il voulait mourir, et il avait un scénario, très précis, il nous disait qu'il était au 5^{ème} étage et qu'il pensait sauter par la fenêtre, donc il y avait effectivement quelque chose de réalisable, un peu élaboré, qui alarme. » (E3, E11)

« Y en a certains où ça peut être de la menace pure, (...) donc y a des menaces qui sont plus de la provocation, et d'autres où c'est un vrai désespoir » (E15, M2)

« (...) sauf dans l'idée d'un retour, où plusieurs personnes déclarent tout à fait (...) que si elles rentrent...enfin qu'il est pas question qu'elles rentrent, au pays, et que du coup elles préféreraient mettre fin à leur jour, et je suis assez convaincue de ça » (E2, MP1)

D'autres propos ont été relevés : l'expression par la personne d'être traversé par une idée de mort, une phobie d'impulsion, ou des expressions atypiques liées à la situation transculturelle. Le caractère d' « équivalent suicidaire » d'une conduite à risque étaient le plus souvent une interprétation de la part des acteurs de terrain, mais parfois également verbalisé par les personnes concernées, notamment pour la prostitution.

« (...) et ça je trouve qu'elles en parlent « si je retourne en prostitution, ce que je suis en train de faire c'est me tuer, c'est tout ce que je fais » (E13, J1)

La fréquence de la confrontation à la problématique était très variable selon les personnes interrogées (occasionnelle à régulière pour les professionnels de structures sociales, rare voire exceptionnelle pour les professionnels de structures de soins généraux, rare à régulière pour les professionnels de soins psychiatriques et les interprètes). De nombreux acteurs de terrain ont rapporté une relative rareté des conduites suicidaires, paradoxale selon eux du fait de l'intensité de la souffrance exprimée et de l'accumulation de facteurs de risque dans cette population.

« Y a vraiment un contraste entre les deux, la souffrance psychique, ça oui, mais exprimer des idées suicidaires, c'est très rare » (E15, M2)

« (...) je trouvais pas tellement de cas d'idées suicidaires ou de mise en parole. Et je me suis dit « mais comment ça se fait ? » puisque c'est des gens qui traversent des choses effroyables, dans la fuite. » (E5, MP4)

La confrontation à l'expression d'idées suicidaires était globalement plus fréquente que les passages à l'acte. L'incertitude vis-à-vis de l'incidence réelle des conduites suicidaires du fait des ruptures de suivi et des nombreux perdus de vue était souvent rapportée.

- Signification des idées et conduites suicidaires

Dans la description de situations, les acteurs de terrain se sont exprimés sur la signification des idées et conduites suicidaires, exprimées par les personnes, ou attribuée par les acteurs de terrain, et ce avec incertitude (**Figure 1.2**). Outre la question de l'intentionnalité de passage à l'acte mentionnée ci-dessus, les professionnels se sont exprimés sur les facteurs en cause dans les conduites suicidaires, pointant la rareté des problématiques médicales franches et la fréquence d'idées et de conduites suicidaires directement réactionnelles aux conditions de vie ou à un nouvel évènement traumatique. L'intrication entre vulnérabilité psychiatrique en lien avec le parcours traumatique et facteurs précipitants d'origine sociale a été souvent soulignée dans la genèse des idées et conduites suicidaires.

« (...) mais en même temps ce qu'il décrit aussi de ces idées d'en finir avec sa vie c'est parce qu'on lui coupe les ailes pour pouvoir vivre la vie qu'il voudrait vivre, et ça des fois c'est pas un motif... je sais pas comment dire mais médical..., ce qui peut nous être renvoyé c'est que c'est une question administrative, mais ça c'est toujours...ça rend un peu fou. »(E3, AS1)

Les principaux motifs des idées et conduites suicidaires, exprimées ou ressenties par les professionnels, étaient la volonté d'échapper (à la souffrance, aux symptômes d'ESPT, à une situation sociale sans issue ou à la perte de sens), un « lâchage » du fait de l'épuisement, une intention de communication (de la souffrance post-traumatique, d'une revendication sociale, d'une demande d'aide) ou la volonté d'éviter le retour dans le pays d'origine. L'idéation suicidaire a été pointée comme un témoin de la persistance d'un sentiment d'humanité. Des idées suicidaires altruistes, pour assurer une vie meilleure aux enfants, ou rentrant dans le cadre d'une croyance religieuse (« rejoindre Dieu » ou ses proches perdus) ont également été rapportées.

« Mais avec souvent aussi cette dimension (...) de « je voulais dormir », parce que y a des reviviscences, y a des cauchemars, les flashes, sous forme de voix, d'images, les assaillent, et du coup c'est juste insupportable. Il y a quelque chose aussi par rapport à la crainte d'être expulsé de France, mais y a aussi dans le vécu quotidien quelque chose qui est juste insupportable, et quelque chose qui peut s'exprimer comme « je voudrais être en paix ». » (E2, P1)

« Et puis souvent, après, pour moi il évoquait le suicide en disant « ma vie n'a plus de sens », « il faut arrêter tout ça », « il faut arrêter ce non-sens ». » (E11, Int3)

a) Déterminants du risque suicidaire dans cette population

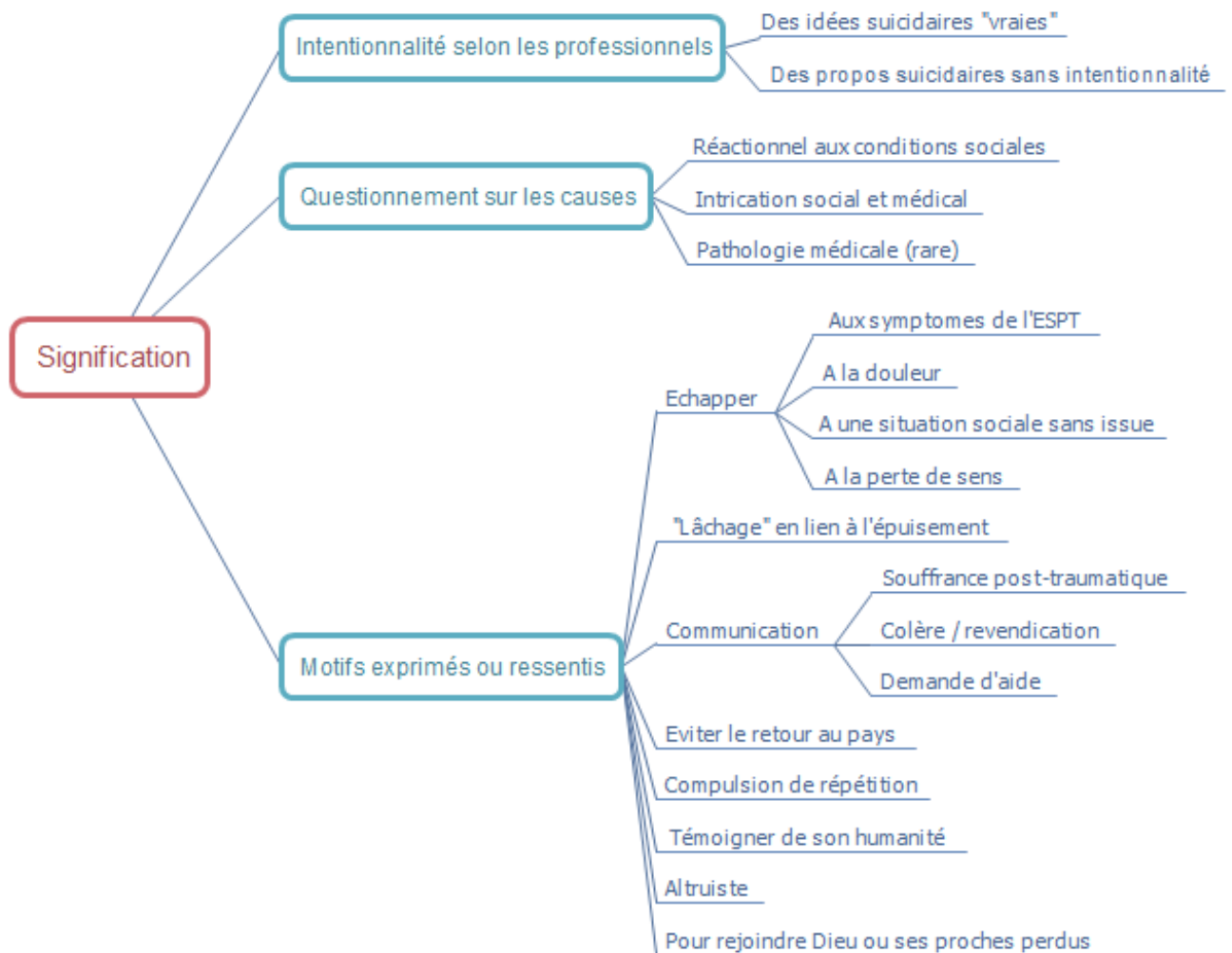


Figure 2.2 : Arbre thématique : Signification des idées et conduites suicidaires

- Facteurs de risque suicidaire

Le risque suicidaire était unanimement considéré comme multifactoriel, avec des facteurs de risque au niveau de la population, des facteurs de risque liés au système de soin et des facteurs de risque individuels (**Figure 2.1**). Une accumulation de facteurs de risque était observée dans la population étudiée, du fait de l'histoire de vie le plus souvent difficile, et du contexte socio-administratif décrit comme fragilisant. La procédure de demande d'asile était identifiée comme faisant partie des facteurs de risque suicidaire, de par la longueur de la procédure, l'incertitude et le vécu d'impuissance des personnes, l'injonction au récit. La vie de certains demandeurs d'asile était décrite comme « reliée à la procédure », augmentant le risque de passage à l'acte réactionnel en cas de rejet.

La précarité était également pointée comme un facteur de risque, ainsi que l'inactivité (absence de droit au travail) et l'absence d'existence sociale. Les facteurs de risque liés au système de soins rapportés étaient les difficultés d'accès au soin, l'évaluation difficile du risque suicidaire dans cette population, et les multiples ruptures de suivi secondaires à des changements de situation.

« Alors il y a un truc qui est extrêmement mauvais pour la santé mentale, c'est le fait de ne pas avoir le droit de travailler, et de s'occuper officiellement. » (E2, MP1)

« La perte de sens de l'existence est un facteur de risque suicidaire. (...) tout ce qui permet de diminuer la perte de sens de l'existence nous aiderait à limiter les risques, de façon plus globale. On voit bien comment c'est très très réactionnel » (E2, MP1)

Des facteurs de risque individuels ont été décrits dans l'histoire personnelle, avec notamment les antécédents de violence physique, sexuelle, de torture ou d'incarcération, et les deuils et séparations multiples. Les antécédents de tentatives de suicide dans le pays d'origine étaient identifiés comme un facteur de risque, tout comme les antécédents psychiatriques, notamment la présence d'un ESPT, via les reviviscences et l'épuisement, ou d'un trouble psychotique. En revanche, la dépression n'était pas perçue comme un facteur de risque pertinent dans cette population.

La réactivation traumatique par les conditions de vie actuelles ou l'exposition à un nouvel événement traumatique a été décrite à de nombreuses reprises comme un facteur de risque, de même que l'isolement et le phénomène de désappartenance. Enfin, les conditions de vie

concrètes, et notamment l'absence d'hébergement et l'accès à un hébergement précaire avec difficultés de cohabitation, ont également été décrits comme facteur de risque.

« Ce qu'elle disait, c'était que si la personne voulait se suicider, c'était parce qu'elle en avait marre de dormir dehors, il y avait un lien avec la question de l'hébergement » (E4, CPI)

Les individus de sexe masculins ont été décrits comme plus à risque de passage à l'acte du fait de l'impulsivité et de la moindre protection par le fait d'avoir des enfants.

- Signes d'alerte

Plusieurs signes alertant les professionnels d'un risque suicidaire élevé ont été rapportés : l'épuisement total multifactoriel, le ressenti d'absence complète d'issue, les conduites hétéro-agressives, l'expression d'idées suicidaires avec scénario de passage à l'acte établi, l'agitation anxieuse et le repli sévère (**Figure 2.2**).

« C'est la personne seule. Qui discute avec personne, qu'il faut se méfier. La personne qui va dire qu'il va se suicider et qu'est tout seul, attention » (E1, AT1)

- Situations à risque

Des situations ou périodes à risque ont également été rapportées, la plus fréquente étant celle de la période suivant le rejet de la procédure d'asile, du fait d'un vécu d'injustice et de déni du récit de vie, d'une crainte d'expulsion et d'un arrêt de l'hébergement et du suivi en lien avec la sortie de CADA (**Figure 2.2**).

« Oui et puis avec effectivement, non seulement y a la réponse négative, c'est-à-dire pour eux quelque chose comme une injustice, de pas être crus par rapport à une histoire dramatique, et puis la double peine, qui est que effectivement ils vont se retrouver à la rue. Donc oui la question, des idées suicidaires en tout cas, émergent plus à cette période-là. » (E2, P1)

Les autres situations à risque rapportées étaient l'annonce d'un événement difficile (deuil, maladie), la période de grossesse issue d'un viol, les périodes de vie « à la rue », et l'isolement total, illustré par le fait que la relation d'aide soit l'unique étayage de la personne.

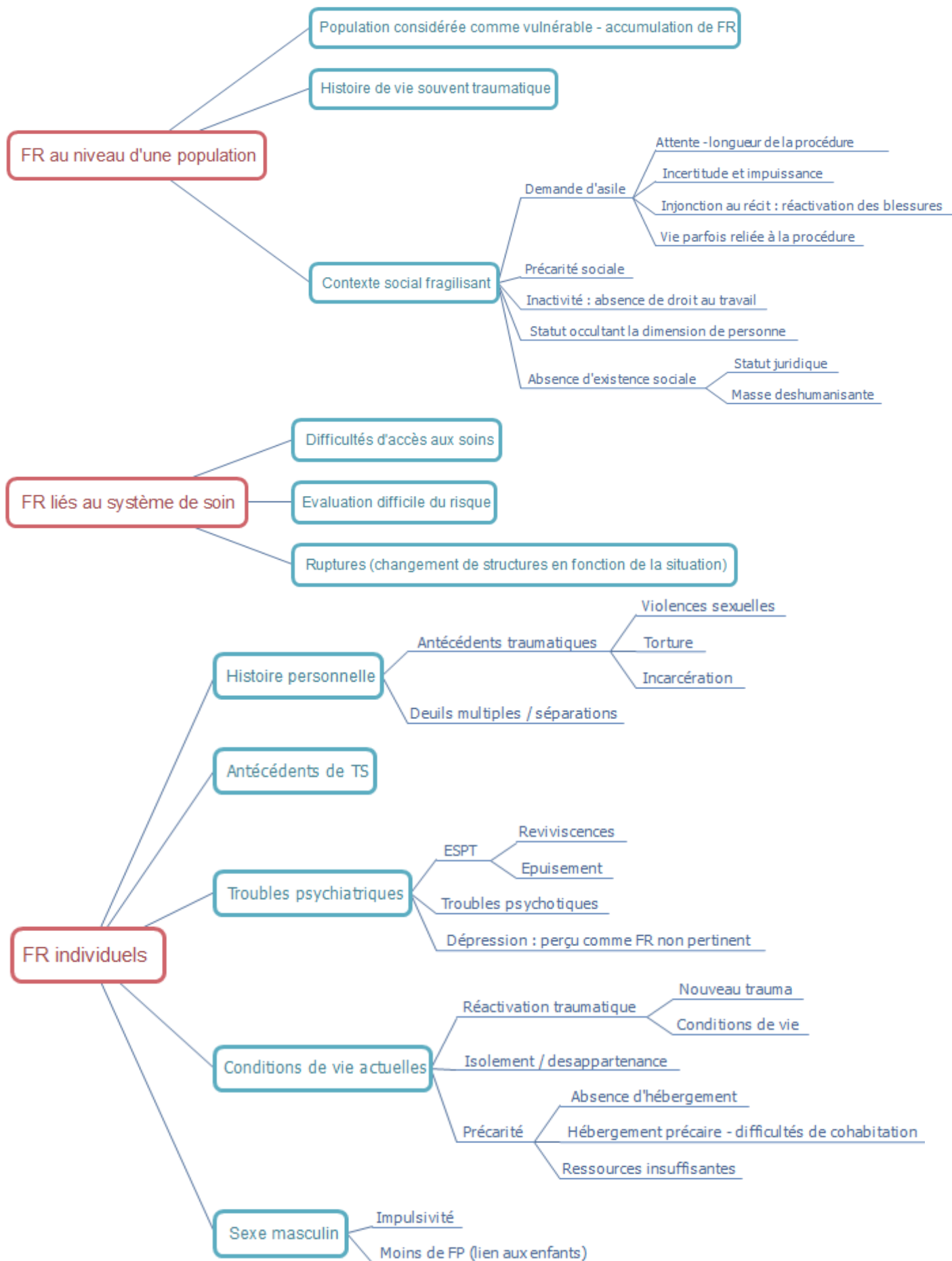


Figure 2.1 : Arbre thématique : Facteurs de risque suicidaire

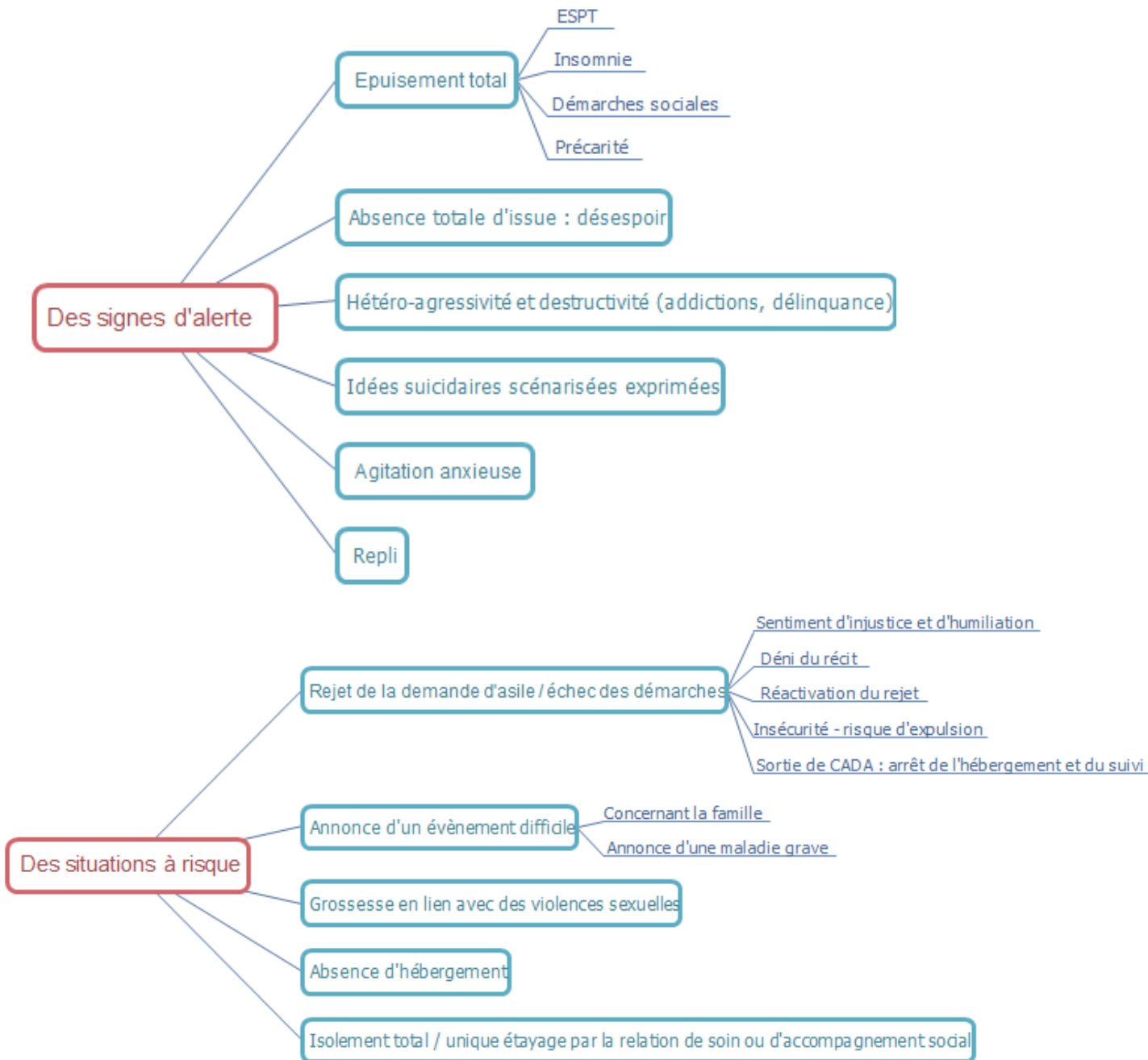


Figure 2.2 : Arbre thématique : Signes d'alerte et situations à risque

- Facteurs protecteurs identifiés

Le guide d'entretien explorait également les facteurs protecteurs identifiés dans cette population (**Figure 2.3**). Une dynamique globale d'espoir et de combat pour la vie relatif au phénomène de migration a été mise en avant à plusieurs reprises.

« D'abord choisir l'exil, ensuite le parcours qu'ils ont vécu, c'est quand même des gens qui ont à priori pas forcément envie de mourir, c'est plutôt quand même un combat pour la vie qu'ils sont en train de mener là. » (E4, I7)

Dans les facteurs individuels, la résilience était beaucoup rapportée, ainsi que la capacité personnelle au lien social. Les facteurs environnementaux étaient la présence, en France ou dans le pays d'origine, d'une famille, et notamment la maternité, l'appartenance à une communauté, la religion et la culture du pays d'origine.

« (...) je trouve que les patients sont tout le temps traversés par des idées de mort, mais qu'il y a quelque chose en tout cas chez les femmes qui est très net c'est les enfants. La survie c'est les enfants. Ça interdit le passage à l'acte parce qu'il y a les enfants. » (E5, MP5)

Tout comme la résilience, ces facteurs protecteurs étaient décrits comme relatifs : les liens communautaires pouvant être superficiels, la famille pouvant être une source d'inquiétude ou de poids de responsabilité, et les aspects culturels et religieux pouvant être davantage des obstacles à l'expression et à la demande d'aide que de véritables facteurs protecteurs vis-à-vis de l'idéation suicidaire. Enfin, la relation d'accompagnement social ou de soin était mise en avant comme facteur de protection, via un lien créé et résistant dans le temps, une position de cadre symbolique ou de personne de confiance, et un recours au langage efficient.

« (...) effectivement c'est pour ça que je pense qu'il y a pas tant de suicide que ça enfin que nous on en voit pas tant que ça, (...) y a ce travail de fait, de lien, de repères, de relationnel. » (E2, I4)

« Alors ça pour elle c'était très important qu'il y ait cette directrice qui représentait pour elle un cadre symbolique, elle était encadrée. Je pense que le cadre d'ici a été aussi important. Je sentais que sa poignée de main quand on se quittait était chaleureuse et en même temps elle pouvait compter sur moi, elle s'appuyait sur moi, il y avait un étayage. » (E5, MP4)

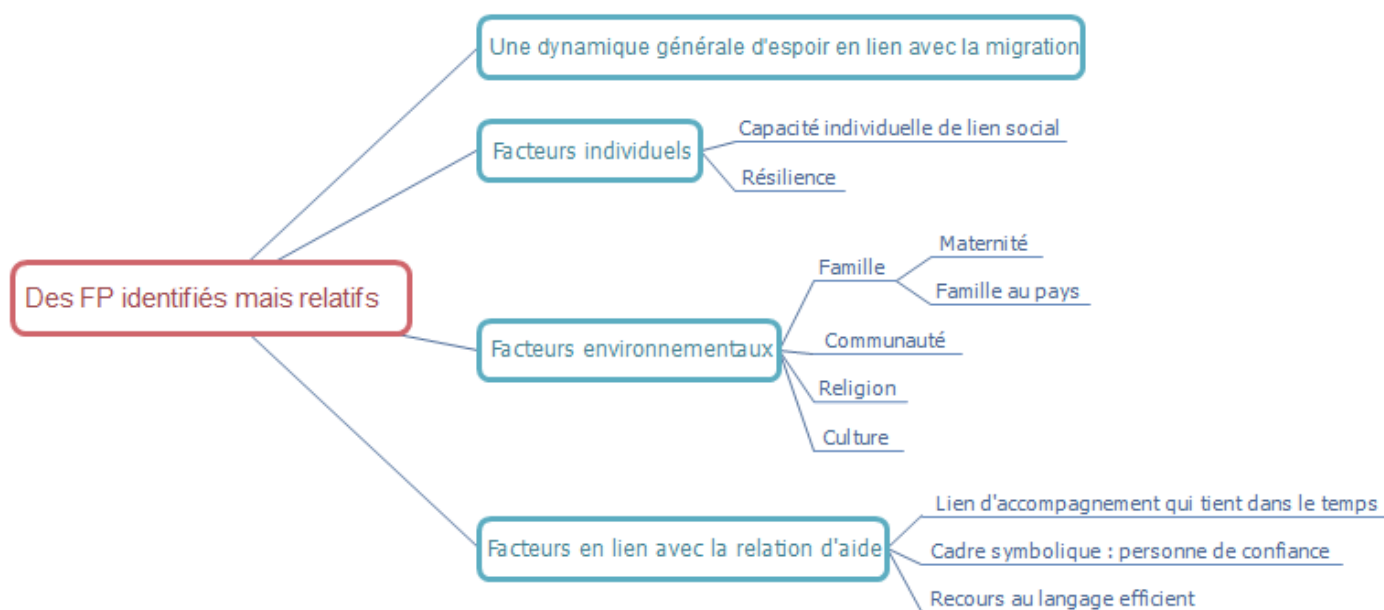


Figure 2.3 : Facteurs protecteurs identifiés

b. Pratiques d'évaluation du risque suicidaire

- Pratiques

La pratique de l'évaluation du risque suicidaire a été explorée (**Figure 3**). Celle-ci a été décrite comme non systématique, y compris au sein de structures psychiatriques, soit du fait d'une absence de formation ou de sentiment de légitimité des professionnels, soit du fait d'une absence d'indication à cette évaluation. Lorsqu'elle était faite, cette exploration était non standardisée, réalisée sur signes d'appel, le plus souvent basée sur l'intime conviction des professionnels et le croisement des regards via une évaluation d'équipe. La fonction de soignant était identifiée comme facilitant l'évaluation du risque suicidaire, de même que la présence d'un lien de confiance établi et du respect d'une certaine temporalité.

« Moi je dirai aussi la place du temps. Les personnes ne se révèlent pas tout de suite. Il y a le temps d'entrer en relation, le temps d'entrer en profondeur, le temps de pouvoir déposer, se confier. » (E3, MP2)

- Obstacles

Des obstacles à l'évaluation du risque suicidaire ont été rapportés, relatifs aux professionnels ou aux personnes concernées (**Figure 3**). L'absence de formation à l'évaluation du risque suicidaire (chez les travailleurs sociaux) ou à l'interculturalité était particulièrement mise en avant. Certains acteurs de terrain ont également exprimé la crainte

d'un effet péjoratif de l'évaluation du risque suicidaire soit par la crainte de favoriser l'apparition d'idées suicidaires, soit par le fait de ne pas pouvoir poursuivre l'évaluation et l'orientation de façon satisfaisante.

« Après s'ils sont pas francophones, on part sur un truc où on a beaucoup de mal derrière à... j'ai toujours peur de faire plus de mal que de bien, parce qu'après il faut pouvoir assumer la suite aussi, et pouvoir se comprendre » (E15, M2)

Enfin, la difficulté d'évaluation de l'environnement et de l'étayage de la personne a été pointée comme un obstacle à une bonne évaluation du risque suicidaire.

« Pour les personnes qui sont vraiment dans la précarité, je me dis que ce qui est le plus difficile, c'est d'évaluer leur environnement, dans le sens où ils peuvent être hébergés chez des personnes pour un temps, et changer ensuite... ça suppose de rencontrer la personne à une périodicité rapprochée. » (E14, Int4)

Les acteurs de terrain ont également relevé des obstacles à l'évaluation relatifs aux personnes concernées, du fait de différences culturelles (expression des affects, tabou culturel ou religieux, méconnaissance et doute sur l'efficacité des soins psychiques), d'entraves à l'expression (barrière de la langue, niveau scolaire, présence de proches lors de l'entretien) et barrières psychiques (trauma, autocensure par vécu de culpabilité ou d'illégitimité).

« Il y a des cultures, où on peut y penser mais on a pas le droit d'en parler, la culture l'autorise pas. » (E5, P4)

« La culture ça peut être un obstacle, dans le fait d'exprimer. Comment on exprime, comment on exprime pas, comment les mots se disent, qu'est ce qui se dit, qu'est ce qui se dit pas... comment les choses peuvent être entendues ? » (E3, I5)



Figure 3 : Arbre thématique : Pratiques d'évaluation du risque suicidaire et obstacles

c. Ressources et conduites tenues face à la problématique étudiée

- Ressources

L'exploration des ressources a mis en évidence un constat majoritaire d'insuffisance (**Figure 4.1**). Une équipe (de soins psychiatriques) a cependant fait état de ressources plus facilement mobilisables qu'en psychiatrie générale du fait du caractère réactionnel de la problématique. Les ressources relatives aux structures étaient la pluridisciplinarité, l'accès à la formation, à l'analyse de la pratique et à l'interprétariat. La place du travail partenarial entre structures de soins, sociales et étayage social, bien que décrit comme perfectible, était mise en avant comme une ressource face à la problématique rencontrée.

Le guide d'entretien explorait également la rédaction de certificats médicaux et d'attestations dans la pratique des professionnels. Certains professionnels rédigeaient des certificats dans le cadre de la procédure de demande d'asile, du droit au séjour pour soin ou des certificats de vulnérabilité. Le risque suicidaire y était très rarement mentionné, sauf dans le cas d'un retour au pays pour certaines personnes concernées.

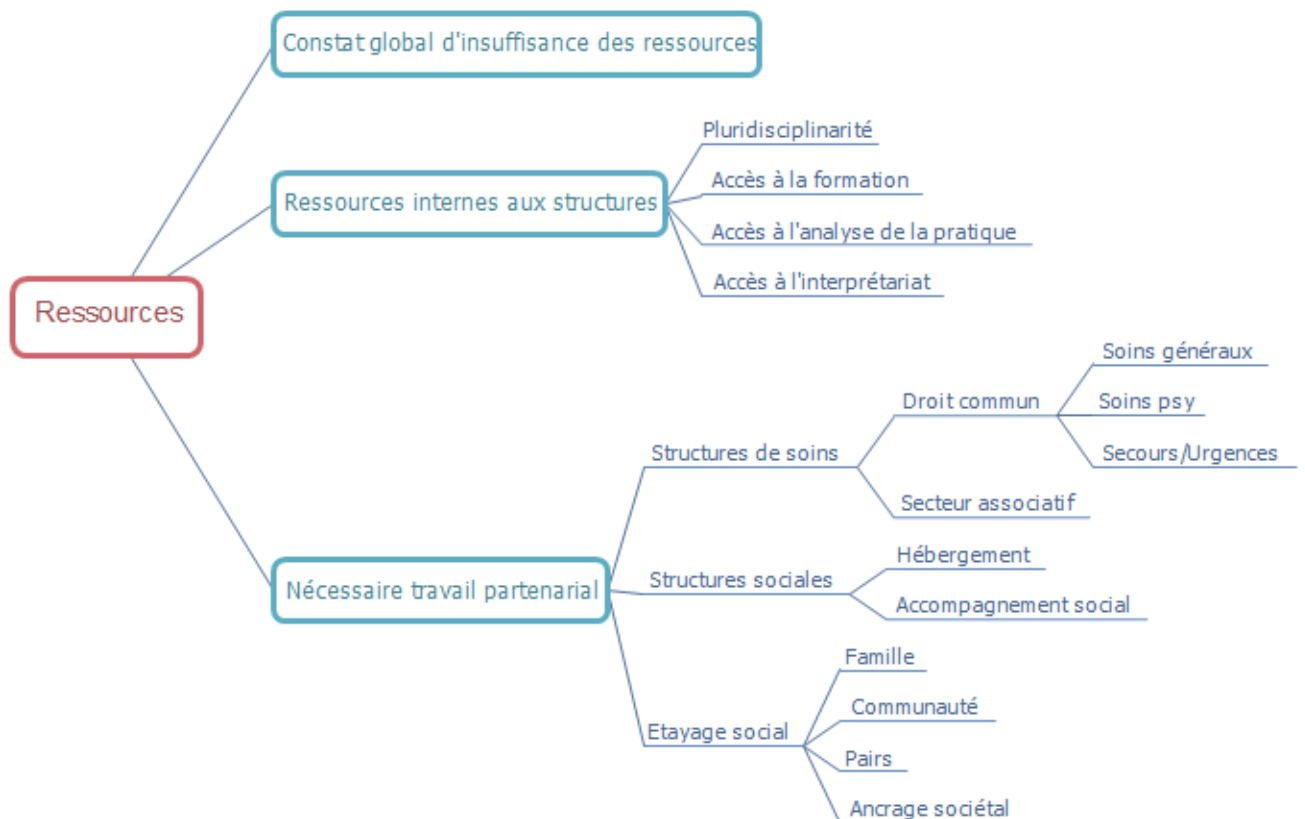


Figure 4.1 : Arbre thématique : Ressources face à la problématique étudiée

- Conduites tenues face aux situations rencontrées

Dans les entretiens, nous avons exploré les conduites tenues face aux différentes situations rencontrées (**Figure 4.2**).



Figure 4.2 : Conduites tenues face aux situations rencontrées

Des situations d'urgence vis-à-vis du risque suicidaire (tentative de suicide, signes d'alerte avec risque de passage à l'acte) ont été décrites avec une orientation indispensable vers les urgences (par les professionnels ou les services de secours). Dans ces situations, l'hospitalisation parfois décidée a été décrite comme indiquée et efficace pour contenir la crise. Certaines de ces situations n'aboutissaient pas à une hospitalisation, mais à un suivi en ambulatoire ou une sortie sans prise en charge proposée, avec une perception d'insuffisance de ce relais exprimée par certains professionnels interrogés.

Les mesures générales prises en dehors des situations d'urgence étaient : l'écoute et la réassurance, la rationalisation, le travail d'orientation avec la nécessité régulièrement rapportée d'un accompagnement physique et d'une action de « porte-parole » de la part du professionnel.

« Pour la première fois je l'ai accompagnée, pour pouvoir dire au médecin mon angoisse, et peut-être dire des choses qu'elle n'aurait pas forcément dites, mais avec son autorisation, j'ai pu évoquer certaines choses qui ont mis le médecin aussi sur la voie de la dangerosité qu'il y avait dans ses envies. » (E1, IS4)

Les acteurs de terrain impliquaient alors leur équipe et leur supérieur hiérarchique dans cette prise de décision, proposaient un suivi rapproché et fournissaient aux personnes concernées les recours possibles en cas de crise (interlocuteurs, lieux d'urgence). Enfin, la nécessaire prise en charge de l'entourage (famille, proches, intervenants de proximité) était mise en avant en cas de confrontation à un passage à l'acte.

Les mesures de soins décrites étaient la mise en place d'un suivi rapproché, contenant et stable dans le temps, avec une place importante donnée à la psychothérapie et au travail sur les facteurs protecteurs (appartenances, espoir, existence sociale). Une évaluation psychiatrique était souvent décrite comme nécessaire en cas d'expression d'idées suicidaires, avec un recours à une éventuelle médication (anxiolytiques, hypnotiques). La spécificité de la pratique dans cette population a été pointée à de nombreuses reprises. Le recours à l'hospitalisation était décrit comme plus rare, soit par l'absence d'indication relevée, soit par crainte d'une rupture des liens existants.

« On s'est dit que si on l'hospitalisait on la séparait de ses enfants, et qu'est-ce que ça ferait ? Quel message ? C'est du côté « mauvaise mère », folle dangereuse incapable de prendre soin de son enfant. Donc on a pris le risque de continuer une psychothérapie très rapprochée pour ma part, et puis des médicaments. » (E5, P4)

Le passage par les urgences était souvent décrit comme une solution par défaut, non privilégiée du fait de l'absence d'interprétariat, de la discontinuité en termes d'interlocuteurs pouvant être source de déstabilisation pour des personnes déjà vulnérables. De même, l'usage des psychotropes était décrit comme une possible ressource à adapter cependant au quotidien des personnes en prenant en compte la balance bénéfique/risque (danger en cas de vie à la rue, entrave à la prise en charge des enfants pour les femmes seules).

« Alors j'ai été très ennuyée au niveau du traitement parce qu'elle me réclamait des médicaments pour dormir, et moi j'avais l'idée qu'il ne fallait pas qu'elle dorme, pour pouvoir surveiller ses deux petits qui étaient près d'elle » (E5, MP4)

Des modalités relationnelles essentielles à la pratique étaient rapportées : l'importance d'un accueil inconditionnel et d'une prise en charge individuelle axée sur des liens de personne à personne, pour lutter contre le vécu de deshumanisation ; la nécessité régulière d'une prise en charge de portage au long cours, impliquant une continuité et un accompagnement soutenu lors des relais.

« C'est une dame qu'on a accompagnée, portée, contenue au sens étayée, chouchoutée, qui a été suivie pendant longtemps sur la PASS psychiatrique, et les collègues la voyaient 4 fois, 5 fois par semaine, en plus du RDV médical qui était toutes les semaines, puis tous les 15 jours progressivement.... Comme un petit oiseau qui était tombé du nid, il y avait vraiment quelque chose de cet ordre-là. » (E14, Int4)

En termes de mesures sociales, un soutien des soins, par un accompagnement aux consultations ou une aide au quotidien était décrit, ainsi qu'une vigilance augmentée au sein des structures. Le travail d'étayage social afin de créer un maillage réconfortant luttant contre l'isolement était mis en avant, et parfois décrit comme une alternative aux soins en cas de problématique majoritairement réactionnelle au défaut d'étayage. L'accompagnement social était également décrit comme une orientation face à cette problématique, du fait de ses déterminants sociaux (accès à l'hébergement, aux ressources et démarches pour la procédure en cours).

d. Accès aux soins

- Constat de difficulté d'accès aux soins de droit commun

Un constat de difficulté d'accès aux soins de droit commun a été fait, non spécifique de la problématique étudiée mais entravant les orientations dans les situations rencontrées (**Figure 5.1**).

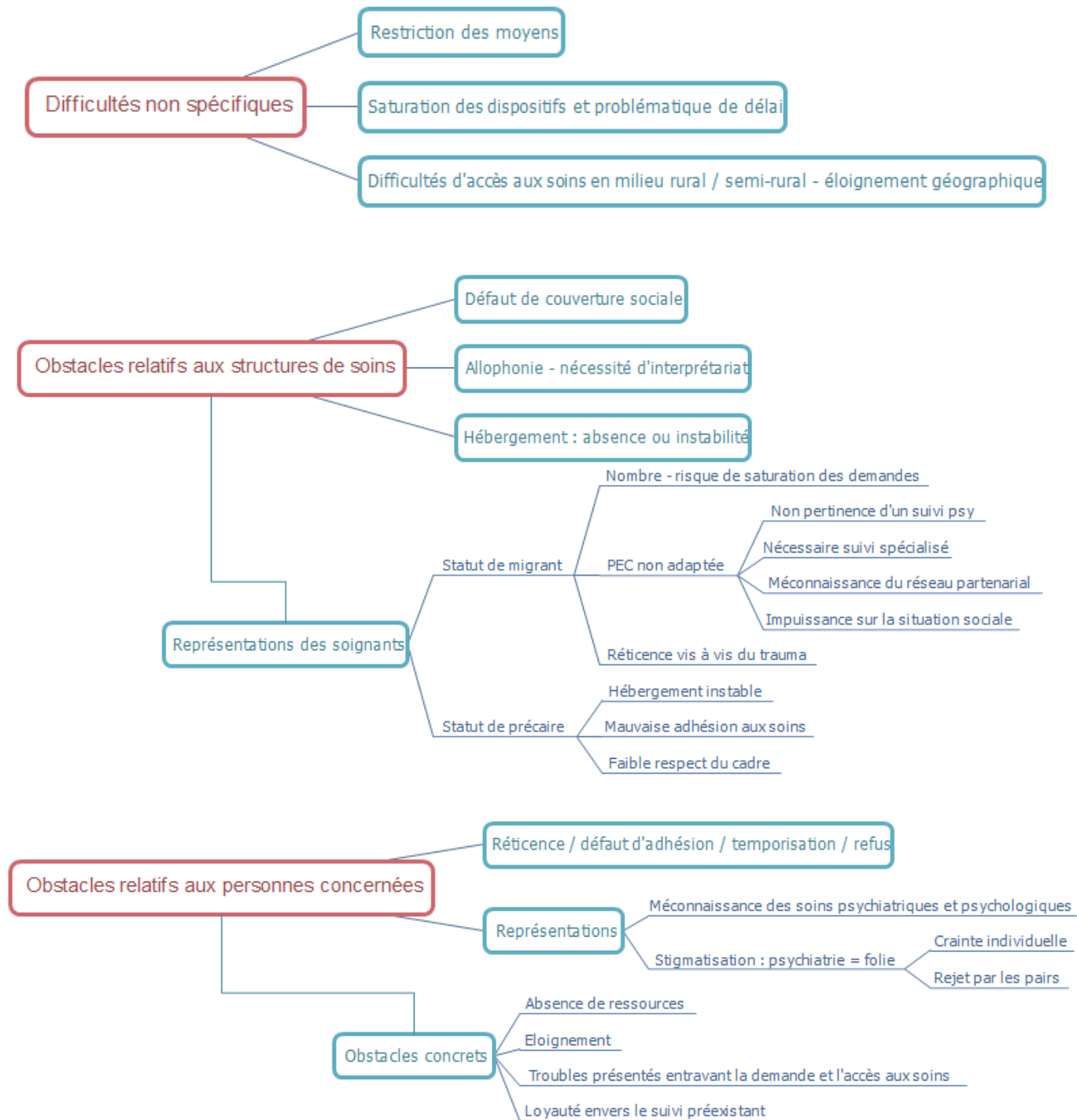


Figure 5.1 : Arbre thématique - Un constat de difficulté d'accès aux soins de droit commun

Des difficultés d'ordre général, ne se limitant pas à la population étudiée, étaient décrites : restriction des moyens, saturation des dispositifs et problématique de délais de consultation, éloignement géographique renforçant les difficultés d'accès aux soins. Des obstacles supplémentaires étaient décrits, relatifs aux structures de soins (défaut de couverture sociale, accès à l'interprétariat, instabilité de l'hébergement) et aux soignants. Aux représentations relatives au statut de précaire (hébergement instable, mauvaise adhésion aux soins et faible respect du cadre de soin) s'ajoutaient des représentations relatives au statut de migrant. Les acteurs de terrain rapportaient des craintes chez les soignants des structures de droit commun en termes de saturation de demandes devant le nombre de migrants en situation de précarité. Un autre obstacle rapporté était la non-adaptation d'une prise en charge classique à cette population, soit par défaut d'indication (absence de pathologie psychiatrique, problématique uniquement sociale), soit par la nécessité d'une prise en charge spécialisée (médicale et sociale).

« *Qu'ils ne vont pas venir à l'heure à leur RDV, qu'ils simulent, qu'ils veulent des papiers. Qu'ils ont l'impression qu'ils vont être pris dans un cercle infernal au niveau des demandes de papiers alors que souvent c'est pas le cas. Quand on dit « notre AS va continuer le suivi » c'est plus simple, par exemple.* » (E3, I5)

« *Oui, je pense que ce public fait peur. (...) des personnes qui cumulent énormément de choses, et de précarité, et de trauma (...), et du coup ça fait peur. Surtout quand on appelle un psychiatre il croit qu'on va lui envoyer les 170 personnes aussi...» (E10, IS14)*

Enfin, des obstacles à l'accès au soin étaient identifiés chez les personnes concernées, à l'origine de réticences, de refus de soins ou de temporisation d'une orientation vers un suivi. Les acteurs de terrain décrivaient chez les personnes concernées une méconnaissance et/ou une stigmatisation des soins psychologiques et psychiatriques.

« *C'est arrivé quand même à des moments, on en est arrivé à ne pas l'écrire sur le tableau quand il y avait des RDV, parce que des jeunes pouvaient dire « ah tu vas chez la psychologue, t'es fou », c'est arrivé.* » (E8, RS2)

D'autres obstacles ont été rapportés : l'absence de ressources matérielles, l'éloignement, l'entrave par les troubles présentés à la demande d'aide et à l'accès au soin, et la loyauté envers le suivi préexistant (auprès d'un intervenant social ou d'un soignant).

« Et puis les gens eux-mêmes font obstacle à leur orientation, ils nous aiment bien, ils veulent pas aller voir ailleurs » (E3, I5)

- Stratégies de contournement

Face à ces obstacles à l'accès au soin, des stratégies de contournement étaient décrites (Figure 5.2). Les acteurs de terrain tentaient de contourner les obstacles institutionnels en ayant recours à des professionnels libéraux, à des orientations « bricolées » par liens de connaissances personnelles, ou poursuivaient leur suivi même si ce dernier ne relevait pas de leur mission (dimension « hors-cadre »). La démarche d'« aller-vers » était mise en avant comme ressource face aux difficultés d'accès au soin. Une orientation rapide des personnes en fonction de leur situation était aussi décrite comme stratégie préventive face à la saturation des dispositifs. Après des professionnels soignants, des actions d'information, de sensibilisation, et de présentation individuelle du patient en dehors de son statut de migrant étaient décrites, auxquelles s'ajoutait une disponibilité des équipes spécialisées, notamment EMPP, sur les spécificités de la pratique (modalités relationnelles, connaissance du réseau, prise en charge sociale).

« On essaye de vendre... on va voir nos collègues du CMP, on leur raconte l'histoire, on leur parle des gens. On essaye de les sensibiliser sur l'histoire de la personne, de valoriser aussi l'équipe et le boulot qu'ils font. Quand on fait des orientations sur le CMP c'est pas parce que les gens ont pas de droits c'est parce qu'on pense que vraiment y a besoin d'un étayage pluridisciplinaire. Une fois qu'ils ont rencontré la personne, ça se passe toujours bien. » (E3, I5)

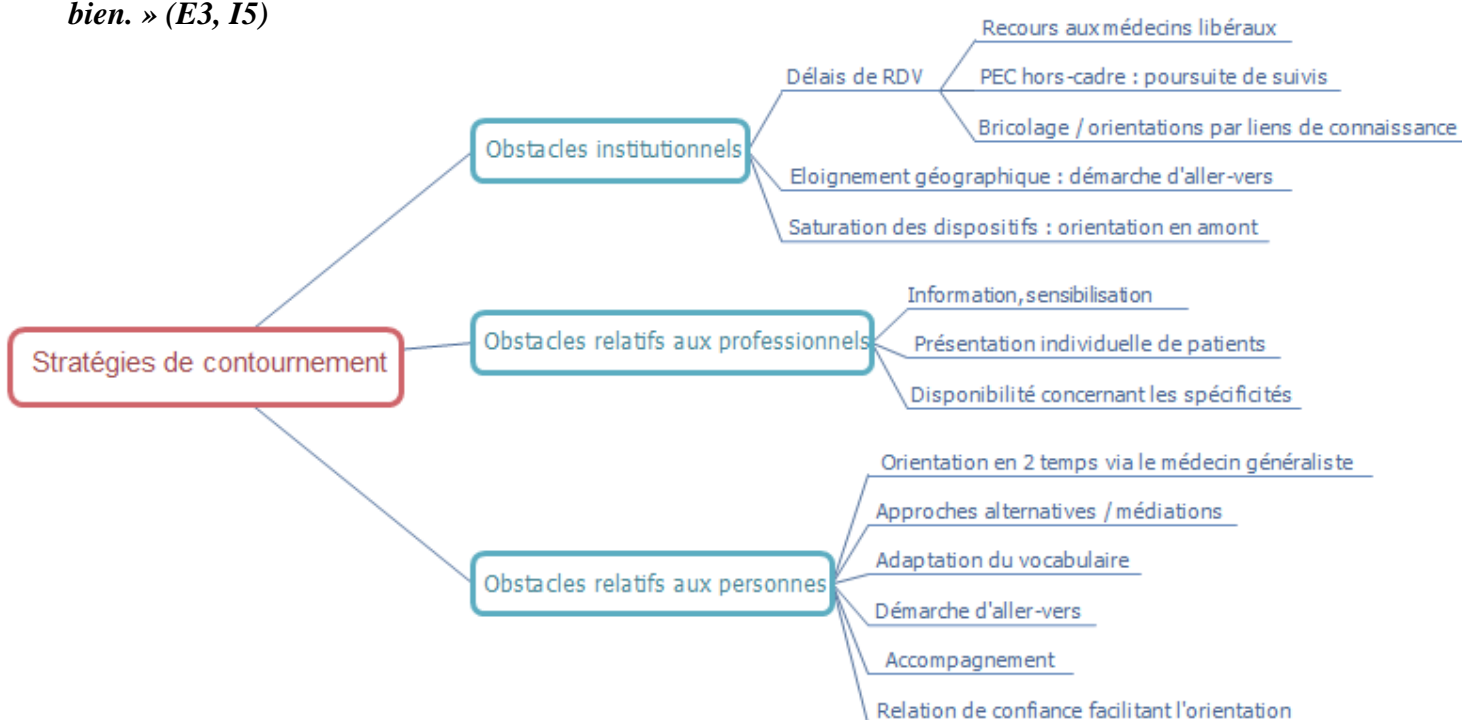


Figure 5.2 : Arbre thématique : Stratégies de contournement des obstacles

Auprès des personnes concernées, les professionnels de structures sociales utilisaient une orientation en deux temps via le médecin généraliste pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques, un accompagnement physique et une adaptation du vocabulaire (« médecin », « infirmière », « pour parler »). Les approches alternatives (notamment centrées sur le corps) et les médiations étaient décrites comme facilitant l'accès au soin, de même que l'établissement d'une première relation de confiance et le respect d'une certaine temporalité.

« Dans cette équipe (.. .) il y a une infirmière qui propose des massages comme première approche. Et en fait moi souvent je dis aux personnes : « je vous propose d'aller voir une femme qui est infirmière pour ce qui va pas forcément très bien dans la tête », je mets pas forcément le mot « psy, psycho, psychiatre » ou autre (...). Donc pour le coup je trouve que ce dispositif il est bien adapté, il y a pas cette barrière « psy ». (E13, IS18)

e. Interprétariat et évaluation du risque suicidaire

La place de l'interprétariat dans la pratique de l'évaluation du risque suicidaire a été étudiée auprès des professionnels de structures sociales et de soin, mais aussi des interprètes (**Figure 6**). Les bénéfices apportés par un interprétariat professionnel étaient : la traduction, la transmission des affects, la médiation culturelle, la relation de soutien par l'interprète, l'appui aux soins et la participation à l'évaluation via un échange avec le professionnel. L'interprétariat professionnel était décrit comme indispensable à une évaluation satisfaisante du risque suicidaire en cas d'allophonie. Les limites rapportées par les professionnels (travailleurs sociaux et soignants) étaient les difficultés d'accès en termes de disponibilité, de coût, d'organisation et de longueur des entretiens. L'absence de formation à la santé mentale était décrite comme une limite par les professionnels soignants. Plusieurs personnes interrogées témoignaient également de leurs craintes sur la présence d'un tiers dans la consultation, une éventuelle déformation du discours, une neutralité insuffisante ou un effet de « filtre » des émotions pouvant être un frein à l'évaluation du risque suicidaire avec un interprète.

« Ça dépend un petit peu de la façon dont l'interprète est traversé par les propos. On est pas toujours en confiance avec des interprètes, parce qu'il peut y avoir des choses amplifiées, déformées, tuées par la propre perception de l'interprète. » (E3, P2)

« C'est pas la question la plus simple à évaluer avec un interprétariat je pense » (E3, I5)

Sur le plan linguistique, les interprètes ne rapportaient pas de difficultés de traduction, utilisaient le mot « suicide » traduit littéralement, et ajoutaient des reformulations ou des métaphores.

« De poser la question « Est-ce que vous avez des idées suicidaires ? » ? Oui. Ça arrive. (...) Il n'y a pas de soucis. (...) C'est « samoubistvo ». Pour expliquer à la personne, pas dire uniquement le mot suicide, je dis « idées noires », « lever la main sur soi », une expression serbe pour dire de se faire du mal à soi-même. » (E6, Int1)

Une équipe de soins psychiatriques a relevé l'intérêt de l'interprétariat dans l'évaluation du risque suicidaire en ce qui concerne la verbalisation des idées suicidaires et le travail sur les quiproquos langagiers.

« Pour moi la présence d'un interprète serait plutôt facilitant, dans tous ces quiproquos langagiers qui peut y avoir avec un interprète, « qu'est-ce que ça veut dire exactement ce qu'on est en train de dire ? » ça ouvre des possibles du style « je ne suis pas sûre d'avoir bien compris, comme je m'inquiète, est ce que j'ai bien compris que vous avez envie de mourir, ou alors vraiment là ça ne veut pas dire la même chose... ? ». » (E2, MP1)

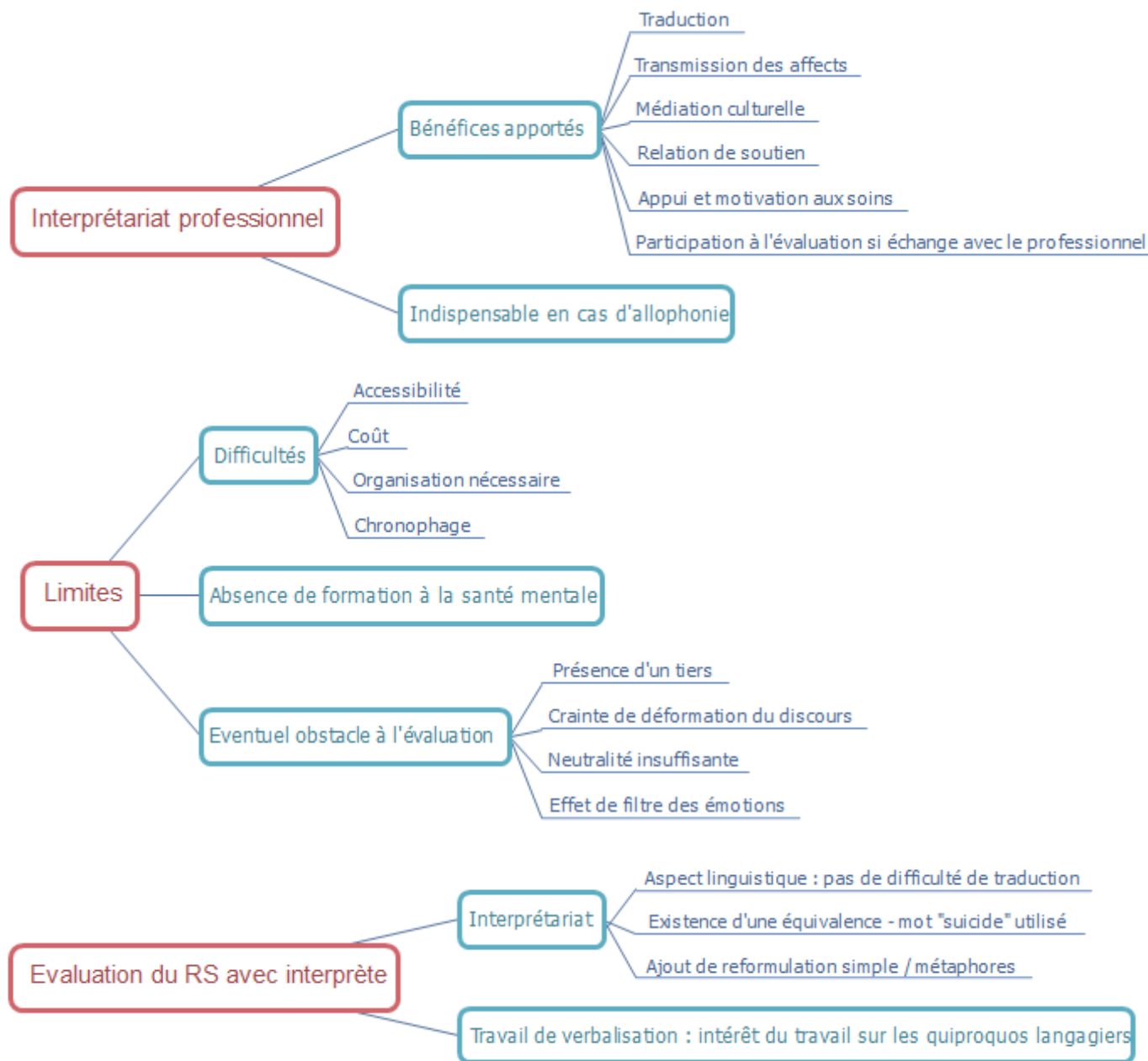


Figure 6 : Arbre thématique : Interprétariat et évaluation du risque suicidaire

f. Vécu des professionnels

- Pratique générale difficile

L'un de nos intérêts particuliers était d'explorer le vécu des professionnels dans leur pratique et face à la problématique étudiée. La pratique générale des acteurs de terrain était décrite comme difficile (**Figure 7.1**). La confrontation aux récits de vie parfois effroyables était rapportée, avec parfois un vécu d'identification et de saturation, des effets psychiques sur les professionnels et un envahissement de la sphère personnelle.

« Parce que quand ils te racontent des trucs, moi je m'imagine que je me serais foutue en l'air depuis bien longtemps, ou j'aurais complètement décompensé... » (E3, AS1)

« C'est-à-dire que si nous on nous enlève notre toit, que il faut courir à droite à gauche pour chercher un peu de subsistances, que il faut courir à l'hôpital, que on a les papiers à droite à gauche, que on est épuisé parce qu'on dort pas... enfin moi je pense qu'on nous laisse une semaine comme ça, et puis on voit dans quel état on est. » (E2, P1)

Un vécu de « blindage » progressif a été rapporté, déclenchant la crainte d'une perte en termes de sensibilité ou de pertinence de l'évaluation, mais aussi en tant qu'adaptation positive à la pratique du fait de l'expérience.

« Après, on est confronté régulièrement à ça, et qu'on s'est aussi habitué d'une certaine manière, je sais pas comment dire mais blindé aussi par rapport au discours des gens, (...) quand il y a des nouveaux venus, bah souvent ils s'affolent très vite, et souvent on se pose la question « est ce que nous on s'affole pas (...) peut-être qu'ils ont raison de s'affoler vite ? » (E3, AS1)

Les professionnels rapportaient une inquiétude générale importante pour les personnes accompagnées et leur devenir, ainsi qu'un vécu d'isolement voire de colère vis-à-vis des institutions. Certains rapportaient un vécu de responsabilité, du fait de leur position de référent ou de personne de confiance, et de la relation de portage nécessaire, faisant craindre une discontinuité en cas d'absence d'un professionnel.

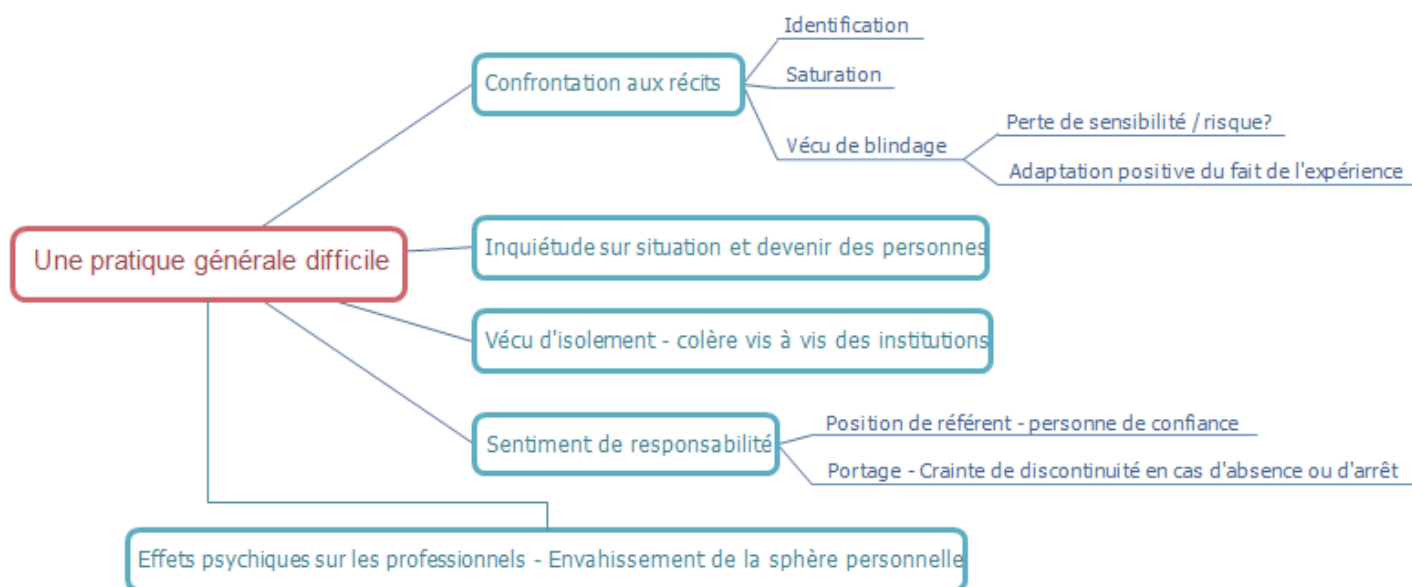


Figure 7.1 : Arbre thématique : Vécu des professionnels – pratique générale

- Vécu des professionnels confrontés à la problématique étudiée

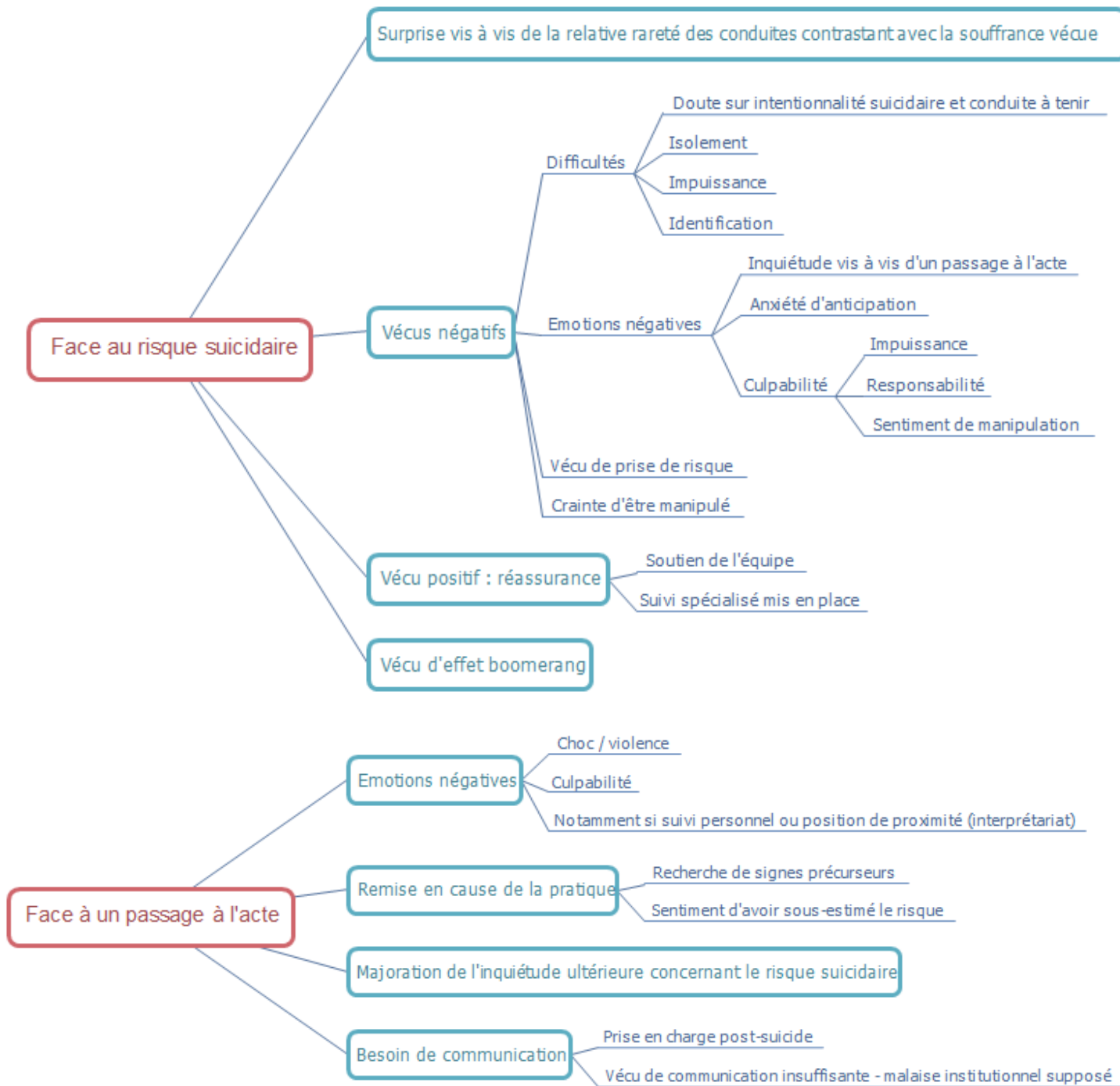


Figure 7.2 : Arbre thématique : Vécu des professionnels face à la problématique étudiée

Face à la problématique étudiée (**Figure 7.2**), de nombreux professionnels ont exprimé leur surprise vis-à-vis de la relative rareté des conduites suicidaires contrastant avec le niveau de souffrance vécue, et leur admiration vis-à-vis de la résilience des personnes.

« Non non, moi je suis plutôt surprise qu'il n'y en ait pas plus ! Je suis vraiment admirative de ces gens qui arrivent à avoir autant de résilience, autant de patience, d'attendre des années » (E9, Int2)

Les vécus difficiles étaient soulignés dans les situations où un risque suicidaire était identifié (isolement, identification, impuissance, doute sur la conduite à tenir). Les professionnels exprimaient une inquiétude, une anxiété d'anticipation vis-à-vis d'un passage à l'acte, un vécu de prise de risque, ainsi qu'un sentiment de culpabilité (du fait de l'impuissance, d'un vécu de responsabilité ou secondaire à la crainte d'être manipulé).

« Et de se dire qu'on est pas à l'abri, la peur que ça arrive ici. Moi j'ai eu des jeunes, j'ai eu peur que ça arrive, d'un jour les retrouver, d'ouvrir la porte, et qu'ils soient pendus, ou défenestrés. » (E8, IS9)

En effet, la crainte d'être manipulé via l'expression d'idées suicidaires a été évoquée, sans être rapportée unanimement.

« Moi, quand parfois on a des situations où ils nous disent qu'ils ont envie de mourir et qu'on a ce ressenti que peut-être ils disent ça parce qu'ils pensent que ça va servir leur cause, il y a aussi de la culpabilité. Je pense ça mais dans mon rôle je devrais pas penser ça, où est passée la bienveillance ? Y a un peu de l'ambivalence, le sentiment qu'on ne devrait pas penser ça. » (E3, E11)

Un vécu positif de réassurance était exprimé du fait du soutien de l'équipe et lors de la mise en place d'un suivi spécialisé. Certains professionnels évoquaient également un effet « boomerang », la crainte exprimée que l'inquiétude du professionnel rejaillisse sur la personne, et la double réassurance en cas de mise en place d'un suivi ou d'un étayage suffisant.

Confrontés à un passage à l'acte, voire à un suicide, les acteurs exprimaient un vécu de choc, de violence, de culpabilité notamment en cas de suivi individuel de la personne ou de position de proximité (interprétariat).

« J'étais très très mal. En tant qu'interprète personne ne m'a accompagnée. (...) parce que nous on est en première ligne quand même, avec la personne, et puis le lendemain elle est plus là... » (E6, Int1)

Le passage à l'acte était suivi d'une remise en cause de la pratique, avec parfois l'expression du sentiment d'avoir sous-estimé le risque, et d'un besoin de communication autour de la situation (prise en charge post-suicide), pointée comme insuffisante. La confrontation personnelle à une situation de crise suicidaire ou de suicide a été décrite comme majorant l'inquiétude ultérieure vis-à-vis du risque suicidaire dans cette population.

« Le fait que ce se soit réalisé, c'est vrai que là dernièrement, quand il y a des évocations, je suis un peu plus... je suis un peu moins à l'aise avec ça. Dans mon écoute...d'un coup ça vient envahir quelque chose, avec vraiment quelque chose d'une idée de mort qui fait que c'est pas toujours évident de renvoyer quelque chose à la personne, des fois je suis un peu coi. » (E3, P2)

g. Mesures identifiées par les professionnels

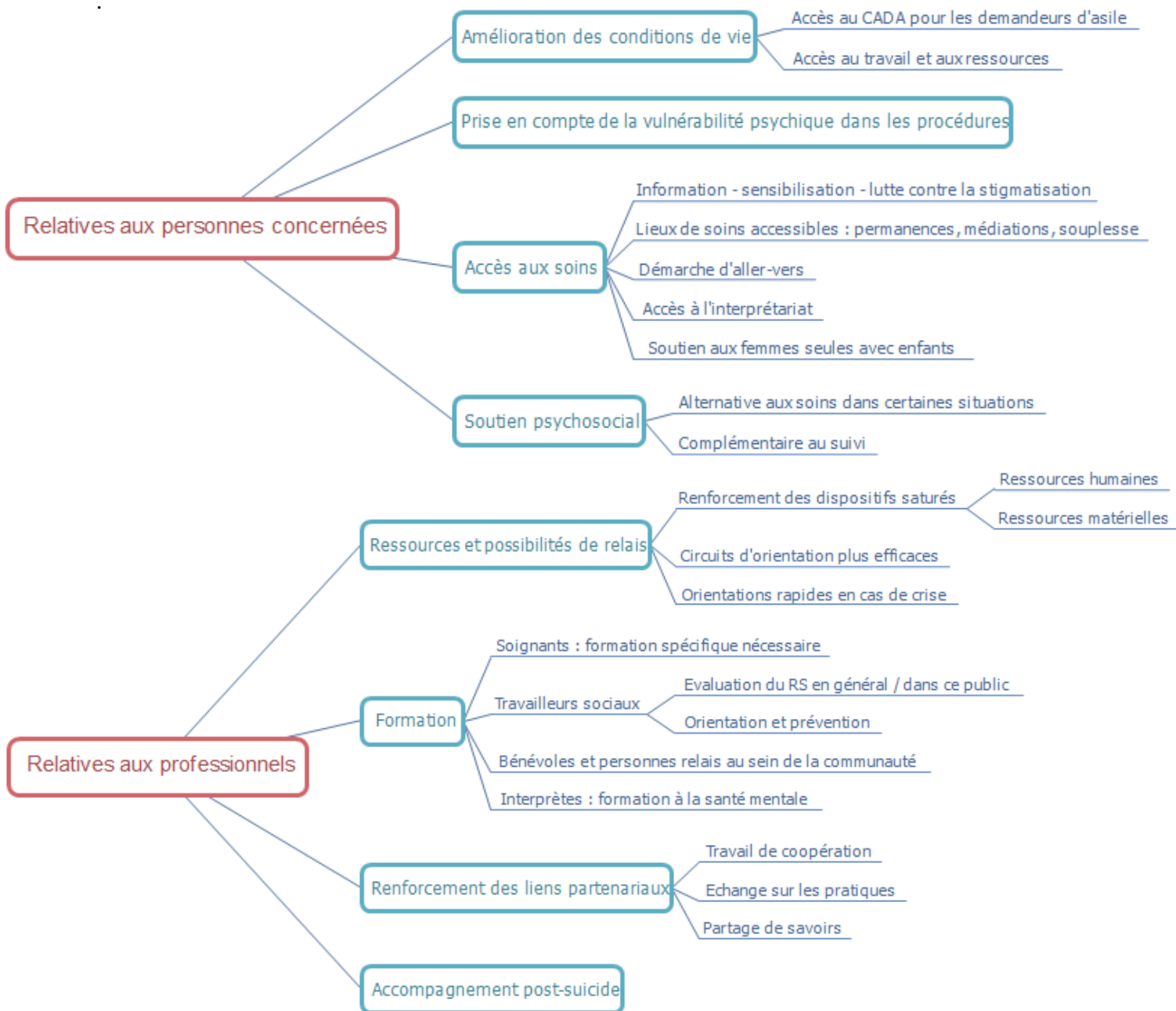


Figure 8 : Arbre thématique : Mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée

La dernière rubrique explorée par le guide d’entretien était celle des mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée (**Figure 8**). Les premières mesures rapportées étaient relatives aux personnes (amélioration des conditions de vie, prise en compte de la vulnérabilité psychique dans les procédures, accès au soin et soutien psychosocial), avec comme effet indirect de faciliter les pratiques des acteurs de terrain. L’accès au CADA pour les demandeurs d’asile et à une activité (professionnelle ou bénévole)

et une place au sein de la société étaient particulièrement pointés comme cibles d'amélioration de la qualité de vie. Les mesures de favorisation de l'accès au soin décrites étaient : la lutte contre la stigmatisation, l'« aller-vers », l'accessibilité des lieux de soins, l'accès à l'interprétariat et l'accès à des aides pour les femmes seules avec enfants.

Les professionnels rapportaient enfin des mesures relatives à leur pratique, en termes de ressources et de possibilités de relais (renforcement des dispositifs, circuits d'orientation plus efficaces, orientations rapides en cas de crise), de formation, et de renforcement des liens partenariaux (coopération, échange, partage de savoirs). Les formations pointées comme nécessaires étaient : la formation à l'interculturalité pour les soignants ; la formation à l'évaluation du RS en général et dans ce public, à l'orientation et à la prévention pour les travailleurs sociaux ; la formation des bénévoles et de personnes relais au sein de la communauté ; la formation des interprètes à la santé mentale. Enfin, les professionnels étaient demandeurs d'une aide concernant l'accompagnement post-suicide (prise en charge des pairs et des professionnels).

h. Notions transversales

Deux notions transversales présentes dans le corpus d'entretien ont attiré notre attention (**Figure 9**).

- Réaction au sujet d'étude

Plusieurs professionnels ont exprimé leur surprise vis-à-vis du sujet d'étude. Cette surprise était parfois liée à la confrontation rare à cette problématique dans la pratique, certains professionnels exprimant avoir eux-mêmes été surpris de ne pas y être davantage confrontés. Cette surprise s'accompagnait parfois d'interrogations sur le phénomène du suicide à l'étranger et particulièrement en Afrique, du fait des différences culturelles. Certains professionnels ont également exprimé leur crainte de sous-évaluer le risque suicidaire dans cette population en réaction au sujet d'étude.

« Oui moi je serais intéressée de savoir, mais finalement en Afrique, qu'est-ce que c'est que le suicide, est ce que les gens se suicident ou est-ce que c'est la communauté qui les soutient ? » (E15, M3)

L'intérêt d'un échange sur le sujet étudié a également été rapporté, avec une demande de retours sur les résultats de l'étude, voire de formation.

« En tout cas c'est pas un sujet facile, de manière globale, que ce soit pour les jeunes ou même pour les professionnels. C'est pas une problématique qu'on aborde facilement et dont on parle facilement....c'est aussi intéressant d'en parler, de pouvoir échanger à ce sujet. » (E8, IS9)

Enfin, certains professionnels se sont interrogés sur les causes de la relative et paradoxale rareté des conduites suicidaires dans cette population, entre présence de facteurs protecteurs, obstacles à l'expression et obstacles à l'évaluation.

- Préjugés vis-à-vis du suicide

Par ailleurs, nous avons pointé dans le corpus d'entretien des préjugés concernant le suicide, plutôt rares mais devant être considérés en tant que cibles de formation et de prévention : l'idée que les personnes les plus à risque de passage à l'acte soient ceux qui n'expriment pas d'idées suicidaires ; la vision du suicide comme « un choix à respecter » ; et la crainte que la recherche d'idées suicidaires en favorise l'apparition.

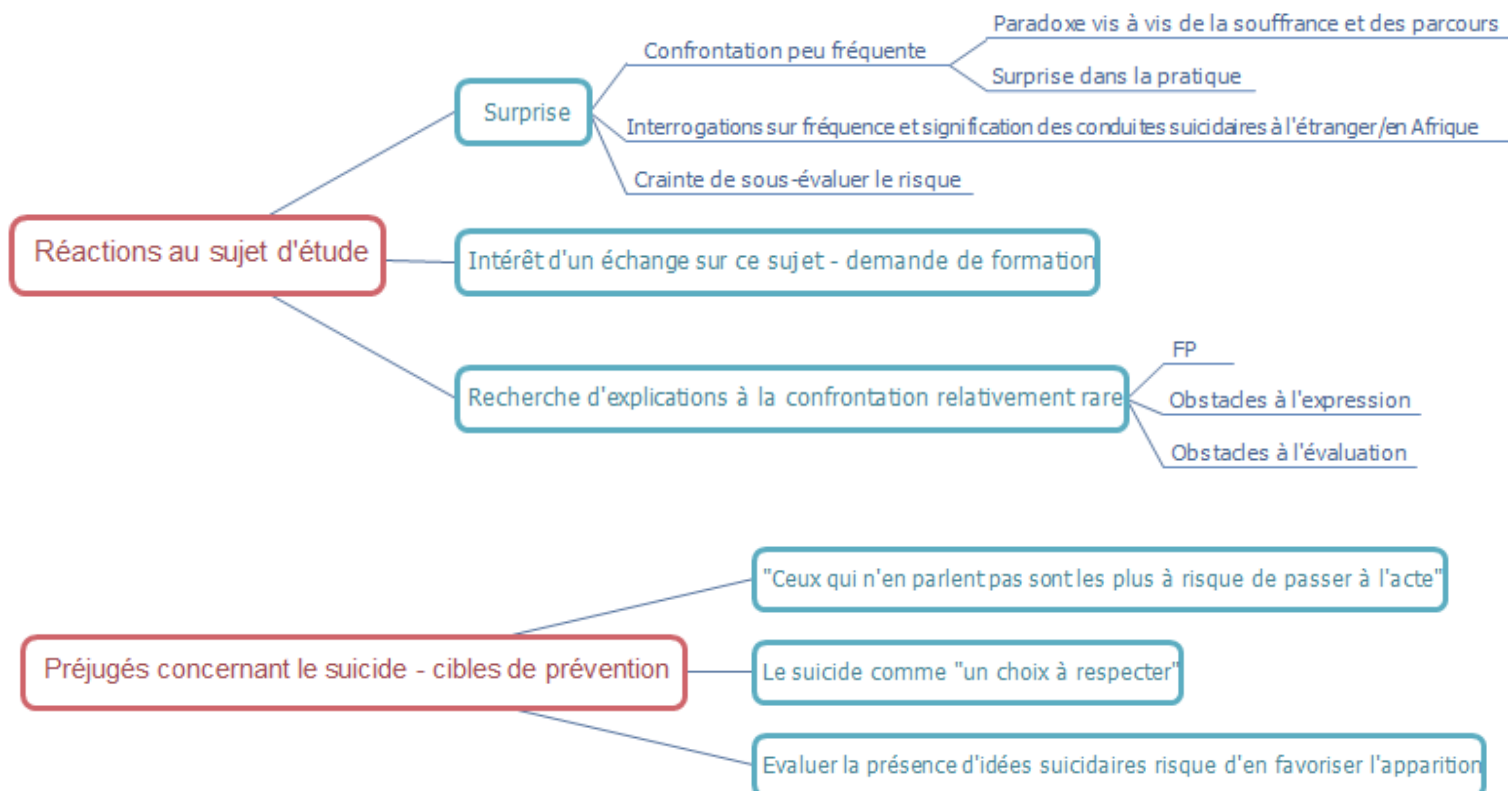


Figure 9 : Arbre thématique : Notions transversales

i. Exercice hors région

Les données qualitatives issues de l'entretien E12, réalisé avec un professionnel travaillant hors région Rhône-Alpes dans un milieu particulier (bidonville) n'ont pas été incluses dans la construction des arbres thématiques, par souci de cohérence méthodologique. Nous avons choisi d'en relever les grands thèmes concordant avec le reste du corpus d'entretien :

- la confrontation occasionnelle à des situations d'idées suicidaires exprimées ou de tentatives de suicide, parfois dans le cadre d'une revendication sociale ;
- le danger de la déshumanisation liée au nombre de personnes concernées et à la rupture des liens sociaux ;
- l'effet pathogène sur la santé mentale de l'altération des conditions de vie (en terme de décompensation psychiatrique et pas uniquement de souffrance psycho-sociale) ;
- l'orientation vers un suivi, le maintien d'un étayage psychosocial, le travail sur l'accessibilité des lieux d'accueil psychosociaux non stigmatisant, l'importance de la démarche d'aller-vers et du soutien des mécanismes de soutien préexistants ;
- les difficultés d'accès aux soins de droit commun ;
- le nécessaire travail de coopération entre les structures et les différents professionnels autour des situations difficiles ;
- l'importance d'informer et former des membres relais au sein de la communauté et des acteurs associatifs au repérage et à l'orientation des personnes en souffrance.

C. Discussion

1. Limites de l'étude

L'utilisation d'entretiens semi-directifs comme méthode de recueil des données peut induire un biais de courtoisie ou de désirabilité dans les réponses obtenues. De plus, l'inclusion d'une population hétérogène en termes de professions et de contexte de travail nous a permis de réaliser un état des lieux des perceptions et ressources des acteurs de terrain en prenant en compte la multidisciplinarité des pratiques mais ne permet pas d'obtenir des résultats spécifiques par sous-groupe. Enfin, pour la population d'interprètes, le taux de recrutement a été plus faible que dans les deux autres populations, et seuls 4 entretiens individuels ont pu être réalisés, limitant l'ampleur des résultats obtenus (en termes de langues et de contextes d'interprétariat).

Par ailleurs, plusieurs personnes interrogées ont exprimé leur réticence à « parler à la place » des personnes concernées, notamment en ce qui concerne les déterminants du risque suicidaire et la signification des idées et conduites suicidaires, pointant le risque d'une interprétation de leur part. L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des professionnels et leurs ressources face à cette problématique, ce qui comprend de fait une part d'interprétation. Cependant, il serait en effet intéressant de réaliser de futurs travaux sur cette thématique auprès des personnes concernées.

2. Mise en perspective des résultats

La présentation de tous les résultats qualitatifs de cette étude, bien qu'abondants, nous semblait pertinente du fait de son caractère exploratoire et de notre intérêt pour une exploration en profondeur de la problématique étudiée au sein de la pratique des acteurs de terrain. Pour cette discussion, nous avons choisi de réserver la mise en perspective à une sélection de résultats principaux ayant, selon nous, des implications en termes de pratique clinique.

a. Perceptions de la problématique

La confrontation des acteurs de terrain à la problématique étudiée était variable. Le caractère inconnu des chiffres d'incidence de conduites suicidaires et l'incertitude du fait des nombreux perdus de vue concordait avec les difficultés méthodologiques rapportées dans la littérature(14). Face à l'idéation suicidaire exprimée ou face à un passage à l'acte, la question de la signification se posait sous plusieurs aspects (intentionnalité, causalité, motivations au

suicide). Les conduites suicidaires étaient souvent décrites comme directement réactionnelles aux conditions de vie difficiles, ou secondaires à l'intrication d'une vulnérabilité (en lien avec une pathologie psychiatrique ou leur parcours de vie) et de facteurs de stress d'origine sociale. Ces résultats rejoignent le modèle théorique « vulnérabilité-stress » utilisé en suicidologie, avec une vulnérabilité basale elle-même multifactorielle (épigénétique, neurobiologique, post-traumatique et sociologique)(152). Les motivations au passage à l'acte les plus fréquemment rapportées étaient la volonté d'échapper (à la souffrance, aux symptômes de l'ESPT notamment l'insomnie et les reviviscences, à la situation sociale vécue comme sans issue, ou à un sentiment de perte de sens de l'existence), un « lâchage » en lien avec l'épuisement ressenti entraînant un passage à l'acte impulsif, une volonté d'évitement à tout prix du retour au pays, et enfin une volonté de communication (de la souffrance, d'une revendication sociale ou d'une demande d'aide). Ces derniers résultats concordent avec les travaux de Knizek et Hjelmeland sur l'interprétation des conduites suicidaires en tant que mode de communication (153), et soulignent l'intérêt en pratique clinique de la prise en compte de la parole ou de la demande exprimée à travers ces conduites.

La perception des professionnels concordait avec les données de la littérature concernant le risque suicidaire objectif augmenté dans la population étudiée, du fait d'une accumulation de facteurs de risque. Ce travail n'était pas restreint aux seuls demandeurs d'asile, mais nombreux professionnels interrogés travaillaient dans l'accompagnement de cette population, et pointaient la procédure de demande d'asile comme un facteur de risque en elle-même, du fait de sa longueur, du vécu d'impuissance et de peur du rejet, et de l'injonction à se raconter réactivant les traumatismes, comme cela a pu être rapporté dans d'autres travaux. (33–35).

Les principaux facteurs de risque individuels identifiés étaient les antécédents traumatiques (particulièrement : violences sexuelles, torture, incarcération), les deuils multiples, les antécédents personnels de tentative de suicide, les troubles psychiatriques et les conditions de vie actuelles. Ces résultats concordent également avec les études réalisées sur les populations de demandeurs d'asile et réfugiés (15,16,20,37).

Dans la littérature existante, les troubles psychiatriques seraient moins fréquemment présents chez les suicidants dans plusieurs populations de migrants, en faisant un facteur de risque moins pertinent qu'en population générale, à la différence des conflits intra-familiaux, du stress en lien avec l'acculturation et la discrimination, ainsi que des difficultés d'accès aux soins (12,21). Les troubles psychiatriques (et en particulier l'ESPT et la dépression) semblent

cependant rester un facteur de risque pertinent dans la population de demandeurs d'asile et réfugiés(17). Dans notre étude, l'ESPT et les troubles psychotiques étaient rapportés comme favorisant l'idéation ou les conduites suicidaires, contrairement à la dépression (le plus souvent utilisée dans le sens de symptomatologie dépressive et non d'EDM), non retenue par la plupart des professionnels comme facteur de risque suicidaire dans cette population.

Dans les conditions de vie actuelles, les professionnels rapportaient comme facteur de risque la réactivation traumatique par un nouvel événement traumatique ou par les conditions de vie précaires. La précarité elle-même, notamment l'absence d'hébergement, était soulignée comme facteur d'apparition et d'aggravation des idées suicidaires du fait du sentiment d'insécurité et de l'épuisement des personnes. Enfin, l'isolement et le vécu de désappartenance et d'inexistence au monde étaient pointés comme particulièrement pourvoyeurs d'idéation suicidaire. Ces résultats concordent avec la littérature sociologique (47,110), et avec des situations rencontrées dans la pratique, comme celle de Marie, patiente « mineure non-accompagnée », victime de traite des êtres humains, rencontrée à la maison des adolescents, exprimant des idées suicidaires avec scénario de passage à l'acte, et prononçant plusieurs semaines après cette première consultation la phrase : « J'étais toute seule au monde, comme si j'étais rien » pour expliquer l'idéation suicidaire exprimée.

Les résultats concordent également avec les données de la littérature sur la place en tant que facteur de risque particulièrement pertinent des difficultés d'accès au soin (d'ordre juridique, financier, du fait d'un défaut d'information ou d'une méconnaissance des systèmes de soins, ou d'ordre culturel) et des obstacles à une évaluation du risque suicidaire (allophonie et absence d'interprétariat, stigmatisation, méconnaissance de la signification culturelle du suicide) (20,21).

D'autres résultats obtenus complètent les données de la littérature, et nous semblent intéressants en pratique clinique. En effet, des signes d'alertes ont été identifiés par les professionnels (la présence d'un épuisement physique et psychique sévère, l'expression de désespoir devant l'absence totale d'issue envisagée, l'impulsivité et l'hétéro-agressivité ressentie ou agie, l'expression d'idées suicidaires avec scénario, l'agitation anxieuse réactionnelle à l'annonce d'un événement négatif, et le repli sévère), ainsi que des périodes de vie où le risque suicidaire est considéré comme plus élevé (rejet de la demande d'asile, grossesses secondaires à des violences sexuelles, périodes de vie « à la rue »).

Les professionnels relevaient également des facteurs protecteurs dans cette population, avec en premier lieu la dynamique d'espoir et de combativité en lien avec la migration, et la résilience observées chez ces personnes. Les autres facteurs protecteurs étaient les relations familiales et notamment la maternité, ainsi que l'appartenance à une communauté. Enfin, la religion et la culture du pays d'origine étaient souvent pointées comme facteurs protecteurs mais décrits comme relatifs, les aspects culturels et religieux pouvant être davantage des obstacles à l'expression et à la demande d'aide que de véritables facteurs protecteurs vis-à-vis de l'idéation suicidaire. Ces résultats concordent avec les travaux antérieurs sur l'impact de la religion sur le risque suicidaire(120). Enfin, les professionnels décrivaient l'efficacité, en termes de protection vis-à-vis du passage à l'acte, du lien créé dans la relation d'aide.

b. Difficultés identifiées

L'analyse des résultats qualitatifs nous a permis d'identifier plusieurs points de difficulté relevés par les professionnels dans la confrontation à la problématique étudiée dans cette population.

- Un contexte social fragilisant

Comme les données issues de la littérature médicale et sociologique, nos résultats suggèrent une place importante des facteurs sociaux en jeu dans cette problématique, tels que la souffrance sociale (isolement et sentiment de perte de sens de l'existence, favorisés par le défaut d'accès à une activité professionnelle et/ou à des droits sociaux), le recours aux conduites suicidaires dans un contexte d'injonction à la vulnérabilité, ou les conduites suicidaires rentrant dans le cadre de revendications sociales (47,110,112). Notre étude pointe les difficultés sociales comme étant à la fois facteur de risque et obstacle à l'évaluation (à travers la difficulté à évaluer l'environnement), et à l'accès aux soins (ressources insuffisantes, éloignement).

- Des différences culturelles à prendre en compte

De nombreux auteurs plaident pour la prise en compte de la culture en suicidologie, et son impact sur l'évaluation du risque suicidaire et les modalités de prévention et de prise en charge (115,117,131). Nos résultats ont également mis en évidence la place importante des différences culturelles dans les situations rencontrées. Les facteurs protecteurs liés aux différences culturelles identifiés sont la religion (à travers les croyances religieuses mais surtout l'appartenance à une communauté) et la culture traditionnelle du pays d'origine (à

travers le lien à la communauté, et les barrières morales vis-à-vis du suicide). Cependant, ces facteurs peuvent également constituer des obstacles à l'expression des idées suicidaires et à la demande d'aide (stigmatisation ou condamnation des conduites suicidaires).

Les autres obstacles à l'évaluation du risque suicidaire et à l'orientation vers un suivi liés à la situation transculturelle sont les différences identifiées en termes d'expression des affects (notamment pour les personnes originaires d'Afrique), la méconnaissance ou la stigmatisation des soins psychiques existants ou le doute sur leur efficacité. Du point de vue des professionnels, il peut aussi exister une crainte d'un impact négatif de l'abord de la question du suicide sur la relation d'aide du fait des différences culturelles, faisant obstacle à l'évaluation.

- Les obstacles à la communication : l'allophonie et les troubles présentés

L'allophonie de certaines personnes induisant des difficultés majeures de communication et de compréhension est identifiée comme un obstacle à l'évaluation du risque suicidaire et à l'accès aux soins, et par conséquent un facteur de risque de conduites suicidaires. Ces résultats confirment l'importance de l'interprétariat en santé mentale (134,135) et particulièrement dans la pratique de l'évaluation du risque suicidaire.

De même, les troubles psychiatriques présentés, notamment la présence d'un ESPT avec symptômes de dissociation des affects, entravant la communication, sont pointés comme à la fois facteur de risque d'idéation et de conduites suicidaires, mais également obstacle à l'évaluation et à l'accès aux soins.

- Un constat de difficultés d'accès aux soins entravant les pratiques

Les difficultés d'accès aux soins rapportées sont relatives aux facteurs décrits ci-dessus (contexte social, différences culturelles, allophonie), mais également aux difficultés non spécifiques de ce public (restriction des ressources, saturation des dispositifs, problématique de délais), auxquelles s'ajoutent les représentations des soignants sur cette population. Ces difficultés peuvent induire un obstacle à l'évaluation du risque suicidaire, par défaut de solution d'aval pour les acteurs de terrain.

- Un besoin de formation exprimé

L'absence de formation (à l'évaluation du risque suicidaire ou à l'interculturalité et son impact sur cette problématique) figure parmi les obstacles à l'évaluation du risque suicidaire.

Cette absence ou insuffisance de formation peut faire craindre aux professionnels un effet péjoratif de l'exploration des idées suicidaires (déclencher des idées suicidaires, ne pas pouvoir poursuivre l'évaluation de manière satisfaisante).

c. Ressources identifiées

Cette étude a également mis en évidence des ressources utilisées par les professionnels pour faire face à la problématique.

- Un nécessaire partenariat entre structures de soins et structures sociales

Dans l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des personnes, l'étayage nécessaire par un travail d'équipe pluridisciplinaire et de partenariat entre structures de soin et d'accompagnement social est souligné. Une place importante est également donnée au renforcement des mécanismes de soutiens préexistants (communautaire, familiaux, religieux) et à l'étayage social (milieu associatif, bénévolat, solidarité).

Malgré une composante sociale forte dans la genèse des idées et conduites suicidaires, un besoin d'évaluation psychiatrique, parfois en urgence, est souvent nécessaire. En effet, les acteurs de terrain sont confrontés à des situations de tentatives de suicide ou de crises suicidaires avec risque de passage à l'acte considéré comme élevé. L'orientation décrite dans ces situations est celle d'un accompagnement systématique vers les urgences, suivie parfois d'une hospitalisation, considérée comme efficace sur la contention de la crise.

En dehors des situations d'urgence, un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, voire un traitement médicamenteux symptomatique, semblent indiqués dans la plupart des situations où le risque suicidaire est identifié. Le suivi alors mis en place doit être rapproché, contenant, et stable dans le temps. La pratique de la psychiatrie auprès de ce public a ses spécificités. Le recours à l'hospitalisation semble plus rare en dehors des situations d'urgence, du fait du risque de rupture des liens sociaux pour les personnes concernées. L'orientation vers les services d'urgence, souvent décrit comme un moyen de dernier recours faute d'autre solution d'accès aux soins, ne semble pas à privilégier, compte-tenu des difficultés observées (absence d'interprétariat, interlocuteurs multiples, milieu stressant pour des personnes déjà vulnérables). L'usage d'un traitement médicamenteux est également à adapter aux conditions de vie des personnes (vie à la rue et insécurité, soins aux enfants). Enfin, les soignants s'appuient sur des modalités relationnelles décrites comme essentielles à la pratique dans cette population : la dimension d'accueil inconditionnel et de prise en compte individualisée luttant

contre la déshumanisation, la relation de portage, y compris dans sa dimension de proximité physique, parfois nécessaire pour des personnes très fragilisées, et la continuité du lien de confiance, illustrée dans l'accompagnement et dans les méthodes de relais.

Cette étude met en évidence l'importance particulière pour les patients présentant un risque suicidaire d'une prise en charge sociale associée, par un soutien des soins, une vigilance augmentée dans les structures d'hébergement et d'accompagnement, un travail d'étayage social, mais également à travers l'accompagnement social concret (démarche pour les procédures, accès à l'hébergement et aux ressources). Cependant, cette prise en charge n'est que rarement vue comme une alternative aux soins, et ce uniquement en cas de défaut d'étayage isolé et non pas lors de la confrontation fréquente à des problématiques complexes multifactorielles.

- La place de l'interprétariat dans l'évaluation du risque suicidaire

L'accès à un interprétariat professionnel est bénéfique, et semble indispensable à une évaluation satisfaisante du risque suicidaire chez les personnes allophones, à travers les missions de traduction, de médiation culturelle et de soutien. Des limites à l'usage de l'interprétariat ont cependant été pointées : l'accessibilité, le coût, les difficultés majorées d'organisation de rendez-vous, et un temps de consultation rallongé. Certains professionnels craignent également que la présence d'un tiers constitue un obstacle à l'évaluation du risque suicidaire (notamment par déformation du discours ou neutralité insuffisante). L'aspect linguistique et culturel de l'interprétariat des questions posées lors d'une évaluation du risque suicidaire a été étudié, et ne relève pas de difficultés particulières. Ces résultats sont à nuancer par le nombre peu important d'interprètes interrogés. Ils ne peuvent pas être extrapolés à l'interprétariat dans toutes les langues.

- L'utilité d'un espace de parole pour les professionnels

Les acteurs de terrain ont exprimé un vécu de difficultés, tant dans la pratique générale que dans la confrontation à des situations d'idéation ou de conduites suicidaires. Des effets psychiques de la confrontation répétée au trauma, de l'identification aux récits de vie et du sentiment d'impuissance et de responsabilité ont été rapportés, avec un envahissement de la sphère personnelle. L'intérêt d'un étayage d'équipe et d'un espace de parole pour les professionnels nous semble donc particulièrement important dans cette pratique.

Aucun des 4 interprètes interrogés n’avaient accès à un espace de parole dédié à sa pratique d’interprétariat. Compte-tenu du vécu particulièrement intense des interprètes en lien avec leur position d’intermédiaire, en « première ligne » face aux personnes concernées et des effets psychiques sur les interprètes, également rapportés par d’autres travaux (137,138), la mise en place d’un espace supervision pour ces interprètes nous semble nécessaire et urgente, en complément d’un nécessaire échange avec les professionnels en début et/ou en fin d’entretien.

Face à des situations de suicides, une prise en charge « post-suicide » de verbalisation et d’accompagnement des professionnels, des acteurs de terrain non professionnels, et des pairs semble également indiquée, et insuffisante en l’état actuel.

d. Mesures identifiées

Dans les mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée, certaines relèvent de la dimension politique de la prise en charge globale des migrants (accueil, procédures et prise en compte de la vulnérabilité psychique, accès au CADA pour les demandeurs d’asile, accès à une activité professionnelle), ou de la dimension de solidarité citoyenne (initiatives solidaires de soutien psychosocial, accueil fraternel des personnes en situation d’exil).

D’autres mesures relèvent de l’engagement des institutions et des professionnels dans la lutte pour l’accès au soin : information des personnes concernées et des professionnels, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires, démarches d’aller-vers et d’accessibilité des lieux de soins, et accès à l’interprétariat.

Un renforcement du dialogue entre les structures de soins généraux, de soins psychiatriques et d’accompagnement social semble nécessaire, pour améliorer la coopération dans les situations complexes et faciliter les orientations, dans la pratique usuelle et en cas d’urgence.

Enfin, nous retenons particulièrement des résultats de cette étude l’expression d’un besoin et d’un intérêt des acteurs de terrain pour une formation approfondie à plusieurs niveaux :

- l’évaluation du risque suicidaire et la lutte contre les préjugés concernant le suicide
- l’impact de l’interculturalité dans la pratique de cette évaluation dans la population étudiée

- plus largement, le repérage et l'orientation des personnes en souffrance psychique

Une implication pratique de ce travail de recherche pourrait donc être de proposer aux acteurs de terrain (professionnels de structures de soin et sociales, interprètes, acteurs associatifs), voire à des membres relais de la communauté, une ou plusieurs formations sur ces sujets, en impliquant à la fois des sources médicales et héritées des sciences humaines et sociales.

CONCLUSION

« Ce n'est pas parce qu'il y a tant de névropathes dans un groupe social qu'on y compte annuellement tant de suicidés. La névropathie fait seulement que ceux-ci succombent de préférence à ceux-là. Voilà d'où vient la grande différence qui sépare le point de vue du clinicien et celui du sociologue. Le premier ne se trouve jamais en face que de cas particuliers, isolés les uns des autres. Or, il constate que, très souvent, la victime était ou un nerveux, ou un alcoolique, et il explique par l'un ou l'autre de ces états psychopathiques l'acte accompli. Il a raison en un sens ; car, si le sujet s'est tué plutôt que ses voisins, c'est fréquemment pour ce motif. Mais ce n'est pas pour ce motif que, d'une manière générale, il y a des gens qui se tuent, ni surtout qu'il s'en tue, dans chaque société, un nombre défini par période de temps déterminée. La cause productrice du phénomène échappe nécessairement à qui n'observe que des individus, car elle est en dehors des individus ».

Emile Durkheim, *Le suicide*, 1897

Cette citation d'Emile Durkheim illustre bien selon nous la complexité de la problématique du suicide, qui peut être vu d'un point de vue individuel, devant des cas de patients isolés, ou d'un point de vue d'une société, d'un groupe de personnes dans lequel un nombre d'individus va avoir au cours de sa vie des conduites suicidaires. Nous avons tenté dans ce travail d'étudier la problématique des idées et conduites suicidaires dans la population des migrants en situation de précarité en tenant compte de ces deux points de vue.

D'un point de vue de clinicien, mis face à des patients, nous avons pu utiliser les outils de la médecine pour étudier le risque suicidaire et faire le constat d'une augmentation du risque théorique chez les patients migrants en situation de précarité devant l'accumulation de facteurs de risque et les difficultés dans l'évaluation.

L'abord sociologique de notre sujet d'étude nous a permis de découvrir d'autres facteurs rentrant en jeu à la fois au niveau d'une population donnée et au niveau individuel : souffrance sociale, recours aux conduites suicidaires et communication d'une revendication sociale. Le sentiment d'inexistence au monde, nous semble être un exemple frappant de facteur social suicidogène, tant il va à l'encontre de la notion d'intégration d'une personne au sein d'une société. Le défaut d'intégration, le rejet, la précarité sociale semblent être autant de facteurs favorisant le suicide du point de vue d'une population, et le précipitant parfois d'un point de vue individuel.

Notre étude qualitative multicentrique réalisée auprès d'acteurs de terrain, soignants, travailleurs sociaux et interprètes intervenant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes a permis de décrire leurs perceptions et leurs ressources face à cette problématique.

Les conduites suicidaires semblaient déterminées par l'intrication d'une vulnérabilité (en lien avec le parcours de vie, et/ou une pathologie psychiatrique) et de facteurs de stress d'origine sociale. La perception des professionnels concordait avec les données de la littérature concernant le risque suicidaire objectif augmenté dans la population étudiée, du fait d'une accumulation de facteurs de risque. L'analyse du contenu des entretiens a permis d'identifier des facteurs de risque supposés dans cette population, liés à l'histoire de vie, aux antécédents psychiatriques, aux conditions de vie actuelles, et aux difficultés d'accès au soin et d'évaluation. Elle a également permis de mettre en évidence des facteurs protecteurs : la dynamique d'espoir et de combativité en lien avec la migration, les relations familiales et notamment la maternité, l'appartenance à une communauté, la religion et la culture du pays d'origine.

Deux populations ont été identifiées comme particulièrement à risque : les demandeurs d'asile (notamment ceux n'ayant pas accès à un hébergement et à des ressources), et les personnes déboutées du droit d'asile, en situation irrégulière ou en cours de demande de droit au séjour. Des signes d'alerte vis-à-vis d'un risque de passage à l'acte ont pu être décrits : épuisement physique et psychique sévère, expression de désespoir devant l'absence totale d'issue envisagée, impulsivité et hétéro-agressivité ressentie ou agie, expression d'idées suicidaires avec scénario, agitation anxieuse réactionnelle à l'annonce d'un événement négatif, et repli sévère.

L'analyse des résultats qualitatifs nous a permis d'identifier plusieurs points de difficulté relevés par les professionnels dans la confrontation à la problématique étudiée : le contexte social fragilisant, les différences culturelles, les obstacles à la communication, les difficultés d'accès aux soins, et l'insuffisance ou le défaut de formation.

Elle a également identifié des ressources utilisées par les professionnels pour faire face à des situations à risque. Le nécessaire travail de partenariat entre structures de soins et structures sociales a été rappelé, avec une prise en charge devant le plus souvent associer suivi psychiatrique et/ou psychologique, mesures sociales et étayage par des tiers, dans l'objectif de construire un maillage réconfortant autour des personnes. Par ailleurs, l'accès à un interprétariat professionnel semble indispensable à une évaluation satisfaisante du risque suicidaire chez les personnes allophones, à travers les missions de traduction, de médiation culturelle et de soutien. Enfin, les acteurs de terrain ont exprimé un vécu de difficultés, tant dans la pratique générale que dans la confrontation à des situations d'idéation ou de conduites suicidaires, pointant l'intérêt d'un étayage d'équipe et d'un espace de parole pour les professionnels.

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'amélioration à travers les mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée. Certaines relèvent de la dimension politique de la prise en charge globale des migrants ou de la dimension de solidarité citoyenne. D'autres mesures relèvent de l'engagement des institutions et des professionnels dans la lutte pour l'accès au soin : information des personnes concernées et des professionnels, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires, démarches d'aller-vers et d'accessibilité des lieux de soins, et accès à l'interprétariat. Un renforcement du dialogue entre les structures de soins généraux, de soins psychiatriques et d'accompagnement social semble également nécessaire, pour améliorer la coopération dans les situations complexes et faciliter les orientations.

Enfin, le besoin et l'intérêt des acteurs de terrain pour une formation approfondie à plusieurs niveaux ont été exprimés, notamment concernant l'évaluation du risque suicidaire, la lutte contre les préjugés concernant le suicide, et l'impact de l'interculturalité dans la pratique de cette évaluation dans la population étudiée. Une implication pratique de ce travail de recherche pourrait donc être de proposer aux acteurs de terrain voire à des membres relais au sein de la communauté, un accès à la formation, en impliquant à la fois des sources médicales et héritées des sciences humaines et sociales.

Au-delà de l'étude des conduites suicidaires au sein de la population des migrants en situation de précarité, ce travail de recherche souligne, à notre sens, l'importance de la prise en compte du contexte socio-culturel dans l'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge psychiatrique en population générale.

THESE SOUTENUE PAR : Camille QUENEAU

CONCLUSION

« Ce n'est pas parce qu'il y a tant de névropathes dans un groupe social qu'on y compte annuellement tant de suicidés. La névropathie fait seulement que ceux-ci succombent de préférence à ceux-là. Voilà d'où vient la grande différence qui sépare le point de vue du clinicien et celui du sociologue. Le premier ne se trouve jamais en face que de cas particuliers, isolés les uns des autres. Or, il constate que, très souvent, la victime était ou un nerveux, ou un alcoolique, et il explique par l'un ou l'autre de ces états psychopathiques l'acte accompli. Il a raison en un sens ; car, si le sujet s'est tué plutôt que ses voisins, c'est fréquemment pour ce motif. Mais ce n'est pas pour ce motif que, d'une manière générale, il y a des gens qui se tuent, ni surtout qu'il s'en tue, dans chaque société, un nombre défini par période de temps déterminée. La cause productrice du phénomène échappe nécessairement à qui n'observe que des individus, car elle est en dehors des individus ».

Emile Durkheim, *Le suicide*, 1897

Cette citation d'Emile Durkheim illustre bien selon nous la complexité de la problématique du suicide, qui peut être vu d'un point de vue individuel, devant des cas de patients isolés, ou d'un point de vue d'une société, d'un groupe de personnes dans lequel un nombre d'individus va avoir au cours de sa vie des conduites suicidaires. Nous avons tenté dans ce travail d'étudier la problématique des idées et conduites suicidaires dans la population des migrants en situation de précarité en tenant compte de ces deux points de vue.

D'un point de vue de clinicien, mis face à des patients, nous avons pu utiliser les outils de la médecine pour étudier le risque suicidaire et faire le constat d'une augmentation du risque théorique chez les patients migrants en situation de précarité devant l'accumulation de facteurs de risque et les difficultés dans l'évaluation.

L'abord sociologique de notre sujet d'étude nous a permis de découvrir d'autres facteurs rentrant en jeu à la fois au niveau d'une population donnée et au niveau individuel : souffrance sociale, recours aux conduites suicidaires et communication d'une revendication sociale. Le sentiment d'inexistence au monde, nous semble être un exemple frappant de facteur social suicidogène, tant il va à l'encontre de la notion d'intégration d'une personne au sein d'une société. Le défaut d'intégration, le rejet, la précarité sociale semblent être autant de facteurs favorisant le suicide du point de vue d'une population, et le précipitant parfois d'un point de vue individuel.

Notre étude qualitative multicentrique réalisée auprès d'acteurs de terrain, soignants, travailleurs sociaux et interprètes intervenant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes a permis de décrire leurs perceptions et leurs ressources face à cette problématique.

Les conduites suicidaires semblaient déterminées par l'intrication d'une vulnérabilité (en lien avec le parcours de vie, et/ou une pathologie psychiatrique) et de facteurs de stress d'origine sociale. La perception des professionnels concordait avec les données de la littérature concernant le risque suicidaire objectif augmenté dans la population étudiée, du fait d'une accumulation de facteurs de risque. L'analyse du contenu des entretiens a permis d'identifier des facteurs de risque supposés dans cette population, liés à l'histoire de vie, aux antécédents psychiatriques, aux conditions de vie actuelles, et aux difficultés d'accès au soin et d'évaluation. Elle a également permis de mettre en évidence des facteurs protecteurs : la dynamique d'espoir et de combativité en lien avec la migration, les relations familiales et notamment la maternité, l'appartenance à une communauté, la religion et la culture du pays d'origine.

Deux populations ont été identifiées comme particulièrement à risque : les demandeurs d'asile (notamment ceux n'ayant pas accès à un hébergement et à des ressources), et les personnes déboutées du droit d'asile, en situation irrégulière ou en cours de demande de droit au séjour. Des signes d'alerte vis-à-vis d'un risque de passage à l'acte ont pu être décrits : épuisement physique et psychique sévère, expression de désespoir devant l'absence totale d'issue envisagée, impulsivité et hétéro-agressivité ressentie ou agie, expression d'idées suicidaires avec scénario, agitation anxieuse réactionnelle à l'annonce d'un événement négatif, et repli sévère.

L'analyse des résultats qualitatifs nous a permis d'identifier plusieurs points de difficulté relevés par les professionnels dans la confrontation à la problématique étudiée : le contexte social fragilisant, les différences culturelles, les obstacles à la communication, les difficultés d'accès aux soins, et l'insuffisance ou le défaut de formation.

Elle a également identifié des ressources utilisées par les professionnels pour faire face à des situations à risque. Le nécessaire travail de partenariat entre structures de soins et structures sociales a été rappelé, avec une prise en charge devant le plus souvent associer suivi psychiatrique et/ou psychologique, mesures sociales et étayage par des tiers, dans l'objectif de construire un maillage réconfortant autour des personnes. Par ailleurs, l'accès à un interprétariat professionnel semble indispensable à une évaluation satisfaisante du risque suicidaire chez les personnes allophones, à travers les missions de traduction, de médiation culturelle et de soutien. Enfin, les acteurs de terrain ont exprimé un vécu de difficultés, tant dans la pratique générale que dans la confrontation à des situations d'idéation ou de conduites suicidaires, pointant l'intérêt d'un étayage d'équipe et d'un espace de parole pour les professionnels.

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'amélioration à travers les mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée. Certaines relèvent de la dimension politique de la prise en charge globale des migrants ou de la dimension de solidarité citoyenne. D'autres mesures relèvent de l'engagement des institutions et des professionnels dans la lutte pour l'accès au soin : information des personnes concernées et des professionnels, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires, démarches d'aller-vers et d'accessibilité des lieux de soins, et accès à l'interprétariat. Un renforcement du dialogue entre les structures de soins généraux, de soins psychiatriques et d'accompagnement social semble également nécessaire, pour améliorer la coopération dans les situations complexes et faciliter les orientations. Enfin, le besoin et l'intérêt des acteurs de terrain pour une formation approfondie à plusieurs niveaux ont été exprimés, notamment concernant l'évaluation du risque suicidaire, la lutte contre les préjugés concernant le suicide, et l'impact de l'interculturalité dans la pratique de cette évaluation dans la population étudiée. Une implication pratique de ce travail de recherche pourrait donc être de proposer aux acteurs de terrain voire à des membres relais au sein de la communauté, un accès à la formation, en impliquant à la fois des sources médicales et héritées des sciences humaines et sociales.

Au-delà de l'étude des conduites suicidaires au sein de la population des migrants en situation de précarité, ce travail de recherche souligne, à notre sens, l'importance de la prise en compte du contexte socio-culturel dans l'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge psychiatrique en population générale.

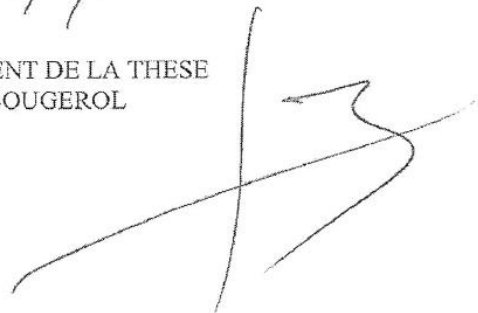
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 16/10/17

LE DOYEN
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
Pr. BOUGEROL

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET



Bibliographie

1. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2016.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
3. Voracek M, Loibl LM. Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2008;118(4):259-71.
4. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review. *Eur J Public Health.* févr 2015;25(1):63-71.
5. Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep.* mars 2004;15(2):9-17.
6. Bowe AG. The immigrant paradox on internalizing symptoms among immigrant adolescents. *J Adolesc.* févr 2017;55:72-6.
7. Constant AF, García-Muñoz T, Neuman S, Neuman T. A « healthy immigrant effect » or a « sick immigrant effect »? Selection and policies matter. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care.* 31 janv 2017;
8. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol.* 1 avr 2000;29(1):191-2.
9. Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Apter A, De Leo D, Kerkhof A, Lönnqvist J, et al. Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2012;47(2):241-51.
10. Aichberger MC. Rates of suicidal behavior among immigrants and ethnic minorities in Europe. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe.* Hogrefe; 2015. p. 13-24.
11. Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJC. Suicidal behavior in four ethnic groups in the Hague, 2002-2004. *Crisis.* 2009;30(2):63-7.
12. Bhui K, McKenzie K, Rasul F. Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health.* 19 nov 2007;7:336.
13. Cooper J, Murphy E, Webb R, Hawton K, Bergen H, Waters K, et al. Ethnic differences in self-harm, rates, characteristics and service provision: three-city cohort study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 2010;197(3):212-8.

14. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. mars 2013;103(3):e30-42.
15. Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med*. mai 2008;15(4):235-44.
16. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T, et al. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. oct 2013;28(8):514-20.
17. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress*. janv 1998;11(1):103-12.
18. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K. Suicidal behavior after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicidal ideation in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. janv 1998;11(1):113-24.
19. Staehr MA, Munk-Andersen E. [Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study]. *Ugeskr Laeger*. 24 avr 2006;168(17):1650-3.
20. Joshi P, Warfa N. Suicide and self-harm among refugees and asylum seekers. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Hogrefe; 2015. p. 91-9.
21. Heredia Montesinos AH. Precipitating and risk factors for suicidal behavior among immigrants and ethnic minorities in Europe - A review of the literature. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Hogrefe; 2015. p. 27-43.
22. Kerkenaar MME, Maier M, Kutalek R, Lagro-Janssen ALM, Ristl R, Pichlhöfer O. Depression and anxiety among migrants in Austria: a population based study of prevalence and utilization of health care services. *J Affect Disord*. oct 2013;151(1):220-8.
23. Hicks MH-R, Bhugra D. Perceived causes of suicide attempts by U.K. South Asian women. *Am J Orthopsychiatry*. oct 2003;73(4):455-62.
24. Neeleman J, Wilson-Jones C, Wessely S. Ethnic density and deliberate self harm; a small area study in south east London. *J Epidemiol Community Health*. févr 2001;55(2):85-90.
25. Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Wasserman D, Apter A, Kerkhof A, Michel K, et al. Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries--an international perspective. *Eur J Public Health*. avr 2013;23(2):279-84.

26. Deckert A, Winkler V, Meisinger C, Heier M, Becher H. Suicide and external mortality pattern in a cohort of migrants from the former Soviet Union to Germany. *J Psychiatr Res.* avril 2015;63:36-42.
27. Pottie K, Dahal G, Georgiades K, Premji K, Hassan G. Do First Generation Immigrant Adolescents Face Higher Rates of Bullying, Violence and Suicidal Behaviours Than Do Third Generation and Native Born? *J Immigr Minor Health.* oct 2015;17(5):1557-66.
28. Peña JB, Wyman PA, Brown CH, Matthieu MM, Olivares TE, Hartel D, et al. Immigration generation status and its association with suicide attempts, substance use, and depressive symptoms among latino adolescents in the USA. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* déc 2008;9(4):299-310.
29. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2002;37(9):423-9.
30. van Leeuwen N, Rodgers R, Régner I, Chabrol H. The role of acculturation in suicidal ideation among second-generation immigrant adolescents in France. *Transcult Psychiatry.* nov 2010;47(5):812-32.
31. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends - forced displacements in 2016. 2017.
32. Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG, Kerkhof AJ. Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health.* 21 juin 2011;11:484.
33. Sundvall M, Tidemalm DH, Titelman DE, Runeson B, Bäärnhielm S. Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry.* 2015;15:235.
34. Procter NG. « They first killed his heart (then) he took his own life ». Part 2: Practice implications. *Int J Nurs Pract.* févr 2006;12(1):42-8.
35. Ratkowska KA, Leo DD. Suicide in Immigrants: An Overview. *Open J Med Psychol.* 5 juill 2013;02(03):124.
36. Pitman A. Asylum application process: the psychiatric patient's experience. *The Psychiatrist.* 1 août 2010;34(8):344-8.
37. Silove D, McIntosh P, Becker R. Risk of retraumatisation of asylum-seekers in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1993;27(4):606-12.
38. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry.* 1 avr 2009;194(4):306-12.

39. ASSFAM - Association de Service Social Familial Migrants, Forum Réfugié – Cosi, France terre d’asile, La Cimade, Ordre de Malte France, Solidarité Mayotte. Centre et locaux de rétention administrative - rapport 2016. 2017 juin.
40. Westman J, Sundquist J, Johansson LM, Johansson S-E, Sundquist K. Country of Birth and Suicide: A Follow-up Study of a National Cohort in Sweden. *Arch Suicide Res.* 1 sept 2006;10(3):239-48.
41. Graafsma T, Kerkhof A, Gibson D, Badloe R, van de Beek LM. High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. *Crisis.* 2006;27(2):77-81.
42. Schouler-Ocak M, Reiske S-L, Rapp MA, Heinz A. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatised migrant patients from Turkey. *Transcult Psychiatry.* déc 2008;45(4):652-70.
43. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Soc Sci Med* 1982. juill 2011;73(1):79-86.
44. McLaughlin J, O’Carroll RE, O’Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* déc 2012;32(8):677-89.
45. Colucci E, Heredia Montesinos AH. Violence against women and suicide in the context of migration: A review of the literature and a call for action. *Suicidol Online.* (4):60-80.
46. van Bergen DD, Heredia Montesinos AH. Female immigrants and suicidal behavior - The role of gender-related stressors. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe.* Hogrefe; 2015. p. 63-76.
47. Durkheim E. *Le suicide.* Paris (2009): Petite bibliothèque Payot; 1897.
48. van Bergen DD, van Balkom AJLM, Smit JH, Saharso S. « I felt so hurt and lonely »: suicidal behavior in South Asian-Surinamese, Turkish, and Moroccan women in the Netherlands. *Transcult Psychiatry.* févr 2012;49(1):69-86.
49. Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES), Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Conférence de consensus : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. In Paris; 2000.
50. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* 9 avr 2005;365(9467):1309-14.

51. Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Mental disorders in asylum seekers: the role of the refugee determination process and employment. *J Nerv Ment Dis.* janv 2015;203(1):28-32.
52. Mazur VM-L, Chahraoui K, Bissler L. [Psychopathology of asylum seekers in Europe, trauma and defensive functioning]. *L'Encephale.* juin 2015;41(3):221-8.
53. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. juill 2009;69(2):246-57.
54. Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry.* 17 août 2012;12:114.
55. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis.* déc 2004;192(12):843-51.
56. Mueller J, Schmidt M, Staeheli A, Maier T. Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur J Public Health.* avr 2011;21(2):184-9.
57. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry.* mai 2014;55(4):818-25.
58. Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Res.* 15 déc 2015;230(2):628-36.
59. Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured, Treatment-Seeking Refugees. *J Trauma Stress.* août 2017;30(4):409-15.
60. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* sept 2011;21(9):655-79.
61. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chaplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques, Mental health of precarious migrant patients who are newcomers to Rennes. Retrospective study of 110 patients between 2010 and 2013, Resumen. *Inf Psychiatr.* 15 avr 2015;me 91(3):243-54.

62. American Psychiatric Association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France: Elsevier Masson; 2015.
63. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 1 mai 2013;147(1):17-28.
64. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* mars 2005;162(3):560-6.
65. Krysincka K, Lester D. Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 29 janv 2010;14(1):1-23.
66. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Arch Gen Psychiatry.* mars 2009;66(3):305-11.
67. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, et al. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2010;171(6):721-7.
68. Gradus JL, Leatherman S, Raju S, Ferguson R, Miller M. Posttraumatic stress disorder, depression, and non-fatal intentional self-harm in Massachusetts Veterans. *Inj Epidemiol.* 2014;1(1):20.
69. Albanese BJ, Norr AM, Capron DW, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Panic symptoms and elevated suicidal ideation and behaviors among trauma exposed individuals: Moderating effects of Post-traumatic Stress Disorder. *Compr Psychiatry.* août 2015;61:42-8.
70. Afzali MH, Birmes P, Vautier S. Symptoms Moderating the Association between Recent Suicide Attempt and Traumatic Morbidity: Fan-shaped Effects. <hal-01067486>. 2014;
71. Vujanovic AA, Bakhshaie J, Martin C, Reddy MK, Anestis MD. Posttraumatic Stress and Distress Tolerance: Associations With Suicidality in Acute-Care Psychiatric Inpatients. *J Nerv Ment Dis.* juill 2017;205(7):531-41.
72. Harned MS, Najavits LM, Weiss RD. Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *Am J Addict.* oct 2006;15(5):392-5.
73. Nixon RDV, Bryant RA. Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behav Res Ther.* oct 2003;41(10):1237-42.
74. Chung M-S, Chiu H-J, Sun W-J, Lin C-N, Kuo C-C, Huang W-C, et al. Association among depressive disorder, adjustment disorder, sleep disturbance, and suicidal ideation in Taiwanese adolescent. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr.* sept 2014;6(3):319-25.

75. Casey P, Jabbar F, O'Leary E, Doherty AM. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *J Affect Disord.* 15 mars 2015;174:441-6.
76. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (10ème éd).* Paris: Masson; 1993.
77. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJG, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry.* nov 2005;62(11):1249-57.
78. Nepon J, Belik S-L, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety.* sept 2010;27(9):791-8.
79. Pigeon WR, Piquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry.* sept 2012;73(9):e1160-1167.
80. McCall WV, Batson N, Webster M, Case LD, Joshi I, Derreberry T, et al. Nightmares and Dysfunctional Beliefs about Sleep Mediate the Effect of Insomnia Symptoms on Suicidal Ideation. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 févr 2013;9(2):135-40.
81. Susánszky E, Hajnal A, Kopp M. [Sleep disturbances and nightmares as risk factors for suicidal behavior among men and women]. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata.* 2011;26(4):250-7.
82. Koenig J, Oelkers-Ax R, Parzer P, Haffner J, Brunner R, Resch F, et al. The association of self-injurious behaviour and suicide attempts with recurrent idiopathic pain in adolescents: evidence from a population-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:32.
83. Colman I, Kingsbury M, Sareen J, Bolton J, van Walraven C. Migraine headache and risk of self-harm and suicide: A population-based study in Ontario, Canada. *Headache.* janv 2016;56(1):132-40.
84. Pompili M, Di Cosimo D, Innamorati M, Lester D, Tatarelli R, Martelletti P. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *J Headache Pain.* août 2009;10(4):283-90.
85. Achotegui J. Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Aloma.* 2012;(30 (2)):79-86.
86. Zapata GE. Les migrants: le syndrome d'Ulysse. *Analecta Política.* 2015;5(8).
87. Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry.* janv 2017;30(1):15-20.

88. Lewitzka U, Spirling S, Ritter D, Smolka M, Goodday S, Bauer M, et al. Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts: Clinical and Psychosocial Profile Differences Among Depressed Patients: A Study on Personality Traits, Psychopathological Variables, and Sociodemographic Factors in 228 Patients. *J Nerv Ment Dis.* mai 2017;205(5):361-71.
89. Stack S. Differentiating suicide ideators from attempters: violence--a research note. *Suicide Life Threat Behav.* févr 2014;44(1):46-57.
90. Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, Gilman SE, Pridgen B, Gold J, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res.* janv 2017;84:105-12.
91. McManama O'Brien KH, Becker SJ, Spirito A, Simon V, Prinstein MJ. Differentiating adolescent suicide attempters from ideators: examining the interaction between depression severity and alcohol use. *Suicide Life Threat Behav.* févr 2014;44(1):23-33.
92. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Psychopathological Differences Between Suicide Ideators and Suicide Attempters in Patients with Mental Disorders. *Clin Psychol Psychother.* juill 2017;24(4):1002-13.
93. Wang Y-G, Chen S, Xu Z-M, Shen Z-H, Wang Y-Q, He X-Y, et al. Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideators among college students. *J Psychiatr Res.* juill 2017;90:21-5.
94. Haw C, Hawton K, Casey D. Deliberate self-harm patients of no fixed abode: a study of characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2006;41(11):918-25.
95. Aquin JP, Roos LE, Distasio J, Katz LY, Bourque J, Bolton JM, et al. Effect of Housing First on Suicidal Behaviour: A Randomised Controlled Trial of Homeless Adults with Mental Disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juill 2017;62(7):473-81.
96. Arnautovska U, Svetcic J, De Leo D. What differentiates homeless persons who died by suicide from other suicides in Australia? A comparative analysis using a unique mortality register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* avr 2014;49(4):583-9.
97. Sinyor M, Kozloff N, Reis C, Schaffer A. An Observational Study of Suicide Death in Homeless and Precariously Housed People in Toronto. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juill 2017;62(7):501-5.
98. Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health.* févr 2014;24(1):50-6.

99. Opong Asante K, Meyer-Weitz A. Prevalence and predictors of suicidal ideations and attempts among homeless children and adolescents in Ghana. *J Child Adolesc Ment Health*. mai 2017;29(1):27-37.
100. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau J-F, Boivin J-F. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 4 août 2004;292(5):569-74.
101. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2 déc 2008;5(12):e225.
102. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Schuetz C, Krausz M. The association between childhood maltreatment subtypes and current suicide risk among homeless men and women. *Child Maltreat*. mai 2012;17(2):132-43.
103. Lee KH, Jun JS, Kim YJ, Roh S, Moon SS, Bukonda N, et al. Mental Health, Substance Abuse, and Suicide Among Homeless Adults. *J Evid-Inf Soc Work*. août 2017;14(4):229-42.
104. Noël F, Moniruzzaman A, Somers J, Frankish J, Strehlau V, Schütz C, et al. A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2016;51(1):107-14.
105. Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S. Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. avr 2014;49(4):573-82.
106. Rojas Y, Stenberg S-Å. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22,000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. *J Epidemiol Community Health*. avr 2016;70(4):409-13.
107. Neuburger R. Suicide et perte d'appartenance. In: *Le mythe familial*. ESF éditeur; 1995. p. 183-92.
108. Bresson M. Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cah Int Sociol*. 3 oct 2007;(115):311-26.
109. Halbwegs M. *Les Causes du suicide*. Paris (2002): PUF; 1930.
110. Fassin D, Morice A, Quiminal C. *Les lois de l'inhospitalité*. La Découverte/Essais; 1997.
111. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). *Rapport d'activité 2016*. 2017 avril.
112. Fassin D, Rechtman R. *L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*. Champs; 2011. 417 p.

113. Bourgoin N. Les automutilations et les grèves de la faim en prison. *Déviance Société*. févr 2001;25.
114. Cormann G. La radicalité politique au bout du travail : du suicide des ouvriers aux suicides en série des employés ? *Quaderni*. févr 2014;(84).
115. Hjelmeland H. Suicide research and prevention: The importance of culture in « biological times ». In: *Suicide and culture - Understanding the context*. Hogrefe; 2013. p. 3-23.
116. Lester D. Cross-cultural research on suicidality - An example and a critique. In: *Suicide and culture - Understanding the context*. Hogrefe; 2013. p. 197-215.
117. Colucci E. Culture, cultural meaning(s), and suicide. In: *Suicide and culture - Understanding the context*. Hogrefe; 2013. p. 26-46.
118. Marušič A. History and geography of suicide: Could genetic risk factors account for the variation in suicide rates? *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 15 févr 2005;133C(1):43-7.
119. Lester D. Suicide and islam. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2006;10(1):77-97.
120. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav*. avr 2008;38(2):229-44.
121. Kahn D, Lester D. Efforts to Decriminalize Suicide in Ghana, India and Singapore. *Suicidol Online*. 2013;(4):96-104.
122. Ranjan R, Kumar S, Pattanayak RD, Dhawan A, Sagar R. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. *Ind Psychiatry J*. 2014;23(1):4-9.
123. Osafo J. Unpacking the stigma of suicide in Ghana through the suicide-morality connection: Implications for Stigma reduction programs. *Suicidol Online*. 1 janv 2016;SOL-2016#196.
124. Osafo J, Akotia CS, Andoh-Arthur J, Quarshie EN-B. Attempted suicide in Ghana: motivation, stigma, and coping. *Death Stud*. juin 2015;39(1-5):274-80.
125. Lester D. Culture and suicide. In: *Suicide and culture - Understanding the context*. Hogrefe; 2013. p. 59-89.
126. Gomez J, Miranda R, Polanco L. Acculturative stress, perceived discrimination, and vulnerability to suicide attempts among emerging adults. *J Youth Adolesc*. nov 2011;40(11):1465-76.

127. Choquet M, Menke H. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr Scand.* févr 1990;81(2):170-7.
128. Moro M-R. *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Dunod; 1998.
129. Park B. B. Cultural ambivalence and suicide rates in South Korea. In: *Suicide and culture - Understanding the context.* Hogrefe; 2013. p. 237-62.
130. Chu J, Khoury O, Ma J, Bahn F, Bongar B, Goldblum P. An Empirical Model and Ethnic Differences in Cultural Meanings Via Motives for Suicide. *J Clin Psychol.* 7 févr 2017;
131. Lester D. The cultural meaning of suicide: What does this mean? In: *Suicide and culture - Understanding the context.* Hogrefe; 2013. p. 47-57.
132. Colucci E. Cultural meaning(s) of suicide: a cross cultural study. In: *Suicide and culture - Understanding the context.* Hogrefe; 2013. p. 93-196.
133. Béal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome.* février 2015;(55):9-19.
134. Brisset C, Lanza Y. L'interprétariat en santé mentale à Montréal. *Rhizome.* février 2015;(55):20-7.
135. Lebrun C, Guigueno S. Recours à l'interprétariat dans les services publics de psychiatrie de Seine-Maritime. *Rhizome.* Février 2015;(55):28-37.
136. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome.* février 2015;(55):38-47.
137. Tribe R, Lane P. Working with interpreters across language and culture in mental health. *J Ment Health.* 1 janv 2009;18(3):233-41.
138. Lor M. Effects of Client Trauma on Interpreters: An Exploratory Study of Vicarious Trauma. *Master Soc Work Clin Reseach Pap.* (Paper 53).
139. Ducher J-L, Chazeron I, Llorca P-M. Suicide et évaluation. *Revue des outils disponibles en français : approche non dimensionnelle et autoquestionnaires.* *L'Encéphale.* 19 janv 2016;
140. Kreuze E, Lamis DA. A Review of Psychometrically Tested Instruments Assessing Suicide Risk in Adults. *Omega.* 1 janv 2017;30222816688151.
141. Ayub N. Validation of the Urdu translation of the Beck Scale for Suicide Ideation. *Assessment.* sept 2008;15(3):287-93.

142. Chioqueta AP, Stiles TC. Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: a Norwegian study with university students. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(5):400-4.
143. Chu J, Floyd R, Diep H, Pardo S, Goldblum P, Bongar B. A tool for the culturally competent assessment of suicide: the Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) measure. *Psychol Assess*. juin 2013;25(2):424-34.
144. Ducher JL, Terra JL. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive ? *L'Encéphale*. 1 oct 2006;32(5):738-45.
145. Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer LJ. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 févr 2012;63(2):147-53.
146. Bäärnhielm S, Åberg Wistedt A, Rosso MS. Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcult Psychiatry*. juin 2015;52(3):287-310.
147. Rohlof H, Knipscheer JW, Kleber RJ. Use of the cultural formulation with refugees. *Transcult Psychiatry*. sept 2009;46(3):487-505.
148. Burger I, Salverda B, Ferber M, Luinstra-Passchier M, Ariëns G. Suicidal behavior in four ethnic groups in The Hague, The Netherlands, 1987-2010 - Epidemiology, Prevention, and Aftercare. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Hogrefe; 2015. p. 145-71.
149. Schouler-Ocak M. End your silence, not your life - A suicide prevention campaign for women of turkish origin in Berlin. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Hogrefe; 2015. p. 173-85.
150. De Silva SA, Colucci E, Mendis J, Kelly CM, Jorm AF, Minas H. Suicide first aid guidelines for Sri Lanka: a Delphi consensus study. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10(1):53.
151. Paille P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2e éd. Paris: Éditions Armand Colin; 2008. 315p. (Collection U Sciences Humaines).
152. Vandevoorde J, Sanchez Valero A, Baudoin E, Kamar S, Chabert B, Baudoin T. Rôle et nature du dérèglement de la relation sujet–environnement dans les théories du suicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 févr 2017;175(2):108-14.
153. Loa Knizek B, Hjelmeland H. A Theoretical Model for Interpreting Suicidal Behaviour as Communication. *Theory Psychol*. 1 oct 2007;17(5):697-720.

Annexe 1- Guides d'entretien

Guide 1 : Structures de soin

Partie 1 : Description de l'échantillon : cadre de travail, professions, accès ou non à l'interprétariat, accès ou non à une analyse de la pratique

Partie 2 : Perceptions de la problématique

- 1) Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour un patient migrant en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation clinique marquante?
- 2) Quelle place cela prend-il dans votre pratique ?
- 3) Qu'est ce qui, selon vous, entre en compte dans ce risque suicidaire ? (facteurs de risque, facteurs protecteurs, facteurs précipitants les passages à l'acte ?
Y a-t-il selon vous un profil de patients migrants particulièrement à risque de conduites suicidaires, et si oui, lequel ?
- 4) Face à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire chez un de vos patients, quels sont vos réactions, vos ressentis ?

Partie 3 : Ressources

- 5) L'évaluation du risque suicidaire fait-elle partie de votre pratique courante ? Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ?
- 6)
 - a) Observez-vous des obstacles à l'évaluation de ce risque ?
 - b) Quelle est pour vous la place de l'interprétariat dans ce contexte ?
- 7) Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire pour l'un de ces patients ?
 - En termes d'orientation médicale
 - En termes de démarches auprès de l'entourage/les travailleurs sociaux
- 8) Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations ? Comment les contournez-vous ?
- 9) Mentionnez-vous le risque suicidaire dans d'éventuels certificats médicaux rédigés dans le cadre de la procédure d'asile, du certificat de vulnérabilité ou du certificat étranger malade?
- 10) Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

Guide 2 : Structures sociales

Partie 1 : Description de l'échantillon : cadre de travail, professions, accès ou non à l'interprétariat, accès ou non à une analyse de la pratique

Partie 2 : Perceptions de la problématique

- 1) Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante ?
- 2) Quelle place cela prend-il dans votre pratique ?

→ Rappel sur les facteurs de risque de conduites suicidaires en population générale

- 3) Etes-vous inquiets vis-à-vis du risque de suicide des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les éléments pouvant vous inquiéter dans ce sens ? Y a-t-il selon vous des profils ou des situations particulièrement à risque chez les personnes que vous accompagnez ?
- 4) Face à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire chez une personne que vous accompagnez, quels sont vos réactions/ressentis ?

Partie 3 : Ressources

- 5) Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire ? Cette évaluation fait-elle partie de votre pratique courante ? Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions dans votre activité auprès de migrants en situation de précarité ?
- 6)
 - a) Observez-vous des obstacles ou difficultés dans l'évaluation de ce risque ?
 - b) Quelle est pour vous la place de l'interprétariat dans ce contexte ?
- 7) Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires et face à une tentative de suicide ?
- 8) Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations ? Que faites-vous pour y faire face ?
- 9) La prise en charge proposée vous paraît-elle satisfaisante ?
- 10) Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

Guide 3 : Interprètes

Partie 1 : Description de l'échantillon (langues d'interprétariat, expérience personnelle de la migration / pays d'origine, contexte de travail / formation / autre profession, accès ou non à une analyse de la pratique)

Partie 2 : Perceptions

- 1) Avez-vous déjà été confronté, lors d'un entretien que vous interprétiez, à l'expression d'idées suicidaires ou à l'évaluation par le professionnel du risque suicidaire pour un migrant en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante ?
- 2) Etes-vous régulièrement confrontés à l'expression d'idées suicidaires par les personnes pour lesquelles vous interprétez ?
→ Rappel sur les facteurs de risque de conduites suicidaires en population générale
- 3) Pensez-vous que la population des migrants en situation de précarité est à risque de conduites suicidaires ? Quels sont les éléments pouvant vous inquiéter dans ce sens ?
- 4) Si vous apprenez le suicide d'un migrant en situation de précarité, dans votre activité d'interprétariat ou rapporté par les médias, quelles sont vos réactions/ressentis ?
- 5) Avez-vous la possibilité de débriefer avec le professionnel après ce type d'entretien, ou d'évoquer ces situations en analyse de la pratique ? En ressentez-vous le besoin ?

Partie 3 : Ressources

- 6) Avez-vous accès à une formation dans le domaine de la santé mentale ? Si oui, la question de l'évaluation du risque suicidaire est-elle traitée?
- 7)
 - a) Repérez-vous des obstacles et/ou difficultés lorsqu'il s'agit d'interpréter l'expression par la personne d'idées suicidaires, ou des questions du professionnel explorant les antécédents de tentatives de suicide, d'idéation ou d'intentionnalité suicidaire, de projets de passage à l'acte suicidaire ?
 - b) Ces propos sont-ils traduisibles d'un point de vue linguistique ?
- 8) Y a-t-il selon vous une dimension culturelle dans cette problématique ? Pensez-vous pouvoir avoir dans ce type d'entretien un rôle de médiation culturelle ?
- 9) Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

Annexe 2 – Formulaire d’information et de consentement

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S’il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n’hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du Projet :

Etat des lieux régional des perceptions et des ressources des professionnels, soignants ou travailleurs sociaux, et des interprètes, travaillant auprès de migrants en situation de précarité, sur la problématique des conduites suicidaires dans cette population.

Personnes responsables du projet de recherche :

Camille QUENEAU, interne en psychiatrie à Grenoble.

Ce projet de recherche rentre dans le cadre du doctorat de médecine, et ce travail de thèse est dirigé par le Dr Halima ZEROUG VIAL, psychiatre.

Objectif du projet de recherche :

Effectuer un état des lieux régional des perceptions et des ressources des personnes interrogées sur la problématique des conduites suicidaires des migrants en situation de précarité.

Dispositif de recherche proposé, droit de modification et de retrait sans préjudice, confidentialité et sécurité des données :

Le dispositif de recherche proposé est celui d’un entretien individuel ou collectif unique, durant entre 30 et 60 minutes. Les questions posées au cours de cet entretien vont donc porter sur vos pratiques au quotidien, vos éventuelles confrontations à la problématique étudiée, et les ressources disponibles pour y faire face.

Si vous donnez votre accord, le contenu de cet entretien (individuel ou collectif) sera enregistré puis retranscrit en assurant le caractère confidentiel et anonyme des données (codification des données nominales, conservation sur support sécurisé). Cet accord peut être retiré à tout moment, mettant fin à votre participation à ce travail de recherche. L’enregistrement audio fait lors de cet entretien ainsi que sa retranscription écrite ne serviront qu’aux seules fins du présent projet.

Vous pourrez si vous le souhaitez, avoir accès à la retranscription de l’entretien pour d’éventuelles modifications ou suppressions d’une partie du contenu.

Résultats de recherche et publication :

Je m'engage à vous informer des résultats obtenus et confirme que les publications en rapport avec le projet porteront uniquement sur les résultats généraux de l'étude, garantissant ainsi la confidentialité des renseignements et des données et préservant votre anonymat.

Consentement libre et éclairé :

Je, _____, déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je soussignée, Camille QUENEAU, chercheur principal de l'étude, déclare être responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude:

Annexe 3 : Article de recherche

Etat des lieux régional des perceptions et ressources des acteurs de terrain face à la problématique des idées et conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité

Résultats d'une étude qualitative

Regional inventory of perceptions and resources of field workers in the face of suicidal ideas and behavior in migrants in precarious situation

Results of a qualitative study

Auteurs : C. Queneau¹, H. Poncet², H. Zeroug-Vial³

¹ Service de psychiatrie adulte Camille Claudel, Pôle Grenoble Grésivaudan, Centre Hospitalier Alpes Isère

² Alliance Adolescents, Pôle Infanto-Juvénile, Centre Hospitalier Alpes Isère

³ Orspere-Samdarra

Auteur correspondant : Camille QUENEAU, camillequeneau@hotmail.fr

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

RESUME :

INTRODUCTION. Plusieurs travaux récents rapportent une incidence de conduites suicidaires augmentée dans certaines sous-populations de migrants, notamment les demandeurs d'asile et réfugiés. Après une revue de littérature sur le sujet, nous avons exploré les perceptions et les ressources des acteurs de terrain travaillant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes face à cette problématique.

METHODES. Une étude qualitative multicentrique a été conduite entre juin et septembre 2017. Les rubriques abordées étaient : perception de la problématique, déterminants du risque suicidaire, pratiques d'évaluation, ressources et conduites tenues, accès au soin, interprétariat, vécu des professionnels, mesures identifiées. L'objectif était de croiser les regards des différents acteurs de terrain : soignants, travailleurs sociaux et interprètes.

RESULTATS. 14 entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de 61 professionnels. 10 entretiens collectifs et 4 entretiens individuels ont été organisés. L'accès à l'interprétariat et à une supervision a été recherché pour chaque population.

DISCUSSION. Nous avons exploré la perception des professionnels sur la problématique, sa fréquence et ses déterminants. Plusieurs points de difficulté ont été identifiés: contexte social fragilisant, différences culturelles, obstacles à la communication, difficultés d'accès aux soins, insuffisance de formation. Notre étude a mis en évidence les ressources utilisées : accès à l'interprétariat, partenariat entre structures de soins et sociales dans les prises en charge. Enfin, ce travail a conduit à proposer des pistes d'amélioration concernant la lutte pour l'accès au soin, le renforcement du dialogue entre partenaires, et l'accès à une formation spécialisée concernant l'évaluation du risque suicidaire dans ce public.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Several recent European studies report increased rates of suicidal behavior in some sub-populations of migrants, in particular the asylum seekers and refugees. We reviewed medical, sociological and anthropological literature on this subject and chose to study perceptions and resources of field workers in the face of suicidal ideation and behavior in migrants in precarious situation within the Rhône-Alpes region.

METHODS. This qualitative multicenter study was conducted between June and September of 2017. The method of data collection was collective and individual semi-structured interviews. We studied perception of the issue, determinants of suicidal risk, practices of suicidal risk assessment, resources and actions to be taken when confronted with suicidal ideation or behavior, use of professional interpreting, experience of professionals and measures identified to help face the issue. The study included health care personnel, social workers and interpreters who took care of or assisted migrants in precarious situation within the Rhône-Alpes region. We then realized a thematic qualitative analysis with triangulation of data and achieved data saturation.

RESULTS. We conducted 14 interviews between June and September of 2017, involving 61 field workers. 10 focus groups (with health care personnel in “PASS” (Permanences d’Accès aux Soins de Santé : permanence of access to health care), “EMPP” (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité : mobile precarity and psychiatric team), healthcare and advice clinics of an international human rights organization, accommodation or social support centers for asylum seekers and other vulnerable migrants) and 4 individual interviews with interpreters were organized. Access to interpreters and supervision was looked for in each group.

DISCUSSION. This study allowed us to explore perceptions of field workers on the research issue, its frequency and its determinants, with a vulnerability connected to past life, trauma exposure and psychiatric disorders, and social stressors in actual life conditions. We identified difficulties encountered by professionals: social context, cultural differences, communication barriers, healthcare access difficulties and training insufficiency. We also identified resources used by the professionals to deal with suicidal risk : partnership between healthcare and social structures, psychiatric follow-up associated with social measures, and access to professional interpreting. Professionals expressed real difficulties in their work and when confronted to suicidal risk reminding the need of teamwork and supervision of practices. Finally, this study led to improvement measures identified by the field workers, concerning national politics of hospitality for asylum seekers and migrants, healthcare access, strengthened dialogue between partners and training of field workers and peer gatekeepers inside the community about suicidal risk assessment and impact of culture on suicidal behavior, risk assessment and care.

Introduction

Le suicide est une problématique de santé publique au niveau mondial. Le dernier rapport épidémiologique publié en 2016 par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait état d’environ 800 000 décès par suicide dans le monde en 2012 (1). L’un des enjeux des programmes de prévention est d’identifier les groupes de populations plus vulnérables vis-à-vis du risque suicidaire. Plusieurs travaux européens récents rapportent une incidence de conduites suicidaires augmentée dans certaines sous-populations de migrants et de groupes ethniques minoritaires par rapport à la population générale des pays (2,3). Cette augmentation de l’incidence des conduites suicidaires serait encore plus nette dans la population de demandeurs d’asile et réfugiés (4–9).

L’objectif de cette étude était d’explorer les perceptions et les ressources des acteurs de terrain travaillant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes face à la problématique de l’idéation et des conduites suicidaires dans cette population.

Méthodologie

Une étude qualitative multicentrique a été menée, avec un recueil de données par entretiens semi-structurés collectifs et individuels. Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de la littérature et des questionnements en résultant. Les rubriques abordées par le guide d'entretien étaient : perception de la problématique, déterminants du risque suicidaire, pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ressources et conduites tenues face aux situations rencontrées, accès au soin, interprétariat et évaluation du risque suicidaire, vécu des professionnels, mesures identifiées pour faire face à la problématique. L'échantillon étudié comprenait des équipes de soin, des équipes de structures sociales et des interprètes intervenant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes. L'objectif était de croiser les regards des différents acteurs de terrain. Le consentement des participants a été obtenu. Une analyse qualitative thématique avec triangulation des données a été réalisée sur le contenu des entretiens retranscrits, et les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. La soumission d'un projet au Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire pour une étude qualitative auprès de professionnels. Un projet de recherche a par ailleurs été soumis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Résultats

14 entretiens ont été réalisés entre juin et septembre 2017 avec un nombre total de personnes interrogées de 61. Les caractéristiques générales de la population étudiée sont présentées dans le tableau 1. Les résultats qualitatifs sont illustrés par une sélection d'arbres thématiques schématisant les thèmes et sous-thèmes abordés, et par quelques citations issues du corpus d'entretien¹².

- Confrontation à la problématique étudiée

Les acteurs de terrain avaient été confrontés à des situations de suicides, de tentatives de suicide, de crises suicidaires, d'idées suicidaires exprimées, et de conduites à risque assimilées à des équivalents suicidaires. L'incidence réelle des conduites suicidaires était inconnue, du fait des ruptures de suivi et des nombreux perdus de vue.

La fréquence de la confrontation à la problématique était très variable (occasionnelle à régulière pour les professionnels de structures sociales, rare voire exceptionnelle pour les professionnels de structures de soins généraux, rare à régulière pour les professionnels de soins psychiatriques et les interprètes), et considérée comme paradoxale du fait de l'intensité de la souffrance exprimée et de l'accumulation de facteurs de risque dans cette population.

¹² Chaque citation est suivie de la référence de l'entretien (Ex : E1 = Entretien 1) et de la fonction de son auteur (MP (Médecin Psychiatre), M (Médecin autre spécialité), P (Psychologue), I (Infirmier), EI (Etudiant Infirmier), IS (Intervenant Social), AS (Assistante sociale), CS (Cadre de Santé), S (secrétaire), J (Juriste), RS (Responsable de Service), AT (Agent Technique), AA (Agent d'Accueil), Int (Interprète))

« (...) je trouvais pas tellement de cas d'idées suicidaires ou de mise en parole. Et je me suis dit « mais comment ça se fait ? » puisque c'est des gens qui traversent des choses effroyables, dans la fuite. » (MP4, E5)

Dans l'étude de la causalité des conduites suicidaires, l'intrication entre vulnérabilité psychiatrique en lien avec le parcours traumatique et facteurs précipitants d'origine sociale était mise en avant. Les principaux motifs des idées et conduites suicidaires étaient la volonté d'échapper (à la souffrance, aux symptômes d'ESPT, à une situation sociale sans issue ou à la perte de sens), un « lâchage » du fait de l'épuisement, une intention de communication (souffrance post-traumatique, revendication sociale, demande d'aide) ou la volonté d'éviter le retour dans le pays d'origine.

- Déterminants du risque suicidaire dans cette population

Le risque suicidaire était unanimement considéré comme multifactoriel, avec des facteurs de risque au niveau de la population, des facteurs de risque liés au système de soin et des facteurs de risque individuels (**figure 1**). Une accumulation de facteurs de risque était observée dans la population étudiée (histoire de vie difficile, contexte socio-administratif fragilisant, procédure d'asile, précarité, difficultés d'accès au soin, difficultés d'évaluation clinique, multiples ruptures dans les suivis).

« La perte de sens de l'existence est un facteur de risque suicidaire. (...) tout ce qui permet de diminuer la perte de sens de l'existence nous aiderait à limiter les risques » (E2, MP1)

Les facteurs de risque individuels étaient les antécédents traumatiques (violence physique, sexuelle, torture, incarcération), les deuils et séparations multiples, les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents psychiatriques (ESPT, trouble psychotique). La dépression n'était pas perçue comme un facteur de risque pertinent dans cette population. Les autres facteurs de risque identifiés étaient la réactivation traumatique par les conditions de vie actuelles ou la confrontation à un nouvel événement traumatique, l'isolement et le phénomène de désappartenance, et la précarité (absence d'hébergement ou hébergement précaire). Les individus de sexe masculins ont été décrits comme plus à risque de passage à l'acte du fait de l'impulsivité et de la moindre protection par le fait d'avoir des enfants.

Les professionnels rapportaient des signes d'alerte (l'épuisement total multifactoriel, le ressenti d'absence complète d'issue, les conduites hétéro-agressives, l'expression d'idées suicidaires avec scénario de passage à l'acte établi, l'agitation anxieuse et le repli sévère) et des situations à risque (rejet de la demande d'asile, annonce d'un événement difficile, grossesse issue d'un viol, période de vie « à la rue ») (**figure 2**).

« C'est la personne seule. Qui discute avec personne, qu'il faut se méfier. La personne qui va dire qu'il va se suicider et qu'est tout seul, attention » (E1, AT1)

« Oui et puis avec effectivement, non seulement y a la réponse négative, c'est-à-dire pour eux quelque chose comme une injustice, de pas être crus par rapport à une histoire dramatique, et puis la double peine, qui est que effectivement ils vont se retrouver à la rue.

Donc oui la question, des idées suicidaires en tout cas, émergent plus à cette période-là. » (E2, P1)

Les facteurs de protection observés étaient la dynamique globale d'espoir et de combat pour la vie relative au phénomène de migration, la résilience, la famille et notamment la maternité, l'appartenance à une communauté, la religion et la culture du pays d'origine, et la relation d'aide (**Figure 3**).

« La survie c'est les enfants. Ça interdit le passage à l'acte parce qu'il y a les enfants. » (E5, MP5)

b) Pratiques d'évaluation du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire était non systématique, non standardisée, réalisée sur signes d'appel, basée sur l'intime conviction des professionnels et le croisement des regards au sein de l'équipe. La fonction de soignant, l'établissement d'un lien de confiance et le respect d'une certaine temporalité facilitait l'évaluation. Les obstacles rapportés étaient l'absence de formation, la crainte d'un effet péjoratif, la difficulté d'évaluer l'environnement, les différences culturelles, les difficultés de communication et les barrières psychiques (**Figure 4**).

« Il y a des cultures, où on peut y penser mais on a pas le droit d'en parler, la culture ne l'autorise pas. » (E5, P4)

c) Ressources et conduites tenues face à la problématique étudiée

L'exploration des ressources a mis en évidence un constat majoritaire d'insuffisance. Les ressources décrites étaient la pluridisciplinarité, la formation, l'analyse de la pratique, l'interprétariat et le travail partenarial entre structures de soins, sociales et étayage social.

Les situations de crise nécessitaient une orientation vers les urgences, voire une hospitalisation (**Figure 5**). Dans les autres situations, les professionnels décrivaient des mesures générales (écoute, réassurance, rationalisation, accompagnement vers les soins, suivi rapproché, information sur les recours en cas de crise, prise en charge de l'entourage), des mesures de soin (suivi rapproché, contenant et stable, psychothérapie, évaluation médicale, traitement pharmacologique) et des mesures sociales (soutien des soins, vigilance augmentée, travail d'étayage, démarches sociales).

Dans les soins, des spécificités étaient décrites : un recours à l'hospitalisation plus rare par crainte de rompre les liens créés, un passage par les urgences à éviter du fait de l'absence d'interprétariat, et de la discontinuité en termes d'interlocuteurs, un usage des psychotropes à adapter aux conditions de vie précaires, et des modalités relationnelles essentielles (accueil inconditionnel, humanisation, portage, continuité).

d) Difficultés d'accès aux soins et stratégies de contournement

L'accès aux soins de droit commun était difficile :

- difficultés non spécifiques (restriction des moyens, saturation des dispositifs et problématique de délais de consultation)
- obstacles supplémentaires, relatifs aux structures de soins (défaut de couverture sociale, accès à l'interprétariat, instabilité de l'hébergement) et aux soignants (représentations liées aux statuts de précaire et de migrant).
- obstacles chez les personnes concernées (méconnaissance, stigmatisation des soins psychiatriques, absence de ressources, troubles psychiatriques entravant la demande d'aide, loyauté envers le suivi préexistant)

Les stratégies de contournement des obstacles étaient le recours à des professionnels libéraux, ou la poursuite du suivi en dehors des missions du dispositif, l'aller-vers, l'orientation rapide des personnes en fonction de leur situation, la sensibilisation des professionnels et la disponibilité des équipes spécialisées sur les spécificités de la pratique.

Les professionnels de structures sociales utilisaient une orientation en deux temps via le médecin généraliste pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques, un accompagnement physique et une adaptation du vocabulaire. Les approches alternatives et les médiations étaient décrites comme facilitant l'accès au soin.

e) Interprétariat et évaluation du risque suicidaire

Les bénéfices apportés par un interprétariat professionnel étaient : la traduction, la transmission des affects, la médiation culturelle, la relation de soutien par l'interprète. L'interprétariat professionnel était décrit comme indispensable en cas d'allophonie. Les limites rapportées étaient les difficultés d'accès en termes de disponibilité, de coût, d'organisation et de longueur des entretiens, et l'absence de formation à la santé mentale. Des craintes existaient sur l'impact de la présence d'un tiers sur l'évaluation du risque suicidaire (déformation du discours, neutralité insuffisante). Sur le plan linguistique, les interprètes ne rapportaient pas de difficultés de traduction.

f) Vécu des professionnels

La pratique générale des acteurs de terrain était décrite comme difficile du fait de la confrontation répétée aux récits traumatiques ayant des effets psychiques sur les professionnels, avec un envahissement de la sphère personnelle. Face à l'expression d'idées suicidaires, les professionnels exprimaient une inquiétude, une anxiété d'anticipation, un sentiment de culpabilité et parfois un vécu de manipulation. Face à un suicide, un vécu de choc, de culpabilité et de remise en cause de la pratique était exprimé.

« J'étais très très mal. (...) parce que nous on est en première ligne quand même, avec la personne, et puis le lendemain elle est plus là... » (E6, Int1)

g) Mesures identifiées par les professionnels

Les premières mesures rapportées étaient relatives aux personnes (amélioration des conditions de vie, prise en compte de la vulnérabilité psychique dans les procédures, accès au soin et soutien psychosocial) (**Figure 6**). L'accès au CADA pour les demandeurs d'asile et à une activité (professionnelle ou bénévole) et une place au sein de la société étaient particulièrement pointés comme cibles d'amélioration de la qualité de vie. Les mesures de favorisation de l'accès au soin décrites étaient : la lutte contre la stigmatisation, l'« aller-vers », l'accessibilité des lieux de soins, l'accès à l'interprétariat et l'accès à des aides pour les femmes seules avec enfants.

Les mesures relatives à la pratique des professionnels concernaient les ressources et les possibilités de relais (renforcement des dispositifs, circuits d'orientation plus efficaces, orientations rapides en cas de crise), de formation, et de renforcement des liens partenariaux (coopération, échange, partage de savoirs). Les formations nécessaires étaient : la formation à l'interculturalité pour les soignants ; la formation à l'évaluation du risque suicidaire en général et dans ce public, à l'orientation et à la prévention pour les travailleurs sociaux ; la formation des bénévoles et de personnes relais au sein de la communauté ; la formation des interprètes à la santé mentale. Enfin, les professionnels étaient demandeurs d'une aide concernant l'accompagnement post-suicide (prise en charge des pairs et des professionnels).

Discussion

Les limites de notre étude étaient l'utilisation d'entretiens semi-directifs (pouvant induire un biais de courtoisie dans les réponses obtenues), l'inclusion d'une population hétérogène en termes de professions et de contexte de travail (ne permettant pas d'obtenir des résultats spécifiques par sous-groupe) et le faible taux de recrutement dans la population des interprètes.

- Perceptions de la problématique

Les conduites suicidaires semblaient déterminées par l'intrication d'une vulnérabilité (en lien avec le parcours de vie, et/ou une pathologie psychiatrique) et de facteurs de stress d'origine sociale. Ces résultats rejoignent le modèle théorique « vulnérabilité-stress » utilisé en suicidologie, avec une vulnérabilité basale elle-même multifactorielle (épigénétique, neurobiologique, post-traumatique et sociologique) (10). La perception des professionnels concordait avec les données de la littérature concernant le risque suicidaire objectif augmenté dans la population étudiée, du fait d'une accumulation de facteurs de risque (11).

Les motivations au passage à l'acte les plus fréquemment rapportées étaient la volonté d'échapper (à la souffrance, aux symptômes de l'ESPT notamment l'insomnie et les reviviscences, à la situation sociale vécue comme sans issue, ou à un sentiment de perte de sens de l'existence), un « lâchage » en lien avec l'épuisement ressenti entraînant un passage à l'acte impulsif, une volonté d'évitement à tout prix du retour au pays, et enfin une volonté de communication (de la souffrance, d'une revendication sociale ou d'une demande d'aide). Ces

derniers résultats concordent avec les travaux de Knizek et Hjelmeland sur l'interprétation des conduites suicidaires en tant que mode de communication (12), et soulignent l'intérêt en pratique clinique de la prise en compte de la parole ou de la demande exprimée à travers ces conduites.

L'analyse du contenu des entretiens a permis d'identifier des facteurs de risque supposés dans cette population, liés à l'histoire de vie, aux antécédents psychiatriques, aux conditions de vie actuelles, et aux difficultés d'accès au soin et d'évaluation (9,13). Elle a également permis de mettre en évidence des facteurs protecteurs : la dynamique d'espoir et de combativité en lien avec la migration, les relations familiales et notamment la maternité, l'appartenance à une communauté, la religion et la culture du pays d'origine. Ces résultats concordent également avec les études réalisées sur les populations de demandeurs d'asile et réfugiés (4,5,9,14).

Deux populations ont été identifiées comme particulièrement à risque : les demandeurs d'asile (notamment ceux n'ayant pas accès à un hébergement et à des ressources) (15–17), et les personnes déboutées du droit d'asile, en situation irrégulière ou en cours de demande de droit au séjour. Des signes d'alerte vis-à-vis d'un risque de passage à l'acte ont pu être décrits : épuisement physique et psychique sévère, expression de désespoir devant l'absence totale d'issue envisagée, impulsivité et hétéro-agressivité ressentie ou agie, expression d'idées suicidaires avec scénario, agitation anxieuse réactionnelle à l'annonce d'un événement négatif, et repli sévère.

Dans la littérature existante, les troubles psychiatriques seraient moins fréquemment présents chez les suicidants dans plusieurs populations de migrants, en faisant un facteur de risque moins pertinent qu'en population générale, à la différence des conflits intra-familiaux, du stress en lien avec l'acculturation et la discrimination, ainsi que des difficultés d'accès aux soins (13,18). Les troubles psychiatriques (et en particulier l'ESPT et la dépression) semblent cependant rester un facteur de risque pertinent dans la population de demandeurs d'asile et réfugiés(6). Dans notre étude, l'ESPT et les troubles psychotiques étaient rapportés comme favorisant l'idéation ou les conduites suicidaires, contrairement à la dépression, non retenue par la plupart des professionnels comme facteur de risque suicidaire dans cette population.

Dans les conditions de vie actuelles, les facteurs de risque étaient la réactivation traumatique par un nouvel événement ou par les conditions de vie précaires, la précarité et notamment l'absence d'hébergement, l'isolement et le vécu de désappartenance et d'inexistence au monde. Ces résultats concordent également avec la littérature sociologique (19,20).

- Difficultés identifiées

L'analyse des résultats qualitatifs nous a permis d'identifier plusieurs points de difficulté relevés par les professionnels dans la confrontation à la problématique étudiée : le contexte social fragilisant, les différences culturelles, les obstacles à la communication, les difficultés d'accès aux soins, et l'insuffisance ou le défaut de formation.

Elle a également identifié des ressources utilisées par les professionnels pour faire face à des situations à risque. Le nécessaire travail de partenariat entre structures de soins et structures

sociales a été rappelé, avec une prise en charge devant le plus souvent associer suivi psychiatrique et/ou psychologique, mesures sociales et étayage par des tiers, dans l'objectif de construire un maillage réconfortant autour des personnes. Par ailleurs, l'accès à un interprétariat professionnel semble indispensable à une évaluation satisfaisante du risque suicidaire chez les personnes allophones, à travers les missions de traduction, de médiation culturelle et de soutien. Enfin, les acteurs de terrain ont exprimé un vécu de difficultés, tant dans la pratique générale que dans la confrontation à des situations d'idéation ou de conduites suicidaires, pointant l'intérêt d'un étayage d'équipe et d'un espace de parole pour les professionnels.

Ce travail a conduit à proposer des pistes d'amélioration à travers les mesures identifiées par les professionnels pour faire face à la problématique étudiée. Certaines relèvent de la dimension politique de la prise en charge globale des migrants ou de la dimension de solidarité citoyenne. D'autres mesures relèvent de l'engagement des institutions et des professionnels dans la lutte pour l'accès au soin : information des personnes concernées et des professionnels, lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques et des conduites suicidaires, démarches d'aller-vers et d'accessibilité des lieux de soins, et accès à l'interprétariat. Un renforcement du dialogue entre les structures de soins généraux, de soins psychiatriques et d'accompagnement social semble également nécessaire, pour améliorer la coopération dans les situations complexes et faciliter les orientations.

Enfin, le besoin et l'intérêt des acteurs de terrain pour une formation approfondie à plusieurs niveaux ont été exprimés, notamment concernant l'évaluation du risque suicidaire, la lutte contre les préjugés concernant le suicide, et l'impact de l'interculturalité dans la pratique de cette évaluation dans la population étudiée. Une implication pratique de ce travail de recherche pourrait donc être de proposer aux acteurs de terrain voire à des membres relais au sein de la communauté, un accès à la formation, en impliquant à la fois des sources médicales et héritées des sciences humaines et sociales.

Conclusion

Ce travail a permis d'explorer les perceptions et les ressources des acteurs de terrain sur la problématique des idées et conduites suicidaires des migrants en situation de précarité. Par cette rencontre enrichissante des professionnels, nous avons pu compléter notre étude théorique de cette problématique et souligner son caractère profondément psycho-social, les situations cliniques rapportées ne pouvant se comprendre que dans leur rapport à l'environnement. Nous avons proposé des pistes d'amélioration concrètes, notamment en termes d'accès à la formation des professionnels. Cette étude qualitative se limitant aux perceptions des professionnels, il serait intéressant d'explorer également cette problématique du point de vue des personnes concernées.

Bibliographie

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
2. Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Apter A, De Leo D, Kerkhof A, Lönnqvist J, et al. Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2012;47(2):241-51.
3. Aichberger MC. Rates of suicidal behavior among immigrants and ethnic minorities in Europe. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe.* Hogrefe; 2015. p. 13-24.
4. Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med.* mai 2008;15(4):235-44.
5. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T, et al. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* oct 2013;28(8):514-20.
6. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress.* janv 1998;11(1):103-12.
7. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K. Suicidal behavior after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicidal ideation in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* janv 1998;11(1):113-24.
8. Staehr MA, Munk-Andersen E. [Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study]. *Ugeskr Laeger.* 24 avr 2006;168(17):1650-3.
9. Joshi P, Warfa N. Suicide and self-harm among refugees and asylum seekers. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe.* Hogrefe; 2015. p. 91-9.
10. Vandevoorde J, Sanchez Valero A, Baudoin E, Kamar S, Chabert B, Baudoin T. Rôle et nature du dérèglement de la relation sujet–environnement dans les théories du suicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2017;175(2):108-14.
11. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health.* mars 2013;103(3):e30-42.
12. Loa Knizek B, Hjelmeland H. A Theoretical Model for Interpreting Suicidal Behaviour as Communication. *Theory Psychol.* 1 oct 2007;17(5):697-720.
13. Heredia Montesinos AH. Precipitating and risk factors for suicidal behavior among immigrants and ethnic minorities in Europe - A review of the literature. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe.* Hogrefe; 2015. p. 27-43.
14. Silove D, McIntosh P, Becker R. Risk of retraumatisation of asylum-seekers in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1993;27(4):606-12.
15. Sundvall M, Tidemalm DH, Titelman DE, Runeson B, Bäärnhielm S. Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry.* 2015;15:235.
16. Ratkowska KA, Leo DD. Suicide in Immigrants: An Overview. *Open J Med Psychol.* 5 juill 2013;02(03):124.
17. Procter NG. « They first killed his heart (then) he took his own life ». Part 2: Practice implications. *Int J Nurs Pract.* févr 2006;12(1):42-8.
18. Bhui K, McKenzie K, Rasul F. Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health.* 19 nov 2007;7:336.
19. Durkheim E. *Le suicide.* Paris (2009): Petite bibliothèque Payot; 1897.
20. Fassin D, Morice A, Quiminal C. *Les lois de l'inhospitalité.* La Découverte/Essais; 1997.

Figures :

Population	Spécificité au sein de la population	Nombre d'entretiens réalisés	Professions	Accès à l'interprétariat	Accès à l'APP
Structures de soins	Soins généraux	3 focus groups	Médecins psychiatres (6) Médecins autre spécialité (3) Infirmiers (8) Psychologues (5) Cadre de santé (1)	oui	non
	Soins psychiatriques	2 focus groups	Assistants sociaux (3) Etudiants infirmiers (2) Secrétaire (1) Chargée de projet (1)	oui	oui
Structures sociales		5 focus groups	Intervenants sociaux (19) Juriste (1) Infirmière (1) Secrétaire (1) Responsables (3) Agent technique (1) Agent d'accueil (1)	oui	Oui (3/4)
Interprètes		4 entretiens individuels	Interprètes professionnels (3) Infirmière (1)	NC	Non

Tableau 1



Figure 3 - Facteurs de risque suicidaire

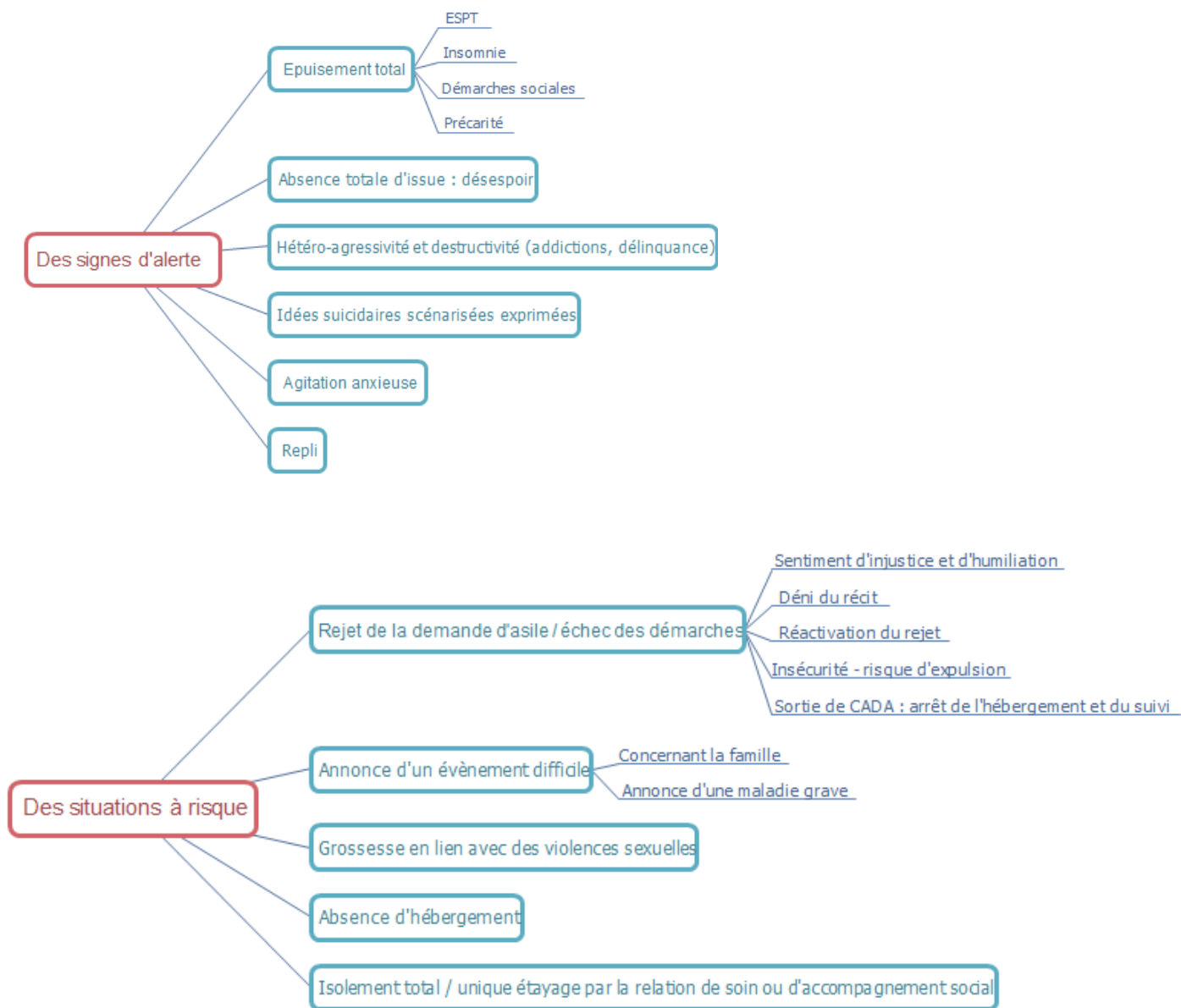


Figure 4 - Signes d'alerte et situations à risque

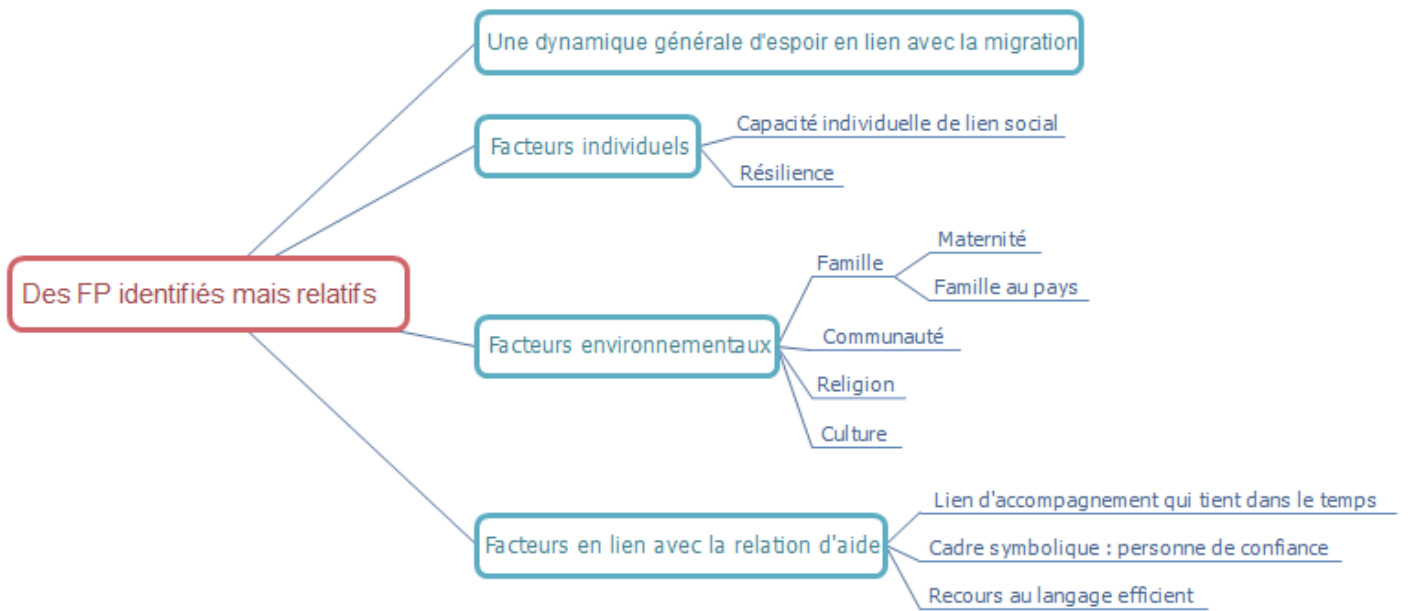


Figure 3 – Facteurs protecteurs identifiés



Figure 4 : Obstacles à l'évaluation du risque suicidaire



Figure 5 : Conduites tenues devant les situations rencontrées



Figure 6 : mesures identifiées

Annexe 4- Retranscription des entretiens

Entretien 1 – 12/06/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe de CADA, 6 personnes interrogées

Professions :

- IS1, IS2, IS3, IS4 : intervenants sociaux
- AT1 : agent technique
- RS1 : responsable de service

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

IS4 : moi j'ai jamais été confrontée (*prends des notes*)

IS3 : Ben...ouais, moi ça fait 11 ans que je travaille au CADA, et... je touche du bois, j'ai jamais été confronté à cette problématique, en fait.

IS2 : Alors moi, oui. J'ai débuté récemment au CADA. Je suis ici depuis fin décembre 2016, et dès mon arrivée la première semaine, une personne hébergée qui a voulu mettre fin..., alors on sait pas trop, soit à la vie de son bébé, parce qu'elle était enceinte, soit à sa vie. Elle a pris beaucoup trop de médicaments, elle a été hospitalisée aux urgences pendant deux jours. Voilà, pour prise de médicaments. Elle disait au début qu'elle voulait mettre fin à la vie de son bébé, ce bébé elle l'avait pas voulu, il était issu d'un viol. Et donc voilà, on a rencontré le psychiatre qui l'a accompagné, suivi pendant ces 48H d'hospitalisation, et ensuite on a déclenché, enfin moi j'ai repris le suivi de cette personne, j'arrivais, j'étais encore en doublon avec mon prédécesseur. Cette personne avait eu un suivi auparavant, auprès d'une infirmière de psychiatrie au CMP de secteur, dont elle ne dépendait plus. Et donc depuis qu'elle était entrée au CADA, elle n'avait plus de suivi psycho ou même avec un infirmier, et donc on a repris cette même semaine le lien avec cette personne de confiance qu'elle avait pu avoir précédemment, cette infirmière au CMP. Et puis j'ai appris que lors de ses consultations dans le cadre de son suivi grossesse, elle était surveillée par cette psychiatre, qui continuait. A chaque fois elle était...enfin l'équipe grossesse avait dû se mettre en lien avec cette psychiatre pour que lors de son suivi il puisse y avoir ce lien à l'hôpital, quand elle venait consulter. Ça ça a été la première fois que j'ai été personnellement confrontée au risque suicidaire.

CQ : au moment de la prise de médicament, qui a accompagné la patiente aux urgences ?

IS2 : C'est une personne hébergée qui a appelé les secours, et les secours sont arrivés. Ça s'est passé dans la soirée, et nous on a été avertis le lendemain matin.

CQ : Avez-vous été confronté de nouveau à cette problématique depuis ?

IS2 : Oui avec cette même personne, plus récemment, il y a de ça deux mois, deux mois et demi. Euh... je sais pas si je peux mettre ça sous l'aspect « conduites suicidaires », mais elle s'est fortement... enfin méchamment, disputé avec sa colocataire, parce que les hébergements sont des appartements partagés, avec d'autres femmes, ils étaient trois dans l'appartement, et donc avec sa colocataire elle se sont méchamment disputées, elle en est venue aux mains, et elle a pris sa colocataire par le cou, elle l'a serré pendant une heure et demi apparemment, et effectivement sa colocataire avait des marques de strangulation, en lui disant « tue moi tue moi tue moi ». Et du coup après on en a discuté ensemble, et elle me disait : « bah j'ai vu là, j'ai fait une première tentative, j'ai pas pu mourir, j'ai vu là le moyen qu'on mette fin à mes jours à moi », donc elle a demandé à sa colocataire.

CQ : C'est elle qui vous a rapporté ça directement ?

IS2 : Bah en fait, les voisins ont été alertés, ça a été assez violent. Cette femme arrivait en fin de grossesse, donc les voisins ont appelé le SAMU, nous on a été interpellés à ce titre-là, pour un différend violent dans l'appartement, donc on a réuni les deux colocataires impliquées dans ce différend, pour déjà poser les choses, savoir ce qui s'était passé. Et après effectivement c'est sa colocataire qui a rapporté les faits et ses propos. Du coup après quand on en a discuté toutes les deux, c'est là qu'elle m'a dit qu'elle avait vu l'opportunité de mettre fin à ses jours.

IS1: Oui moi j'ai été confronté à deux reprises. J'ai le cas d'une personne que je suis en fait, qui a des idées suicidaires, mais qui est suivi par un psychiatre. Mais auparavant j'ai assisté en fait, j'ai vu une personne qui a tenté de se suicider dans le cadre de mon précédent travail. C'était une personne qui était suivie par un psychiatre aussi, dans une autre ville, dans un autre département. C'était une personne qui venait de la jungle de calais, donc qui a eu un parcours qui était très très difficile. J'étais son référent social. 3 jours avant mon départ en fait, la personne elle prenait un traitement, elle a pris une dose de traitement trop forte, qui n'était pas prescrite. Il avait des problèmes de sommeil en fait, il a pris une trop forte dose. Et moi j'ai été averti par ses camarades qui l'avaient vu, qu'il se réveillait plus, qu'il bavait, donc moi je suis arrivé, j'ai averti les secours, et c'était in extremis. Après il était encore à l'hôpital quand je suis venu ici, donc du coup, j'ai eu vent en fait qu'il était sorti de l'hôpital, mais je n'ai plus de nouvelles, je sais pas ce qu'il est devenu. J'ai une personne ici aussi qui a eu un autre parcours, que je suis depuis un certain temps depuis que je suis arrivé en janvier, qui est suivi par un psychiatre aussi, mais qui a des tendances plutôt suicidaires, enfin...en fait sa vie elle est reliée en fonction de sa procédure. Il a relié sa vie à la procédure, ce que je comprends parfaitement, vu son parcours, vu tout ce qu'il a traversé, je comprends qu'il est vraiment au bout du rouleau. Donc du coup, là il est suivi mais...c'est à surveiller.

IS4 : Moi j'ai aussi une personne qui a eu l'expression d'idées suicidaires, c'est une jeune femme angolaise, qui est en France depuis 4 mois, qui a vécu des choses très difficiles, qui ne supporte pas son corps, qui ne supporte pas ce qu'elle a vécu, qui est isolée parce qu'elle n'a pas ses parents, plus de fratrie ici, donc c'est très difficile. Je l'ai accompagnée tout de suite chez le médecin généraliste, parce qu'elle ne voulait pas voir un psy, psychologue ou psychiatre, je pense aussi que ça fait pas partie de leur culture, donc on est passé par le généraliste, qui ensuite va essayer de l'orienter vers le CMP. Donc elle a aussi un traitement pour dormir, des anxiolytiques, des choses comme ça.

CQ : Est-ce que vous avez le sentiment d'être souvent confronté à des idées suicidaires ou des conduites suicidaires ?

IS3 : Je dirai plutôt rare, comme je disais, j'ai accompagné depuis 11 ans plus de 250 personnes et j'ai jamais eu de soucis, jamais été confronté à ce problème.

RS1 : T'as jamais eu quelqu'un qui dit, je vais me suicider, je vais me foutre en l'air ?

AT1 : (*réticent, puis prend la parole*) Bah si souvent....mais, ils sont plus là maintenant. Y avait X [personne accueillie au CADA].

RS1 : Et il disait quoi ?

AT1 : Il disait qu'il voulait se jeter par la fenêtre. Tu te rappelles, t'étais en vacances, j'avais appelé X [*autre intervenant social non présent*]. Tu sais, quand y a eu la gamelle sur le feu là, et les pompiers étaient venus.

RS1 : Elle disait qu'elle voulait se jeter par la fenêtre ?

AT1 : Oui.

RS1 : tu sais pourquoi ?

AT1 : Bah non, après j'ai appelé X [*autre intervenant social non présent*]. C'est elle qui s'en est occupé. Elle l'a emmené voir un psy.

IS2 : Après, on est très confrontés, enfin je ne sais pas si c'est partagé par tous, mais, à des gens qui sont souvent quand même, qui présentent des symptômes de dépression, après comme on est pas médecins, on est pas psychos, on est pas à même de savoir. Moi en tous les cas j'ai pas une grande pratique professionnelle donc l'identification de ce genre de symptômes, je sais pas. Et donc oui on est confrontés à des pleurs, ou à parfois des comportements qui sont pas cohérents, de gens perdus, dans leurs pensées.

AT1 : La personne elle se renferme, quand elle veut se suicider en général, c'est dur de la faire parler.

IS2 : Du coup oui, souvent on est pas face à des personnes qui vont nous dire noir sur blanc « allez, je veux me suicider, demain je passe à l'acte », ils ne sont pas dans l'évocation je trouve.

CQ : Vous diriez que c'est une inquiétude que vous pouvez avoir, sans que la personne l'exprime ?

IS2 : Oui parfois on peut se questionner oui...

IS4 : sur une décision négative, on sait jamais comment ils vont réagir hein, par rapport à la CNDA, ou à l'OFPPA, ça les perturbe grandement quand même.

IS2 : et puis à la sortie du CADA, c'est vrai que parfois... Moi je vois un jeune homme qui a dû sortir du CADA, débouté de sa demande d'asile, pas trop de relais amicaux ou associatifs, bah ouais parfois on se questionne, on se dit bah on le remet à la rue, qu'est-ce qu'il va devenir...

IS3 : Ouais.

IS4 : On a quand même beaucoup de personnes qui sont suivis par des psychiatres. Beaucoup.

RS1 : Est-ce qu'il y a un échange avec les psychiatres, est ce qu'il y a des retours?

AT1 : c'est personnel ça

IS2 : c'est soumis au secret médical. Moi j'avais eu un retour d'une infirmière de l'EMPP qui l'avait pris en charge alors qu'elle ne relevait pas de l'EMPP en étant au sein du CADA, mais orienté par son médecin généraliste, devant la détresse de cette personne, ils avaient décidé de la prise en charge, et j'avais eu l'infirmière au téléphone qui avait essayé d'avoir quelques éléments, notamment sur son parcours migratoire, parce que elle sentait qu'elle était dans une détresse, et que l'équipe médicale n'arrivait pas à comprendre tous les tenants et aboutissants.

CQ : Information sur les facteurs de risque de conduites suicidaires en population générale.

(IS3 opine du chef et prend des notes)

Quels sont les éléments qui peuvent vous inquiéter sur un risque suicidaire chez une personne que vous accompagnez ? Y a-t-il des profils ou des situations particulièrement à risque selon vous ?

IS3 : Moi il me semble, pour les personnes quand même que j'ai connu, c'est quand en fait on a l'impression qu'ils voient plus d'issues, quand ils se disent « voilà, je suis arrivé au bout du tunnel ». Tant qu'ils ont une lueur d'espoir, qu'ils sont en procédure même si elle a peu de chances d'aboutir, mais qu'ils sont en marche vers... mais quand c'est fini, quand ils s'imaginent que y a plus rien à faire, là je trouve..., j'ai l'impression, que peut-être là ils pourraient passer à l'acte.

IS4 : Non moi c'est pas du tout dans la demande d'asile, c'est ce qu'elle a vécu dans son pays. Et l'isolement, la perte de tous ses repères. Les traces de son corps, elle n'aime plus son corps, voilà c'est tout ça.

IS2 : Je ne sais pas trop si on peut parler à la place des gens, mais peut être que dans le cadre de la situation que j'ai évoquée, la grossesse fait peut être partie des raisons pour lesquelles elle a voulu mettre fin à ses jours, qui fait écho aussi à toute son histoire vécue au pays, des incestes à répétition qu'elle a fui, et là, reproduction arrivée en France, sur le territoire, de nouveau elle subit des viols à répétition, et ce bébé qui arrive là, qui n'était pas désiré et qui était issu d'un viol, je me dit que peut être ça en fait partie. Après y a tout ça en corrélation avec la précarité économique, sociale en lien avec le statut de demandeur d'asile, l'isolement. Et c'est vrai que cette personne, en en discutant avec son précédent intervenant social, quand elle était sur un autre dispositif d'hébergement d'urgence, elle me disait qu'au tout départ, progressivement, elle avait évoqué le fait d'avoir ce bébé en disant « ça me permettra de plus être seule », ses motivations pour garder le bébé, car se posait la question de savoir si elle le gardait ou pas, c'était assez ambivalent, elle a eu des conduites suicidaires, et en même temps elle voulait quand même garder ce bébé pour ne plus être seule. Donc je pense que l'isolement a joué aussi beaucoup.

IS1 : Moi personnellement parmi les situations que j'ai rencontré, il y a une troisième situation dont je vous ai pas parlé tout à l'heure, c'était surtout parce que la personne elle avait plus d'issue, elle était carrément mise devant un mur, elle arrivait plus, elle savait très bien qu'elle allait quitter la structure. Mais les deux autres cas, c'était par rapport à leur passé, et deuxièmement, c'est parce que la procédure elle est très très longue, qu'ils arrivent plus, ils en ont marre, ils veulent carrément mettre fin à cette souffrance, cette douleur, qui continue qui continue qui continue et qui ne s'arrête pas.

CQ: Quel est votre ressenti face à ces idées suicidaires ?

(Latence de réponse, sentiment d'incompréhension de la question)

CQ: Est-ce que vous êtes inquiets... comment vous vous sentez ?

AT1 : Bah oui, bien sûr si on nous dit ça on est inquiets ! C'est normal qu'on est inquiets. Vous savez pas comment faire, on est pas psy.

IS2 : Ouais y a une anxiété par rapport au fait qu'on maîtrise pas la situation. Moi je sais ce qui m'avait apaisée, c'est quand j'ai pu discuter avec cette infirmière psy qu'on avait recontacté, et qui devant mon angoisse que peut être que transmettais aussi à la personne me disait « mais en fait, si elle veut mettre fin à ses jours, c'est ça décision, vous devez aussi respecter sa décision ». Au début je trouvais ça super dur, je dis mais quand même, ce fatalisme...et progressivement ça m'a aidée à me dire, si un jour ça se produit, ça aura été la décision de la personne...

RS1 : ...et je n'y suis pour rien

IS2 : Oui voilà on y est pour rien. Ça permet peut-être de se déculpabiliser, ou de continuer à accompagner les personnes qui sont soumises à ce risque-là. Au début je trouvais ça très violent ce qu'elle m'a dit, elle était très cash, parce que ça doit faire partie de son quotidien aussi. Et ça m'a permis de après réfléchir, et de me dire « oui, on a pas le pouvoir de vie ou de mort sur une personne, donc on peut pas... »

IS4 : Moi, lorsqu'elle m'en a parlé, j'ai été angoissée, parce que ça demande une surveillance supplémentaire, une vigilance en tous les cas, par rapport au bien-être. Plus que les autres. Ça veut dire qu'on va peut-être prendre plus de temps pour discuter, plus de temps pour l'accompagner. Chez le médecin je l'ai accompagnée, alors que pour les autres je ne l'ai jamais fait. Pour la première fois je l'ai accompagnée, pour pouvoir dire au médecin mon angoisse, et peut être dire des choses qu'elle n'aurait pas forcément dites, mais avec son autorisation, j'ai pu évoquer certaines choses qui ont mis le médecin aussi sur la voie de la dangerosité qu'il y avait dans ses envies. Et puis j'ai un peu passé le relais au médecin parce qu'effectivement elle était pas du tout suivie. Mais on se sent effectivement impuissant, et puis ça nous bouleverse, parce que ce qu'ils ont vécu ce n'est pas anodin, et on se dit « est ce que moi j'arriverai à vivre avec tout ce qu'ils ont eu dans leur vie » ?, ça nous renvoi des choses en miroir, donc voilà.

CQ : est ce qu'il peut y avoir certaines fois un sentiment de manipulation, que les propos sont dits en vue d'obtenir quelque chose ?

IS4 : Ah oui ça peut arriver ça. Et d'ailleurs elles ont pas été évoquées là parce que c'est de la manipulation. Hein ? (*regarde ses collègues*) On connaît, nous, celui qui veut sauter de la fenêtre parce qu'il est enfermé sur le balcon ?

AT1 : Bah, on peut pas savoir, c'est toujours pareil. Y en a beaucoup qui vont parler, comme ça, et on va y prendre à la rigolade, et d'un coup boum. Voilà, on est pas dans la tête des gens.

RS1 : et comme vous connaissez un petit peu la personne, c'est ce qui vous permet de vous dire « il dit ça pour... »

AT1: Voilà

IS4 : Oui voilà on va dédramatiser, on on va rigoler en disant « bah vazy saute » ... (*rires*), alors on prend un risque, mais on sait bien que c'est justement de la manipulation.

IS3 : Oui y en a qui joue le chantage, un petit peu. Y en a d'autre qui vont dire « bah maintenant que je suis débouté, il me reste plus que le suicide », mais on sent bien que dès qu'on lui dit non, attends, y a d'autres solutions, ils y pensent déjà plus.

AT1 : C'est la personne seule. Qui discute avec personne, qu'il faut se méfier. La personne qui va dire qu'il va se suicider et qu'est tout seul, attention. Autrement les autres, ...

IS4 : On est assez vigilants par rapport à ça. On a eu une personne qui a eu un rejet de l'OFPPRA, et il s'est tout de suite fermé, et on a senti le mal-être en lui, et le peser. Et moi je l'ai vu, je l'ai ressenti, et AT1 l'a vu et m'a dit pareil, il m'a dit « oulala il est pas bien, il faudrait que t'y aille un peu plus », on commence un peu à les connaître dans leurs façons d'être, de faire, et on a vu que là il chutait, donc voilà, on se le dit, on va être un peu plus vigilant, aller un peu plus le voir, discuter... Donc là ça va pas être verbalisé, mais y a quand même un risque.

Partie 3 : Ressources

CQ : Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire ? Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ?

Tous : Non (*non de la tête ou non verbalisé*)

IS1 : Non, on aimerait en avoir !

IS3 : Non je pense pas pouvoir le faire

CQ : Est-ce que vous observez des obstacles à l'évaluation de ce risque ?

(*silence*)

CQ : La langue, ou la culture par exemple ?

IS4 : La jeune fille dont je parlais, elle m'a montré qu'elle voulait prendre un couteau, et se le mettre dans le ventre, donc au niveau de la langue on a du mal à se comprendre.

IS1 : ouais pareil. Les trois cas dont j'ai parlé, ils parlaient pas français.

CQ : comment vous avez su qu'il y avait des idées suicidaires ?

IS1 : Alors le premier cas, la première fois dans ma vie que j'ai vu une personne allongée devant moi inanimée, c'était impressionnant, je n'étais pas préparé psychologiquement, j'étais pas du tout préparé à ça, c'était une journée comme une autre, je reçois un coup de fil, je pars sur le lieu, je vois la situation, donc du coup c'était quand même très très compliqué. Je savais qu'il était très fragile psychologiquement, qu'il avait eu, même physiquement il était atteint, il avait eu pas mal d'accidents et pas mal de trucs par rapport à son histoire, et là c'était une personne qui était atteinte. Comme je donnais des cours de français, tous les après-midi, en plus de leurs démarches, donc du coup j'accordais un peu plus de temps à lui pour pouvoir discuter, il était plus isolé donc j'essayais toujours de le mettre dans le groupe, histoire que le groupe soit homogénéisé, et puis là du jour au lendemain il me dit qu'il voudrait être orienté vers un psychiatre, donc du coup moi j'ai pris RDV avec l'infirmière, et le psychiatre l'a rencontré, je l'ai accompagné. J'ai été obligé de l'accompagner car

c'était loin de mon lieu de travail. Après, je lui ai acheté un pilulier, il devait prendre tel nombre de comprimés par jour, et là un jour je me suis rendu compte qu'il avait pris deux cachets au lieu d'un demi cachet, donc je lui ai dit non, je lui ai expliqué, il m'a dit pas de soucis. Et puis c'était vers la fin, 3 jours avant mon départ on me dit il est inanimé, tout le monde était affolé, j'étais tout seul donc je suis allé sur les lieux, j'ai appelé les secours, les secours sont arrivés, c'était très très dur de voir la personne, de gérer parce qu'ils étaient nombreux dans le lieu où ils habitaient. Ça a été compliqué.

IS2 : Sur ce lien langue/culture, je trouve que ça peut représenter des obstacles, par rapport à la culture par exemple, même si on se comprend on niveau de la langue, dans l'évocation de la souffrance, parfois on est face à des personnes qui vont rien exprimer, et euh... sur la manière d'exprimer ses émotions c'est totalement différent ici chez nous, socialement parlant, que dans d'autres sociétés, on peut se retrouver face à des personnes qui nous racontent des trucs horribles, tragiques, en étant placide. Ça je pense que ça constitue un premier obstacle parce qu'on identifie pas forcément la détresse, dans l'émotion, ou dans ce que nous on peut identifier comme émotion, de tristesse, détresse... Et la langue, c'est vrai que quand on parle pas la même langue on fait appel à un tiers, un interprète, et y a des choses, de l'ordre de la relation de confiance qui est plus compliquée à établir avec un tiers, on peut plus facilement établie avec une personne francophone ou dont on maîtrise la langue, et là pour permettre cette relation de confiance qui pourrait faire émerger des choses de l'ordre du mal-être, c'est plus compliqué. Quand on pose des questions sur la santé, parfois même santé intime, la situation personnelle, « vous êtes enceinte, et le papa ? » et voilà, quand on pense qu'il y a un mal-être qui peut naître de ça, le fait que l'interprète soit là, plus c'est peut être un homme pour une femme...ça peut constituer un obstacle je pense.

IS4 : Moi j'ai quelques hommes qui viennent dans mon bureau, et je pense le fait que je sois une femme, ça les aide peut être pas à verbaliser. Alors ils sont assis là, ils peuvent rester...très longtemps, des fois ça me pèse un peu parce que j'ai besoin de bosser (*rires*), et ils sont là. Ils me parlent pas forcément, mais ils sont là. Et je sens qu'ils ont besoin d'être là, alors peut-être un jour y a quelque chose qui va sortir, je sais pas. Ils viennent, ils s'installent et ils attendent.

IS2 : Oui c'est vrai ça c'était présenté aussi avec une personne, qui pendant un moment venait dans mon bureau, s'asseyait, et quand je lui demandais ce qu'elle voulait, bah...rien. Elle était assise en face de moi, c'était vachement perturbant.

IS3 : Oui moi c'était [personne hébergée] qui me faisait ça. Elle aimait bien rester au bureau. Elle partait plus, je m'occupais plus d'elle mais elle restait là.

IS1 : Peut-être qu'elle a besoin de compagnie. Ils s'ennuient aussi beaucoup, donc quand ils se sentent vraiment en confiance avec le travailleur social et qu'ils veulent venir le voir, rester assis à côté de lui, ils se sentent plus rassurés, plus vivants. A mon avis.

CQ : Avez-vous l'impression pour certaines personnes que ça peut être tabou, que si vous leur posiez la question, ou si quelqu'un leur posait la question, ça ne serait pas possible d'en parler ?

IS3 : C'est vrai que ce sont des personnes, qui viennent souvent de pays où la religion a souvent une plus grande importance que chez nous, et que c'est quand même un péché, donc j'ai l'impression qu'il y a peut-être ça aussi qui fait obstacle pour un passage à l'acte.

IS1 : et la tradition aussi.

IS4 : Moi je voudrais pas leur en parler pour leur mettre l'idée en tête. (*rires*)

IS1 : Moi une fois j'ai une personne qui était pas bien du tout, et du coup je lui ai parlé d'aller voir pas forcément un psychiatre, mais un psychologue, et il me dit « ouais mais bon dans notre tradition, en Afrique, on a pas besoin d'une personne qui est en face de nous, qui nous dit oui, qui va nous écouter, moi je n'ai pas besoin de ça, non non je sais très bien m'en sortir », donc y a le côté culturel aussi.

IS3 : Certains quand on voit ce qu'ils ont vécu on se dit ils ont un sacré pouvoir de résilience, je sais pas, j'ai l'impression...

CQ : Et quand vous y êtes confrontés, vers quelles structures de soins pouvez-vous orienter les personnes ? Est-ce qu'il y a des obstacles, des difficultés, pour l'accès au CMP par exemple ?

(IS3 hoche la tête)

IS2 : Les appartements dépendent de plusieurs CMP. Ça peut être compliqué.

IS1 : des fois on arrive à adresser au centre de santé

IS3 : Le CMP le problème c'est les délais pour les RDV, très très longs.

IS4 : Le psychiatre de [ville] qu'on a croisé, il m'a dit n'hésitez pas, pour moi c'est la priorité les demandeurs d'asile.

IS3 : Dans le [département] on avait un psychiatre qui s'était spécialisé dans les demandeurs d'asile, il est décédé mais son collègue a repris.

RS1 : Oui on l'a rencontré à la journée « vulnérabilité » le Dr X, je lui ai parlé du groupe de pilotage santé mentale qu'on a mis en place à [ville], il était très intéressé pour participer de temps en temps

IS3 : Voilà donc on a cette chance nous.

IS2 : sur l'accès au CMP en tout cas c'est pas ... difficile, ça va être surtout au niveau des délais d'attente. Après y a un fonctionnement un peu particulier sur [ville], où y a une concentration de migrants, anciens demandeurs d'asile ou demandeurs d'asile en cours de procédure, et là quand j'ai eu l'infirmière au téléphone, elle me disait : « nous on fait une pré-évaluation au sein même du centre d'hébergement, pour détecter des pathologies psychiatriques », et que tout ce qui relève de l'anxiété et du stress, elle renvoie vers le médecin généraliste, parce que pas le temps de traiter tout le monde.

CQ : Et quelle est votre conduite à tenir en terme de transmissions aux collègues, de surveillance spécifique, d'accompagnement ?

IS4 : Moi j'en parle au chef de service

IS1 : l'information de toutes les façons elle circule, y a une fluidité de l'information. Et puis on transmet à chaque fois si on est confronté, on transmet tout le temps avec notre directeur, et on est très contents qu'il soit là.

IS2 : Mais y a pas de protocole « risque suicidaire », y a pas de kit, y a pas de fiche de signalement, mais c'est vrai que les moments informels qu'on passe ensemble dans l'équipe permettent aussi déjà de soi-même se soulager par rapport à une situation qui peut être lourde à vivre, et éventuellement voir quelles sont les idées et les conseils des collègues par rapport à cette situation. C'est plus dans ces moments informels j'ai l'impression.

CQ : La prise en charge proposée vous paraît-elle satisfaisante ?

IS2 : Moi ça dépend beaucoup. Je trouve que le CMP de [ville] ils se sont spécialisés beaucoup auprès de cette population du à la présence du pôle hébergement d'urgence sur [ville]. Après j'ai fait l'expérience du CMP de [ville], où j'étais physiquement présente lors du premier entretien avec l'infirmier, parce que l'interprète ayant du retard, l'infirmier m'a dit de rester pour faire l'interprétariat. En fait c'est une personne en situation de traite des êtres humains, et moi en fait la personne m'avait dit son besoin de consulter, et moi ça me permettait aussi de sortir du cadre de la demande d'asile, parce que je voyais bien que dans la demande d'asile elle disait pas des choses, je me disais qu'il y a peut-être quelque chose qui va se créer avec le psycho ou le psychiatre et qui va permettre de travailler sur la demande d'asile. Et en fait direct il a mis la focale sur la demande d'asile, le parcours migratoire, et puis abasourdi par la question de la traite, de la prostitution, et je trouvais ça déconnecté, plutôt que d'avoir des questions : vous dormez bien vous mangez bien, quelles sont vos angoisses, vos rêves, j'en sais rien, vos cauchemars...

IS4 : C'est les représentations que t'avais peut-être parce que nous on y est pas aux entretiens avec le psychiatre, on sait pas ce qui se dit, ce qui s'y passe.

IS2 : c'est peut-être oui ce que j'en attendais en fait, qu'elle puisse parler de sa santé mentale, pas de « moi, demandeur d'asile »...

IS4 : oui mais les causes faut les savoir aussi, faut bien connaître la personne dans sa globalité pour la prendre en charge

IS2 : oui je ne sais pas ce qui va venir, mais j'avais trouvé ça désolant. Qu'on la remette dans ce truc. On est dans une procédure où on attend de la personne qu'elle nous dise de façon très claire, on catégorise, il faut parler des craintes en cas de retour au pays, de machin machin machin, donc c'est ce qu'on fait nous. Mais ce qui va à côté, j'en sais rien moi, ses cauchemars, ou même ce qu'elle trouve moche dans sa vie, beau...c'était pas abordé lors de la première évaluation, mais peut être que ça l'est après.

IS4 : Moi ça me rassure. Après on voit pas un changement énorme, y a toujours des cauchemars, des insomnies, des moments difficiles. Moi j'ai trouvé quelque chose de bizarre la dernière fois, c'est que j'avais une personne qui était suivie par un psychiatre, le psychiatre était absent, et du coup ses RDV étaient avec un infirmier, donc on palliait le psychiatre par un infirmier, donc j'ai appelé pour dire que cette personne n'allait pas bien et que le suivi médical était important, et qu'on nous dise s'il faut qu'il change d'endroit.

IS2 : Parfois, au-delà du psychiatre... Enfin c'est peut-être aussi parce que je sais pas ce que c'est un psychiatre et voilà... peut-être le psychologue serait parfois plus utile dans cet accompagnement, ou l'alliance des deux serait plus judicieux pour certaines personnes. Et je rebondis sur ce qu'a dit IS4, c'est rassurant. C'est bête mais de ce dire « c'est bon, on a orienté la personne vers un professionnel qui s'occupera de cette question-là parce que nous on la maîtrise pas », ça a un côté rassurant pour nous.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

IS3 : Ce qui est sûr c'est qu'une présence plus régulière est indispensable, plus l'intervenant est présent, mieux la personne se sentira.

IS1: Déjà avoir une formation, dans un premier temps, et pouvoir mieux les accompagner, pour pouvoir éviter qu'ils passent à l'acte, même si c'est leur choix

IS2 : Un cadre de vie propice, un appartement digne, des conditions matérielles dignes

IS4 : il pourrait y avoir des permanences dans les locaux du CADA de psychologues, qui permettrait aux gens de venir dialoguer quand ils ont envie, ou apprendre ce que c'est un psy parce que c'est l'inconnu pour eux, donc dédramatiser, voir que c'est une personne qui va pouvoir l'aider, au même titre qu'un médecin.

IS3 : Au CADA dans les bureaux ? Ils viendraient pas. Ils viendraient pas parce qu'ils ont pas envie de croiser un autre demandeur d'asile, que tout le monde sache qu'ils y vont.

RS1: on a mis en place une permanence CMP au [structure d'hébergement d'urgence], ça marche bien

CQ : vous craignez qu'il y ait une stigmatisation d'une personne allant voir le psy ?

IS3 : Oui tout à fait, entre eux, rien que quand ils sont convoqués il faut le dire à personne c'est un secret, alors...

IS4 : s'ils viennent dans nos locaux personne ne sait si c'est pour nous voir nous ou pour voir le psy

IS3 : Oui mais si c'est une permanence identifiée...

IS1 : au moins une après-midi par semaine il faudrait, dans l'ancienne structure où je travaillais c'était comme ça

RS1 (*répond à IS3*) : on parle de « spécialiste de l'écoute », parce que dire psy, on tombe sur les représentations que les gens peuvent avoir

IS4 : je sais même pas s'ils en ont des représentations...

IS2 : Parfois ils répondent : « ah bah je suis fou... »

IS1 : psy ça veut dire d'être pas normal dans sa tête

IS2 : je rebondis sur la nécessité, comme on est face à une population qui a priori à l'air de faire plus face au risque suicidaire que la moyenne, enfin j'en sais rien c'est vous qui dressez vos conclusions, je me dis que de questionner cette question de la santé mentale des personnes hébergées, par l'état, par la politique publique en elle-même, c'est fondamental, de pouvoir avoir un relais, une présence de personnes prenant en charge la santé mentale de ces gens

IS4 : Oui parce qu'on parle de ceux qui sont hébergés, mais ceux qui sont déboutés, ils se retrouvent dans la rue, sans suivi psy sans médicament, s'ils pouvaient avoir un lieu d'écoute où on prend du temps pour eux, ce serait quand même aussi important.

CQ : est-ce qu'il vous arrive d'orienter vers la PASS ?

IS2 : moi une fois mais par le truchement du généraliste. Une fois j'ai essayé d'appeler l'EMPP, parce que je sais qu'ils ont des intervenants qui parlent anglais, et c'était une personne anglophone, et on m'a dit « ah elle est en CADA, non ce sera pas possible ».

RS1 : Après déjà, même si aujourd'hui la notion de vulnérabilité devient une thématique importante, y compris dans la procédure d'asile, parce que l'OFPRA a un groupe vulnérabilité etc, on a l'impression que la notion de santé mentale n'est pas totalement intégrée dans le concept de vulnérabilité, on a l'impression qu'on est plus dans le physique, dans la pathologie. Ouvrir un peu plus la question de la vulnérabilité à celle de la santé mentale, sachant que le terme de vulnérabilité a remplacé le terme de précarité.

CQ : Y a-t-il d'autres choses en lien avec cette problématique dont nous n'avons pas parlé ?

RS1 : Moi c'est le post-suicide : une fois qu'un demandeur d'asile s'est suicidé, qu'est-ce qu'on en fait ? Au-delà de former, d'accompagner les équipes, qu'est-ce qu'on en fait, où il doit être enterré... c'est un cauchemar pour tout le monde, régler le problème de l'enterrement, du rapatriement. On a eu pas un suicide mais un mort, et on a eu énormément de mal à le rapatrier au pays, car sa maman a demandé à ce qu'il soit ramené, pour faire son deuil. Après le suicide, qu'est-ce qu'on fait de la dépouille ? C'est une charge énorme pour tout le monde. Il y a eu un suicide au [structure d'hébergement d'urgence], c'est [l'association dont font partie les personnes interrogées] qui a acheté l'emplacement. Et c'est surtout les associations culturelles qui interviennent pour accompagner et financer.

IS4 : et nous on a de l'analyse de la pratique professionnelle, mais les colocataires des personnes qui peuvent voir des choses difficiles, comment on les accompagne après ?

IS1 : Faut-il mettre en place une cellule psychologique après ce décès ?

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 2 – 13/06/17

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'EMPP, 7 personnes interrogées

Professions:

MP1 médecin psychiatre

I1, I2, I3, I4 infirmiers

CS1 cadre de santé

P1 psychologue

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

I2 : Je me suis retrouvée une fois oui, confrontée avec une femme originaire de RDC, en CADA, qu'une compatriote que je connaissais a trouvé inanimée. Et quand je l'ai revue elle avait fait un aller-retour, enfin un séjour aux urgences emmenée par les pompiers, parce qu'elle avait avalé des médicaments. Donc une personne.

CQ : est-ce que la question du risque suicidaire s'est à nouveau posée dans la suite de la prise en charge ?

I2 : Je dirai qu'il y a pas eu du tout d'évaluation, y a eu simplement le constat qu'elle avait pris des médicaments. Elle dit qu'elle voulait simplement dormir. Et depuis, y a pas de suivi particulier, ni psy ni quoi que ce soit, c'est quelqu'un qui est toujours actuellement au CADA.

MP1 : Je fais ce travail-là depuis 2010, et autant plusieurs fois j'ai été confronté à l'émission d'idées suicidaires, mais sur le mode « il vaudrait mieux en finir, cette situation est trop difficile », et très très peu dans ma pratique, ce qui m'a d'ailleurs beaucoup frappée, à des idées suicidaires. Enfin sur sept ans, enfin je regarde I2 parce que c'était plusieurs fois avec toi mais, euuh, non mais, très peu. Enfin si je compare à ma pratique sur mon autre mi-temps en psychiatrie générale, et puis surtout à mes très longs antécédents de psychiatrie de liaison, ça n'a strictement rien à voir en termes de fréquence et d'intensité. Et personnellement, sur 7 ans, gestes suicidaires... j'en ai pas en mémoire. Idées suicidaires exprimées, oui. Et suicide réussis, je n'en connais aucun personnellement, dans cette pratique-là, en travaillant à mi-temps.

I2 : C'est vrai que les idées, le discours « j'ai plus qu'à en finir », c'est quelque chose par contre que plusieurs fois. Je dirai, je voudrais surtout pas faire d'interprétation, mais je dirai notamment dans des moments où y a les réponses de la CNDA, négatives... voilà.

MP1 : Je rédige donc de nombreux certificats pour la CNDA, ou après quand les gens sont déboutés, pour des titres étranger malade, et c'est vrai que j'évoque assez rarement, et ça c'est objectivable en reprenant les certificats, le risque suicidaire, sauf dans l'idée d'un retour, où plusieurs personnes déclarent tout à fait, alors je sais pas si elles le feraient ou pas, mais que si elles rentrent...enfin qu'il est pas question qu'elles rentrent, au pays, et que du coup elles préféreraient mettre fin à leur jour, et je suis assez convaincue de ça. Et j'ai eu, parce que je m'attendais à avoir ça et en fait je n'en ai pas eu, j'ai eu 2 fois en 7 ans des gens qui ont dit « je préférerais me suicider parce que comme ça mes enfants resteront ici », à un moment de rejet, de risquer de repartir et tout, et les personnes fort heureusement n'ont pas fait de gestes suicidaires. Donc 2 fois en 7 ans. Mais donc dans quelque chose d'altruiste « si ça peut permettre à ma famille de rester, je le ferai ».

I4 : J'ai plus la situation que disait I2 tout à l'heure, c'est-à-dire quand ils sont déboutés, qu'ils ont une réponse négative, là ils disent effectivement qu'ils préféreraient se supprimer que de rentrer chez eux. Et je n'ai pas vu de passage à l'acte jusqu'à maintenant.

CQ : Quand ces propos arrivent, êtes-vous inquiets sur le risque suicidaire ?

I4 : Ah bah oui parce que je pense qu'à ce moment-là c'est vrai, dans les heures qui suivent c'est possible. Après une réponse négative je pense que dans les heures qui suivent on les sent vraiment à cran.

P1 : Oui et puis avec effectivement, non seulement y a la réponse négative, c'est-à-dire pour eux quelque chose comme une injustice, de pas être crus par rapport à une histoire dramatique, et puis la double peine, qui est que effectivement ils vont se retrouver à la rue. Donc oui la question des idées suicidaires en tout cas émergent plus à cette période-là. Mais elle émerge aussi quand...alors moi j'ai plutôt, du côté des femmes, et notamment des femmes qui ont vécu des viols, ou qui ont vécu des tortures, sans dire qu'il y a eu viol mais on sent qu'il y a eu des choses de ce type-là. Et je pense à des adolescentes que j'ai eu suivi ou que je suis, parce qu'effectivement actuellement j'ai un suivi d'une jeune adolescente, qui a 12 ans, et qui a eu en tout cas une peur très très importante, qui aurait pu être violée, donc ça c'était au pays, et qui a effectivement fait une tentative de suicide et c'est sa mère qui l'a retrouvée.

CQ : le passage à l'acte était dans son pays ?

P1 : Oui dans son pays. Et l'autre jeune que je suivais, c'était arrivé ici. Mais avec souvent aussi cette dimension, comme tu disais I2, de « je voulais dormir », parce que y a des reviviscences, y a des cauchemars, les flashes, sous forme de voix, d'images, les assaillent, et du coup c'est juste insupportable. Il y a quelque chose aussi par rapport à la crainte d'être expulsé de France, mais y a aussi dans le vécu quotidien quelque chose qui est juste insupportable, et quelque chose qui peut s'exprimer comme « je voudrais être en paix ».

CQ : Qu'est ce qui, selon vous, entre en compte dans ce risque suicidaire ? Quels sont les facteurs de risques ou les éléments pouvant conduire à l'apparition d'idées suicidaires ?

MP1 : Je pense que ce n'est pas du tout une pathologie psychiatrique, et que dans les cas qu'on rapporte ici, ce n'est même pas une dépression, parce que je trouve qu'il a un truc très tautologique sur dépression et suicide, c'est-à-dire que si on se suicide c'est qu'on est déprimé, ce qui dans ma pratique

assez longue maintenant n'est absolument pas le cas. On rentre typiquement je trouve dans ce que Robert Neubeurger décrit comme des histoire de desappartenance et de désaffiliation, qui est de se sentir rejeté d'une appartenance en train de se construire, et puis nié dans ce qui fonde le sentiment d'exister. C'est-à-dire que non seulement on est traité de menteur, et du fait d'être traité de menteur, la conséquence c'est qu'on vous dit : « vous n'avez pas le droit » ... Donc vraiment les cas qu'on a, enfin je ne veux pas parler pour les collègues mais on en discute régulièrement, c'est pas du tout pathologique, au sens conséquence d'une pathologie psychiatrique. Ce n'est pas une mélancolie qui se suicide parce que le monde est anéanti. On est dans la plupart des cas sur des idées suicidaires parfaitement réactionnelles, et que moi je trouve souvent relativement adaptées à la situation monstrueuse, en terme de... je travaille toujours effectivement en terme de desappartenance et de désaffiliation. Alors après juste pour rajouter ça, je suis assez énervée avec ces histoires de dépression, parce que vu les critères extrêmement larges actuels de dépression, en même temps tous ces gens peuvent rentrer dans les critères d'épisode dépressif, parce que on coche assez de critères... ça ne pose pas de problème. Après le suicide par rapport au stress post traumatique, je dirai que ça peut être un facteur de risque parce qu'effectivement les gens sont épuisés, ils ne dorment pas, ils ont des reviviscences enfin des choses extrêmement désagréables. Et en même temps, moi je ne vois quasiment que des gens en ESPT grave, et je n'y suis pas ou peu confronté.

P1 : Oui et puis la question de la dépression, on peut aussi l'interroger parce que c'est aussi très adapté à la situation. C'est-à-dire que si nous on nous enlève notre toit, que il faut courir à droite à gauche pour chercher un peu de subsistances, que il faut courir à l'hôpital, que on a les papiers à droite à gauche, que on est épuisé parce qu'on dort pas... enfin moi je pense qu'on nous laisse une semaine comme ça, et puis on voit dans quel état on est. Donc voilà, la question de la dépression... heureusement qu'ils sont déprimés en fait, c'est logique. C'est vrai qu'après la question de la psychopathologie...j'insiste quand même sur le contexte socio-administratif qui en rajoute une couche bien bien bien lourde et bien maltraitante, je crois qu'il faut le dire aussi. Ce qui me venait aussi c'était par rapport à cette question quand même du viol, pour les femmes ou pour les hommes, je n'ai pas lu là-dessus, c'est plus une interrogation, mais on parle de crime contre l'humanité, c'est-à-dire qu'on fait vivre à quelqu'un une atrocité, et qu'il y a ensuite quelque chose qui s'exprime de mettre fin à ses jours, parce que finalement le viol, il se revit tous les jours, tous les jours toutes les nuits, sans arrêt. Y a la torture du moment et la torture de l'après-coup. Je pense que ça mérite d'être creusé, mais je n'ai pas lu suffisamment là-dessus.

CQ : Y a-t-il selon vous un profil de patients migrants ou des périodes particulièrement à risque de conduites suicidaires ?

I4 : le rejet oui. L'OFPPRA d'abord, dans l'ordre chronologique. Mais ils ont encore un recours, nous on leur dit que c'est encore possible. Mais alors après...

I3 : Alors moi je rejoins complètement, de ma petite expérience parce que ça fait pas très longtemps que je travaille sur l'EMPP, je rejoins complètement mes collègues. Dans les quelques situations où des personnes ont pu exprimer des idées suicidaires, c'était vraiment pour arrêter une souffrance, et un épuisement. Après je sais pas si ça va être adapté à votre sujet, mais là où moi j'ai pu observer des crises suicidaires, qui à mon sens s'apparentent à quelque chose peut être de pathologique, c'est chez des personnes migrantes qui ont pu être dans une situation très précaires lors d'une incarcération, qui vient sonner comme un nouveau traumatisme en fait, et qui du coup qui peut déclencher des choses plutôt pathologique, et là effectivement être dans une... c'est rare, c'est très rare quand même, mais ça m'est déjà arrivé, des crises suicidaires comme une clinique que j'ai pu apprendre en formation. Sur un truc où on a l'impression que les personnes elles ont tenu elles ont tenu elles ont tenu et que là y a

un nouveau choc, un nouveau traumatisme, parce dans l'incarcération on a vraiment le choc carcéral qui peut déclencher une crise suicidaire, et que là on a l'impression que ça arrive... un peu la cerise sur le gâteau. Et que là du coup y a une clinique, même si c'est rare, ça ne m'est pas arrivé souvent.

CQ : ça se passe dans les premiers jours d'incarcération ?

I3 : Oui.

I2 : Moi je pense, que dans la clinique, dans l'accompagnement autour des migrants, dans les situations que j'ai connues, je rencontre rarement des personnes qui vont exprimer qu'ils veulent se suicider, qu'ils ont des idées ou alors qu'ils disent des choses qui pourraient me laisser craindre ça. Mais pas contre je trouve que la psychiatrie a beaucoup à s'enrichir elle-même à les fréquenter, parce que je voudrais pas...enfin c'est vrai en écoutant on pourrait se dire « pourquoi des pys avec les migrants ? » mais je trouve que ce sont des personnes qu'on continue à suivre, qu'on soit psychiatre psychologue ou infirmier. Elles sont déboutées, ou elles ont eu leurs papiers, on continue à les suivre. Moi je ne suis pas psychologue alors je ne mets pas le mot de psychothérapie derrière, mais quelque chose d'important, d'un lien qui continue à exister. Et parfois même pour des gens qui vont obtenir leurs papiers et qui sont logés, qu'on a même du mal parfois à passer à quelqu'un d'autre, par exemple dans un CMP, parce que justement y a quelque chose qui s'est créé. Je pense qu'on peut appeler ça psychothérapie, je sais pas, moi je suis infirmière, et en tout cas y a quelque chose de la spécificité de la psy, et je pense que la psy elle a à apprendre un nouveau métier. Je pense notamment aux CMP, et que cette population qui a vécu des choses dans la migration, ils sont pas tous arrivés en une heure avec un avion, y en a qui ont traversé des pays, ça a duré deux ans... et il y a dans l'histoire des gens, quelque chose de propre, qui n'est pas forcément que le côté morbide, mais où la psy a toute sa valeur, toute sa fonction.

I4 : Alors je suis d'accord avec ce que dit I2, mais là où y a le risque, effectivement c'est pour ça que je pense qu'il y a pas tant de suicide que ça enfin que nous on en voit pas tant que ça, effectivement y a ce travail de fait, de lien, de repères, de relationnel. Mais quand même quand ils ont la réponse, là, moi je vois encore leur visage, leur corps se plier en deux (*courbe le dos, tête en avant*), et se toucher comme ça, en se mettant la main comme ça (*met les deux mains sur la tête*), en disant « je suis foutu ». Et c'est là où je trouve que...enfin moi je suis pas tranquille. Après effectivement ce qui a été tissé, alors pas que avec nous, mais avec tout un réseau, heureusement, ça prend un peu le dessus. Mais moi je vous assure que moi physiquement je les vois, quand ils sont pliés comme ça sur leur chaise, ils sont foutus.

P1 : Ils se transforment. C'est vrai que c'est des moments pour nous d'inquiétude majeure, on tient quelque chose à bout de bras quand même. Moi j'ai aussi peur pour quelqu'un qui serait isolé, que pour une famille, si c'est la maman qui vient me voir, on est tous très très mobilisés dans ces moments, on essaye de mailler, de rappeler les collègues des associations, de transmettre évidemment les coordonnées aux personnes concernées, c'est des moments de grande tension.

CQ : Quels sont vos ressentis dans ces situations-là ? Avez-vous le sentiment de pouvoir mettre en place ce que vous souhaitez ?

MP1 : Paradoxalement, à la limite j'ai plus de ressources là que pour d'autres situations, parce qu'on peut toujours compter sur pas mal de solidarité, quelques associations. Alors il peut y avoir comme partout quelques personnes mais elles sont rares qui n'ont noué rien du tout avec personne sauf avec nous, mais je dirai que c'est le même problème que dans des situations où des gens lambda, qui ne sont pas migrants précaires, n'ont que le service de soins comme appartenance ce qui est toujours un

souci. Mais je dirai que c'est dans ces moments-là que fonctionnent à plein les réseaux, le fait de pouvoir tisser autour des gens quelque chose d'un peu réconfortant. C'est un peu bizarre ce que je dis mais à la limite vu notre mode de fonctionnement habituel, avec beaucoup de contact professionnels et non professionnels, je trouve qu'il y a pas mal de ressources. Comme je disais tout à l'heure dans les situations de suicide je travaille toujours sur les appartenances, et là une partie du boulot consiste à montrer aux gens, à leur faire figurer sur qui ils peuvent compter et sur leurs ressources, et si ça va pas qui est ce qu'ils vont appeler, et si c'est vraiment pas possible, où est ce qu'ils vont aller, et qu'est-ce qu'on va faire. Par exemple, tout bêtement, quand les gens risquent de se retrouver en centre de rétention, de s'assurer qu'ils ont bien sur eux la liste des numéros qu'ils peuvent appeler, des petites choses comme ça. Si vous vous retrouvez à St-Exupéry, est ce que vous avez bien le numéro du secours catholique, de votre avocat si vous en avez un... Du coup ça donne, pas que le sentiment, mais on peut faire des choses, qui sont pas grand choses, mais par rapport à des situations de gens lambda en crise suicidaire, on a limite plus de ressources, parce que justement c'est très réactionnel.

(Hochements de tête dans le groupe)

I4 : Oui, c'est là où on voit la différence.

MP1 : Le paranoïaque qui vous dit « moi de toute façon je vais me suicider parce que c'est ça qu'il faut que je fasse », ou une personnalité un peu limite qui n'a que ça comme solution... pfiou (rires), on a éventuellement beaucoup moins de ressources, enfin ressources au sens de « se sentir pas trop impuissant ».

I4 : Effectivement ce que dit MP1 c'est effectivement là où on voit que c'est pas de la maladie psychiatrique, c'est que ces gens, s'il n'y avait pas tout ce départ du pays, ils ne seraient pas dans cet état-là. ET puis moi je fais beaucoup appel à tous le chemin qu'ils ont fait, et qu'ils sont vivants, et qu'ils sont costauds, qu'ils ont de la force, ils sont vivants. Donc je mets un peu ça en route pour qu'ils tiennent, ça plus effectivement les réseaux, on leur dit qu'ils peuvent continuer, qu'il y a de quoi à faire à l'intérieur d'eux, pour qu'ils tiennent.

P1 : Et finalement je pense même à ceux qui sont dans la plus grande précarité, ceux qui sont en centre d'hébergement d'urgence. Enfin y a ceux qui sont à la rue, mais ceux qui sont à la rue vont aussi fréquenter quand même au moins pour aller manger par exemple à [lieu de repas en commun], l'accueil de jour pour aller par exemple prendre une douche ou pour la bagagerie, ça veut dire qu'ils sont effectivement dans des lieux où des liens sont là, alors des liens positifs et des liens moins positifs, mais en tout cas dans des lieux où y a moins d'isolement. On serait plus préoccupés s'ils étaient plus isolés... Mais c'est vrai que paradoxalement on est pas dans le cas d'autres patients où on peut avoir une hospitalisation où la personne est un peu entourée par rapport à un possible geste suicidaire, mais on sait qu'au retour au domicile, c'est l'isolement total.

CQ : Certains patients rapportent qu'il leur aurait été dit à l'OFPRA ou à l'OFII qu'ils exprimaient des idées suicidaires pour obtenir des droits ou des ressources. Est-ce vous pouvez avoir, parfois, ce sentiment de manipulation devant l'expression d'idées suicidaires ?

(Silence et regards échangés)

MP1 : je vais essayer de rester polie avec l'OFPRA et l'OFII. On voit cette idée-là plutôt à postériori et... je ne sais pas comment les gens qui travaillent à l'OFPRA se débrouillent avec leurs quotas et leur 70% de refus qu'ils doivent construire. Alors je ne dis pas que toutes les demandes d'asile sont parfaitement légitimes, y a de toute façon un marché de l'asile comme il y a un marché de tout. Mais

en tous les cas dans la population qu'on voit nous, qui est de toute façon des gens qui nous sont adressés pour une souffrance particulière, alors je suis peut être très naïve mais je n'ai jamais eu le sentiment de me faire manipuler sur des histoires d'idées suicidaires. Après y a peut-être des gens qui déclarent à l'OFPPRA qu'ils vont se suicider pour obtenir quelque chose, mais on a aussi pas la même population. Mais moi je vais de l'interprétation exprès, je pense qu'il y a une part défensive de la part de ces organismes, par rapport au métier qu'ils font et au tri qu'ils sont obligés d'effectuer qu'il ne doit pas être drôle tous les jours.

I2 : Moi je pense en tous les cas, que toute façon ça marche pas. Ils s'en foutent. Ils ont beau avoir quelqu'un... enfin ils s'en foutent c'est une façon bizarre de parler, j'oublie que c'est enregistré. Mais ils peuvent bien dire plein de choses, on comprend au fur et à mesure que s'ils n'ont pas un papier officiel qui donne la preuve qu'ils ont été torturés au moment où ça s'est passé, on dit non. Même si y a des traces sur le corps, même si y a des traces internes, même s'il y a des choses vérifiées par des médecins assermentés, donc ils peuvent bien dire qu'ils ont envie de se suicider à mon avis ça change rien, l'OFPPRA va dire non.

(Hochement de tête des collègues)

Partie 3 : Ressources

CQ : L'évaluation du risque suicidaire fait-elle partie de votre pratique courante ? Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ?

MP1 : Ça doit être lié à mon âge et à mon ancienneté, je fais de la psychiatrie depuis 35 ans, mais l'idée qu'on pourrait évaluer par petit morceau des comorbidités je suis totalement imperméable à ça, ce qui veut pas dire que c'est un gloubiboulga généralisé mes entretiens mais je trouve que ça s'articule d'autres choses. C'est-à-dire que je ne vais pas me dire dans un entretien « je vais évaluer ça ça et ça ». Si je trouve les gens pas bien, je vais effectivement aller voir en me posant la question du risque suicidaire. Si quelqu'un me dit qu'il se sent pas bien, je lui demande jusqu'où ça va, s'il a des idées... enfin bon bref je fais un entretien, j'axe, mais je pars jamais avec une trame, sauf une trame sur le syndrome de stress post traumatique, mais qui est liée au fait que j'ai une pratique très particulière parce que mes collègues m'adressent les gens qui vont très très très très mal avec un gros syndrome de stress post-traumatique, donc j'ai une trame d'exploration de ça. Parce que dans cette partie de mon travail, c'est très particulier, je vois essentiellement des gens souffrant de gros syndrome de stress post traumatique. Après comme je disais j'ai une petite vingtaine d'années de psychiatrie de liaison et d'urgences, et du coup le repérage d'un truc où il faudrait aller voir un peu plus, oui, mais je n'en fait en aucun cas une grille systématique, d'autant que c'est quand même très peu fréquent.

CQ : et chez les patients souffrant d'un ESPT sévère, est ce que vous posez la question des idées suicidaires ?

MP1 : Non, jamais. Je fais des entretiens semi-directifs, et je la pose jamais systématiquement. Moi mon entame c'est de dire aux gens que s'ils viennent me voir c'est qu'à priori ils doivent au moins avoir des problèmes de sommeil parce qu'on me les adresse, donc on déroule ça. Et de voir comment ils se sentent. Et si je trouve qu'il faut aller creuser de ce côté-là, je demanderai. D'abord je demande pas si les gens ont des idées suicidaires mais plutôt s'ils ont envie de mourir. Mais du coup c'est assez rare qu'on arrive jusque-là parce que, je vous renvoie à ce qu'on disait précédemment, c'est quand même très rare. Du coup je n'utilise pas du tout de grille systématique, et je ne trouve pas ça du tout adapté à la situation. Donc je n'ai pas du tout une recherche systématique, mais évidemment j'ai ça en tête.

P1: d'autant que j'étais en train de me dire, ils sont arrivés là, ils ont survécu à des situations complètement abracadabrantes, on en apprend tous les jours,... et ils arrivent ici vivants. Et je crois que quand même leur première demande, c'est très fréquemment de les aider par rapport au sommeil, parce que ça c'est insupportable. Mais du coup, même dans la situation que tu évoquais I2, cette dame elle prend des cachets pour pouvoir dormir. Et donc je dirai presque que l'on ne se sent pas, on ne se voit même pas poser la question des idées suicidaires, parce qu'ils sont là, et qu'ils sont bien vivants face à nous, avec un certain nombre de symptôme, de souffrance extrême, mais en même temps, on les voit quand même devant nous comme des résistants, des survivants. Je crois que la question, en plus la question de mourir il faut aussi la rattacher à – y en a qui ont laissé des enfants aux pays, il ne s'agit pas de...parce qu'il y a aussi la survie de ceux qui sont restés, des enfants, de la famille, il y aussi cette dimension-là qui me semble très importante. Y a la question aussi de la croyance. Pour certains, la question du suicide, je crois à la fois est juste un tabou, et donc même leur poser la question ce serait extrêmement choquant et (...) irrespectueux pour eux. Donc y a aussi toutes ces dimensions-là. Je me demandais aussi s'il faut faire un distinguo en fonction des pays d'origine, parce que vraiment cette question du suicide est quand même très très différente, y a quand même des populations chez qui on entend très très peu parler de ça, et pour d'autres peut être un petit peu plus. Je ne sais pas vous, mais moi dans ma petite expérience, des patients originaires d'Afrique c'est quand même très très rare, y a quand même des croyances, la tradition, la question des ancêtres, des esprits, ce monde invisible, et voilà, la question de se donner la mort prend une dimension autre.

MP1 : ça concerne pas que la personne toute seule à ce moment-là. Moi la réflexion que je m'étais faite, tu te rappelles le Monsieur qui pensait fortement à se suicider, mais un Monsieur qui était africain mais qui avait vécu 10 ans aux USA. Et moi les deux trois cas de tentatives de suicides ou prises de cachets un peu limite, finalement ce sont des gens très occidentalisés. Lui il avait vécu 10 ans aux usa comme homme d'affaire, j'ai un autre Monsieur qui a pas fait une crise suicidaire mais qui est assez sombre, mais il a déjà vécu 5 ans en Belgique, et puis il a dû repartir dans son pays, et il est revenu. Je trouve qu'il y a un degré d'occidentalisation qui peut...parce que par contre chez nous on se suicide très facilement. Je dis facilement au sens durkheimien, pas qu'individuellement ce soit facile, mais moi ça m'a vraiment extrêmement frappée cette différence épidémiologique entre...c'est vrai que dans pas mal de pays, se suicider, c'est pas un truc qu'on se fait à soi tout seul, je pense que ça doit jouer. Après je suis pas anthropologue, mais je pense qu'il y a pas mal d'éléments qui jouent, mais que celui-là est important, de pas être tout seul, même si on est tout seul physiquement là.

P1 : Du coup nous on va aussi peut être travailler plus d'abord là-dessus, plutôt que de questionner, mais voir un peu quelles sont les croyances, qu'est ce qui accroche. C'est-à-dire j'ai survécu, je suis survivant, je suis là face à vous avec toute cette force et ce parcours, et moi je le vis comme ça, qu'est ce qui accroche, qu'est ce qui tient dans ce vivant-là. Après s'il y a émergence d'idées elles viendront au fur et à mesure. Mais alors en plus, y a aussi quand même...ils arrivent, avec leur vécu, leurs ressentis, aborder directement en premier entretien ou deuxième entretien, c'est pas forcément à propos.

I4 : (*fortement*) Ils en ont pas marre de vivre ces gens ! Ils partent de chez eux parce qu'ils veulent vivre ! Il ne faut pas oublier ça ! C'est parce qu'ils veulent vivre qu'ils partent de chez eux !

P1 : oui, ils ont fui la mort.

CQ - Observez-vous des obstacles à l'évaluation de ce risque ? Quelle est pour vous la place de l'interprétariat dans ce contexte ?

MP1 : Pour moi la présence d'un interprète serait plutôt facilitant, dans tous ces quiproquos langagiers qui peut y avoir avec un interprète, « qu'est-ce que ça veut dire exactement ce qu'on est en train de dire ? » ça ouvre des possibles du style « je ne suis pas sûre d'avoir bien compris, comme je m'inquiète, est ce que j'ai bien compris que vous avez envie de mourir, ou alors vraiment là ça ne veut pas dire la même chose... ? ». Alors j'ai pas le souvenir d'avoir dû le faire spécialement avec un interprète, en même temps nous on a la chance d'avoir des interprètes professionnels de [association] qu'on connaît bien au fur et à mesure. Je pense que ce serait plutôt facilitant, pas du tout un obstacle. Comme les interprètes on les connaît, quand il y a des choses qui les mettent à mal, avec les interprètes on peut reprendre, et ce qui les met à mal c'est souvent plutôt s'il y a des bouts de récits qui viennent ou quand les gens sont déboutés, je pense qu'il y a plus à récupérer dans ces cas-là que s'ils s'inquiètent pour quelqu'un. Enfin voilà on a une collaboration active. Pour moi ce n'est pas un sujet particulier, ça ne pose pas plus de problème que d'autres sujets, et on peut jouer justement sur ces ambiguïtés. Mourir est ce que c'est se donner la mort, est ce que c'est avoir peur, est ce que c'est y penser ? Je peux dire des choses du style « dans votre situation, peut-être qu'il me viendrait à l'idée de me fiche en l'air, mais c'est mon idée à moi, voilà », et tout cas avec un interprète c'est plus facile, c'est assez intéressant de jouer avec ça, de jouer sur les différences.

P1 : et puis dans l'expression aussi « je voudrais me tuer », sur la question du langage, de l'équivoque du langage, de quoi ça parle ? Est-ce que c'est effectivement attenter à ses jours, ou est-ce que c'est aussi l'expression de ce que ça fait le trauma, et de ce que ça a tué en moi, et de comment à travers une expression langagière, je dis quelque chose de « là c'est moi qui agirait ça. Parce qu'on m'a fait ça, j'ai été objet de l'autre, on a voulu me tuer à travers ce qu'on m'a fait subir ». Je trouve en effet qu'on peut travailler à partir du langage et des effets de langage, et ne pas être tout de suite en collage avec « je voudrais me tuer », et que ça parle aussi d'autre chose.

CQ : Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire? Sur le plan médical et du lien avec les travailleurs sociaux, l'entourage, les associations.

I2 : Ce n'est pas que propre à quelqu'un qui va me dire qu'il a envie d'en finir, mais je vais peut-être le voir plus que ce que je le voyais. De mettre un RDV la prochaine fois que je viens, au lieu de dans deux semaines ou trois semaines. Après évidemment si la personne n'a pas vu de médecin, beaucoup de personnes qu'on rencontre on demande à notre psychiatre de les voir parce qu'effectivement ils ont des problèmes par rapport au sommeil terribles, mais aussi parce que j'ai besoin aussi de pas être seule et d'avoir, la psychologue, une collègue infirmière, le psychiatre, des moments où on est pas seuls. Ça ne veut pas dire qu'on va rejeter sur l'autre, moi je ne vais pas me débarrasser de la personne en disant « allez, RDV avec le médecin », non ce n'est pas ça, mais ça rassure effectivement qu'on soit à plusieurs, et je pense que ça a un effet boomerang, parce que ça rassure la personne aussi. Et puis pour le Monsieur dont tu parles, c'est marrant parce que j'ai pas pensé à lui au début mais j'ai vu tout de suite, y a la connaissance de la personne en amont. On se dit « oulaaa, oui d'accord », ou « pourquoi il me dit ça aujourd'hui ? ». Ya toute une espèce de nuance comme ça quand on connaît un peu les gens. Je pense que c'est une façon de montrer effectivement ou de dire à quel point ça fait mal. Ce Monsieur qui a fait des études, qui était connu, qui maniait des choses dont on serait bien incapables, se retrouve complètement bafoué comme ça, c'est à la hauteur de ce qu'il ressent. C'est aussi percevoir sans doute ça, et d'être à plusieurs pour dire finalement cette personne on l'entend, on la prend en considération, on la respecte.

CQ : est-ce que ça vous arrive d'appeler le CADA ?

I2 : Oui, mais alors je le dis à la personne. Je dis j'appellerai votre référent pour avoir de vos nouvelles. Ou moi j'ai le numéro de portable de la personne, et de rappeler la personne en vous disant je vous rappellerai tel jour parce que je peux pas vous voir avant mais je vous rappellerai, c'est quelque chose qui marche aussi ça.

MP1: Je partage complètement ce que dit I2. Je rajouterai peut être que techniquement, c'est des gens qu'on aura moins tendance à hospitaliser que d'autres, non pas parce que ce serait compliqué ou quoi que ce soit, mais toujours sur cette même histoire, pour pas les isoler. Parce que là où dans un état équivalent cliniquement ce qui ne veut pas dire grand-chose, on dirait « il faut hospitaliser la personne », on va moins hospitaliser, pour ne pas enlever du milieu habituel. Sauf si vraiment avec la personne on trouve qu'il faut le faire et à ce moment-là y a pas de soucis on hospitalise, mais les gens qu'on a hospitalisés c'est plus sur des états d'épuisement où ils étaient plus capable de faire du lien avec les autres autour. On fait donc très peu d'hospitalisation, et les hospitalisations sont plus sur des états d'épuisement où les gens ont vraiment besoin de se poser, que sur des gestes ou des pensées suicidaires, parce que du coup c'est couper encore plus les gens de leur entourage habituel. Alors c'est un peu un pari parce qu'on pourrait nous dire « pourquoi vous hospitalisez pas, vous prenez pas les précautions... » mais souvent c'est très contre-productif. D'ailleurs la question se pose aussi pour les gens qu'on voit aux urgences : est-ce que « le jeu en vaut la chandelle » de couper avec le milieu habituel. En général pour des histoires comme ça ou pour d'autres histoires, ça vaut vraiment pas le coup, le remède est pire que le mal, donc il vaut mieux porter sur une certaine continuité en disant comment on est joignable, qui est joignable, mettre le CADA dans le coup, ce qui en général la plupart des gens acceptent, et que le CADA sache qu'ils peuvent nous appeler si vraiment ça tient pas, ou si c'est pas au CADA quelqu'un d'autre. Voilà ce serait peut-être une petite différence liée au contexte, mais c'est une question qui se pose valablement pour des gens suicidaires lambda.

CQ : Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations, vers une hospitalisation ou vers le CMP ?

MP1 : Ah ! (rires) Je dirai que c'est pas au spécifique aux personnes migrantes. L'accès au CMP est pas facile pour qui que ce soit. Là le fait que les personnes soit dans une situation avec des adresses qui sont des hébergements, et puis le problème de l'interprétariat. Mais je dirai que les CMP ne mettent pas plus de bâtons dans les roues que pour d'autres personnes , je ne dirai pas qu'il y a une ségrégation, c'est plus contextuel : l'interprétariat, l'adresse, le fait qu'ils soient déjà suivis, donc « puisqu'on les suit tellement bien, pourquoi ... ? » ... Et puis après quand les gens sont suivis par le CMP, ils sont suivis. Les gens ne font pas de catégorie « on ne prend pas de migrants », en tout cas nous on le vit pas comme ça, mais par contre l'accès au CMP est pas simple. Pour l'hospitalisation je dirai que c'est plus facile parce que nous ici on a un tour hors-secteur très bien organisé, que ce qui définit le secteur des gens c'est la date de leur jour de naissance, pour les gens qui n'ont pas d'adresse fixe, et depuis qu'on a ce système-là, on peut être migrant ou pas migrant, y a juste un problème de place, mais on a pas plus de problèmes que pour d'autres, ils ne sont pas spécifiques.

CQ : est ce qu'ils vous arrivent d'orienter vers des psychiatres libéraux ?

MP1 : Alors c'est compliqué, il y a actuellement un programme au sein de l'ORSPERE SAMDARRA là-dessus, et là j'ai revu samedi un psychiatre libéral de [ville], qui était surpris de ne pas avoir été recontacté alors que lui était prêt à recevoir du monde. Ce qu'ils ont vu, c'était pas que les psychiatres refusaient, c'était plutôt un manque de...pas de coordination mais...c'était pas l'aspect de paiement de la consultation, y a des psychiatres libéraux qui sont intéressés. C'est plutôt comment avoir un interprètes, comment ne pas perdre de temps parce que y a des gens qui ne viennent pas...Très

concrètement moi je ne connais pas de migrants suivis pas des psychiatres libéraux mais par définition je ne les connaîtrais pas. En tout cas je sais qu'il n'y a pas d'obstacle de principe pour ceux que ça intéresse, mais plutôt comment on se débrouille pour recevoir quelqu'un, l'interprète, l'horaire précis.

CQ : Mentionnez-vous le risque suicidaire dans d'éventuels certificats médicaux rédigés dans le cadre du certificat de vulnérabilité ou certificat étranger malade (ou courrier fait dans le cadre de cette demande) ?

MP1 : Je le fais quand c'est plus lié au fait que je pense qu'effectivement il y a un risque suicidaire non négligeable en cas de retour. Alors si je pense qu'effectivement il y a un risque suicidaire, j'ai deux trois personnes pour qui j'ai dû le mettre dans le certificat que je pensais qu'il y avait un risque suicidaire, pas constant mais latent dans les moments les plus difficiles. Il y a un peu plus de gens pour qui je mets que le risque suicidaire serait élevé s'ils étaient forcés de rentrer, parce que là effectivement y a des gens qui sont prêts à se foutre en l'air pour pas...mais d'une façon qui est un suicide... adapté, à mon avis.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

MP1 : changer la loi pour les quotas d'admission, la reconnaissance du psychotraumatisme, et alors il y a un truc qui est extrêmement mauvais pour la santé mentale, c'est le fait de ne pas avoir le droit de travailler, et de s'occuper officiellement. Les gens font du bénévolat, ils trouvent des tas de trucs à faire, mais permettre aux gens d'avoir plus. J'avais encore une dame la semaine dernière, bon, alors en plus elle est à [petite ville de montagne], donc y a vraiment pas grand-chose à faire, parce que moi je conseille beaucoup aux gens de s'occuper, et elle me dit qu'elle a fait une demi-journée où elle était bénévole pour que les gens se garent bien le jour de la braderie, et elle m'a dit que c'était extraordinaire, « je n'ai pensé à rien pendant une demi-journée, je serai bien si je pouvais faire ça tous les jours ». Très clairement, moi je pense que c'est plutôt du côté social parce qu'on crée des conditions expérimentales de mal-être, donc je pense que c'est sur le contexte qu'il faut jouer, si les gens étaient moins déniés dans leur récit, passaient pas un temps indéterminé sans en connaître la durée à être coincé comme des rats...moi je pense très souvent au film *Mon Oncle d'Amérique*, le film de Resnais, sur les expérimentations de Laborit, on est là-dedans. C'est-à-dire que des gens qui ont déjà été traumatisés, on les remet en situation expérimentale de stress. C'est un facteur de risque global suicidaire, ce n'est pas spécifique. La perte de sens de l'existence est un facteur de risque suicidaire. Donc si je voulais le dire de façon plus scientifique, tout ce qui permet de diminuer la perte de sens de l'existence nous aiderait à limiter les risques, de façon plus globale. On voit bien comment c'est très très réactionnel. Alors bien sûr dans tous les gens qu'on reçoit dans cette population, un certain nombre a réussi à arriver malgré des gros troubles psychopathologiques, mais alors, moi si je suis dans ma file active deux schizophrènes décompensés, c'est un grand maximum. La plupart du temps je pense que les gens n'ont pas réussi à venir jusqu'à nous. Mais bon ils sont pas suicidaires ces deux patients. Mais les gens très très mal n'ont pas les moyens humains d'arriver jusqu'ici, en tout cas j'en fais l'hypothèse.

I2 : Oui pas forcément au niveau du soin, donc j'ai un peu le même sentiment que MP1, mais effectivement aider notamment ces familles, ces femmes seules avec leurs enfants, qu'on oublie pas que le bébé ne peut pas vivre tout seul, qu'il y ait un peu plus de moyens pour qu'elles puissent être un peu plus libres. A partir du moment où ils vont à l'école ça va, mais si y a pas l'école on se retrouve très vite... ne serait-ce que dans un entretien, on ne va pas aller raconter des choses terribles avec le gamin à côté. On les sent tout de suite complètement coincés, parce que y a l'enfant, elles peuvent pas

forcément partir de l'accueil de jour avec les gamins, aller en consultation, c'est des kilomètres par jour c'est impressionnant. On a là l'expérience toute récente d'une dame photographe qui s'est mise en immersion totale avec les gens migrants à travers l'accueil de jour, qui les a suivis, au jour le jour, elle a fait les mêmes pas qu'eux. Elle dit que le soir elle n'en peut plus ! Elle est lessivée. Donc c'est tout bête. On trouve des systèmes D, y a des associations qui existent et qui sont super, qui prennent des enfants quelques heures même si la maman ne travaille pas ... mais c'est toujours un système D. Y aurait quelque chose au niveau des enfants qui pourraient être plus entendus. Pareil pour l'accès au CMP. Je trouve que c'est très compliqué pour les suivis des enfants. Il y a quelque chose qui bute sur les enfants. Comme si les enfants qui ont fait l'exil ça existait pas. Ou alors on a trop peur, parce que du jour au lendemain la maman ou la famille risque d'être ailleurs, donc on engage pas de suivi. Enfin y a des réponses idiotes, ça n'a pas de sens. Je trouve qu'on fait un déni, comme si ça existait pas, qu'il a des enfants dans la rue, des enfants dans les centres d'hébergement, dans des situations précaires, et pourtant ils sont là.

MP1 : C'est vrai que dans une optique de prévention, tous ces gamins qui tiennent le choc, qui apprennent le français en 3 mois, qui sont bons à l'école... qui traduisent pour leurs parents dans les démarches – pas en entretien ça on fait gaffe – moi je suis...sans être inquiète de façon abominable, je me dis que pfiou ! Là y a un enjeu de prévention, en sachant que de toute façon les gens restent, ce sont des enfants qui feront partie de notre population quand ils seront plus grands. Il y a un enjeu de prévention sur la souffrance de la deuxième génération. C'est vrai que c'est pas spécifique par rapport au risque suicidaire mais on fait beaucoup de maltraitance sur la santé mentale, pas de toit, pas de boulot. Ça me faisait penser à autre film sur la maltraitance expérimentale avec privation sensorielle, je crois que c'est un film d'un cinéaste allemand, qui est très ancien, sur l'histoire nazie, où on met une mère avec son gamin, qu'on enferme dans une pièce blanche sans rien, et elle finit par frapper son même, parce qu'elle est enfermée des heures et qu'il pleure toute la nuit, elle finit par lui taper dessus, c'est une séquence cinématographique qui est insupportable et qui dure très longtemps, mais c'est vrai qu'on met des femmes en situation, pas forcément de maltraitance parce qu'elle sont pas toutes maltraitantes, mais des femmes qui n'en peuvent plus de devoir s'occuper de leurs gamins toute la journée toute la journée toute la journée, sans même la possibilité de se dire qu'elle pourrait ne pas le faire. Parce que vous avez des femmes qui s'occupent toute la journée de leurs gamins mais de savoir qu'elles peuvent, elles vont pas le faire, mais bon. Alors que là y a vraiment un côté pas possible, et ça participer à l'épuisement. Par rapport aux facteurs de risque généraux de mauvaise santé mentale, tout ce qu'on vous dit là entre en compte.

CS1 : Je dirai aussi que les équipes mobiles psychiatrie précarité n'ont pas été créées pour ce public, et ont dû s'adapter à cette prise en charge spécifique, devant une situation extraordinaire. Il y a donc un enjeu de formation important, et nous n'avons malheureusement pas encore la possibilité de faire profiter de formations spécifiques à tous nos professionnels.

CQ : Y a-t-il d'autres choses en lien avec cette problématique dont nous n'avons pas parlé ?

MP1 : Non...justement j'y ai réfléchi un peu en amont. C'était des trucs qu'on s'était déjà dit, qu'on était étonnés...enfin étonnés... oui moi je suis étonnée. Moins parce que je raconte des choses à ce sujet, mais quand j'ai commencé en 2010, je me disais parmi les choses qui vont être difficile, ça va être les gestes suicidaires... et je suis quand même étonnée, je fais le constat que ce n'est pas le cas, et que c'est très différent de mes deux autres pratiques qui sont donc la psychiatrie générale en hôpital public, et puis aussi comme I2 je fais des thérapies familiales systémiques. Y compris on a aussi beaucoup de couples qui se déchirent parce que l'exil c'est pas bon pour le couple, le fait de mariner dans un petit local, l'attente, les enfants, des fois ils ont dû partir à cause de leur histoire...c'est pas

top. Et ben, il n'y a pas non plus de tentative de suicide de type de rétorsion. On voit ça très souvent dans les histoires de séparations, mais là on ne voit pas ça, ce n'est pas ça qu'ils ont comme mode d'expression, sur 7 ans je n'ai vu aucune tentative de suicide de rétorsion.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 3 – 20/06/17

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'EMPP – PASS psy

Professions :

MP1 psychiatre

I5, I6 infirmiers

AS1 assistante sociale

P2 p 3 psychologue

EI1 étudiante infirmière

S1 secrétaire

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ - Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

P2 : Bon moi récemment il y a eu un patient, Monsieur X, qui donc lui est passé à l'acte, il s'est défenestré et il est décédé suite à ce geste. Et... c'était quelqu'un qui par son geste m'a surpris parce que ça n'apparaissait pas du tout dans les entretiens. Alors ça faisait un petit moment que je ne l'avais pas vu, avant ce geste, il était en reprise de contact, mais il y a eu des retards, dus à la complexité d'avoir un rendez-vous avec un interprète. Mais voilà, c'est un geste qui m'a beaucoup surpris, parce que même s'il se décrivait comme « nerveux », il disait beaucoup nerveux nerveux, euuh, mais il n'avait aucun scénario, aucune évocation même de la possibilité de passer à l'acte à un moment donné. Eventuellement de l'agressivité, ce dont il pouvait témoigner dans son discours, de l'hétéro-agressivité, mais y avait pas d'éléments dans le discours qui pouvait laisser penser qu'il allait faire ça.

I6 : Bah moi je vais rebondir sur ce que dit [P2], parce dans l'endroit où ce Monsieur s'est défenestré, en fait, qui est un centre d'hébergement d'urgence, est hébergée là-bas une patiente que nous suivons. Quand je dis « nous » c'est l'équipe, mais particulièrement [MP2], et moi qui la voit toutes les semaines pour lui donner son traitement, parce qu'en fait c'est une jeune femme qui a déjà fait une tentative de suicide, médicamenteuse, donc qui est passée par les urgences psychiatriques, une hospitalisation, qui est sortie parce qu'elle a refusé d'aller dans un pavillon autre que l'unité post-urgence, et qui nous a été adressée par l'association [association accompagnant des personnes concernées par la prostitution]. Cette jeune femme, qui d'ailleurs est passé à l'OFPPRA jeudi dernier, et que je devrais revoir demain, évoque quand même assez fréquemment je dirais, des idées suicidaires,

pensant que là on a beaucoup travaillé sur le fait qu'elle passe à l'OFPPRA, c'était très important, que la vie changerait certainement avec des papiers, et tout ça, et ce qui m'affole un peu c'est qu'elle dit « oui j'aurais peut-être les papiers, mais dans la tête ce sera toujours pareil, je serai toujours malade ». C'est une jeune fille qui a été dans un milieu de prostitution très avancée, de traite des êtres humains. Et elle était là le jour où le jeune s'est défenestré, elle l'a vu, ce qui a réactivé chez elle beaucoup de choses, le fait de rester en vie, pas rester en vie...

CQ : elle a pu vous en parler, de ce que ça lui avait fait vivre ?

I6 : Oui c'est elle qui m'en a parlé.

MP2 : Alors moi ça n'a rien à voir, c'est une autre vignette clinique. C'était un étranger, qui n'avait plus rien à perdre, qui m'a dit tellement qu'il n'avait plus rien à perdre, qu'il s'est fait sauter le bridge, qu'il l'a déposé sur le bureau, en disant « si j'ai pas ça, je me suicide », « si j'obtiens pas le logement et l'argent, je me suicide ». Voilà, une fois. Je ne l'ai pas hospitalisé. Et aux nouvelles, il a disparu de la circulation, mais n'était pas mort. Une autre vignette, c'est quelqu'un qui est venu ici parce qu'envoyé par la neuro, pour des douleurs persistantes, et l'interne l'a reçu, l'a trouvé tellement mal parce qu'il lui a dit « si je continue d'avoir ces douleurs, je me suicide, parce que c'est insupportable ». Elle a mis en place un traitement, et elle était tellement inquiète qu'elle a proposé une hospitalisation ce qu'il a refusé, et elle était tellement inquiète qu'elle l'a fait revenir aujourd'hui, alors qu'elle était en congé, en me demandant de la voir. Je l'ai vue, j'ai pu diminuer le traitement, et à priori je ne pense pas qu'elle passera à l'acte. Mais, ma collègue était suffisamment mal avec ça pour demander à ce qu'elle revienne.

I5 : Y a la situation de Mme C. Je n'ai pas été vraiment au début, mais j'ai entendu un peu du bruit dans le couloir, je suis sortie du bureau, et je t'ai vue, j'ai vu Mme C qui s'agitait, j'ai compris assez rapidement qu'elle avait tenté d'ouvrir la fenêtre pour se... donc voilà c'était une angoisse massive qui a duré dans le temps puisqu'elle nous a conduit toutes les trois aux urgences, où on a passé 4 ou 5 heures. Cette angoisse m'a permis de me rendre compte qu'il y avait énormément d'uniforme aux urgences, de personnes en uniforme, parce qu'en fait Madame était très persécutée, enfin apeurée, elle avait très peur de tout ce qui était uniforme, parce qu'elle était persuadée que le préfet allait la renvoyer. C'était après qu'elle ait appris qu'elle avait une OQTF...et puis il y a eu un coup de fil du pays pendant l'entretien, qui a réactivé l'angoisse dans le sens où elle a appris que son fils était malade. Donc voilà, après elle a été très entourée, on a tenté d'apaiser son angoisse, ce qui fonctionnait par intervalle, dès qu'il y avait quelque chose qui réactivait, ça remontait, jusqu'à ce qu'on ait pu la confier, et la faire isoler du reste. Je pense que ce qui a beaucoup apaisé, c'est le fait qu'elle soit isolée des autres dans une chambre aux urgences, et pris en charge de manière nominative, par une personne qu'elle a identifiée comme étant notre amie, une aide-soignante, qui a été suffisamment professionnelle pour la prendre en charge. Moi c'est l'angoisse massive qui me reste de cet épisode-là, une angoisse massive qui peut s'atténuer mais qui ne cède pas comme ça, qui a été réactivée pendant toute la soirée.

P3 : Alors moi j'ai en tête un entretien qu'on a eu tout récemment dans le cadre d'une permanence PASS, donc une personne qu'on a rencontrée pour la première fois. Un jeune homme, d'origine congolaise, qui nous a longuement raconté son parcours, il est en France depuis peu de temps, moins d'un an. Il nous a été adressé par une psychologue qui le suit dans un autre cadre, qui était inquiète par rapport à un risque suicidaire, donc l'adresse était plutôt orientée du côté d'une consultation médicale. Donc c'est souvent en lien avec des parcours traumatisants, qui à un moment donné, moi j'ai eu le sentiment qu'il commençait à peine à pouvoir verbaliser en fait ce qui s'est passé avant son départ, et

ce qui s'est passé après parce qu'il y a aussi des événements qui se sont déroulées à son arrivée en France, qui ont fait un peu redondance. Dans le cadre des entretiens psycho c'est des idées qui peuvent s'exprimer parfois aussi.

EI1 : X, lors du premier entretien. Un jeune homme qui exprimait clairement qu'il pensait à vouloir en finir. Et c'est vrai que c'est toujours difficile parce qu'on essaye, enfin moi je suis étudiante, on a eu des cours, on nous dit il faut vraiment poser la question franchement, pour le scénario aussi, on a toujours un peu la crainte de... provoquer quelque chose ou de donner des idées qui sont pas là. Et là on lui a vraiment demandé s'il voulait mourir, et il avait un scénario, très précis, il nous disait qu'il était au 5^{ème} étage et qu'il pensait sauter par la fenêtre, donc il y avait effectivement quelque chose de réalisable, un peu élaboré, qui alarme. Enfin c'est ce qu'on nous dit en cours, c'est que quand effectivement y a des choses qui peuvent être réalisables et élaborées, c'est là qu'il faut faire attention, mais c'est toujours le problème de comment est-ce qu'on évalue si le scénario est toujours là, et comment on tourne les questions, comment on les pose ? Et après derrière, c'est s'assurer qu'il y a un étayage en place, voir s'il y a des ressources, là en l'occurrence y avait une famille qui avait l'air bienveillante.

CQ : Quelle a été votre conduite à tenir à la suite de l'expression de ces idées suicidaires avec scénario ?

EI1 : Il a pu nous dire que c'était la famille qui était venue, qui l'entendait pleurer, qui entendait sa détresse donc qui est venu le chercher, pour pas qu'il soit isolé. Et nous c'était de vraiment lui dire que nous on était présents ici, de lui donner les numéros de téléphone, qu'il pouvait venir quand ça allait pas, de ne pas rester seul.

I5 : et puis y a aussi sa psychologue. En fait c'est un jeune mineur isolé, la psychologue qui le suivait, il avait déjà pu exprimer ces idées suicidaires auprès d'elle, et il nous a dit « mais la psychologue elle m'a dit que faut pas que je fasse ça » donc il avait entendu quelque chose de ce que sa psychologue lui avait dit, donc nous on a renchéri sur le fait qu'il fallait pas qu'il fasse ça. Après ce qu'on met en place dans ces situations-là, c'est des entretiens rapprochés, mailler le soutien autour, puisque la réponse de l'hôpital c'est pas toujours une réponse, finalement c'est rarement la réponse qu'on trouve.

AS1 : dans les entretiens sociaux ça arrive souvent, comme on parle de la réalité, des papiers, du futur. Les gens en général ils fuient un endroit parce que c'était plus vivable, et ça ils peuvent en parler. Alors moi j'essaie souvent de pas trop creuser, mais malgré tout ça prend beaucoup de place, parce qu'ils ont l'impression qu'il faut qu'ils justifient de pourquoi ils sont là, pourquoi c'était pas possible de rester là-bas, donc il y a des choses qui ressortent, sur la question de plus pouvoir vivre, de devoir abandonner sa famille et tout ça, c'est aussi la mort de quelque chose... en terme de plein de choses, quand on laisse tous ses enfants, tout ça... on sent plus beaucoup de chose qu'on a abandonné, donc on est déjà dans l'abandon de certaines choses de la vie. Et puis après quand on parle en terme de papiers, souvent les gens qui sont un peu dans le no mans land, qui savent pas trop ce qui va arriver, qui voient souvent des réponses négatives, qui voient l'entonnoir se rétrécir, du coup ils peuvent dire à des moments « si y a pas ça, si c'est un retour dans le pays, on préfère mourir ». Souvent on en parle en équipe, on essaye aussi de pouvoir rassurer les gens, sur le fait que ici ils peuvent venir, qu'ils sont vivants, qu'ils peuvent parler, que ça peut apaiser, que c'est normal aussi à des moments d'avoir envie d'en finir quand tout est trop compliqué, quand rien ne se simplifie, qu'il faut tenir le coup.

I5 : Ça me fait rebondir sur Monsieur O. qui est venu il y a 15 jours. Un monsieur qui allait plutôt bien, qui a été orienté, qui avait dit à MP2 que finalement depuis qu'il avait eu ses papiers – c'est un Monsieur qui a un parcours de ouf, et qui a retrouvé par hasard sa femme et ses enfants dont il avait

été séparé pendant son voyage d'exil, dans un parc, donc la famille a pu se reconstituer, c'était très dur parce qu'il allait vraiment pas bien du tout, mais de fil en aiguille il s'est mis à aller mieux – et il a obtenu des papiers, il a eu une protection subsidiaire de l'OFPRA, et il était auparavant en procédure Dublin, il sortait d'un réseau mafieux dans lequel il avait été pris en Italie, et du coup il y avait eu des incarcérations en Italie...enfin ça se règle au niveau administratif. C'est un Monsieur au début on le voyait qu'en anglais, là il parlait plutôt bien français, il était en formation. On avait voulu l'orienter, mais il avait dit à MP2 « en fait maintenant que j'ai des papiers, je vais mieux, les symptômes ça va mieux, je me sens mieux, j'ai pas besoin », et là il revient en larme, il avait reçu un courrier de l'OFPRA qui lui enlève sa protection subsidiaire parce qu'il a été incarcéré en Italie, alors qu'il venait de recevoir la protection quelques mois auparavant. Donc là oui, moi je l'ai reçu ici, et il a exprimé des idées suicidaires, donc je lui ai dit qu'il y avait certainement une solution, qu'il fallait pas qui s'inquiète, enfin qu'on était là, qu'il pouvait venir, qu'il fallait qu'il voit l'assistante sociale, se remettre contact avec un avocat, voir au niveau juridique...

AS1 : après c'est un petit peu recommencer les choses, lui dire de se rappeler. C'était un Monsieur qui était ultra trauma, il entendait des enfants pleurer de partout, quand il voyait une photo dans le bureau, il s'arrêtait, il disait qu'il y avait son bébé dessus, il pouvait crier, se lever, il était inquiétant. Du coup je pense que ça va pas être simple, je pense qu'ils vont lui retirer sa protection subsidiaire mais c'était un peu de pouvoir revenir en arrière, de lui dire « vous vous rappelez comme vous étiez mal avant, comme y avait plus aucun espoir pour rien ? Et puis finalement y a eu des choses », le côté aussi un peu magique, ou un jour il était dans le parc cet il voit des gamins jouer et il se dit « mais c'est qui ces gamins je les reconnais » et il me dit « j'ai retrouvé ma femme et mes enfants dans un parc » et moi je pense qu'il est délirant, et en fait non, il est tombé sur sa femme et ses enfants, ici. Donc voilà essayer de lui redire un petit peu « bah vous vous rappelez même ça, comme ça a semblé magique, nous on pensait que c'était parce que vous hallucinez, et puis ça allait très mal pour les papiers, y avait plus aucun espoir, vous pleuriez tout le temps, vous vouliez mettre fin à vos jours, et puis finalement aujourd'hui vous avez un appartement, vous avez eu des papiers, vous avez retrouvé votre famille...et là bah c'est l'horreur parce que ça recommence, mais si vous aviez pas eu tout cet espoir et que vous aviez tout arrêté d'un coup vous auriez pas vécu ça, alors là il faut se dire que les choses elles vont peut-être évoluer de cette manière-là ». Pour le coup je pense que ce Monsieur c'est un Monsieur qui pourrait passer à l'acte, qu'on pourrait apprendre qu'il a sauté du 4^{ème} étage...mais en même temps ce qu'il décrit aussi de ces idées d'en finir avec sa vie c'est parce qu'on lui coupe les ailes pour pouvoir vivre la vie qu'il voudrait vivre, et ça des fois c'est pas un motif... je sais pas comment dire mais médical..., ce qui peut nous être renvoyé c'est que c'est une question administrative, mais ça c'est toujours...ça rend un peu fou quoi.

I5 : D'ailleurs moi je suis toujours étonné qu'il y ait pas plus. D'évocation suicidaire, de passage à l'acte. Si tu veux y a des gens qui sont dans des parcours...moi ce qui me surprend toujours et en même temps auquel je crois c'est la force de vie, cette capacité qu'a l'être humain de surmonter, et de vivre. Mais y a des fois quand t'es témoin de certains parcours, que tu te projettes, évidemment sans l'avoir vécu, tu te dis « mais moi je préférerais mourir ».

CQ : Quelle place cela prend dans votre pratique, est ce que vous y êtes confrontés régulièrement ?

I5 : ah oui c'est fréquent.

(Hochement de tête des collègues)

I6 : Oui moi aussi je trouve qu'on y est souvent confronté, en tout cas l'évocation d'idées suicidaires.

AS1 : Après, on est confronté régulièrement à ça, et qu'on s'est aussi habitué d'une certaine manière, je sais pas comment dire mais blindé aussi par rapport au discours des gens, les gens quand on les voit...C'est vrai qu'on voit quand il y a des nouveaux venus, bah souvent ils s'affolent très vite, et souvent on se pose la question « est ce que nous on s'affole pas, est ce qu'on devrait s'affoler aussi vite, peut-être qu'ils ont raison de s'affoler vite et que nous en fait c'est juste parce qu'on s'habitue à entendre tellement d'histoire comme ça... ? »

P2 : Bah oui là par exemple le fait que ce se soit réalisé, c'est vrai que là dernièrement, quand il y a des évocations, je suis un peu plus... je suis un peu moins à l'aise avec ça. Dans mon écoute...d'un coup ça vient envahir quelque chose, avec vraiment quelque chose d'une idée de mort qui fait que c'est pas toujours évident de renvoyer quelque chose à la personne, des fois je suis un peu coi.

MP2 : alors toi t'es peut-être un peu coi, moi je suis un petit peu en difficulté, pour accueillir les internes, parce que j'ai eu une interne qui à un moment donné, à tellement entendu le désir de mort de, que cette interne en est ressortie assez effondrée, et puis quelque temps après j'ai entendu le généraliste me dire « il faut que vous voyez impérativement un Monsieur, il faut tout de suite l'hospitaliser tellement il est mélancolique » et je lui ai dit « écoutez, vu que vous habitez à tel endroit, je peux le voir dans les 7 minutes ». Je l'ai vu, et puis je ne lui ai rien dit, je l'ai simplement regardé en lui disant « et alors ? », et j'ai attendu. Et à moment donné la lèvre elle a bougé vite, et je me suis dit, et je lui ai dit « Monsieur, je ne crois pas en votre désir de mort, mais en votre besoin d'aide »... mais je me retrouve avec des collègues, je pense aux internes et je pense à mes collègues en général, qui entendent des choses qui sont extrêmement difficiles, et qui retournent à la maison avec un sac à dos lourd, qui peut éventuellement toucher le sommeil. Alors pour reprendre l'expression « est ce qu'on peut se blinder », on peut peut-être écouter effectivement différemment. J'ai moins peur d'une annonce de désir de mort de ces gens-là, que des gens bien installés tels que je les voyais par le passé en CMP. Je trouve que j'étais beaucoup plus prudent, peut être que j'ai un peu évolué dans mon activité professionnelle, même si j'entends une énorme demande de « j'ai besoin d'aide ». Des gens qui sont vraiment mélancoliques ?...avec tout ce qu'ils ont vécu je trouve que quelque part ils ont été pour partie comme nettoyés de la mélancolie parce qu'ils ont vu leur copains qui a été tués, ils se sont battus, c'est déraisonnable tout ce qu'ils ont été amenés à vivre, et il leur reste encore un petit peu d'énergie et un peu d'espoir, que nous suscitons peut être, ne serait-ce qu'en les recevant, en les rencontrant comme étant des personnes, avec parfois la barrière de la langue. Mais globalement je ne suis pas trop inquiet quand on me parle de ça, j'entends les difficultés, mais globalement, moi ça ne me déstabilise pas, comme ça pouvait me déstabiliser par avant.

P2 : Mais moi en règle générale ça ne me déstabilisait pas, mais là le fait qu'il y ait eu la réalisation récente, c'est vrai que voilà c'est quelque chose sur lequel depuis quelques semaines je suis un peu plus ...ça me titille un peu plus l'oreille.

I5 : Tu vois ça me fait rebondir ce que tu dis sur l'évocation suicidaire peut être comme demande d'aide, pour dire « c'est plus possible », mais y a quelque chose qui effectivement n'est plus possible. Et moi j'ai travaillé en addicto, et sur les retours post-soins, y a beaucoup plus de suicides chez les gens qui sont soignés en addicto que chez tous les gens qu'on voit ici, avec les mêmes années de recul. Alors peut-être parce qu'on a pas les retours, j'en sais rien en terme de chiffres, mais en tout cas j'ai l'impression d'être finalement moins confrontée sur ce poste-là aux suicides réussis que je ne l'étais quand je bossais en addicto.

I6 : Moi de même par rapport à un service d'hospitalisation de psychiatrie générale.

CQ : Quels sont selon vous les facteurs de risque principaux dans cette population ?

I5 : pour moi c'est plusieurs facteurs en même temps (*hochement de tête des collègues*). Par exemple je pense à ce Monsieur qui effectivement pourrait passer à l'acte, quand on le reçoit, et qu'on peut entendre sa souffrance, qu'on a de l'empathie, de la compassion vis-à-vis de ce qu'il vit, ça apaise, et je pense que les réponses sociales sont extrêmement maltraitantes sur des gens qui sont très fragilisés, et quand ils vont à la préfecture et que l'employé leur aboi dessus ou les traite comme de la..., ça en rajoute sur des facteurs pathologiques, peut-être du trauma. La maltraitance sociale en tout cas est dans leur parcours, la perception qu'on a d'eux, et qu'ils finissent par avoir d'eux même, c'est-à-dire comme étant des êtres...enfin voilà... Quand on parle de migrants on parle de migrants, pas de personnes migrantes, ça définit, c'est un peu comme si on définissait les schizophrènes comme étant tous les mêmes, c'est pareil les migrants c'est les migrants, c'est une espèce de grande catégorie dans laquelle leur subjectivité est assez niée. Qui ils sont finalement comme personne ?

P2 : Y a une toile de fond sociale qui est toujours présente. Après là pour le Monsieur dont je parle, alors j'ai pas eu d'éléments concrets, mais à priori y avait déjà cette toile de fond, et puis des pierres qui se sont rajoutées, qui ont lesté encore un peu plus tout ça. Des examens somatiques, moi je l'avais orienté vers des examens somatiques parce qu'à un moment donné dans son parcours dans son histoire de vie visiblement quand il était traité pour des problèmes gastriques, il allait mieux, il était plus apaisé. Et à priori il avait quelque chose, sans doute une maladie grave à ce niveau-là, on en a pas su plus...et donc ça plus ça plus ça, à un moment donné...

MP2 : Comme facteur aggravant, y a des conditions familiales, y a des mamans qui sont très épuisées, très très très épuisées, qui sont à certains moments qui ne voient plus rien, et qui en ont en plus des enfants en bas âge qui sont soit malades soit épuisés, et qui trouvent que c'est injuste que leurs enfants souffrent comme ça. Et là effectivement je crains le suicide comme on disait altruiste, et/ou l'homicide altruiste. J'ai été un peu fatigué dans la prise en charge d'une dame, que je ne vois plus, pour laquelle la notion de faire un Bricker à son fils qui avait 6 ans, donc une vessie artificielle, avec tout ce que ça représentait. J'ai dit à P3 ce serait bien que tu vois cette dame, il y a donc tout un travail d'accompagnement qui a pu être fait ici, mais extrêmement lourd. Je pense qu'elle aurait été facilement hospitalisée dans d'autres circonstances sans cet accompagnement, tellement c'était catastrophique ce qui lui arrivait. Ce sont des circonstances qui m'alertent. Il y a aussi par moment la notion de prise de produits, des gens qui prennent des produits pour dormir, mais qui prennent des produits de la rue, et ne savent pas exactement ce qu'ils vont prendre.

I5 : Moi je parlais de la maltraitance sociale, on peut parler aussi de la maltraitance hospitalière concernant ces personnes-là, pour lesquels le statut de migrant domine par rapport au statut de souffrant, de malade. L'hôpital psychiatrique en premier je pense quand même, c'est extrêmement compliqué d'avoir des réponses, alors je me pose la question, est ce que quelque fois aussi dans la projection leur histoire c'est tellement compliqué qu'on se dit que si on met le doigt dedans, on est foutu... une souffrance à laquelle on sait bien que nous soignants on peut pas tout. Même si on peut prendre en charge une partie. Alors est ce que c'est ça ? Le fait de se dire de manière inconsciente « on peut pas tout pour eux, donc... », est ce que c'est la politique hospitalière actuelle, enfin je pense qu'il y a différents facteurs. Il faut savoir quand même qu'il y a des gens qui renoncent aux soins parce qu'ils sont maltraités pour de vrai, une fois que la PASS c'est fini, nous ou la PASS somatique d'ailleurs. On parle beaucoup de passage dans le droit commun, mais on a un sacré boulot à faire... j'ai l'impression que beaucoup de ceux qui les accueillent c'est surtout la médecine générale, qui sont finalement assez présents dans leur parcours, certainement très démunis aussi dans les réponses. Mais pour aider ces personnes-là, on est pas beaucoup épaulés par notre institution.

CQ : Y a-t-il selon vous des facteurs protecteurs particuliers ou retrouvés fréquemment dans cette population ?

MP2 : Quand je les sens vraiment épuisés, et que ça m'inquiète... Je crois pas tellement à la médication. Je l'utilise, mais elle seule ne suffit pas. Il y a un côté magique de l'attestation de consultation. J'explique que je n'ai pas tout pouvoir, que la probabilité que ça puisse déboucher sur quelque chose qui les aide n'est pas certaine... mais dans la façon dont je rédige, dont je prends je prends le temps de rédiger, dont je m'implique et dont je deviens quelque part pour eux un référent sage et bienveillant, je pense que ça peut aider les gens, à passer un cap. Mais il ne faut pas tromper les gens quand on fait un certificat !

I5 : La famille c'est un facteur protecteur, qu'elle soit ici ou qu'elle soit au pays. Les gens pensent à leurs enfants qu'ils ont laissés, ou à leurs enfants qui sont ici. Je pense que la famille, les gestes de la vie familiale...d'ailleurs quand on allait dans les camps, ça me surprenait beaucoup, je trouvais que les femmes elles étaient beaucoup moins déprimées que les hommes, parce que y a ces espèces de gestes...on peut gueuler que c'est nous qui faisons le boulot mais finalement ça nous sauve (*rires*)... de faire la vaisselle, de faire la lessive, de torcher des gamins...ça les tenait debout. Alors que les hommes étaient pour beaucoup très démunis, avec pas d'existence sociale, pas de place sociale, beaucoup plus en souffrance. Ils se retrouvaient dans rien, dans cette histoire d'exil, alors que pour les femmes y a toujours ces gestes-là, faut toujours faire ça, et ça c'est un facteur protecteur.

P3 : La religion. Nombreux sont les migrants qui fréquentent un culte, et qui expriment qu'ils s'accrochent à la croyance, et en même temps à l'environnement social que ça crée, le fait de se rendre à l'église tous les dimanches...Moi dans les entretiens que j'ai, ce sont beaucoup d'hommes d'ailleurs qui me reviennent en tête, beaucoup fréquentent un lieu de culte et exprime l'étayage que ça représente.

P2 : La communauté. Quand ça se passe bien avec la communauté. J'ai l'impression que la notion de groupe fait beaucoup, que ce soit le groupe familial, le groupe religieux, ou le groupe ethnique. A [ville où travaillait précédemment P2] c'était d'ailleurs notre parti pris, on avait fait ce travail en CADA où on ne pouvait pas travailler en individuel, on faisait du groupe, on a eu des histoires lourdes, avec des évocations de mort. Et la notion de groupe venait réintroduire la personne dans la question des rapports humains, en acceptant ses faiblesses. On peut pas toujours être fort mais on peut compter les uns sur les autres et faire des choses ensemble.

I5 : l'appartenance aussi...même nous, je pense qu'on est un facteur protecteur. Notre équipe. C'est un peu ce qu'on a fait autour de Mme C, quand il y a des gens qui sont en grande détresse, on essaye d'être vraiment en équipe, d'étayer en équipe, d'envelopper ensemble...

P3 : Envelopper, et l'ancrage aussi

MP2 : et sans tarder. C'est pas « on verra dans 4 semaines », vous êtes hyper réactifs en tant qu'équipe.

CQ : Y a-t-il selon vous des profils de patients migrants ou des périodes particulièrement à risque de conduites suicidaires?

P2 : La période de sortie de l'hiver peut être.

MP2 : d'expérience j'ai eu beaucoup ça. On voyait flamber les demandes, le ras le bol, l'épuisement, la panique, à cause de la sortie de l'hiver, la fin du dispositif hivernal avec le risque de mise à la rue.

AS1 : oui, la fin de l'hébergement.

P3 : quand ils sont déboutés de tous leur droits aussi. Il n'y a plus de représentation d'espoir à laquelle se raccrocher, et la crainte d'être arrêté, renvoyé au pays, la crainte de ne plus avoir de place en France, la crainte de se dire mais finalement qu'est-ce que je vais faire, où je vais aller ? C'est souvent des moments de décompensation quand ils arrivent en fin de procédure.

AS1 : Je dirai même encore plus la question de l'hébergement. Des fois on voit des gens qui ont des papiers, des titres de séjour étranger malade, ils attendent ça...et puis quand ils ont ça ils s'aperçoivent qu'en fait y a pas de droit de travailler, pas droit à des ressources, qu'il y a pas spécialement d'hébergement...et là c'est aussi des moments qui sont très difficiles parce que c'est comme s'ils avaient récupéré le...sésame, et puis qu'en fait le sésame il ouvre rien du tout, ça c'est difficile.

MP2 : Et puis cette difficulté à avoir du lien avec la famille. Par moment la famille n'est pas contactable et le dernier contact était inquiétant, on a dû fuir, il y a eu de la maladie...et là pas de nouvelles. Alors en plus parce que c'est multifactoriel, le contexte du voisinage, une bagarre, on vous a piqué votre vélo, cassé vos lunettes ou je ne sais quoi...tout ça...mais au départ, le cœur de leur grande difficulté c'est la chair de leur chair qui est en difficulté, et eux qui ne peuvent pas aider à ce moment-là, alors là c'est un facteur inquiétant. De plus, il y a cette notion avec la durée. Parce qu'on a quand même des gens qui sont dans des procédures...d'espérance pendant 3 ans, pendant 4 ans, et tac ! leur fils, leur fille devient majeur, qui était dans une dynamique, une scolarité, des amis... vous devenez majeur et à ce moment-là « hop, OQTF pour vous ». Pour les familles ça c'est incompréhensible, comment on peut rester aussi longtemps, et puis voir ses enfants qui se font exclure. Pour ça, le contexte familial est un contexte qui peut être à la fois protecteur, et motivant « il faut tenir quoi qu'il en soit » mais également par moment insupportable. Et je suis étonné qu'il n'y ait pas plus d'attentats...

I5 : Oui... pas de nouvelles de la famille, mais aussi trop de nouvelles sans pouvoir rien faire. Ça aussi c'est extrêmement violent. Parfois je me dis finalement, je ne sais pas si ça serait pas mieux qu'il y ait moins de contact. Le contact permanent mais où en fait les gens sont là et ne peuvent rien faire quand ils apprennent des trucs du pays...

P3 : Il y a aussi les cas, je pense à cette dame dont l'enfant est malade, qu'on a suivi pendant longtemps. L'état de santé fluctuait...et c'est vrai qu'il y a eu des moments de grand désespoir, dans un contexte de grande précarité, matérielle, avec à deux trois reprises la menace d'être expulsé de l'appartement, un enfant malade... c'est des moments aussi où on peut être inquiets sur la manière dont cette dame peut gérer ces moments extrêmement angoissants.

I5 : Et pour le coup elle a vécu la maltraitance hospitalière...elle a même entendu qu'elle faisait croire que son gamin avait un cancer pour avoir des papiers en France.

CQ : face à ces idées ou conduites suicidaires, est ce que vous pouvez vous aussi avoir le sentiment d'être manipulé, ou que les propos sont exprimés pour obtenir quelque chose ?

I5 : Oui ça arrive. Et moi je me souviens que MP2 a dit un truc qui moi m'est toujours resté, c'est « même quelqu'un qui simule c'est quelqu'un qui souffre ». Et quand j'ai des idées comme ça je me ramène ça. Je me dis effectivement peut être qu'il raconte ça pour... mais en fait il en est réduit là, il en est réduit à ça. Mais oui bien sûr, enfin moi personnellement bien sûr ça m'arrive d'avoir ces idées, je pense qu'effectivement il y a des gens qui utilisent ça pour...

P2 : oui, un chantage au suicide...

CQ : quels sont vos autres ressentis face à ces idées ou conduites suicidaires ?

I5 : L'impuissance oui. La colère. Contre les institutions, contre le pays dans lequel tu vis, en te disant « mais c'est pas possible ! »

P2 : la peur

AS1: et puis des fois se dire « ah mais quand même ! »...parce que je sais pas comment dire mais des fois tu te dis c'est parce qu'il y a eu tellement de trauma qu'ils parlent pas de se foutre en l'air, c'est qu'ils se sentent même plus humain et que du coup la question de la vie et de la mort elle existe plus pour eux. Parce que quand ils te racontent des trucs, moi je m'imagine que je me serais foutue en l'air depuis bien longtemps, ou j'aurais complètement décompensé... et des fois quand ça sort, quand ça s'exprime, tu te dis qu'il y a de nouveau quelque chose de vivant aussi. Même si on évoque la mort ça veut dire qu'on se sent vivant. On s'habitue, on s'habitue à tellement de trucs, tellement d'histoires, que à des moments quand les gens disent « j'ai envie de mourir » ça nous ramène au fait que c'est pas habituel en fait tout ce qu'ils te racontent.

EI1 : Moi, quand parfois on a des situations où ils nous disent qu'ils ont envie de mourir et qu'on a ce ressenti que peut-être ils disent ça parce qu'ils pensent que ça va servir leur cause, il y a aussi de la culpabilité. Je pense ça mais dans mon rôle je devrais pas penser ça, où est passée la bienveillance ? Y a un peu de l'ambivalence, le sentiment qu'on ne devrait pas penser ça.

AS1 : et puis des fois de plus en pouvoir, d'entendre sans arrêt les gens comme ça, d'être dans le jugement. On voit bien quand il y a beaucoup d'entretiens sur les PASS, les derniers on minimise aussi ce qu'ils disent, parce qu'à un moment on peut plus entendre. On peut se dire que si on en est réduit à essayer de manipuler l'autre avec notre envie de mort ou de vie, c'est qu'on est en souffrance, et faut essayer de se ramener à ça. Des fois on est pas là-dedans, on se ramène pas à ça et ils nous énervent du coup, on les déteste.

MP2 : Parfois, on rentre chez soi avec un sac à dos un peu lourd. J'ai connu dans l'équipe du personnel qui était en difficulté.

AS1 : tu peux même dire qu'on en a pas connu qui étaient pas en difficultés, je pense que aucun d'entre nous peut dire qu'il n'a jamais été mis à mal par les situations.

MP2 : Et moi j'ai été en difficulté aussi avec les interprètes. Parce qu'à certains moments j'avais des relations de confidences avec certains interprètes, qui n'avaient pas beaucoup de temps pour débrief. Ils entendaient des horreurs, ensuite ils entendaient des trucs purement administratifs. Et puis j'ai eu à accompagner la mort, une dame était en train de mourir d'une leucémie, dans la clinique d'à côté. Elle ne parlait pas français, j'allais donc régulièrement pour la voir, et c'était très difficile pour l'équipe de voir une jeune femme en train de mourir. Ils demandaient de l'aide. J'y suis allé, mais j'étais un peu gêné par la distance. Cette dame me tombait dans les bras, devant son mari, elle musulmane. J'étais dans une place un peu à part. Par moment, avec ces gens que je côtoie, je suis physique. Je le déconseille aux internes, pour des raisons diverses, mais il y a des moments effectivement dans la relation à l'autre, je n'ai pas de mot, le timbre de ma voix je ne le maîtrise pas, il ne me reste que la manière d'être dans l'accompagnement, dans la poignée de main, dans la main sur l'épaule. Je sais que c'est vraiment la galère pour eux, que ça peut être dur, mais est-ce que c'est pour exprimer que je ne les laisse pas tomber ? Mais pour moi ça peut contribuer à me tranquilliser d'avoir pu être dans ce geste chaleureux bienveillant, alors que eux ils vont aller dans la galère, moi sur mon vélo électrique,

moi dans le jacuzzi et eux dans leur merde, et néanmoins avoir été dans une relation un peu particulière à ce moment-là.

AS1 : Moi je le retrouve tout à fait, je trouve qu'on est beaucoup plus dans la proximité physique. A des moments on a tellement rien, que du coup à part poser une main sur l'épaule, serrer fort la main pas la lâcher tout de suite, taper sur l'épaule en disant que ça va aller.

P3 : il n'y a pas de mot, est c'est une forme de relation d'étayage aussi, par ce contact physique

AS1 : oui et puis je pense que ça nous convoque aussi, malgré le fait qu'on est des professionnels, sur des choses qui sont de l'ordre de l'humanité, d'être frères hommes, pas que sur la question de la maladie, du patient, de tout ça, parce qu'on a aussi beaucoup de gens où on se dit « mais dans une telle situation, nous aussi on aurait besoin d'une équipe de psychiatrie précarité ». Alors que quand on est pas schizophrène, on se dit moins quand on est avec un schizophrène que nous aussi on pourrait... On est aussi dans des réactions qu'on pourrait avoir vis-à-vis d'un ami, à qui on a pas de réponse à donner...

P3 : je crois que ça contribue, dans une histoire, dans un parcours et dans un protocole administratif qui déshumanise tellement, ce contact physique c'est remettre effectivement une dimension de sujet à sujet. Je pense qu'on est tous appelés à passer par ce contact.

Partie 3 : ressources

CQ : L'évaluation du risque suicidaire fait-elle partie de votre pratique courante ?

I5, I6, MP2 : oui

CQ : Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ? Quels obstacles peut-il y avoir à cette bonne évaluation ?

I5 : La langue essentiellement

As1 : oui la langue. Après je pense qu'on est une équipe pas mal étayée et du coup on a aussi la possibilité de revoir les gens rapidement, de demander conseil, de mixer les professionnels qui vont les revoir, c'est important qu'on puisse avoir cette latitude-là.

MP2 : Je trouve qu'entre collègues, on se dit aussi de faire attention, parce que y a des gens qui se donnent à voir d'une certaine façon, et puis face à d'autres peuvent donner une autre facette. Le fait de pouvoir échanger entre nous assez vite, c'est opportun.

CQ : Quelle est pour vous la place de l'interprétariat dans ce contexte ?

P2 : ça dépend un petit peu de la façon dont l'interprète est traversé par les propos. On est pas toujours en confiance avec des interprètes, parce qu'il peut y avoir des choses amplifiées, déformées, tues par la propre perception de l'interprète.

I5 : oui il y a des interprètes qui se mettent à consoler la personne...

P2: oui, ça peut être compliqué.

I5 : c'est pas la question la plus simple à évaluer avec un interprétariat je pense

CQ : Quels autres obstacles peut-il y avoir à cette bonne évaluation du risque suicidaire ?

I5 : La culture ça peut être un obstacle, dans le fait d'exprimer. Comment on exprime, comment on exprime pas, comment les mots se disent, qu'est ce qui se dit, qu'est ce qui se dit pas... comment les choses peuvent être entendues ?

MP2 : Moi je dirai aussi la place du temps. Les personnes ne se révèlent pas tout de suite. Il y a le temps d'entrer en relation, le temps d'entrer en profondeur, le temps de pouvoir déposer, se confier. Il y en a qui nous ménagent, pour des raisons très diverses, alors qu'ils repartent avec de sérieux problèmes qu'on ne découvre qu'après alors qu'ils existaient. C'est important d'avoir suffisamment de temps. Il y a le temps verbal, et il y a le temps visuel. Le fait de pouvoir voir les gens autour de leur petite consommation, de voir comment une porte s'ouvre ou se ferme, prendre ce temps nous permet effectivement d'être avec.

I5 : La question culturelle me fait penser aussi que c'est pas une évidence, le soin. Et le soin psy c'est pas une évidence pour tout le monde. Pour nous c'est vraiment évident qu'on leur veut du bien, mais pour eux c'est pas forcément évident. (*rires*) Et puis comme tu disais s'épargner, il y a des gens qui nous livrent des choses et puis qui s'excusent de nous les livrer, qui ne veulent pas nous envahir comme si c'était contagieux, ou je ne sais pas ce qui se passe dans leur tête mais en tout cas qui veulent nous protéger de leur souffrance, et qui disent « non non mais ça va, ça va ».

P3 : et puis il y a des cultures où on se plaint pas, et du coup la souffrance se traduit par des plaintes somatiques. Donc il y a aussi ce qu'on peut recueillir de la plainte somatique pour interpréter les symptômes...psychiques.

CQ : Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire, en terme d'orientation médicale ?

I5 : Oui vers les urgences, vers une hospitalisation, les pompiers ça nous est arrivé.

MP2: la mise en place d'un pilulier et d'une surveillance particulière.

I5 : oui récupérer le traitement avec la personne à la pharmacie et gérer le traitement au jour le jour.

MP2 : il n'y a pas de protocole, on personnalise en fonction des moyens de l'équipe, de la clinique constatée, du contexte de vie de la personne, et pour cela il faut avoir les éléments.

I5 : Je me souviens d'une jeune femme congolaise qu'on avait fait hospitaliser, et finalement ce qui avait réussi à la faire accepter son hospitalisation, c'est quand on lui avait dit qu'elle avait pas à fournir les draps et qu'on lui donnerait à manger. C'est-à-dire que la représentation de l'hospitalisation au Congo c'est que faut la famille t'amène à manger, et faut amener ses draps. Et quand on lui avait exprimé que ça elle était dégagée de ça, elle avait accepté l'hospitalisation. Donc dans l'orientation vers une hospitalisation, y a tout un travail d'explications de comment ça va se passer, en espérant que ça se passe comme tu l'expliques (*rires*), et ça c'est une autre paire de manche.

CQ : Et vis-à-vis des travailleurs sociaux, de l'entourage, y a-t-il une démarche de contact, de mise en garde ?

I5 : Oui, avec l'autorisation de la personne, mais oui on prévient.

AS1 : oui voilà on dit on est inquiet, on va la revoir après-demain, mais s'il y a quelque chose....

I5 : n'hésitez pas à appeler le 15, ou les urgences...

EI1 : Oui on s'était assurés là avec le petit qu'il ne dort pas à la rue, qu'il ne soit pas seul.

AS1 : après c'est sûr que quand les gens sont dehors, c'est plus là où on va penser une hospitalisation, quand on voit quelqu'un qui nous inquiète et qu'on va laisser tout seul dehors avec toutes ces idées-là, on est pas tranquille.

CQ : Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations ?

Tous (*fortement*) : oui

CQ : Quels types d'obstacles rencontrez-vous? Comment les contournez-vous ? Lesquels sont les plus difficiles à contourner ?

I5 : on se tourne vers la médecine libérale. On essaye de vendre... on va voir nos collègues du CMP, on leur raconte l'histoire, on leur parle des gens. On essaye de les sensibiliser sur l'histoire de la personne, de valoriser aussi l'équipe et le boulot qu'ils font. Quand on fait des orientations sur le CMP c'est pas parce que les gens ont pas de droits c'est parce qu'on pense que vraiment y a besoin d'un étayage pluridisciplinaire. Une fois qu'ils ont rencontré la personne, ça se passe toujours bien. C'est les représentations, en plus des autres difficultés institutionnelles bien sûr, de file active...

P3 : et puis la barrière de la langue peut parfois freiner

I5 : oui avec la médecine libérale c'est ce qui freine clairement. Et puis les gens eux-mêmes font obstacle à leur orientation, ils nous aiment bien, ils veulent pas aller voir ailleurs. Et en ce moment on en a plein qu'on a orienté il y a quelques mois, et qui reviennent... Pour l'hospitalisation, il y a la peur, les représentations qu'ils ont eux-mêmes des autres. Pour pallier à ça on fait aussi des accompagnements physiques.

CQ : A quelles représentations de ces patients êtes-vous confronté, dans leur orientation ?

I5 : Qu'ils ne vont pas venir à l'heure à leur RDV, qu'ils simulent, qu'ils veulent des papiers. Qu'ils ont l'impression qu'ils vont être pris dans un cercle infernal au niveau des demandes de papiers alors que souvent c'est pas le cas. Quand on dit « notre AS va continuer le suivi » c'est plus simple, par exemple.

AS1 : ils ont cette appréhension-là souvent, de dire « mais on va les aider à aller mieux, mais après s'il y a pas de papiers... ça sert à rien de les aider à aller mieux », ils nous disent beaucoup ça les CMP.

I5 : et puis ils connaissent pas le réseau, donc ça c'est compliqué. Que ce soit les CMP ou les médecins libéraux, on dit toujours qu'on est là s'il y a besoin, disponibles.

MP2 : quelle est l'image des SDF dans les CMP ? Ceux de « chez nous » avec notre culture, c'est déjà assez compliqué. Alors si c'est pour prendre des autres dont le domicile est également fluctuant, parfois avec la barrière de la langue, ou de la culture, la bienveillance est relative.

I5 : je pense que ces représentations ne sont d'ailleurs pas tellement différentes de celles de la société civile.

CQ : d'un point de vue médical, mentionnez-vous le risque suicidaire dans d'éventuels certificats médicaux rédigés dans le cadre du certificat de vulnérabilité ou certificat étranger malade (ou courrier fait dans le cadre de cette demande) ?

MP2 : Je dirai que ça m'est arrivé. Jamais de façon complaisante. Parce que j'ai toujours le souci pour le fait que le certificat vienne de chez nous et que le dossier doit être crédible. Et cela je l'explique. Je dis « ce n'est pas parce que vous me dites ça, que pour autant je vais mettre l'accent là-dessus ». Après il y a l'utilisation qui peut en être faite, et la question de la responsabilité. Compte-tenu que j'écris cela, quels moyens en face, j'ai mis ? Donc il y a une sorte de travail en amont psychique qui conduit à pouvoir écrire ce certificat de façon éclairée.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

I5 : des lits d'hospitalisation de surveillance. Pas beaucoup, mais quand on a besoin d'une surveillance. Dans la collaboration avec les collègues hospitaliers. Des relais... passer 5 heures aux urgences, on peut pas toujours le faire, donc des solutions pour se passer le relais.

P2 : Sur la question de l'interprétariat. Se poser la question d'avoir des interprètes professionnels formés en santé mentale, ça peut être une piste intéressante.

I5 : D'ailleurs on le voit, quand les gens sont issus du social ou du soin. Pendant longtemps on a eu une infirmière bosniaque, c'était un plaisir de travailler avec elle.

MP2 : On a pas particulièrement évoqué la place de la médication. Mais à ce niveau nous avons quand même l'aide de la convention passée avec deux pharmacies libérales, ça c'est un privilège parce que tout le monde n'a pas ça. Ça c'est très aidant. Le deuxième aspect c'est aussi d'avoir du temps de psychologue formés et sans limitation du nombre de séances. Les permanences PASS proposant un temps d'écoute sans RDV, ça c'est à privilégier aussi. Nous avons cette chance. J'ai quand même un souci qui est celui du recours aux examens complémentaires. Car les psychotropes nécessitent parfois une surveillance par des examens complémentaires, et ça pour les obtenir... !

CQ : Avez-vous d'autres choses qui vous sont venues en pensant à ce sujet ?

I5 : Je trouve que le fait qu'on soit en lien de manière régionale autour de cette question c'est vachement important aussi, par les interventions, les journées des EMPP, les journées d'étude ORSPERE, des lieux où on peut partager notre clinique. Ça permet de pas être trop plombés par tout ce qu'on peut pas, de faire circuler aussi ce qui est vivant.

P2 : Et la supervision. Savoir qu'on peut compter sur un espace d'élaboration à plusieurs.

MP2 : Et le temps de réunion, on a mis en place un long temps de réunion qui est capital pour échanger sur nos prises en charge. Il peut paraître très important par rapport à d'autres structures, mais il est très précieux dans notre cas.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 4 – 27/06/17

Partie 1 : description de l'échantillon :

Population : équipe de soins – Centre de santé local d'une association de solidarité internationale

Professions :

MP3 médecin psychiatre

M1 médecin (médecine interne et médecine générale et coresponsable de la structure)

AS2 assistante sociale

I7 infirmière

EI2 étudiante infirmière

CP1 chargée de projet

CQ : Accès ou non à l'interprétariat :

CP1 : On a une convention nationale avec [association d'interprétariat] qui nous permet d'accéder à une plateforme d'interprétariat par téléphone. On a eu dans le passé contacté ponctuellement [association d'accompagnement des personnes étrangères] pour de l'interprétariat physique, mais c'est plus compliqué depuis quelques années parce qu'ils ont moins d'interprètes disponibles. On a la possibilité d'accéder au système [service d'interprétariat] financé par l'ARS, projet expérimental d'accès à l'interprétariat, mais au niveau administratif c'est un petit peu compliqué puisqu'il faut réserver la demande d'interprétariat minimum 48 heures à l'avance avec l'envoi d'un fax ou d'un mail, et comme nous nos 4 demi-journées de permanence se font sans rendez-vous, on ne sait pas de quelles langues on va avoir besoin à quel moment, donc réserver des interprètes c'est un petit peu compliqué. Le seul créneau sur lequel ça peut être possible c'est pour ce qui est des entretiens avec des psychologues, mais on a très peu utilisé ce système là parce que ça nécessite une coordination entre plusieurs agendas (patients, psychologues, interprètes) donc pour l'instant l'accès au téléphone direct c'est ce qui nous paraît le plus simple.

CQ : Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

CP1 : Ça a été proposé aux équipes, mais les équipes ne s'en sont pas saisi. C'est-à-dire que pendant un an on a financé ces séances d'analyse de la pratique. On a une équipe de 70 bénévoles, et en fait il y a moins de 5 personnes qui se sont mobilisées sur ces temps, et finalement on y a mis fin en décembre dernier puisque ce n'était pas un besoin exprimé par les équipes.

Partie 2 : Perceptions de la problématique

**CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à des conduites suicidaires (tentative de suicide, suicide) chez des patients migrants en situation de précarité ?
Pouvez-vous me raconter une situation clinique marquante?**

AS2 : Alors comme ça ça me vient pas...

I7 : Moi j'ai un souvenirs mais il est très vieux, c'était avant la mise en place de l'équipe psycho, à l'époque des psycho libérales, une qui était arrivée en disant « il faut faire quelque chose, elle va se suicider, elle a des idées suicidaires » et qu'elle voulait pas l'envoyer aux urgences, et que nous c'était tout ce qu'on avait à lui proposer, les urgences psy, et qu'elle voulait pas, et qu'on lui avait dit « bah si tu veux pas, à ce moment-là tu l'emmènes chez toi »

CP1 : Oui je m'en rappelle. Ce qu'elle disait, c'était que si la personne voulait se suicider, c'était parce qu'elle en avait marre de dormir dehors, il y avait un lien avec la question de l'hébergement.

I7 : Je me souviens plus du motif, mais en tout cas la seule solution concrète qu'on avait à cette époque-là c'était qu'elle l'envoie aux urgences et qu'elle voulait pas l'envoyer aux urgences. Et pour finir je ne sais plus comment ça s'est terminé... Autrement y avait la dame qu'on a du héberger à l'hôtel là, qui était pas franchement suicidaire mais qui était franchement déprimée, qui ne verbalisait pas forcément qu'elle avait envie de se suicider, et ça s'était soldé par une mise à l'abri par un hébergement à l'hôtel. C'est les deux seules situations dont je me souviens.

AS2 : Moi j'ai plus un Monsieur, mais c'est actuel, qui effectivement... Alors lui il est en situation irrégulière, donc il a pas le statut de demandeur d'asile, et il se retrouve sans travail, parce qu'avant il avait un travail au noir. Il a plus de travail, il a plus d'hébergement, et le fait d'être dehors continuellement l'use, et il n'en peut plus. Et il refuse effectivement de revoir un médecin ou un psychologue ou un psychiatre. C'est quelqu'un qui a été hospitalisé 3 mois à l'hôpital psychiatrique, justement suite à une période de dépression, qui en est sorti à sa demande parce qu'il se trouvait trop shooté, et incapable de faire quoi que ce soit, alors que c'était un Monsieur qui avait toujours été actif même sans papiers, et qui là, refuse toute accroche. Il a un médecin traitant mais il ne veut même pas aller le revoir, il veut pas les psychos ici, il veut pas voir le médecin ici quand ça va pas, il refuse tout cachet, mais il ne va pas bien, donc il vient tous les jours me voir. C'est le seul moyen qu'on a pour être sûr que...mais effectivement il est à la rue, et il supporte pas d'être à la rue. « Pas manger, pas avoir mes papiers tout de suite, oui. Mais dormir dehors, non ». Et il veut surtout pas dire sa situation aux gens qui le connaissent. C'est un Monsieur qui effectivement moi m'inquiète, et du coup il est en refus de tout. Après il connaît les acteurs, c'est pas quelqu'un qui est dans l'ignorance, il sait aller chez son médecin traitant si vraiment ça va pas, mais il veut tellement éviter d'être mis sous traitement que pour le moment il est dans ce refus. Il est vraiment très limite.

MP3 : Ce qui m'avait posé problème moi, c'est l'évaluation du contexte dépressif. On trouvait normal qu'ils soient pas bien, qu'ils soient comme ci, qu'ils soient comme ça, sans qu'on puisse concrètement parler d'état dépressif, et là-dessus il pouvait y avoir l'expression d'une idée suicidaire, qui pouvait tout aussi bien donner lieu à un passage à l'acte même en l'absence de contexte dépressif, ou qui pouvait être au contraire canalisée par le syndrome dépressif. C'était plus dangereux d'avoir un contexte apparemment pas dépressif mais seulement relié à des problèmes concrets, dormir, manger, et puis pof ! une impulsion suicidaire qu'on avait pas vu venir. Ça c'est le souvenir des patients que j'ai vu. Par contre il y avait il me semble une espèce de canalisation qui protégeait momentanément du passage à l'acte s'il y avait quelque chose qui pouvait s'organiser et s'exprimer sur une modalité dépressive autre que « j'ai faim, j'ai soif... ». Donc déjà ça ça posait un problème pour évaluer ce qu'on peut qualifier d'état dépressif ou pas par rapport au patient qu'on a en face de nous. Et puis se pose la question du langage, c'est-à-dire quand je dis que souvent le patient est protégé de son impulsion suicidaire par le recours au langage, un langage efficient qui n'est pas lui-même un passage à l'acte, alors là les problèmes de langage c'est compliqué. Ça demande des critères d'évaluation clinique, de ressenti, un peu nouveaux par rapport à ce qu'on a pu apprendre à la fac et ailleurs. Voilà c'était ça qui m'avait un petit peu surprise, comme contexte clinique.

M1 : Je n'ai pas grand-chose à dire parce que de pratique, en tout cas je crois que je n'ai pas été confronté à ce genre d'interrogations, ou en tout cas je ne l'ai pas vu. Ce qui n'est pas impossible. Parce que les expressions sont surtout, enfin ici initialement, surtout somatiques, et secondairement psychiques, et toujours légères, en tout cas sur des entretiens qui ne sont pas répétés.

CQ : est-ce que sans que ces idées soient exprimées, cela vous arrive d'avoir cette inquiétude sur le risque de passage à l'acte d'un de vos patients ?

AS2 : Oui oui. Au moins une fois par mois il y a eu cette crainte. Ça a été du coup surtout une réflexion en équipe pour se dire « qu'est-ce qu'on peut lui proposer en sortant d'ici ? » pour être sûrs qu'il y a un lieu. Parce que quand tu fermes à 17h30 ou 18h, c'était le risque...et donc ça a souvent été une mise en place d'un accompagnement sur une autre structure qui reste ouverte plus tard, ou appeler le 115 pour que la maraude passe le voir à telle heure à tel endroit, être sûrs qu'il y ait des points de repères pendant la soirée qui soient efficaces, quand il n'y a pas eu de place. Des fois il y a pu avoir une mise à l'abri à l'hôtel, quelques nuits, mais c'est exceptionnel. C'est essayer de se dépatouiller pour qu'il y ait quelque chose qui soit mis en place dans la soirée, un point de repère.

MP3 : Le facteur solitude intervient beaucoup, on en a pas encore parlé, mais c'est important de repérer s'il y a un étayage ou pas.

AS2 : Les personnes avec qui ça s'est passé, ce sont des gens qui ne sont pas en groupe. On en a beaucoup quand même qui sont en petits groupes de 3 à 4, qui se regroupent par origine...et là c'est vraiment des personnes isolées, qui veulent pas aller vers les autres, qui sont déjà très renfermées, qui ont peur de beaucoup de choses...et qui sont arrivées depuis très peu de temps. On est pas sur des gens qui sont depuis plus de deux mois, c'est souvent des gens qui sont là depuis moins de 15 jours, très peu de temps. Des situations qui nous inquiètent, je pense qu'on en a au moins une par mois oui. Après ce qui est intéressant c'est qu'on a des psychologues, si elles sont là ce jour-là, ça peut être relayé tout de suite avec la psycho qui peut nous aider nous à border les choses, qu'est ce qui est le plus efficace de mettre en place. Ça peut être une orientation tout de suite vers le médecin, pour voir éventuellement la mise d'un traitement ou pas. Donc c'est le fait de travailler entre nous et de se dire comment on peut borner la sortie d'ici.

CP1 : Dans ces situations que tu évoques, c'est ceux qui ont un peu ce syndrome de la désillusion, non ? Qui arrivent un peu ici, on leur a dit....

AS2 : ouais... la fatigue aussi, l'usure. Pas forcément la désillusion, enfin ils l'expriment pas forcément comme ça. Y en a oui. Mais le facteur déclenchant c'est aussi de dormir dehors, pour certains c'est ça.

CP1 : oui pour ceux qui avaient la certitude qu'ils obtiendraient un hébergement, une protection, et qu'en fait non...

AS2 : après c'est aussi d'être dans un univers qui détonne avec ce qu'ils ont connu.

CP1 : Moi il me semble que ce qui est compliqué aussi, alors moi je suis pas en contact avec les personnes, mais je suis à l'écoute de ce que me disent les équipes, ce que j'entends aussi souvent c'est que les personnes vivent mal le fait que leur histoire est mise en question, mise en doute, qu'ils doivent apporter la preuve de ce qu'ils ont vécu, notamment au travers du récit, ce qui va être explicité après dans l'entretien OFPRA...je crois que c'est une période qui est très très difficile pour les personnes.

CQ : vous diriez donc que l'inquiétude vis-à-vis de ce risque est relativement fréquente, mais la confrontation concrète à l'expression d'idées suicidaires ou à des conduites suicidaires l'est moins ?

CP1 : Oui, beaucoup moins

MP3: il y a un facteur qui n'est pas évident d'emblée, qui peut peut-être se révéler au cours du temps, c'est le télescopage entre les difficultés de réalité concrètes ici, avec un évènement de nature plus ou moins traumatique antérieur dans leur pays. Ça on peut pas savoir comment ça se télescope intérieurement, mais ça joue un rôle je crois.

CQ : Quels sont les facteurs de risque suicidaire que vous rencontrez le plus souvent ?

CP1 : L'isolement, l'absence d'hébergement

I7 : AS2 tu as parlé de phénomène de peur, moi je pense que la peur c'est un élément hyper important. La maman qui dormait avec ses deux filles dans les bras parce qu'elle avait peur qu'on lui vole, elle avait pas du tout l'intention de se suicider, n'empêche qu'elle avait très très peur. Le fait de se retrouver à la rue, en sachant qu'ils risquent de se faire agresser, voler...ça doit être horrible.

CQ : Vous arrive-t-il d'être confrontés à des situations où les idées suicidaires rentrent dans le cadre d'une pathologie psychiatrique ?

MP3 : Pour ce qui me concerne, j'ai rencontré peu de tableaux psychiatriques classiques.

CP1 : Après il faut dire qu'on est quand même en lien étroit avec la PASS psy et que quand on a des situations qui nous semblent un peu extrêmes on a tendance à faire des orientations rapides vers ce dispositif.

MP3 : et qu'il peut y avoir des passages à l'acte suicidaires au cours de contexte pas du tout dépressifs mais semi-déliants, de peur d'être poursuivis...comme un moyen de fuite, la TS. Sans qu'il y ait de dépression.

CQ : Y a-t-il selon vous des facteurs protecteurs vis-à-vis de ce risque, particuliers pour les personnes que vous rencontrez ?

AS2 : Je dirai le fait d'être entouré. On sent que dès qu'il y a un contenant ça les porte un peu.

MP3 : je pense que [l'association], l'organisation du travail à [l'association], la façon dont on travaille nous, je pense qu'on peut avoir un rôle étayant très positif à l'égard des patients qui viennent un peu comme un sauve qui peut. On a une fonction d'encadrement, de contenir l'angoisse et la peur qui sont exprimés ou peu exprimés, on a dans notre fonctionnement une fonction importante d'étayage et de protection.

I7 : Mais est ce qu'il y en a beaucoup, des suicides ? Parce que moi j'aurais quand même envie de dire qu'avec tout ce qu'ils ont vécu ces gens-là. D'abord choisir l'exil, ensuite le parcours qu'ils ont vécu, c'est quand même des gens qui ont à priori pas forcément envie de mourir, c'est plutôt quand même un combat pour la vie qu'ils sont en train de mener là. Donc s'il y a un passage à l'acte lorsqu'ils arrivent sur le sol, c'est là qu'est le problème, c'est pas dans la personnalité, la personne en elle-même, c'est vraiment la confrontation avec ce qu'ils vivent...

MP3 : oui, avec l'accueil qu'ils reçoivent ici

I7 : et puis ce qu'ils vivent ici par rapport à ce qu'ils ont imaginé

MP3 : oui la désillusion dont tu parlais...

I7 : En soit quelqu'un qui est capable de dire « allez je me tire, parce que j'ai pas envie de crever chez moi », c'est qu'il a pas envie de crever ailleurs non plus, parce que sinon il ne le ferait pas.

M1 : Sachant qu'on voit quand même des phénomènes d'épuisement. Et la résilience dans le temps elle peut être relative. En particulier pour les problèmes d'insomnie nocturne, c'est des choses qui peuvent être potentiellement un peu inquiétante quand ils disent qu'ils ne peuvent absolument pas dormir, sans exprimer d'autres facteurs, on a l'impression que c'est par le biais de l'épuisement, de la résistance au sommeil, qui est une forme de défense, de limite.

CQ : Y a-t-il selon vous des profils de patients ou des périodes particulièrement à risque de conduites suicidaires ?

AS2: il y a une inquiétude plus pendant la période de demande d'asile. Après nous on les voit plus, on les voit avant qu'ils commencent la procédure et puis une fois qu'ils ont commencé ils ont leur droits donc on les revoit plus, et on les revoit après si ça a pas marché, mais on sent qu'il y a une inquiétude énorme dans cette période oui. Après on a quand même des personnes qui entendent des voix dans leur tête, les psychologues nous font souvent état de ça après des entretiens, on est quand même sur des profils de personnes migrantes qui ont été ou incarcérées, ou torturées, avec des sévices.

I7 : moi je pense qu'il y a des phénomènes de décompensation. C'est pas forcément des gens qui sont psychotiques chez eux mais il y a un terrain quand même qui se décompense quand ils arrivent là en fonction de ce qu'ils vivent, ce qu'ils trouvent. Après on est pas directement concernés parce que les gens qui entendent des voix en principe on les oriente...

MP3 : On les fait taire ! (rires...)

AS2 : En tout cas ce qui sont primo-arrivants et demandeurs d'asile, le vécu est très très lourd par rapport à d'autres migrations qui sont plus économiques, et qui ont beaucoup moins de répercussion sur leur bien-être. Les demandeurs d'asile sont quand même mis à rude épreuve dans leur parcours et dans tout ce qu'on peut leur demander.

CP1 : On a eu il y a pas longtemps une situation d'une personne qui arrive de Syrie, qui obtient l'asile oui, mais l'asile subsidiaire, donc on lui dit « le jour où la situation s'améliore en Syrie tu retournes en Syrie », ça lui paraît pas possible. Cette procédure administrativo-légale qui se passent à l'OFPRA et à la CNDA elle est quand même assez maltraitante vis-à-vis des personnes, avec toujours cette histoire de preuve à apporter, les gens qui courent après des certifications en veux-tu en voilà, ce qui n'est pas simple non plus pour les soignants qui sont confrontés à ces demandes-là.

CQ : Devant ces situations, y a-t-il un sentiment d'impuissance ?

AS2 : y a quand même beaucoup d'impuissance oui. Sur ce qui peut être pris en charge à l'extérieur et qui devrait l'être. On est quand même bien souvent déçu de ce qu'on peut proposer. Ce qui nous embête justement c'est qu'on fait du bricolage, alors qu'il y a des situations où on devrait plus être dans le bricolage, on devrait vraiment être dans une construction adaptée. La difficulté aussi c'est que d'autres structures se satisfont du bricolage, et du coup ce qui est embêtant. C'est mieux qu'autre chose, oui certes, mais c'est pas ce qu'on voudrait. Face à des situations de détresse on aimerait bien

qu'il y ait quelque chose de construit, et on sait que des fois y a pas besoin de grand-chose pour qu'il y ait quelque chose de construit, mais on a pas toutes les billes...

CP1 : oui il faut souvent de la bonne volonté, qui n'est pas partagée de partout.

Partie 3 : Ressources

CQ : L'évaluation du risque suicidaire fait-elle partie de votre pratique courante ?

M1 : non

I7 : non c'est pas quelque chose qu'on évalue, on ne pose pas la question. On a une question dans notre dossier standardisé de type « comment vous sentez vous sur le plan émotionnel ? » mais la question « avez-vous des idées suicidaires », ici ce n'est pas posé.

CQ : et dans le cadre de l'évaluation d'une personne présentant un syndrome dépressif ou des troubles du sommeil importants, est ce que c'est une évaluation qui peut venir dans un deuxième temps ?

M1 : Il n'y a pas de cohérence globale, tout le monde n'a pas la même démarche. La réponse la plus fréquente c'est « si les choses persistent, si vous avez besoin de parler, vous pouvez revenir ». C'est l'ouverture à la notion d'accueil. Après si on veut aller plus loin, on propose de parler à une psychologue, en expliquant la fonction d'écoute des psychologues.

I7 : oui ça s'est fait un peu plus systématiquement au niveau de l'accueil. On propose presque d'emblée, pas d'y aller mais on prévient qu'il y a une équipe de psychologues s'ils ont besoin.

CQ : Observez-vous des obstacles à l'évaluation de ce risque ?

MP3 : Avec nos critères, sûrement oui. Le problème c'est comment modifier notre approche de cette question face à la population qu'on a, et pas plaquer nos schémas...c'est à mon avis la grande question. Une des grandes questions.

CQ : Pensez-vous qu'un interprète pourrait avoir une place importante pour une évaluation plus adaptée de ce risque ?

MP3 : oui

M1 : oui dans beaucoup de cas je pense que ça pourrait être intéressant. On a la confirmation quelque fois, sur la présence d'interprètes, il y a un rapport qui est établi dans lequel on est pas. Il peut y arriver qu'au cours d'une phase d'interprétariat, il y a une partie de la discussion, où la longueur d'interprétariat n'est pas nous ce qu'on a comme données mais des données beaucoup plus importantes, il y a un complément.

Après sur la question des ressources, ce qui m'est venu, c'est chez les personnes chez qui on ressent de forts phénomènes d'angoisse, avec des objectifs de dates, par exemples des personnes qui vont passer à l'OFPPRA, ou qui sont en appel. Moi j'ai vu que les angoisses importantes, par le biais des psychologues qui nous demandaient si on pouvait mettre un traitement avant ces phases-là, je me dis que peut être le travail était pas fait pour savoir ce qu'il se passait après. C'est-à-dire que la logique aurait été de donner des RDV après, parce que si c'est des personnes qui sont déboutées... voyez on se retrouvait devant une angoisse qui est légitime, et après, pas d'action sur ce qui se produisait après une

décision. Alors peut être les psychologues avaient des retours, peut être elles avaient mis un RDV après.

CQ : donc il vous arrive de prescrire des psychotropes dans ce cadre-là ?

M1 : oui souvent en concertation avec les psychologues, quand il y a des troubles du sommeil qui sont tellement importants qu'on estime que c'est nécessaire. Mais moi je n'ai pas vu d'expression en tout cas formelle de type suicidaire. Des phénomènes d'angoisse extrêmement majeure oui.

CQ : Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire pour l'un de ces patients, sur le plan de l'orientation médicale ?

AS2 : les psychologues, la PASS psychiatrique, et puis les urgences aussi. Les urgences psy.

CP1 : oui les urgences quand le risque est imminent

I7 : oui la dame dont on parle a été orienté vers les urgences

CQ : Et sur le plan de l'accompagnement social devant ce type de situations, vous mettez vous en lien avec l'entourage ou des travailleurs sociaux accompagnants les personnes ?

I7 : oui

AS2 : oui justement pour essayer de comprendre un peu, s'ils ont eu les mêmes éléments aussi, s'il y a déjà eu des orientations faites...Souvent ils nous disent qu'ils les ont orientés vers chez nous. (*rires*)

CQ : Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations, en termes d'accès aux urgences, à une hospitalisation ?

AS2 : Oui, il y a à la fois des obstacles administratifs, au niveau des structures, et au niveau des personnes elles-mêmes. Après on sait bien même si on dit que le soins passe avant la prise en charge, on sait bien que c'est quand même questionnant d'aller à l'hôpital sans prise en charge, et que ça remet des choses en cause. Donc déjà quand on est pas bien c'est compliqué de répondre aux questionnement sur pourquoi on a pas de prise en charge, est ce qu'on va l'avoir, et quand est ce qu'on va l'avoir ... donc oui l'orientation est souvent compliquée oui. Les psychologues le disent déjà dans l'accès au suivi psychologique, si t'as pas de prise en charge c'est compliqué parce que de toute façon c'est pas remboursé, si t'as pas de revenu ça va être compliqué, des structures y en a gratuites mais c'est pas forcément suffisant non plus, et puis après au niveau psychiatrique c'est la PASS psy, avec un temps de psychiatre...ça reste compliqué.

CQ : est-ce que vous orientez des personnes vers les CMP ?

AS2 : (*rires*) oui...on essaye toujours, on est optimistes aussi ! Encore il y a deux jours j'ai essayé. Mais c'est effarant. De temps en temps on essaye en se disant peut être que celui-là il va nous dire qu'il peut le voir rapidement... Les psychologues travaillent beaucoup avec [lieu de soin associatif proposant un accès à une psychothérapie], avec [association de lutte contre l'isolement], avec [association d'aide aux victimes], avec le [centre de psychothérapie dépendant de l'hôpital public], avec [autre association d'aide aux personnes immigrées]...elles ont quand même essayé de faire un état des lieux de ce qui pouvait être fait sur l'agglo.

I7 : sachant que le principal frein c'est les droits. S'ils avaient tous une prise en charge médicale, on aurait beaucoup moins de problèmes d'orientation.

AS2: oui et les délais aussi. Le droit normalement pour les CMP t'as pas besoin de tes droits, mais c'est les délais. Pour le suivi psychologique c'est le fait de pas avoir de ressources.

I7 : et les autres structures qui acceptent de recevoir des gens sans droits, y en a quand même pas des kilos...

CQ : est-ce que vous orientez des personnes vers des psychiatres libéraux ?

CP1 : non on en connaît pas ou peu. Si ça se fait c'est par des relations professionnelles qu'un psychologue peut avoir avec un psychiatre libéral, mais ça reste à la marge.

CQ : quand vous proposez à une personne une rencontre avec un psychologue, y a-t-il des réticences ?

AS2 : souvent elles ne savent pas ce que c'est. C'est pas tellement qu'elles ont peur, mais je pense qu'on leur parle de quelque chose, elles ne savent pas ce que c'est. Souvent elles disent « parler ? mais je vous parle à vous ! ». La difficulté elle est effectivement plus culturelle, d'expliquer alors la psychologue c'est quoi et elle fait quoi.

MP3 : c'est là où si le contact avec le médecin s'est bien passé, il y a une espèce de confiance immédiate qui fait que « s'il me le propose, c'est que ça vaut le coup, alors j'y vais ». Par contre quand quelque chose a mal tourné dans l'entretien, « non non, j'ai pas besoin ». Donc ça dépend comment on entend et comment on répond à une angoisse plus ou moins formulée.

I7 : et puis il y a des gens qui refusent, qui ne veulent pas. Quand on regarde les chiffres, il y a peu de monde qui rencontrent les psychos par rapport au nombre de gens qui se disent pas en grande forme sur le plan psychique, donc c'est soit qu'on leur propose pas, soit qu'ils pensent que c'est pas forcément...en tout cas pas pour le moment.

AS2 : c'est une réponse qu'on a souvent ça « non, pas pour le moment ». C'est pas l'urgence, on sent qu'il y a une priorisation dans les tâches qu'ils se sont fixées. Mais il y a beaucoup d'inconnu, ça c'est évident.

CQ : Est-ce qu'il vous arrive de faire des certificats de vulnérabilité ou des certificats dans le cadre de la demande étranger malade, et si oui, vous arrive-t-il d'y mentionner le risque suicidaire ?

CP1 : non

M1 : je ne fais pas ce type de certificats.

AS2 : MP3 t'en a fait un récemment toi non, à titre exceptionnel ?

MP3 : oui j'aurais pas dû je crois... c'était un certificat de vulnérabilité, face à un patient qui avait une insomnie incroyable. D'ailleurs après coup je me suis demandé, j'ai mis en doute... il venait de façon très assidue, il revenait quand on lui demandait de revenir, il me donnait ses résultats et ses impressions par texto pour me dire si le médicament que je lui avais donné était efficace ou pas, c'était jamais efficace...jamais. Et il revenait il revenait il revenait. A un moment je me suis dit c'est pas possible ça cache quelque chose, je n'ai jamais su quoi...

I7 : quand il a eu le certificat tu l'as plus revu (*rires*)

MP3 : si si quelques temps quand même. Mais je pense qu'il y avait une demande par le biais du traitement de l'insomnie, par ailleurs qui était réelle je pense, il décrivait des angoisses nocturnes, notamment parce qu'il couchait à la gare, qui me semblaient authentique. Mais il y a eu une utilisation des symptômes somatiques ou mêmes psy, qu'on rencontre souvent, comme médiation pour garder le contact avec ici, et pendant ce temps-là pouvoir organiser l'installation. La mise en doute, c'est plutôt une mise en doute de mon appréciation à moi, c'est-à-dire que j'ai cru que vraiment c'était une demande massive, immédiate, pour un peu j'aurais envoyé aux urgences, je l'ai pas proposé, et après je me suis dit mais t'es bien bête, il y a autre chose. Mais au bout d'un moment ! Je me suis dit c'est pas possible, ça ça marche pas, ça ça marche pas, il était venu voir un autre médecin aussi pendant que j'étais pas là, qui lui avait donné des trucs qui avaient pas marché non plus. Visiblement c'était pour lui un laisser-passer, une demande de prise en charge par rapport à ici qui lui permettait de s'accommoder de son installation à l'extérieur. Alors ça c'est une appréciation qu'on a pas, je ne sais pas ce que t'en penses M1, mais de savoir de quoi elle est faite cette expression de souffrance.

I7 : vous avez pas assez de temps pour évaluer ça...

MP3 : ben non. Est-ce que c'est quelque chose de préférentiellement psy...ou est ce qu'ils ont compris un petit peu comment ça marchait quand ils arrivent ici, et qui se sont dit bah tiens je joue la carte du somatique. Y en a qui viennent pas avec une demande d'insomnie, mais avec des douleurs gastriques, ou des douleurs lombaires, récidivantes, que rien ne calme. Quand rien ne calme au bout de quelque temps alors qu'habituellement ça marche plus ou moins, je pense que la question se pose de l'utilisation du contexte d'aide à des fins d'installation, d'équilibre personnel. Mais pourquoi la question se pose, c'est qu'on est plus démunis sur le plan thérapeutique, il faut trouver autre chose, et pas répéter les anxiolytiques et les machins, ça veut dire qu'il y a un autre aspect de la prise en charge qui est à privilégier sans doute.

CQ : Pouvez-vous me citez les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

AS2 : la mise à l'abri des gens

I7 : c'est ce que j'allais dire, leur trouver un toit.

AS2 : les protéger, en terme général.

CP1 : la certitude d'un accueil bienveillant en cas d'orientation vers les urgences

M1 : pouvoir établir un lien où il y ait un accompagnement, un suivi qui serait renouvelé, répété, dans lequel le côté contenant soit maintenu. On est contenant de quelque chose sur une rencontre, mais c'est quelque chose qui n'est pas bien fermé quand même.

AS2 : le soutien par des personnes qui sont plus aptes que nous à faire cette évaluation. Un soutien plus équipé en termes d'orientation.

I7 : Oui, un médecin qui a besoin d'un avis, il appelle un de ses collègues, mais nous il nous manque du réseau, à part la pass psy, et les urgences.

AS2 : et remettre à jour les informations sur les structures qui existent, et se coordonner entre les structures pour donner l'information.

CQ : Avez-vous autre chose à ajouter sur notre sujet ?

AS2 : je pense que c'est un réel souci la prise en charge psy des gens qui viennent ici. C'est vraiment un point compliqué, dans la prise en charge globale.

CP1 : on nous renvoie aussi souvent quand on essaye d'orienter des personnes vers les CMP, c'est des professionnels de CMP qui nous disent « on est pas formés pour ça ». L'exemple d'une famille syrienne qui déboule, le travailleurs social chargé de faire l'accompagnement nous appelle en nous disant « on me demande de faire une évaluation psychiatrique de la famille, y a le papa, la maman, les enfants, ils ont vécu dans un camp de réfugiés, les bombardements, les trucs, qui peut faire ? »... personne. Entre c'est pas mon job, je sais pas faire, les délais, le secteur...

MP3 : ce qui prouve bien que c'est une formation spécifique, je pense qu'il faut insister là-dessus.

CP1 : C'est aussi la question d'un intérêt des politiques publiques pour la question des troubles psychiatriques chez les personnes précaires et/ou migrantes, pour que cela ne repose pas seulement sur les volontés des personnes, mais que cela fasse partie de la formation générale des médecins.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 5 – 19/07/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe de soins – Centre de santé local d'une association de solidarité internationale, 5 personnes interrogées

Professions :

- MP4 psychiatre
- MP5 psychiatre
- MP6 pédopsychiatre
- P4 psychologue
- P5 psychologue

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui, par téléphone ou en présentiel

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui, plusieurs groupes d'analyse de la pratique

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

MP6 : bah disons que les idées suicidaires quand même c'est assez fréquent

MP4 : les idées oui

MP6 : après les idées suicidaires actives, moi j'ai été très inquiète pour une patiente originaire du Kosovo, qui est partie seule depuis le Kosovo suite à...en fait elle voulait se marier avec un homme de l'ethnie serbe, du coup elle a été mise dehors par sa famille, il me semble qu'elle devait partir avec cet homme et finalement cet homme l'a laissée tomber du coup elle est partie seule. C'est une femme assez isolée qui à un moment donné avait des idées suicidaires assez claires, notamment de défenestration. J'avais essayé de l'hospitaliser, elle était une fois passée par les urgences, ils l'avaient gardée à l'UHCD, mais ce qu'elle m'a raconté c'est que la personne qui a été traducteur à ce moment-là c'était un vigile de l'hôpital. Ça l'a mis très mal à l'aise. Je sais pas si elle avait des liens avec lui mais je crois que c'était impossible pour elle de continuer à être hospitalisée dans ce contexte là et elle est sortie contre avis médical. Ensuite elle a été réhospitalisée un peu plus tard, dans une unité de soins, et elle a demandé sa sortie contre avis médical.

CQ : C'est vous qui l'avez adressé à l'hôpital, et après vous l'avez revue ?

MP6 : Oui je l'ai vue avant, après. Je l'ai envoyée au CMP. Alors c'est pas toujours simple les adressages au CMP mais là ça a marché. Je l'ai envoyé au CMP de [commune voisine] mais elle est partie du foyer 2 semaines après, du coup l'équipe du CMP continue à s'en occuper mais en revanche j'ai jamais pu arrêter le suivi ici.

CQ : Au CMP elle voit aussi un médecin ?

MP6 : oui. Qui s'occupe du traitement. Mais j'arrive pas à arrêter ici. (rires)

MP4 : Ah oui ça ça arrive. C'est la question. On connaît bien cette question. Des gens qui ne veulent pas partir parce que ça fait un autre abandon en quelque sorte, une autre séparation.

MP6 : alors moi ça me rassure quand même qu'elle ait un pied...enfin un orteil dans l'hôpital. Je me dis que si elle a des idées suicidaires à nouveau, depuis le CMP ce sera plus simple de l'hospitaliser. Parce que c'est quand même pas simple d'ici. Nous ce qui avait bien facilité les choses c'est qu'il y a des accompagnateurs de [l'association], des bénévoles qui accompagnent les patients, et ça avait été le cas, je pense que ça avait quand même facilité l'accueil aux urgences.

CQ : la personne l'a accompagné aux urgences ?

MP6 : Oui. Qui avait pu expliquer un peu. Ça nous avait vraiment aidés. Bon elle a encore des idées suicidaires, j'ai toujours la trouille qu'elle se foute en l'air.

MP4 : elle n'a pas d'enfants ?

MP5 : oui j'allais te demander ça !

MP6 : non, elle est isolée, elle n'a pas d'enfant.

MP4 : quel âge elle a à peu près ?

MP6 : 38 ans

MP5 : pas d'enfant dans son pays non plus ?

MP6 : Non

MP4 : elle est isolée

MP6 : ouais elle est isolée et je crois vraiment que sa famille l'a... rejetée, elle est plus du tout en contact avec ses parents. Elle est quand même à risque... Elle a une amie, vaguement, ici.

MP4 : et comme logement, qu'est-ce qu'elle a ?

MP6 : là elle est dans un foyer. Elle a vécu avec d'autres femmes, je me suis demandé à un moment si elle se prostituait pas...elle était avec d'autres femmes dans un logement un peu au noir, puis ensuite dans un foyer... finalement... au moment de la fin du plan froid l'accueil dans ce foyer-là s'est arrêté. Elle a refusé complètement d'aller à [commune voisine] dans le village... et je sais pas pourquoi, mais c'était impossible pour elle d'y aller. Donc elle a failli être rayée de la maison de la veille sociale. Et puis finalement elle est dans un foyer de femmes, bon ça se passe pas très bien. Elle est avec des femmes qui sont dans de grandes difficultés psychiques, je pense que c'est des femmes en errance, probablement dans le registre état-limite, donc c'est quand même compliqué. Mais bon j'ai régulièrement peur qu'elle se foute en l'air.

P4: Alors moi j'en ai une. Mais d'abord j'ai été un peu étonnée. Bien sûr beaucoup de patients m'ont parlé d'idées suicidaires, mais j'ai été un peu étonnée je pensais qu'il y en aurait plus que ça. Ensuite je pense qu'il y a aussi la question culturelle qu'il faut prendre en compte. Parce que dans les cultures traditionnelles, ou ce qu'il en reste, en Afrique, le lien au groupe est tel que le suicide est conçu très différemment que chez nous. Je pense que la plupart du temps ce n'est même pas envisageable. Quand ça se passe chez des africains je pense qu'il faut particulièrement y faire attention. Moi j'ai une jeune

femme angolaise qui était vraiment très jeune, qui avait quand même 4 enfants, et qui au début était dans une extrême précarité, qui est déboutée de l'asile bien entendu, que son mari avait quitté parce qu'il ne supportait pas cette situation, bref elle est toute seule avec ses enfants. Au début elle me disait qu'elle voulait se jeter sous le métro avec le dernier bébé, qui était en poussette. C'était quand même assez inquiétant. Et puis ensuite un jour elle est arrivée très en angoissée, elle me dit « le souffle dans mon cœur me dit « fait, fait » » et c'est ce qu'il fallait faire c'était sauter par la fenêtre avec le bébé. Donc j'étais quand même très inquiète, j'ai appelé la psychiatre d'ici, qui est plus là, je l'ai appelée aussitôt pour lui demander son avis, et ensuite bon...c'était pas seulement de la précarité, c'était relié à son passé d'enfant soldat. Parce que quand elle avait 6 ans, y avait des soldats qui avait tué sa mère et qui l'avait enlevée. Et après comme enfant soldat elle a été obligée de porter des grenades voler de la nourriture dans les cases, peut-être qu'il y a eu pire, peut-être qu'elle a dû tuer, je ne sais pas elle ne me l'a jamais dit, et naturellement je n'ai pas demandé. Elle devait aussi s'occuper des tâches domestiques. Les soldats se déplaçaient en campement avec femmes et enfants, mais surtout elle était obligée de s'occuper des enfants des autres, elle l'enfant sans mère devait s'occuper des enfants de ceux qui avaient tué la sienne. Elle a développé toute une thématique autour des bonnes mères et des mauvaises mères, bien entendu les mauvaises mères c'était les femmes qui avaient ces enfants dont elle était obligée de s'occuper. La bonne, c'était la sienne. Elle avait énormément idéalisé sa mère, au point de vouloir apprendre à lire et à écrire, pour écrire sur elle et transmettre à ses enfants ce témoignage, c'est pour dire à quel point ce lien était fort. Et donc c'était très difficile comme situation, quand elle venait en consultation le bébé l'accompagnait, c'était un enfant vif et rieur, attentif à ce qu'il percevait de certains des états émotionnels de sa mère et je devais tenir compte de sa présence. On a beaucoup discuté avec la psychiatre pour savoir quoi faire. Naturellement elle a prescrit un traitement et elle l'a reçue en urgence. On s'est dit que si on l'hospitalisait on la séparait de ses enfants, et qu'est-ce que ça ferait ? Quel message ? C'est du côté « mauvaise mère », folle dangereuse incapable de prendre soin de son enfant. Donc on a pris le risque de continuer une psychothérapie très rapprochée pour ma part, et puis des médicaments. Et puis un jour, elle est arrivée, on aurait dit qu'elle s'éveillait d'un rêve, elle m'a dit « le souffle est parti », et c'était fini. Elle a ajouté quelque chose d'intéressant sur le plan culturel, et assez drôle aussi. Mais vraiment c'est vrai qu'on a eu peur, et qu'on se disait « mais est ce qu'on fait bien ? Est-ce qu'on peut prendre un risque pareil ? ». Heureusement qu'on était deux, entre parenthèses. J'ai eu d'autres situations bien entendu, mais voilà.

MP5 : alors moi j'ai pris en charge pendant longtemps une dame albanaise, qui elle est passée à l'acte, par une tentative de défenestration. Elle est arrivée avec deux de ses enfants d'Albanie, avec un secret. Au cours de violence d'ordre civil, une histoire d'accident avec une responsabilité du conducteur qui faisait partie de la famille, dans ce contexte d'accident, elle a subi un viol. Et il n'était pas question bien sûr qu'elle le dise, parce que en Albanie on ne parle pas de ça. A la suite de ça, il s'est produit toute une vendetta assez complexe, et ils sont venus en France. Elle est venue en France avec ce secret et ce poids, étouffée littéralement par ce poids, ce secret qu'elle n'a dit que ici à [l'association]. Et dans les suites, il y a eu cette tentative de défenestration, elle a été prise en charge à l'hôpital pendant un temps, puis après elle a été enceinte, elle a eu un troisième enfant. Et elle a pu aller mieux. C'était extrêmement long, elle est restée extrêmement repliée, prostrée pendant deux trois ans, elle a quand même été mieux à l'occasion de cette maternité qui lui a donné un autre objectif. Et puis petit à petit, elle a été prise en charge par une communauté religieuse, elle et sa famille, elle a pu établir des liens, avec une sorte de paroisse, qui lui a servi aussi de famille, et puis une femme médecin qui a été très proche d'eux et très étayante. Et petit à petit c'est allé mieux, et très récemment elle m'a demandé de diminuer ses médicaments. C'est le seul passage à l'acte dont j'ai pu être témoin à posteriori. Autrement d'une manière générale je trouve que les patients sont tout le temps traversés par des idées

de mort, mais qu'il y a quelque chose en tout cas chez les femmes qui est très net c'est les enfants. La survie c'est les enfants. Ça interdit le passage à l'acte parce qu'il y a les enfants.

MP4 : Y a les enfants, et j'y pensais aussi par rapport à cette petite réunion, est ce que y a pas aussi cette idée de fuite, qui pourrait engager un sentiment d'optimisme. C'est-à-dire « on y va » quoi, si on fuit, c'est qu'il y a au bout, un espoir. C'est une question que je me suis posée, parce que quand j'ai découvert votre sujet de thèse, je me suis dit, en ce qui me concerne, je trouvais pas tellement de cas d'idées suicidaires ou de mise en parole. Et je me suis dit « mais comment ça se fait ? » puisque c'est des gens qui traversent des choses effroyables, dans la fuite...Et j'ai le cas d'une jeune femme que je ne vois plus, qui s'est enfuit du Kosovo, elle me dit grâce à un homme. Son mari au Kosovo l'a obligée à se prostituer, parce que, dans son récit, elle dit que ce mari qui avait une entreprise de je ne sais pas trop quoi a fait faillite, et il a incité sa femme à se prostituer, elle était prof de sciences nat. Et elle avait deux petits enfants, elle s'est donc enfuit avec eux grâce à un homme, les enfants étaient en CM1 et maternelle. Elle est arrivée ici, elle a erré, elle s'est retrouvé d'abord à [quartier de la ville], à la rue, et puis le bouche à oreille circulant, les enfants ont été scolarisés dans une école primaire, et elle a fait la connaissance de parents d'élèves, notamment de femmes, qui l'ont entourée et qui se sont un peu occupé des enfants. Alors quand je dis qu'elles se sont un peu occupées, c'est qu'on les invitait à goûter, etc... Elle est venue me voir en consultation de psychiatrie, et elle était extrêmement..., son visage était éteint, elle était dépressive, elle n'avait pas envie de raconter ce qui s'était passé au Kosovo, elle disait quand même que sa mère la protégeait, parce qu'en fait sa grande peur à cette femme, c'était d'être poursuivie en France par ce réseau de prostitution. Et elle avait toujours l'impression quand elle se promenait dans la rue, qu'elle était suivie. Donc elle était hyper anxieuse, elle dormait pas la nuit. Alors j'ai été très ennuyée au niveau du traitement parce qu'elle me réclamait des médicaments pour dormir, et moi j'avais l'idée qu'il ne fallait pas qu'elle dorme, pour pouvoir surveiller ses deux petits qui étaient près d'elle. Donc c'était assez compliqué de gérer ça, mais on y est arrivé. L'école a pu lui prêter un étage où elle pouvait dormir la nuit, mais en cachette. Il fallait pas que tous les gens du quartier le sachent, sauf certains parents. Et le matin avant la sonnerie à 7h30, il fallait qu'elle parte de l'école, pour y revenir. Dans ce qu'elle me racontait, elle ne m'a jamais dit au fond qu'elle avait des idées suicidaires, mais c'était là. C'était entre elle et moi, je le sentais. Et par exemple au mois de novembre, vers la Toussaint, l'école a fermé pour vacances scolaires, donc elle ne pouvait plus être hébergée dans l'école, ni alimentée par la cantine, alors on lui a proposé d'aller dans un grand gymnase où y avait tout le monde. C'est-à-dire des ados marginaux, des SDF, des enfants, des adultes, et c'était pour elle extrêmement terrorisant, et elle me filait sa terreur, moi aussi je me disais « mais comment elle va faire pour passer ces 15 jours de vacances ». Je pense que là je l'ai vue plus que d'habitude, parce que c'était nécessaire, et je sentais qu'elle aurait pu passer à l'acte, c'était possible. Donc elle a vécu dans ce gymnase pendant 15 jours et puis l'école a repris et elle a été de nouveau prise en charge par les parents et la directrice. Alors ça pour elle c'était très important qu'il y ait cette directrice qui représentait pour elle un cadre symbolique, elle était encadrée. Je pense que le cadre d'ici a été aussi important. Je sentais que sa poignée de main quand on se quittait était chaleureuse et en même temps elle pouvait compter sur moi, elle s'appuyait sur moi, il y avait un étayage. Pendant ce temps elle a fait une demande de papiers, elle était à l'OFPPA à Paris. Elle s'est mal débrouillée, elle m'a dit que ça s'était pas bien passé, qu'elle avait mal répondu aux questions. Elle parlait français, relativement bien, on pouvait comprendre ce qu'elle disait mais c'était pas très fluide, et elle m'a dit qu'elle s'était mal débrouillée. Donc elle est revenue catastrophée, donc grande inquiétude. Et puis elle a pu être hébergée à un moment dans un petit deux pièces plein de cafards et de blattes, et le propriétaire n'a pas été sympa, n'a pas fait intervenir le service d'hygiène, donc redéprimée, toujours en attente d'une réponse de l'OFPPA, donc tout était possible. Y avait aussi la peur d'être suivie, peur que son mari intervienne, mais il n'y avait pas d'éléments délirants, mais bon

j'avais très très peur, j'y pensais à cette femme en dehors des séances. Alors, elle n'est pas venue plusieurs fois, parce qu'elle a été malade, les enfants étaient pas biens...mais elle me téléphonait toujours au début ou à la fin des séances, il y avait toujours un fil conducteur entre elle et moi. Et puis un jour elle est venue elle m'a dit « ça s'est bien passé à Paris, j'ai mes papiers », la directrice et l'assistante sociale sont intervenues, elle a pu avoir un petit appartement. Et puis après je l'ai plus revue, je me suis dit elle est peut être sortie de l'ornière. Alors pourquoi ? Elle, elle était obligée de fuir, son mari était un escroc, proxénète, elle était obligée de partir, elle avait ses deux petits dont elle s'occupait, elle était très attentive à ses enfants, elle leur voyait un avenir ici, et elle se voyait un avenir ici aussi, je lui avais posé la question. Et en définitive je pense souvent à elle et je me dis qu'elle s'en est certainement bien sortie. Mais je ne peux pas l'affirmer. Et en faisant le lien avec votre sujet de thèse, je me suis dit que même chez elle, elle a jamais pu prononcer le mot « défenestration » ou « j'ai envie de me suicider » ou un équivalent de passage à l'acte, parce qu'il y avait les enfants je pense, et peut-être des cadres rassurants, à l'école et ici.

P4 : c'est souvent des cas féminins j'ai remarqué. Par exemple la femme dont je parle, il y avait donc la psychiatre, il y avait moi, et puis il y avait une bénévole de [autre association] qui s'était énormément occupé de la famille, qui était jusqu'à la loger. Elle lui parlait beaucoup, elle l'a peigné, elle lui offrait des maquillages, elle s'occupait des enfants. Ce qui fait que cette femmes qui était prise dans des histoires de bonne mère/mauvaise mère, dans un certain sens elle avait trouvé trois bonnes mères autour d'elle, et il fallait bien ça peut être !

P5 : Moi j'allais dire paradoxalement, je m'étonne par votre questionnement, de ne trouver aucun patient qui ait au moins exprimé, je n'ai vraiment rien qui ne me revienne en mémoire. Alors c'était plutôt des somatisations, nombreuses, c'était plutôt ça le mode de défense, ou des idées délirantes, des hallucinations. Mais exprimer un désir de se supprimer, d'en finir avec la vie, non, c'est étonnant finalement.

CQ : est-ce que ça vous est arrivé d'être inquiètes vis-à-vis du risque suicidaire d'un patient sans que lui-même n'expriment des idées suicidaires ?

MP4 : Moi je l'ai dit, j'ai été inquiète oui.

P4 : Moi je pense qu'ils sont incroyablement résilients. Alors si on nous les adresse c'est qu'ils vont mal certainement, mais j'ai toujours été étonnée de cette résilience après tout ce qu'ils ont vécu, avec la vie qu'ils mènent ici, avec l'absence de perspectives, après le fait d'avoir été débouté de l'asile. Malgré tout quand même ils tiennent le coup. Ça m'a toujours frappée. Ce n'est pas n'importe qui qui migre je pense aussi. C'est des gens qui ont des capacités...

P5 : et puis la présence d'enfants aussi, je pense que ça c'est très important. Donner une vie meilleure à leurs enfants, l'investissement par rapport aux enfants qui est quelque chose qui les tient.

MP5 : Moi j'ai le souvenir plutôt d'un type de parole « envie d'être mort », ce qui est pas pareil. J'aimerais mieux être morte. Ça oui.

P4 : « j'aimerais mieux être mort que de vivre ça, ou d'avoir vécu ça ».

MP5 : ce n'est pas la même chose que d' « avoir envie de... »

MP6 : C'est vrai que souvent même quand ils sont dans des situations vraiment inextricables, ils disent qu'ils sont mieux là que d'où ils viennent.

P5 : Oui, ça, c'est exprimé très souvent

MP6 : même s'ils sont à la rue, même s'il y a pas de possibilités de papiers à court terme

MP4 : (acquiesce) oui, parce qu'il y a l'espoir, je pense

P5 : il y a toujours l'espoir oui

MP6 : mais bon...moi j'ai quand même deux situations... là j'ai une patiente cet après-midi qui m'a dit que la mort était quand même une des solutions pour elle... bon je pense pas qu'elle fasse de passage à l'acte.

MP4 : ah oui quand même elle te l'a dit.

P4 : enfin de passage à l'acte qu'on connaît, qu'on le sait, personnellement j'en ai jamais eu

P5 : non plus

MP4 : ni moi

P5 : alors bien sûr qu'on peut se dire c'est arrivé et la personne ne revient plus, on ne fait pas une enquête...

MP6 : et puis moi j'avais vu à l'hôpital quelqu'un qui m'avait dit la veille de la réponse de l'OFPPRA : « si je l'ai pas, je me fous en l'air », et moi je la croyais sur parole. Alors elle avait été hospitalisée, c'était un peu particulier, dans un contexte de mélancolie. Disons que c'est moins fréquent mais ça existe. Moi vraiment ma patiente qui vient du Kosovo, là encore je me suis dit... je lui ai dit « je vous vois à la rentrée », mais à chaque fois j'ai peur qu'elle se foute en l'air. D'autant plus parce qu'effectivement elle a pas d'enfant et elle est très isolée. Et qu'elle a été reniée par sa famille. Je sens pas trop de... je sais pas trop ce qui la tient.

P4 : je pense que ce serait intéressant de chercher les différences entre les hommes et les femmes. Parce que je crois qu'il y a peut-être plus de risque chez les hommes, parce qu'ils sont moins proches de leurs enfants, ils ont moins cet espèce d'impératif de préserver les enfants.

MP5 : et puis une impulsivité peut être un peu plus marquée aussi.

MP6 : moi je vois peu d'hommes. Après on voit peut être ici pas les mêmes patients, les patients qui ont un tableau psychiatrique franc, délirant ou mélancolique, sont peut être plutôt adressés sur les PASS, il y a peut-être un biais de sélection.

MP4 : qu'est ce qui est décrit le plus ici ? C'est le syndrome de stress post traumatique. Avec toute sa cohorte de symptômes. C'est ce qu'on voit, on a pratiquement que ça.

CQ : Quels sont selon vous les facteurs de risque suicidaire principalement retrouvés ?

MP6 : l'isolement ça s'est sûr, l'échec des procédures

P4 : le refus du statut de réfugié. A chaque fois, ça réactive le rejet, ça réactive l'humiliation. C'est le rejet. Ils viennent pour être acceptés, et on leur dit que non, « on ne veut pas de vous ».

P5 : ou « on vous croit pas ». Ils entendent : « on ne vous croit pas ».

P4 : surtout chez ceux qui étaient des opposants politiques, qui ont été torturés, qui ont été emprisonnés, ça réactive tout ça.

P5 : Donc il y a un temps. Le temps de la réponse, qu'ils arrivent à surmonter finalement, parce qu'ils vont à la CNDA...

P4 : ah non mais moi je parle du refus définitif, une fois qu'ils sont déboutés.

MP5 : et c'est là qu'il faut faire plus attention. Qu'il y a un risque important, devant ce désespoir.

MP6 : parce qu'ils perdent quand même tout, le logement, le pécule, ils se retrouvent sans rien, et humiliés. Rejetés à nouveau, avec une réactivation du trauma.

MP5 : oui là je pense qu'il y a une période de risque

MP4 : ça réactive tout, là, oui il y a un risque.

P4 : le centre Primo Lévi à Paris, qui n'accueillent que des victimes de torture, a fait un rapport qui s'appelle « persécutés là-bas, déboutés ici », ils expliquent qu'il y a plus de 50% de gens qui sont déboutés. C'est des gens qui ont tous subi des violences, parfois extrêmes. Alors c'est destiné aux pouvoirs publics, j'imagine qu'évidemment personne ne l'a lu, surtout en ce moment avec ce qui se passe. Ils disent aussi que la France est très mal placée en ce qui concerne l'accord de l'asile, et que la cour européenne de justice a épinglé la France à plusieurs reprises pour le manque de motivation, des défauts de motivation pour le refus, et en particulier de ne pas prendre en compte le certificat médical. Je pense que souvent on a écrit des trucs, je ne sais pas combien de fois j'ai expliqué à la CNDA que la personne n'était pas capable de répondre parce que traumatisée etc... moi j'ai toujours eu l'impression que les certificats passait à l'as, qu'ils s'en foutaient.

CQ : Vous avez beaucoup parlé des enfants, est-ce vous retrouvez d'autres facteurs protecteurs importants ?

MP5 : l'étayage par une communauté oui

MP4 : les cadres aussi : l'école, ici,...

MP6 : Moi je trouve qu'ici, quand même, tant qu'on tient ça tient

MP4 : oui bien sûr, il y a un contenant, une confiance absolue.

MP6 : Oui on arrive pas à faire les relais c'est pas pour rien. Surtout quand ils ont été déboutés, ils sont rejetés de partout, le seul endroit où ils ont été accueillis et qui reste, c'est ici.

MP4 : Oui ça ils le disent très bien

P4 : Oui c'est un accueil très intéressant ici. Je dirai c'est le fait que ce soit pluridisciplinaire, mais aussi que la société civile est impliquée, par les bénévoles qui ne sont pas des professionnels de santé. Et puis les liens qu'il y a entre nous ça leur permet de faire des liens à l'intérieur d'eux. Et ici c'est un accueil en principe inconditionnel, il n'y a qu'à voir qu'on ne peut jamais les orienter une fois qu'ils sont pris en charge.

MP6 : on les oriente, mais on continue à les voir (rires). J'ai l'impression qu'ils vont mourir si j'arrête. Alors ça parle de...

P4 : oui c'est vrai ça parle de nous. Alors il y en a qui viennent plus, parce que ce n'est plus nécessaire. La jeune angolaise dont je vous parlais, ça s'est arrêté, et puis elle est venue quelques temps après pour me présenter sa dernière-née. Et puis elle avait retrouvé du boulot, son mari était revenu, tout allait mieux. Mais je crois que les associations ont un grand rôle, les associations de bénévoles à tous les niveaux, donner des cours de français, aider sur le plan juridique, parce que c'est des gens qui font ça bénévolement. Je veux pas dire que c'est pas bien d'être suivi par un professionnel, mais ils savent que c'est des bénévoles, et qu'ils font ça parce qu'ils les croient, et qu'ils pensent qu'ils ont le droit, et que c'est nécessaire, et qu'ils font bien de venir.

MP6 : oui, ils s'appuient sur l'engagement, sur la volonté d'accueil...

MP4 : oui, la citoyenneté, on pourrait dire.

P4 : Voilà. Parce qu'autant ils sont rejetés de fait par toutes les instances qui sont sensés s'occuper d'eux, autant là ils voient qu'il y a des personnes qui les croient, qui les accueillent.

MP6 : oui, « bienvenue dans la communauté humaine », quelque chose de leur humanité qui est réhabilitée, restaurée.

Partie 3 : Ressources

CQ : L'évaluation du risque suicidaire fait-elle partie de votre pratique courante ?

MP5 : oui, ça fait partie de la consultation de psychiatrie

MP6 : oui. Mais c'est pas toujours au-devant de la scène.

MP4 : mais loin de là ! Au-devant de la scène c'est le syndrome post traumatique

MP6 : c'est le syndrome post traumatique, et puis les histoires aussi de la réalité. Et souvent on bascule de l'un à l'autre. La réalité du logement, des droits... et puis le traumatisme.

CQ : Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ? Est-ce qu'il y a des obstacles ? Par exemple si la personne ne parle pas français et que la consultation se fait avec un interprète, est ce que c'est facilitant, ou non ?

MP6 : moi je trouve que si on a un interprète ça se passe bien

MP4 : oui c'est facilitateur quand même, de manière générale.

P4 : oui les interprètes en général c'est des gens très étayant, c'est un soutien.

P5 : dans la pratique, l'idéal c'est de pas s'en rendre compte, à la limite de l'oublier. Moi je le voyais pas forcément comme un atout, comme quelque chose de facilitateur, mais quand j'arrive à oublier, et que ça circule, c'est ce qu'il me convient.

MP6 : moi la patiente que j'avais fait hospitaliser, l'interprètes avaient beaucoup aidé, en disant « mais je connais, les médecins là-bas, ils sont très bien, ils accueillent bien ».

P4 : oui souvent les interprètes connaissent la communauté, et les gens le savent qu'ils connaissent la communauté, ils savent aussi qu'ils ne diront pas un mot. Et ça c'est important.

MP4 : oui un interprètes c'est pas anodin, je ne sais pas si on peut l'oublier. Moi j'ai toujours la même, qui a une personnalité..., qui parle beaucoup, donc je peux pas l'oublier... (rires). Elle intervient beaucoup mais je dirai qu'elle est quand même aidante.

P4 : elle vient de la même communauté j'imagine. Les interprètes ont parfois des histoires épouvantables aussi. Je pense que pour les personnes c'est quelqu'un qui peut expliquer les facteurs culturels, politiques, et ça c'est important, ça compte.

CQ : est-ce que cette question culturelle peut être un obstacle à l'évaluation du risque suicidaire selon vous ?

MP6 : Pas forcément non. J'ai l'impression que quand il y a des idées suicidaires il y a des idées suicidaires.

CQ : Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires ou à une crise suicidaire pour l'un de ces patients ?

MP6 : Quand il y a un risque suicidaire avéré, c'est les urgences, pour moi

MP5 : se pose quand même la question, là tu parlais d'une personne qui était seule, mais la question de la séparation de la famille, des enfants, c'est quand même compliqué. C'est le problème.

P4 : et puis c'est vécu quand même comme une stigmatisation, d'aller aux urgences de [l'hôpital psychiatrique], c'est quand même pas rien.

MP6 : après moi quand ça m'est arrivé c'était parce que j'avais l'impression qu'elle allait mourir, j'avais pas le choix.

MP4 : moi je me demande comment j'aurais fait avec cette mère et ses deux enfants... mais bon ça ne s'est pas passé.

MP6 : après moi j'avais eu une expérience quand je travaillais en psychiatrie adulte, où l'enfant avait été placé le temps de l'hospitalisation. Ce qui était pas mal parce que la maman l'avait plus du tout dans la tête, elle était trop prise par son traumatisme, elle pouvait plus s'en occuper

MP4 : oui là on peut pas faire autrement, c'est une urgence

P4 : moi j'ai envoyé aux urgences. Je me souviens d'une femme qui avait une phobie d'impulsion vraiment épouvantable, elle pouvait pas passer devant une fenêtre. Elle vivait seule...à ce moment-là c'est les urgences dans la journée. Je l'ai même accompagnée, je me souviens, j'ai pris le métro avec elle. C'est arrivé mais c'est pas souvent.

CQ : est ce qu'il vous arrive de vous mettre en lien avec des travailleurs sociaux, ou l'entourage, lorsque vous êtes inquiets ?

MP6 : Quand ça m'est arrivé, elle était très isolée. Qui j'ai appelé ?

MP4 : on dit toujours qu'il faut appeler X [assistante sociale du service d'urgences psychiatriques], qui accueille bien des gens, qui est très efficace

P4 : moi j'ai jamais appelé les foyers. En plus de la question du secret professionnel, pour l'angolaise, je me suis dit « ça va semer une telle panique, ça va faire plus de mal que de bien, alors tant pis ».

MP6 : alors si moi une fois j'avais contacté un infirmier psy d'une équipe mobile, entre le soin et le social, d'appui au foyer. La patiente m'avait donné son nom, j'avais appelé, envoyé des mails...

MP4 : Autrement on a deux assistantes sociales ici, moi souvent je leur demande de faire le lien avec les structures sociales.

CQ : observez-vous des obstacles à l'accès aux soins dans ces situations ?

MP5: oui ça c'est sûr, il n'y a jamais de place.

MP6 : disons que soit on a du bol, on tombe sur des gens qu'on connaît, ou qui sont investis du côté de Samdarra... J'avais adressé la patiente sur le CMP du [quartier], ils l'avaient super bien accueillie. A [ville voisine], j'avais tenté le coup en me disant que ça n'allait pas fonctionner, et puis en fait elle était quand même en foyer sur le secteur, ils l'ont accueillie. Mais sinon c'est quand même compliqué

CQ : Est-ce que vous adressez vers des psychiatres libéraux ?

MP4 : oui on a fait un programme avec des partenaires médecins libéraux qui pourraient recevoir des patients, mais il faut que la personne parle français...

MP5 : Non, il y a un système de financement des interprètes par l'ARS, mais il faut s'inscrire 15 jours à l'avance. Après je m'arrange avec l'interprète directement. J'ai fait par téléphone, mais c'est possible aussi d'avoir une personne physique.

MP6 : il y a beaucoup de médecins libéraux qui ont répondu favorablement à ce programme.

MP4 : Alors moi je dois dire que je n'ai pas envoyé beaucoup de monde. J'aurais souhaité en adresser plus, mais les gens résistent. C'est un déchirement, une culpabilité...

P5 : Si tu avais un afflux de patient tu serais obligée, mais là c'est pas le cas

MP4 : Actuellement il y a une baisse de la file active, il y a plus de gens qui sont tout de suite réorientés vers d'autres structures, vers les PASS, vers les médecins généralistes.

CQ : est-ce que vous rédiger des certificats ou courriers dans le cadre du certificat de vulnérabilité ou certificat étranger malade ?

MP4 : on en faisait beaucoup oui, maintenant c'est l'OFII qui s'en occupe, mais y a un dossier à remplir

MP6 : oui j'en ai fait un récemment pour l'OFII

CQ : Mentionnez-vous le risque suicidaire ces documents ?

MP6 : oui, c'est un argument qui va dans le sens de ce qu'on atteste pour la personne, donc on le mentionne

P5 : oui

MP5 : on ne s'en dispense pas

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures à prendre pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

MP6 : quand les patients sont vraiment suicidaires, je pense qu'il faut qu'ils soient suivis par un CMP. Par rapport à la question de la fréquence, et par rapport à la question de l'équipe, qu'ils puissent revenir dans la semaine voir quelqu'un s'ils ne vont pas bien...

MP4 : il faut un suivi régulier, CMP ou en libéral

MP6 : Oui voilà, mais quand il y a un vrai risque suicidaire, moi je suis là une fois tous les 15 jours, je trouve que c'est bien trop léger. C'est pas suffisamment contenant.

P5 : Moi c'était pas pour des gens suicidaires, mais pour les deux situations où j'avais des gens qui étaient vraiment très très mal, deux enfants soldats, avec des hallucinations...je me disais « où je le prends pas, où je le vois toutes les semaines », ce que j'avais fait pour quelques patients, que j'ai vu toutes les semaines pendant 45 minutes, pendant plusieurs mois, parce qu'il faut resserrer, éventuellement prendre des relais avec les assistants sociaux.

MP6 : Et puis le fait de ne pas avoir de boîtes mails, c'est compliqué la continuité, quand j'ai quelqu'un pour qui je suis inquiète, ça m'est arrivé d'envoyer un mot mais en passant par ma boîte personnelle. A l'hôpital je me sens plus en sécurité et je peux être joint plus facilement, plus rapidement...

P4 : les quelques patients vraiment suicidaires que j'ai eu, c'était toutes les semaines, avec un contact téléphonique - le patient le savait - avec le psychiatre qui ne pouvait pas les voir aussi souvent. Je pense que c'est un minimum tant que la crise est en cours. On ne peut pas faire moins. Et orienter vers un CMP à ce moment-là je pense que ce serait vécu comme un abandon, comme un lâchage, même si on a envie d'être moins seul parfois (*rises*). Mais c'est vrai aussi qu'il y a des gens qui ne vont pas bien et qu'on ne revoit plus, alors qui peut savoir ce qui s'est passé ?

MP5 : tout à fait.

P5 : alors est ce qu'ils vont dans d'autres communauté, à Paris...

MP6 : oui. Et puis moi j'ai l'idée quand même que s'ils sont renvoyés dans leur pays, ils peuvent mourir aussi

P4 : oui il y a la menace de l'expulsion, quand ils reçoivent une OQTF, on sait bien que pour le moment 80% des OQTF ne sont pas exécutées, mais les gens ne le savent pas forcément, et ça leur plane sur la tête... de savoir que c'est possible, que c'est marqué sur le papier, c'est terrible comme vécu. Ce que ça représente symboliquement d'avoir une OQTF.

CQ : Y a-t-il d'autres choses dont nous n'avons pas parlé qui vous sont venues quand vous avez su le sujet de notre discussion d'aujourd'hui ?

MP4 : Non, moi c'est l'étonnement. Je me suis dit « tiens c'est curieux »

MP6 : Moi j'étais tellement préoccupée par mes deux patientes, et puis j'en ai vu deux en hospitalisations aussi, une Albanaise pour qui franchement j'avais peur qu'elle se foute en l'air, et une autre de RDC, et du coup c'est quand même bien présent dans ma tête cette histoire-là. J'ai ces expériences-là d'avoir vraiment l'inquiétude que les gens se suicident. Mais je comprends aussi bien ce que vous dites, quand les gens sont dans des situations dramatiques et qu'ils n'y pensent pas du tout, ça interroge.

P5 : et si on interroge notre interrogation, est ce qu'il n'y a pas une dimension culturelle ? Est-ce que nommer la mort... dans les consultations il y a des gens qui pleurent, et pourquoi jamais la mort ne survient ?

MP4 : après c'est multiculturel... on sait qu'en Afrique la mort c'est... banal

P4 : et que dans la religion musulmane, le rapport au suicide n'est pas du tout le même

P5 : dans la religion catholique, c'est un péché. Peut-être que cette dimension est à considérer. Ici c'est peut-être plus banalisé, ce n'est pas tabou.

P4 : ce n'est pas interdit d'expression. Il y a des cultures, où on peut y penser mais on a pas le droit d'en parler, la culture de l'autorise pas. Je dis bien ce qu'il reste de ces cultures, parce que la culture traditionnelle ça n'existe quasiment plus maintenant

P5 : oui, mais quand même il y a un fond culturel, peut-être d'interdit...

MP6 : après du coup les patients isolés sont peut-être moins...tenus, maintenu par cette question culturelle.

MP4 : l'isolement semble être le facteur le plus prenant pour ta patiente

MP6 : oui l'isolement, et puis l'impasse... la double exclusion, de son pays et d'ici

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Partie 1 : description

[anonymisé]

Partie 2 : Perceptions

CQ : Avez-vous déjà été confronté à une tentative de suicide ou un suicide d'une personne migrante en situation de précarité pour qui vous faisiez de l'interprétariat ?

Int1 : En fait c'est un jeune que j'ai accompagné depuis pratiquement deux ans, sur le CHU, sur la PASS psychiatrique. Je connaissais aussi son frère qui était suivi avec [le médecin de la PASS psychiatrique]. Et après je le voyais pour d'autres démarches aussi, parce qu'il a fait une demande de réexamen de dossier à l'OFPPRA. C'est un jeune qui était très très bien, très agréable, qui parlait bien. Et donc on devait se voir, il y avait un RDV qui était prévu avec [le psychologue de la PASS], et c'était compliqué de trouver un créneau, parce qu'on avait RDV avant, ensuite je suis partie en congés, je crois que le psychologue a dû trouver un autre interprète mais ce jeune homme ça ne lui a pas plu que l'interprète change, de se confier à une autre personne. Et je l'ai revu à l'hôpital, par hasard, et c'est là qu'il m'a dit qu'il aimerait bien reprendre un autre RDV avec le psychologue. Et puis entre temps on s'est aussi vu au [structure sociale d'hébergement]. Donc il y avait quand même un suivi. Et puis on a réussi à trouver un créneau avec le psychologue. Et comme je suis très en lien avec certaines familles, on me demande souvent de prévenir les familles, on passe souvent par moi, uniquement par moi...ça me dérange pas, peut être que d'autres interprètes ne le font pas...j'ai un numéro de travail, donc je l'ai prévenu du RDV par sms du rendez-vous. Et quand je suis revenue de vacances, j'ai vu qu'il n'y avait pas de réponse, et c'est un gars qui répondait toujours dès qu'il avait un message, très poli, en disant à bientôt...très correct. Et l'[association] m'appelle, me laisse un message en me demandant si j'ai un numéro pour joindre la famille de ce patient. Il avait 29 ans. Donc j'écoute le message, et j'envoie un message pour dire que j'ai pas de nouvelles, mais que je peux si c'est urgent voir avec la PASS psychiatrique, car je travaille beaucoup avec eux, et on coopère bien. J'ai accompagné son grand frère par le passé, mais je n'ai pas son numéro. Son grand frère il était suivi par le [médecin de la PASS], au début il allait mal, il faisait des malaises, il perdait connaissance... et à un moment il allait très bien, il a été envoyé dans le Nord de la France avec une partie de la famille. Je me souviens que le [médecin de la PASS] avait dit « on envoie les gens comme ça, sans savoir où y vont, sans savoir s'ils ont un suivi plus tard, ils préviennent du jour au lendemain ». La personne ne m'a pas donné plus de détail, mais m'a dit que non, ils allaient s'en occuper. Je dois encore avoir le message sur mon téléphone, j'ai du mal à effacer ça, à effacer son numéro aussi. Et puis quelques jours après, je devais passer à l'[association] pour déposer une traduction, et sur le chemin j'étais dans le tram et je reçois un sms de ma collègue du [structure d'hébergement] « oui [nom de l'interprète] désolée de vous paraître étrange depuis ces quelques jours, je vous annonce que [nom du patient] est décédé ». Pour moi c'était tellement brutal de recevoir ça comme ça, même si j'avais un doute, quand on m'avait demandé à joindre la famille, et que lui il me répondait pas à mon sms alors qu'il répondait toujours, que j'avais un bon échange avec lui. Je suis peut-être un peu trop attachée aux personnes, c'est peut-être un défaut que j'ai aussi actuellement par rapport à un suivi au CHU. Je suis très, peut-être trop, attachée à certaines familles, j'ai beaucoup ce côté humain qui ressort, et oui parfois je me donne à fond pour une personne, je fais beaucoup plus que ce qu'on me demande... Et une fois à l'[association], je parle avec ma collègue de l'accueil, je lui dis que je suis pas bien du tout, je viens d'apprendre le décès d'un jeune que je connaissais, je commence à trembler, je m'assois. J'étais vraiment mal, et puis apprendre de cette façon-là... j'avais pas de mot. Et ma collègue me dit : « ah

mais tu n'étais pas au courant ? C'est un jeune qui était au [structure d'hébergement] ». Et je lui dis que oui, je le connaissais très bien, je l'ai suivi, mais je savais pas qu'il s'était suicidé, j'avais un doute mais je savais pas. Et elle m'a dit qu'il s'est jeté du 9^{ème} étage. Après un collègue m'a appelé quelques jours plus tard pour me parler de l'enterrement, mais c'était déjà passé, je n'ai pas pu aller aux obsèques. J'avais quand même envie de rencontrer sa famille parce que je connaissais son frère, je voulais leur dire, pour moi c'était très important, que je l'avais beaucoup vu, qu'il avait rien à se reprocher, dire qu'on a tout fait pour l'accompagner... Comme disait [le psychologue de la PASS] : « vous vous sentez un peu coupable dans cette histoire, qu'on n'ait pas pu trouver un créneau plus rapidement ? » et j'ai dit oui. Parce que c'est un jeune homme qui était en souffrance. Après le psychologue m'a dit qu'il aurait jamais pu penser qu'il allait passer à l'acte. Il allait pas bien, il était très agressif, sur son lieu d'hébergement ça allait pas bien du tout, avec les colocataires tout ça... il y a même eu des rumeurs comme quoi c'est les colocataires qui l'ont jeté par la fenêtre, plein d'histoires... J'ai mis plus d'un mois pour avoir la force d'écrire au directeur pour expliquer comment ça avait été difficile, la façon dont je l'ai appris, et de ne pas avoir été soutenue... je pense que c'était le temps qu'il fallait pour affronter tout ça. J'y ai beaucoup pensé après, et maintenant sur le chemin si je passe devant le bâtiment j'y pense. Récemment j'ai eu l'occasion de voir son frère, j'ai eu une demande pour un entretien, et pendant l'entretien, il a dit « j'ai vécu des choses difficiles, j'ai perdu mon frère, il s'est suicidé ». J'étais embêtée parce que c'était l'entretien, mais je lui ai quand même dit que je connaissais son frère, que j'étais désolée... et puis le rendez-vous s'est fini, et j'ai pas eu le temps de lui dire ce que j'aurais voulu lui dire le jour des obsèques, il est parti trop vite.

CQ : vous avez pu en reparler avec le psychologue de la PASS ?

Int1 : On s'est vus une fois. En fait quand j'ai appris la nouvelle, j'ai appelé la PASS psychiatrique, et je ne savais pas comment lui dire, mais c'est sorti comme ça « je suis désolée de vous le dire, mais j'ai appris qu'il s'était suicidé ». Le psychologue m'a rappelé dans la journée, il voulait vraiment parler de tout ça, je l'ai remercié de son soutien. Il m'a proposé de prendre un moment pour en parler, parler de ce qui s'est passé, de comment j'avais appris la nouvelle. On s'est vu quelques temps après. On a discuté de ça un petit moment, il m'a proposé de revenir si j'avais besoin de parler.

Et puis là je suis passé au [structure d'hébergement] pour un rendez-vous pour travailler sur un récit, et j'avais pas le temps mais j'étais embêtée je voulais quand même aller voir les collègues. J'étais dans le même bureau où j'étais en RDV avec ce jeune homme. Je voulais en parler aux collègues, de comment ça s'est passé, qui l'a trouvé en premier... il y a même une cellule psychologique qui s'est mise en place, mais malheureusement j'ai été oubliée dans tout ça. J'aurais voulu en parler plus, peut-être monter voir où il était... j'arrêtais pas d'y penser après, de me demander pourquoi il avait fait ça. Ce qui m'a beaucoup touchée et mise en colère, c'est qu'on a dit que c'était un gars à problème, un toxico... alors que c'était un gentil garçon, certainement pas un trafiquant ou un drogué comme ça a été dit. On avait déjà eu plusieurs suicides de mineurs, et personne n'a rien dit. Comme là, ça passe inaperçu.

CQ : Avez-vous déjà été confrontés à l'expression d'idées suicidaires par les personnes pour lesquelles vous interprétez ?

Int1 : Oui, beaucoup, mais pas pendant les entretiens. Actuellement j'ai une dame que j'accompagne au CHU, depuis plus d'un an, en oncologie. Elle, elle était toujours forte, mais son fils qui est présent aussi pendant les entretiens, il a évoqué un peu... mais après je sais pas si c'est vraiment sérieux. Mais c'est surtout beaucoup de douleur, de problèmes. Je me rappelle le patient qui s'est suicidé, il me disait « je vais pas bien, il faut m'aider, je suis très agressif ». Le psychologue m'a demandé si j'étais au

courant qu'il avait une grave maladie. J'ai dit que non, je savais qu'il avait une maladie digestive chronique, mais apparemment il avait aussi un début de tumeur, une maladie qui était pas guérissable.

J'ai accompagné aussi une jeune femme, elle a vécu des grosses souffrances en Serbie, de ce que j'ai entendu de son récit. Elle est suivie par [association d'accompagnement de personnes concernées par la prostitution]. Ici elle a été suivie par le [médecin de la PASS]. A un moment elle venait plus, elle se procurait les médicaments à droite à gauche... Et elle, elle disait que [le patient décédé par suicide] n'a pas été suffisamment entendue, que peut être que ça pourrait lui arriver à elle aussi. Un jour elle m'a fait du chantage, elle m'a appelée, elle m'a dit qu'elle avait un couteau – voyez à quoi je suis confrontée, peut-être un peu trop... – elle a failli se couper les veines parce qu'il y avait personne pour l'entendre pour parler avec elle, elle disait qu'il suffisait juste que quelqu'un décroche pour ne pas le faire. Elle n'est pas passée à l'acte. Effectivement avant elle a déjà fait une tentative de suicide, elle a avalé beaucoup de médicaments, et la secrétaire de la PASS m'a conseillé de lui dire d'aller aux urgences.

CQ : Donc dans ces situations les personnes vous parlent d'idées suicidaires directement à vous, pas dans le cadre d'un entretien ?

Int1 : Voilà. Parfois c'est pour dire « il faut me prendre en charge », parfois c'est quand elle veut avoir un RDV. Là ça fait 2 ans qu'elle attend sa convocation à l'OFPPRA. C'est très difficile. Moi j'ai commencé à consulter un psychologue dans le cadre privé, ça m'a fait un peu du bien, j'ai pu parler de tout ça. Je pense que c'est important dans notre travail, à force d'être confronté à tout ça. Avec le suivi que je fais au CHU, c'est compliqué, le médecin veut absolument que je sois là à chaque consultation. Je me suis attachée à la personne, pour moi c'est difficile. C'est pas avec toutes les familles comme ça. J'étais persuadée qu'elle allait s'en sortir, elle était forte, et puis là ça fait que descendre, que descendre. Elle m'appelle pour que je fasse le lien avec l'infirmière, je fais le lien avec l'hôpital aussi... J'essaie de prendre mes distances mais c'est pas évident.

CQ : Pensez-vous qu'il y a des facteurs de risque de suicide dans les personnes migrantes en situation de précarité que vous accompagnez ?

Int1 : Pour moi, c'est le fait que quand les gens ils arrivent ici c'est difficile. Là le patient il était dehors pendant un moment, il avait pas d'hébergement. Au bout de quelques années il a eu cet hébergement. Il était content. C'est un gars qui ne souriait pas trop, je sais qu'il avait plus sa famille, qu'il avait plus ses parents. J'ai appris aussi que sa sœur, qui était au Kosovo, s'est suicidé aussi peu de temps après lui. Et pour son frère, il disait que son frère et sa sœur s'étaient suicidés, sa fille avait des problèmes, lui il prenait des médicaments, il disait « comment je fais pour continuer ? ». Après il y a l'hébergement... je pense qu'il y a quand même un bon suivi... je sais pas....

CQ : est ce qu'il y a des choses qui peuvent protéger de ce risque selon vous ?

Int1 : Je pensais que peut être que lui n'était pas assez soutenu... Je reste persuadée qu'on aurait pu être plus vigilant, plus rapide... mais en même temps il y a un RDV que lui-même a annulé, donc on peut pas dire ça non plus. Je pensais qu'avec la demande de réexamen, ça allait peut-être aller bien parce que c'est une nouvelle chance d'avoir des papiers. Il a jamais été vu par le médecin, il a jamais eu de traitement.

CQ : il était en cours de réexamen de sa demande d'asile ?

Int1 : Oui, il a du faire le récit, je ne sais plus si il est allé à l'OFPPRA...

Après je pense que le suivi des travailleurs sociaux n'est pas à la hauteur. Parfois on m'appelle d'une autre ville en France, pour avoir des renseignements sur une famille qui a été envoyée d'ici, sur quelqu'un, donc vous voyez que mon travail dépasse complètement la traduction, c'est beaucoup plus d'accompagnement qu'autre chose, et de faire le lien avec les familles, avec la communauté. Ils ne savent rien des personnes alors qu'il y avait un suivi ici. Après il y a beaucoup de monde, je sais...

Partie 3 : Ressources

CQ : Avez-vous accès à une formation dans le domaine de la santé mentale ?

Int1 : Non, on avait demandé ça il y a quelques années, mais ça ne s'est jamais fait. Là suite à ce qui s'est passé j'ai posé la question au directeur, j'étais très très mal. En tant qu'interprète personne ne m'a accompagnée. J'avais demandé de nouveau « qu'est-ce que vous proposez aux interprètes quand il y a une situation difficile, un mal-être », parce que nous on est en première ligne quand même, avec la personne, et puis le lendemain elle est plus là...

CQ : Est-ce qu'il vous est arrivé de devoir traduire durant l'entretien avec un médecin des questions sur la présence d'idées suicidaires ?

Int1 : De poser la question « Est-ce que vous avez des idées suicidaires ? » ? Oui. Ça arrive.

CQ : Est-ce que c'est traduisible directement, littéralement ?

Int1 : Oui. Il n'y a pas de soucis.

CQ : est ce qu'il y a un mot pour dire « suicide ». Est-ce qu'il a un autre sens ?

Int1 : Non il ne veut dire seulement ça. C'est « samoubistvo ». Pour expliquer à la personne, pas dire uniquement le mot suicide, je dis « idées noires », « lever la main sur soi », une expression serbe pour dire de se faire du mal à soi-même.

CQ : est-ce que vous avez le sentiment que les personnes sont choquées par cette question, qu'il y a un tabou ?

Int1 : Non pas du tout. D'ailleurs j'étais étonnée, la dame elle a répondu « non plus maintenant, avant si ça a pu m'arriver, mais maintenant ça va mieux avec le traitement ». J'étais surprise, je pensais pas. C'est quelqu'un que je voyais souvent, un lien se crée. Je pensais pas. Après cette histoire de son fils ça m'a fait un peu peur. Lui il est pas suivi, mais il voit sa mère partir, qu'il a pas de situation ici, il disait « j'ai les cachets de ma mère, il me faut pas beaucoup pour prendre la boîte ». C'est que des paroles, « sauter du pont », des choses comme ça. Un jour je me suis demandé parce qu'elle m'a appelée en me demandant si je savais où il était, je me suis inquiétée. Il y a une relation plus profonde qui s'est créée avec cette famille. Je me suis demandé s'il allait pas faire quelque chose, elle elle était inquiète, il répondait pas au téléphone...

A un moment le [médecin de la PASS] il me disait « vous quand vous arrivez à la maison, comment est-ce que vous vous videz la tête de tout ça ? Vous entendez tout ça, vous traduisez l'émotion... ». Heureusement j'ai ma famille, j'ai cet espace de parole à la maison. Mais il n'y a pas d'analyse de la pratique pour ça. La responsable a dit que peut être ça allait être mis en place à la rentrée, mais je n'y crois pas trop. Je pense que je vais me payer des séances sur mon budget, parce que je pense que ça joue sur tous les plans.

CQ : Y a-t-il selon vous une dimension culturelle dans cette problématique ? Pensez-vous pouvoir avoir un rôle de médiation culturelle ?

Int1 : Oui. Vous savez chez nous, quand on rencontre quelqu'un de notre pays, tout de suite on se parle comme si on se connaissait depuis très très longtemps. Après ça dépend bien sûr des familles, mais souvent on se rapproche vite, et par exemple avec la dame que je suis au CHU, ils ont oublié que j'étais simplement interprètes, comme une amie de famille. Le médecin à chaque fois il dit « Mme X et son interprète », je suis l'interprète « personnelle », comme si je faisais partie de la famille. Il y a des choses qu'elle ne veut pas dire devant son fils, et elle refuse les rendez-vous sans interprète. Alors parfois les structures demandent un autre interprète qui ne connaît pas bien la famille, par exemple il y a pas longtemps pour un rendez-vous d'annonce de fin d'hébergement en CADA, je ne sais pas pourquoi...

CQ : Pouvez-vous me citer les premières décisions à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

Int1 : On avait fait une formation il y a quelques temps, on avait échangé avec le [hôpital psychiatrique d'une autre ville] l'année dernière, avec [l'association]. On a pu échanger avec l'équipe soignante. Et cette année on a eu l'information très tardive, et il fallait se déplacer à [ville d'un autre département] ou à Lyon [ville d'un autre département], il n'y avait pas de proposition locale. J'aurais bien aimé mais je n'ai pas pu m'inscrire. On a dit avec toute l'équipe qu'on avait apprécié cet échange et qu'on voulait que ce soit mis en place l'année prochaine.

Après je me suis dit qu'il fallait que j'essaye de couper. Je travaille beaucoup avec la police, le tribunal, ils peuvent appeler à n'importe quel moment, donc je garde le téléphone, le soir, le week-end si y a un appel. Et du coup les familles elles ont ce numéro, il est professionnel, mais elles peuvent me joindre. Il faudrait que j'essaye de couper le week-end, et de pas avoir de contact. Avant j'allais parfois boire un café le week-end avec les personnes, mais ça j'ai arrêté, pour préserver un peu ma vie privée, familiale... essayer de pas être trop... c'est aussi mon caractère, je suis assez ouverte et on me demande beaucoup. Peut-être mettre des limites. Ça m'est déjà arrivé de faire les traductions sans être payée, pour un enfant, un certificat... je veux aider. Mais je veux être sûre que ça va servir à quelque chose. Et puis il y en a qui exige, comme si c'est un dû, et les associations veulent pas payer la traduction... il y a des limites. Il faut que j'arrive à me détacher. Dans la mesure du possible.

CQ : est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur ce sujet ?

Int1 : Non, c'est surtout ça, l'histoire de ce jeune homme. Et puis de ces situations compliquées, de cette dame qui est malade. Je me dis que ça va pas trop, j'arrête pas d'y penser, ça fait que de descendre, je me dis que ça va arriver un jour, d'être de nouveau confronté... ça va être un cap difficile à surmonter. C'est pas le moment de la laisser tomber non plus, elle comprendrait pas non plus, donc il faut aller jusqu'au bout, mais ça va être difficile. J'appréhende ce qui va se passer. Après je suis tombée aussi sur une situation difficile. J'ai une collègue qui a accompagné des jeunes enfants en bas âge au CHU, et ça a aussi très mal fini, ça l'a marquée. [Le médecin de la PASS] il disait « traduire c'est une trahison », parce que vous devez oublier votre langue, puis essayer d'être au plus proche, être fidèle, traduire une émotion... Nous on entend tout ce qu'on entend, on voit tout ce qu'on voit, on transmet au professionnel les phrases, mais toutes les émotions, ça reste. On peut être ému pendant le récit parfois, ça m'est déjà arrivé d'avoir les larmes dans les yeux.

Parfois ce qui est difficile c'est d'entendre des choses de plus que le patients. J'ai déjà entendu des choses entre les médecins, par exemple pour la dame que je suis, mais on me l'a pas dit à moi, donc je

ne sais pas s'il faut traduire ou pas. Le médecin disait « métastases », mais ça n'était pas adressé au patient, alors j'ai rien dit. Mais j'étais très mal, je savais pas quoi faire. Et puis il y a pas longtemps le médecin a tout dit à la patiente, il a dit qu'elle était en stade IV. Et son fils a demandé quel est le dernier stade, c'était IV. Il a dit que la maladie avait progressé, on a vu quelque chose au cerveau, et au poumon, et puis il a fait un récapitulatif de ce qui avait été vu avant. Ils ont rien dit, ils ont pas réagi, mais ça m'a fait bizarre.

CQ : est-ce que ça arrive dans l'autre sens, des choses qui vous sont dites par la personne et que vous ne savez pas s'il faut le transmettre aux soignants ?

Int1 : Oui, c'est comme cette patiente qui me dit qu'elle veut un traitement psychotrope, mais faut pas dire au médecin que je voudrais avoir un bébé. Ou on me dit « ça, tu lui dis pas, t'es pas obligé de le dire », c'est délicat.

L'autre problème qu'on a maintenant souvent, c'est que les médecins ou les autres professionnels ils disent qu'ils ne peuvent pas travailler sans interprète, mais les structures elles ne veulent plus payer. Ça dépend des services, mais dans beaucoup d'endroit, ils ne veulent plus payer les interprètes, ils font sans, ou ils passent par téléphone parce que c'est moins cher.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 7 – 04/08/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'accompagnement social demandeurs d'asile (pré-accueil des primo-arrivants et accompagnement des personnes non hébergées), 4 personnes interrogées

Professions :

- Intervenants sociaux (IS5 (également coordinateur de la structure), IS6, IS7)
- Agent d'accueil (AA1)

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui, accès à un interprétariat en présentiel (salariés de l'association ou bénévoles), et nombreuses langues parlées par les professionnels de l'équipe (anglais, français, allemand, espagnol, arabe, turc, macédonien, serbe, russe)

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Pas actuellement mais devrait être mis en place à la rentrée

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

IS5 : Moi je peux citer 3 cas personnellement. Un Monsieur qui était en situation irrégulière pendant très longtemps, deux trois ans en France, qui n'osait pas faire une demande d'asile puisque son réseau finalement le désinformait plus qu'autre chose, donc il avait peur de faire une demande d'asile, d'être débouté et renvoyé dans son pays d'origine. Nous on l'a convaincu de faire une demande d'asile quand il s'est présenté, pour qu'il puisse bénéficier d'une couverture médicale et d'une situation régulière. Au cours de l'accompagnement je me suis rendu compte que c'est quelqu'un qui souffrait...qui était un peu paranoïaque je dirai, qui avait tout le temps le sentiment qu'on le persécute, qu'on l'observe dans la rue, que les services de renseignements surveillaient sa ligne téléphonique, qu'ils pouvaient même venir ici le récupérer. Donc tout ça...je lui ai expliqué comment ça fonctionnait, qu'il évite quand même d'appeler sa famille au pays parce qu'ils peuvent éventuellement le mettre sous écoute ensuite, mais qu'en aucun cas il y aurait des agents de renseignement qui se déplaceraient en France qui l'enlèveraient. J'essayais de le calmer, et je l'ai orienté vers un psychiatre, la PASS psychiatrique le connaît bien d'ailleurs. Le problème c'est qu'il refusait aussi d'être hospitalisé. Il prenait des médicaments qui étaient extrêmement forts, donc parfois il était complètement à l'Ouest. J'ai réussi à le convaincre parce qu'il était hésitant de monter à Paris pour son entretien à l'OFPPA, finalement je l'ai convaincu sauf qu'il a eu un rejet. Et ce rejet l'a déstabilisé à nouveau. J'ai réussi à le convaincre de poursuivre sa démarche, qu'il pouvait faire un recours à la CNDA, que c'était pas terminé encore, et qu'il continue à prendre ses traitements prescrits. Il avait aussi le doute que s'il était hospitalisé, les services de renseignement viendraient le chercher. Plusieurs fois il m'a dit qu'il avait traversé la rue « je voulais me suicider », et le bus s'est arrêté et heureusement pour lui. Et des policiers l'avaient vu, sa tentative de suicide, se sont arrêtés, mais ils ont juste fait un contrôle d'identité et ils l'ont relâché. Pour l'instant il est toujours en cours de demande d'asile. Malheureusement nous on a très peu de temps disponible et donc on peut pas les recevoir et

leur accorder beaucoup de temps, on fait plutôt de l'orientation par la suite. Le deuxième cas c'était une personne qui vivait avec sa famille, un jeune, il avait quelques soucis de santé, des problèmes intestinaux. Il était en très forte demande d'hébergement, plusieurs fois il a eu des propositions pour d'autres villes, et il a refusé ces orientations parce qu'il était loin de ses frères. Durant son enfance c'était quelqu'un qui a grandi en orphelinat, qui avait pas vraiment de soutien parental...au final j'ai réussi à trouver une solution pour lui à Grenoble. Et...malheureusement moi j'étais parti en congés à cette période-là, et à mon retour j'ai su que...peut être du fait qu'il cohabitait avec quelqu'un...ce sont des chambres à deux personnes dedans...et j'ai su qu'il s'était jeté par la fenêtre, qu'il s'était suicidé. Pourtant, c'était quelqu'un qui n'avait donné aucun signe, qui n'avait jamais exprimé l'idée, contrairement aux autres personnes dont je vous parle. Le troisième cas c'était quelqu'un qui était en procédure de Dublin, et qui a été transféré vers le pays responsable de sa demande d'asile, en l'occurrence c'était le Portugal, et ensuite il est revenu, je lui ai expliqué ce qui allait se passer au niveau situation administrative pour lui. Donc pour quelqu'un qui est transféré vers le pays responsable mais qui revient en France, la procédure repart de zéro. Donc moi au départ je pouvais pas le re-domicilier ici tant qu'il repassait pas par la procédure en vue d'un nouvel enregistrement de sa demande d'asile. Et une demi-heure après, c'est l'[association d'accompagnement], qui m'a contacté pour me signaler qu'il avait tenté de se suicider à plusieurs reprises, d'abord en se jetant sur les couteaux pendant le repas, puis il a essayé de se jeter par la fenêtre, ils l'ont rattrapé...ensuite il a avalé des produits de ménage, de l'eau de Javel. Ils l'ont suivi et l'ont vu avaler l'eau de Javel...et après il a été hospitalisé. Et devant le psychiatre il a retenté de se suicider. Aujourd'hui, la préfecture l'a repris pour des raisons humanitaires donc il est en train de faire sa demande d'asile en France.

IS7 : Moi j'ai eu souvent des gens qui évoque l'envie de se suicider mais dans leur récit de demande d'asile, par rapport à ce qui s'est passé au pays, à la situation où ils étaient, qu'ils ont eu l'idée à ce moment-là. Et puis j'ai eu une dame avec une problématique d'hébergement, qui est dehors avec deux enfants depuis des mois, et qui est venue ici en larmes, en me disant « je vais me tuer ».

CQ : Comment vous avez réagi ?

IS7 : En fait j'étais en RDV à ce moment -là donc j'ai dit à ma collègue de l'accueil de la laisser se calmer un petit peu, de la laisser attendre en bas, puis je suis descendu, on a rappelé ensemble le 115, même s'il y avait pas de solution je pense que ça l'a un peu rassurée qu'on appelle, je lui ai dit que j'allais resignaler la situation à l'OFII. On a un petit peu discuté, et puis elle s'est calmée. Je pense que c'était vraiment sur le moment, elle était à bout de nerf, je pense pas qu'elle l'ait envisagé sérieusement, mais elle s'est délestée un peu de ce qu'elle avait sur le cœur à ce moment-là.

IS6 : Oui je rejoins [IS7] sur le fait qu'on voit effectivement beaucoup la question du suicide au moment des récits, qui ponctue l'histoire avant que les personnes quittent leur pays. J'avais eu une dame qui avait fait une tentative de suicide dans son pays, et qui a été sauvée par un Monsieur, qui lui a rappelé que sa raison de vivre c'était son enfant. Et en fait elle est arrivée en France et son enfant est toujours dans son pays, et quand elle a compris que pour faire venir son enfant il faudrait plusieurs années j'ai vraiment cru que...que tout espoir de retrouver son enfant qui était sa raison de vivre, c'était raté... Heureusement elle a été orientée rapidement par l'OFII. C'est vrai que nous on a un accompagnement qui est très limité, une fois que les personnes sont hébergées il y a un accompagnement social qui est beaucoup plus important.

CQ : Vous disiez que la question du suicide apparaît souvent dans les récits, est-ce que vous avez été confronté plusieurs fois à des tentatives de suicide au pays ?

IS7 : les tentatives c'est plus rare, c'est plutôt y avoir pensé. C'est plutôt des gens qui disent « si j'avais dû rester, je me serai suicidé ».

IS5 : L'idée aussi est évoquée en cas de retour au pays, souvent

AA1 : Moi je n'y ai jamais été confronté, pas pour l'instant.

IS5 : on a eu encore un cas d'une dame qui en fait essayait par tout moyen de faire venir aussi ses enfants, elle était impatiente, elle voulait que ça se fasse très très vite, et il y a tout un tas de procédure à respecter et de démarches à faire, et donc à un moment donné elle a dû lâcher...elle a fait une tentative de suicide avec des médicaments. Et après c'est [un responsable de service de l'association] qui l'avait revu, qui lui avait expliqué que c'était pas de cette façon-là qu'elle allait aider ses enfants, qu'il fallait qu'elle soit patiente. Et puis après elle a été orientée, donc on a plus d'informations sur l'évolution de sa situation.

CQ : Est-ce que vous êtes souvent confrontés à ces idées suicidaires, ou inquiets d'un passage à l'acte d'une personne que vous accompagnez ?

IS5 : pour les deux personnes dont j'ai parlé, je suis toujours un peu inquiet. Pour les autres cas, pour moi c'était pas du tout prévisible, je m'attendais pas du tout ça à ce que ça se passe. Moi personnellement...c'est là le danger, il faut faire attention à comment on se positionne, à force de l'entendre, parfois on peut devenir moins sensible à la chose, et passer à côté de quelque chose qui vraiment se passer. Je saurai pas vraiment vous dire quelle est l'attention, le degré d'attention, tout dépend de l'entretien, du vécu, de la personne et de comment elle se comporte en face de moi et euuh...de la façon dont elle va l'exprimer aussi, du contexte. Est-ce que c'est quelqu'un qui a une demande d'hébergement et qui va se servir de cette phrase pour réveiller quelque chose en moi pour que je réagisse et que je lui donne un hébergement ? Est-ce que c'est juste une stratégie, ou est-ce que c'est une réelle intention ?

CQ : ça vous arrive d'avoir le sentiment d'une certaine manipulation, que les propos sont dits en vue d'obtenir quelque chose ?

IS5 : parfois oui. Moi personnellement.

IS6 : oui parfois

IS7 : oui

IS6 : Après je dirai que de manière générale, les gens qui viennent nous voir, une majorité des gens ne viennent pas nous voir en disant « whou ! » (*Mime un sourire*). Après le suicide... y a quand même beaucoup de souffrance par rapport à l'absence d'hébergement, mais ça va être plus dans le sens d'une déception, aussi par rapport à l'image qu'on se fait de la France, ça va être aussi un côté où ils se sentent sans dignité, mais ça va pas forcément déclencher des idées suicidaires pour la majorité. Par contre ça m'est arrivé d'avoir des retours par rapport à des accompagnements que j'avais à la plateforme, qui ont été hébergés, et quand je discute avec le travailleurs social de la structure d'hébergement, il me dise « ah bah cet accompagnement, elle m'a expliqué qu'elle avait des envies suicidaires », mais c'est exprimé plus quand il y a un accompagnement plus creusé.

IS5 : Je pense que le problème c'est vu le peu de temps qu'on a, on arrive pas en fait à établir un réel lien de confiance.

IS6 : ou à accorder du temps surtout. Je pense que pour certaine personne on reste quand même des référents, mais on arrive pas à accorder du temps.

IS5 : en réalité, le temps qu'on consacre pour une personne, ... je parle de l'accompagnement de A à Z, ça dépasse pas les 4 heures,... c'est rien. Après on est démunis de moyens, donc malheureusement pour poursuivre nos accompagnements des primo-arrivants qui arrivent par la suite, on est obligés de contrôler comme ça.

**CQ : Information sur les facteurs de risque de conduites suicidaires en population générale.
Quels sont les éléments qui peuvent vous inquiéter sur un risque suicidaire chez une personne que vous accompagnez ?**

IS5 : Je reviens à la première personne dont j'ai parlé tout à l'heure, qui a fait une tentative de suicide, qui est toujours en demande d'asile. Je pense que si il arrive à avoir un hébergement et un accompagnement plus poussé, où il sera rassuré, je pense que ce sera une solution pour lui, je pense que le risque chez lui c'est l'isolement, et puis il a quand même le trouble psychique je crois, la paranoïa.

CQ : Est-ce que c'est fréquent pour vous de rencontrer des personnes qui, comme cette personne, vous semble souffrir d'une pathologie psychiatrique, ou vous disent en souffrir ?

IS6 : Bah...on est pas psychiatres (rires). Mais c'est plutôt par la PASS, souvent la PASS m'appelle en me disant « voilà, on accompagne cette personne, qu'est-ce qu'il en est de son dossier ? », pour prévenir du suivi à la PASS aussi...

IS5 : oui c'est plutôt par le biais de la PASS qu'on est informé. Et puis ça dépend, comme vous avez dit, les cultures sont différentes, et surtout les personnes qui sont en provenance d'Afrique, ils savent pas ce que c'est d'avoir des troubles psychiques, ils savent pas les exprimer. Nous quand on les oriente, ils disent « ça y est je suis fou », on dit « non vous êtes pas fou, un psychologue c'est quelqu'un qui ne traite pas que des fous ». J'avais un autre cas, il avait pas d'idées de suicide, mais il disait qu'il avait des maux de tête, et [un centre de soins] l'a orienté vers la PASS psy, et lui clairement il considérait qu'il était fou.

CQ : est ce qu'il y a d'autres facteurs que vous pointez comme étant à risque d'augmenter le risque suicidaire chez ces personnes ?

IS6 : On a parlé de l'isolement. Je dirai aussi les deuils précoces, pour certaines personnes, notamment quand il y a des conjoints, des enfants qui ont été assassinés, parfois sous leurs yeux, c'est ce qu'on voit parfois dans les récits. [IS5] et moi on a vu quelques fois des personnes qui ont eu leur conjoint brûlé sous leurs yeux ou des membres de leur famille. C'est pas forcément des deuils précoces mais c'est des morts extrêmement violentes. Du coup, là oui, sur les personnes avec ces récits, on sent effectivement la fragilité derrière, la difficulté de comprendre en fait, c'est incompréhensible.

CQ : vous disiez que dans les récits la question du suicide apparaît, à quel moment et de quelle façon c'est exprimé ?

IS6 : Je trouve que ça intervient beaucoup avant de prendre la fuite, après les événements, au moment où ils ont pas encore quitté leur pays. Etonnamment, je l'entends rarement après...par exemple je sais

qu'en Lybie, la situation est très compliquée pour les personnes qui y passent...mais je n'ai jamais eu de personnes qui parlaient d'idées suicidaires après ce qu'elles ont vécu là-bas.

IS7 : J'ai l'impression que c'est plus envisagé comme une solution, au même titre que de quitter le pays. Que finalement la solution qu'ils ont trouvé c'est de quitter leur pays, mais qu'avant ils ont envisagé le suicide comme autre solution.

CQ : est-ce que vous pointez des facteurs protecteurs vis-à-vis des passages à l'acte suicidaires ?

IS6 : tout ce qui relève de l'espoir, quand on a un peu l'espoir que les choses d'améliore, ça permet de se projeter.

CQ : est ce qu'il y a selon vous des profils de personnes ou des périodes particulièrement à risque (en fonction de l'hébergement, de la procédure, de la santé...)?

IS5 : malheureusement après le rejet de la demande on ne les voit plus, donc on ne sait pas... On essaye de redonner l'espoir au dernier entretien qu'on a avec eux. On fait un point sur les démarches qu'ils peuvent faire par la suite, on essaye de les orienter vers d'autres structures. Pour redonner de l'espoir, même si on sait que la situation ne se débloquera pas forcément.

IS6 : La procédure de Dublin, ça peut être un facteur de risque pour moi. Le fait que la procédure s'arrête, de pas savoir où poursuivre sa demande d'asile. Souvent c'est des retours vers l'Italie, le Portugal, les gens n'ont pas envie d'y aller, ne parlent pas la langue...Ils continuent pas leur procédure ici, mais ils ne savent pas si on va les mettre dans un avion.

IS5 : à la fois ils sont bloqués, et à la fois ils ont toujours la peur « à quel moment on va venir me chercher pour me renvoyer ? »

CQ: Quel est votre ressenti face à ces idées suicidaires exprimées ?

IS5 : Je dirai que je me sens plutôt impuissant, parce qu'on a pas beaucoup de moyen, je n'ai pas non plus les connaissances. J'essaye de mon propre naturel, de remettre les pieds sur terre, de rassurer, de lui dire que ce serait une erreur, que ce n'est pas une solution, mais c'est plutôt à l'improviste, j'écoute ma propre voix intérieure.

CQ : est-ce qu'il vous arrive d'y penser chez vous, d'être inquiet pour quelqu'un si vous n'avez pas de nouvelles ?

IS5 : Oui, moi ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé d'oublier de rappeler une personne que je n'avais pas le temps de recevoir. Il était venu me voir et visiblement selon l'agent d'accueil il n'allait pas bien, et j'avais oublié de l'appeler le jour même, et toute la soirée j'ai eu des petites pensées « j'espère que tout va bien, il faut que je le rappelle demain », et demain je l'ai rappelé, pour le rassurer, lui dire de suivre ses démarches.

Partie 3 : Ressources

CQ : Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire ?

Tous : Non (*non de la tête ou non verbalisé*)

IS5 : Non, non, on a pas de formation. A moins que personnellement chacun s'intéresse, mais dans le cadre de notre travail on a pas de formation prévue là-dessus.

CQ : Est-ce que vous avez accès à des formations concernant la santé mentale ?

IS6 : le seul truc qu'on a je pense, c'est la connaissance du réseau, on sait qu'il y a la PASS, la PASS psychiatrique. Et encore on a pas encore eu les discussions qu'on voulait avoir avec la PASS psy pour savoir comment orienter une personne sans la brusquer, comment déceler un besoin, comment aborder cela avec les personnes qui ne savent pas ce que c'est que la psychologie... C'est un point de notre travail où on a pas de formation, mais on sait déjà vers qui orienter.

IS5 : sur la santé mentale on a pu accéder à des formations sur la santé mentale, notamment par l'ORSPERE-SAMDARRA. Mais pas sur les conduites suicidaires en particulier.

CQ : est-ce que la présence d'un interprète avec vous serait facilitant pour évaluer cette question chez quelqu'un ?

IS5 : ça m'est pas arrivé...mais ça peut être les deux, ça dépend de la personne si elle se sent en confiance ou pas. Ça peut être un facteur de ne pas en parler parce qu'il y a une troisième personne, donc c'est plus dur de se confier, mais aussi ça peut être l'inverse, avoir deux personnes qui expliquent qu'il ne faut pas faire ceci, ça peut aussi être rassurant. C'est une supposition.

IS6 (*s'adresse à IS5*) : il y a aussi ce que parfois tu disais, c'est que toi tu parles la langue, typiquement avec des gens macédoniens, ils te disent plus de choses. Ça peut arriver aussi avec l'interprète, par exemple au moment où on va chercher quelque chose à la photocopieuse, ils disent tout à l'interprète. J'ai aussi eu l'inverse, une dame où quand l'interprète est parti pour mettre des sous dans l'horodateur, d'un coup elle m'a dit toute son histoire. Du coup quand l'interprète est revenu je lui ai dit « bah en fait, vous pouvez nous attendre en bas ». Là je pense que c'était plus lié au fait que ce soit un homme. Donc pas forcément sur des thématiques du suicide, mais sur la vie en général

IS5 : oui en fonction de si c'est un homme ou une femme. Quand il y a des problématiques de viol par exemple, suivi d'une intention de suicide, à mon avis la présence d'un homme ou d'une femme peut avoir une incidence sur ce que la personne confie.

CQ : et quand c'est une langue que vous maîtrisez personnellement, vous avez le sentiment que cela facilite la personne à se confier ?

IS5 : Il est vrai que du fait qu'on ait des origines proches, les personnes peuvent avoir tendance à plus se confier, voire même me dire des choses que j'ai pas forcément envie d'entendre. Le fait de ne pas passer par un interprète peut faciliter la communication et la confiance.

CQ : Et quand vous y êtes confrontés, vers quelles structures de soins pouvez-vous orienter les personnes ?

IS5 : Personnellement, si la personne me dit qu'elle connaît [un centre de soins associatif], je lui dis d'y aller. Si elle connaît aucun endroit, c'est en fonction de la gravité des problèmes de santé. Si je sens qu'il y aura peut-être besoin d'analyse de sang ou d'exams poussés, j'oriente vers la PASS. Et parfois on oriente directement vers la PASS psychiatrique.

CQ : est ce qu'il vous arrive d'orienter voire d'accompagner des gens vers les urgences ?

IS5 : Alors oui. Accompagner... jusqu'à l'arrêt de tram je l'ai fait, malheureusement on a vraiment pas le temps de le faire, mais je me suis assuré qu'il rentre dans le tram et j'ai dit à une autre personne qui était dans le tram de lui dire de descendre à tel arrêt, parce qu'il ne voyait pas bien, il avait été mordu par un chien.

CQ : et pour des questions de souffrance psychologique, d'anxiété ou de risque suicidaire, cela vous est déjà arrivé ?

IS6 : non pas pour ces motifs là

IS7 : Y a une dame que j'ai orientée vers les urgences, elle avait des douleurs au niveau du cœur, je pense que c'était lié...c'est une dame qui est dans une situation vraiment compliquée, on venait de faire son récit... j'ai appelé la PASS, et ils m'ont dit de l'orienter vers les urgences. Je l'avais orientée déjà vers la PASS psy avant.

CQ : est-ce que vous vous mettez en lien avec d'autres travailleurs sociaux ou d'autres structures sur les situations inquiétantes ?

IS5 : lors des orientations. Quand une personne est orientée, on nous demande des informations sur le suivi, donc s'il y a quelque chose au niveau de la santé qui est problématique, on le partage avec la personne qui va prendre le relais de l'accompagnement.

CQ : Est-ce qu'il y a des obstacles, des difficultés, pour orienter les personnes vers les soins ?

IS5 : quand la personne refuse les soins, on se demande comment on peut faire. On a même essayé une hospitalisation d'office pour la première personne que j'ai citée... le psychiatre m'a dit aussi qu'il avait du mal à s'assurer que la personne suive son traitement.

IS7 : il y a la question de la langue aussi, les gens qui parlent une langue assez rare, on sait pas si on va réussir à trouver un interprète. On sait que ça va être compliqué de mettre en place un suivi.

CQ : et quand les gens refuse, selon vous c'est parce qu'ils n'ont pas conscience de leur troubles, ou qu'ils n'ont pas connaissance des soins psychologiques et psychiatriques ?

IS6 : les gens généralement ne refusent pas de but en blanc devant nous, quand on les oriente. Mais comme on les accompagne pas, on peut jamais garantir leur arrivée dans le lieu d'orientation.

IS5 : Je pense qu'il y a une petite nuance pour l'orientation vers les psychiatres, psychologues...quand on dit « médecin », ça passe. Si on ouvre le sujet de « psychiatre » ou « psychologue », là il y a une réticence.

IS6 : vous faites peur les psychiatres... (*rires*)

IS5 : donc limite c'est vécu comme si nous jugeons la personne comme folle, donc c'est très subtil à annoncer et expliquer. Donc maintenant je dis que j'oriente vers un médecin sans forcément préciser que c'est un psychiatre.

CQ : est ce qu'il vous arrive d'orienter vers le médecin généraliste ?

IS5 : j'ai pas en tête

IS6 : généralement quand ils peuvent aller vers un médecin généraliste nous on les voit plus, nous notre suivi s'arrête avant.

CQ : Quand vous avez orienté vers des soins psychiatriques, est ce que vous avez constaté une amélioration ?

IS5 : Moi j'ai plutôt l'impression qu'il n'y a pas trop d'amélioration pour la personne dont j'ai parlé. Au contraire la personne est venue complètement écrasée par les traitements très très forts, mais il est toujours dans l'isolement, la paranoïa, très persécuté, il vit dans une cave, il a scotché les fenêtres pour qu'il n'y ait pas de lumière, et il vient de temps en temps complètement shooté. Pour qu'il se déplace à Paris, j'ai dû faire en sorte qu'il y ait une personne d'une [association de solidarité internationale] qui l'attend à Paris pour l'amener jusqu'à l'OFPRA.

CQ : est-ce que c'est du selon vous à ses troubles, ou davantage à son environnement, à la précarité ?

IS5 : les deux je pense... je dirai que peut être l'isolement joue plus comme facteur, parce que si il était hébergé dans un centre d'accueil, avec un accompagnement plus soutenu... Et qu'il y ait juste un toit au-dessus de lui, je pense que ça améliorera beaucoup son état.

IS6 : Oui... Une fois qu'on est hébergé, il y a beaucoup de choses qui changent.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

IS5 : on revient à la question de l'hébergement et de l'accompagnement social des personnes

IS6 : oui, la personne une fois que la personne est hébergée, les accompagnateurs ont vachement plus de temps, il y a tout, c'est un package....

IS5 : voilà, le taux d'encadrement en CADA c'est à peu près 20 personnes pour un ETP, chez nous on est à peu près à 250 personnes pour un ETP...

IS6 : et encore ça a baissé un peu...

CQ : qu'est ce qui pourrait vous aider vous à faire face à ces situations ?

IS6 : on a pas encore pu rencontrer la PASS, mais de mieux connaître les intervenants, le réseau.

IS7 : oui, savoir comment aborder ces questions avec les gens

IS5 : oui savoir comment aborder, et avoir des modes d'orientation un peu plus efficace, des voies d'orientations plus efficaces. Nous à part la PASS psychiatrique... je sais que le CMP ils en prennent plus trop, je sais que de façon générale dans les soins psychiatriques les moyens sont en constante réduction.

CQ : Y a-t-il d'autres choses en lien avec cette problématique dont nous n'avons pas parlé ?

IS5 : Non, mais j'étais curieux de ce qu'on allait se dire à ce sujet... et aussi de savoir si ce qu'on fait, c'est à peu près ce qu'on doit faire ?

CQ : [réponse et information sur la revue de la littérature]. Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 8 – 10/08/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'un centre d'accueil et d'orientation pour mineurs isolés étrangers, 6 personnes interrogées

Professions :

- RS2 : responsable de service
- IS8 : monitrice éducatrice
- IS9 : AMP
- IS10 : remplaçante sur un poste de moniteur éducateur/éducateur spécialisé
- IS 11 : remplaçante sur un poste de moniteur éducateur/éducateur spécialisé
- IS 12 : éducatrice spécialisée

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui

RS2 : si ça se fait ici c'est souvent par téléphone, mais on peut avoir accès à des interprètes en présents dans les locaux d'une association.

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

IS9 : Moi j'ai été confrontée à des idées suicidaires... plus quand les choses elles évoluent pas, ou pas comme ils le souhaitent. Mais ça reste assez vague, et ça vient surtout dans des moments particuliers : ça peut être quand les papiers aboutissent pas, quand les choses elles vont pas comme ils veulent, quand ils sont ici depuis longtemps...ça peut être « bah, t'façon moi ma vie elle vaut rien, Dieu m'a envoyé ici – parce qu'il y a beaucoup de croyances- mais pour rien, du coup il vaut mieux que je rejoigne Dieu », quelque part c'est un peu ça l'idée. Et après j'ai été confrontées à des mutilations, mais c'était un jeune qui était arrivé avec, qui s'était fait ça entre le trajet et son arrivée à Grenoble. C'était entre de la punition, un besoin de se sentir...c'est contradictoire mais besoin de se sentir en vie je pense, et d'exprimer la peur qu'il a rencontrée sur le chemin. Quand il est arrivé il avait, enfin il a toujours d'ailleurs, des traces, mais c'est bien cicatrisé, donc c'était pendant le voyage. Et ici on a eu un...

IS8 : oui, un jeune, mais qui s'est pas suicidé ici. C'était en... il était déjà parti d'ici. Il a été ici pendant une période, puis après dans une autre structure, et c'est là-bas...

RS2 : c'était une défenestration

CQ : c'est arrivé récemment ?

IS8 : il y a environ deux ans

CQ : est-ce que vous vous souvenez de la situation, des réactions quand vous avez appris ce qui s'était passé ?

IS8 : pour ma part, je sais que quand j'ai appris ça j'ai eu besoin de revoir un peu ses dossiers parce qu'on les avait toujours, et c'est vrai que j'avais un souvenir de lui...et c'était marqué, que c'était un jeune qui allait pas bien. Mais... je me suis demandé si on avait pris en mesure l'ampleur.... Parce que finalement je trouve que la plupart des jeunes qu'on voit passer ici, à ce stade-là, pourtant avec tout leur vécu, ils s'en sortent plutôt bien, et on a eu peu de... voilà il y a eu un suicide, on a déjà eu des jeunes qui ont décompensé, mais globalement ils s'en sortent plutôt bien.

CQ : quand vous dites « décompenser », à quoi cela correspond ?

IS8 : de la violence

IS9 : oui c'était violent, y a un éducateur qui s'est pris une claque, RS2 qui a été étranglée... c'était violent, il y a eu un long séjour en psychiatrie après. Après moi je ressens beaucoup de besoin de suivi psy, mais d'aborder le sujet du suicide...je trouve qu'il est pas beaucoup abordé. Déjà dans leurs croyances, le suicide c'est pas forcément quelque chose qui se pratique, enfin quelque chose de reconnu, donc c'est compliqué. Après c'est plutôt les comportements addictifs...ou alors « à ce moment-là, j'aurai mieux fait de me noyer dans la mer comme tous les autres », ou « je préfère retourner chez moi et être mal vu chez moi que de vivre ça »... Après en début d'année, il y a eu un suicide au niveau de l'association qui les accueille, qui ici a eu des répercussions je trouve, parce que les jeunes étaient vachement touchés par ça, ont pas compris pourquoi... ça a été un peu étouffé en plus, c'était assez compliqué.

CQ : Vous vous souvenez de ce que les jeunes vous ont dit ?

IS9 : Déjà « il est mort », « il avait 16 ans, pourquoi il a fait ça », « pourquoi la France lui a fait ça ? » Quelque part c'était ça aussi...

CQ : il était mineur isolé, mais pas accueilli ici ?

IS9 : Voilà, il était dans l'association qui les accueille avant.

RS2 : et il avait été reconnu majeur, donc qui ne pouvait plus avoir de prise en charge en tant que mineur

IS9 : et qui n'avait plus d'issue. De la situation qu'on a vue, c'était que quelque part c'était la vérité, et qu'il était coincé entre la vie qu'on lui avait inventée et qu'il s'était inventé, la vie qu'il avait ici, et c'était trop compliqué... Du coup ça leur renvoi plein de choses aux jeunes. Mais l'idée de se dire qu'on peut s'enlever la vie, ça reste compliqué.

CQ : Comment vous avez réagi quand les autres jeunes vous ont interpellé à ce sujet ? Est-ce que vous avez évoqué cela en groupe ou en individuel, est ce que vous en avez parlé en équipe entre vous pour savoir comment réagir ?

IS9, IS8 : en individuel

IS9 : En équipe on a plus parlé de ce que ça nous avait fait vivre à nous. Voilà...le suicide d'un jeune, ça aurait pu arriver chez nous. Et de ce que ça renvoi sur la population qu'on accueille. Après les jeunes c'est difficile en groupe d'aborder ce genre de sujet. Déjà chez nous c'est pas simple, mais dans leur communauté ça l'est encore moins. En individuel ils osent plus poser des questions. « Est-ce

que c'était vraiment un choix ? » par exemple, « qu'est-ce que c'est le suicide, qu'est-ce que ça vient dire » ?

CQ : Est-ce que vous vous sentez à l'aise quand les jeunes vous interrogent sur ces questions ?

IS8 : je trouve que c'est délicat parce qu'il y a un espèce de... tabou, on a pas été super bien informés, on sait peu de choses, l'impression qu'il faut pas trop que ça sorte, donc c'était un peu délicat.

RS2 : C'est vrai que les circonstances sont restées quand même assez discrètes de la part de l'association qui l'accueillait, et tous les jeunes ne le connaissaient pas, donc c'est délicat de parler de cette situation dans du collectif. Pour ceux qui l'avaient côtoyé d'un peu plus près étaient en questionnement, plutôt que tout le groupe.

IS9 : Après par leur parcours, ils y sont confrontés aussi... C'est pas un suicide... je sais pas comment dire mais sur les bateaux... quand ça chavire, il y a des gens qui préfèrent sauter que de se raccrocher au bateau... ils ont vécu ces situations-là, c'est pas normalisé, mais c'est comme ça que ça se passe. Mais le fait qu'il soit arrivé, que c'était la fin, qu'il était là et qu'il a fait ça, c'était ça qui était compliqué. Nous on avait pas toute l'histoire, on le connaissait pas.

CQ : Vous disiez que vous avez pu exprimer votre ressenti en équipe, est ce que vous vous souvenez de ce qui a été dit ? Est ce qu'il y avait de l'incompréhension, un vécu d'impuissance ?

IS9 : (hoche la tête) oui, un peu tout ça. Et de se dire qu'on est pas à l'abri, la peur que ça arrive ici. Moi j'ai eu des jeunes, j'ai eu peur que ça arrive, d'un jour les retrouver, d'ouvrir la porte, et qu'ils soient pendus, ou défenestrés. Dernièrement il y a un jeune où je me suis dit « un jour je vais ouvrir la porte, et je vais le retrouvé mort derrière ».

CQ : Quels sont les éléments qui peuvent vous inquiéter dans ce sens ?

IS9 : Son comportement. Le mal-être qu'il a eu lui, et de sentir qu'on a beau essayer, on est impuissant, parce qu'il est pas en capacité d'accepter notre aide, et qu'il va forcément toujours plus loin, dans des actes délinquants, dans des choses qui vont pousser loin, des comportements addictifs, c'est tous ces détails qui peuvent dire qu'un jour il peut lâcher. Et que ce soit la dernière issue, qu'il imagine plus que ça.

CQ : pour ceux qui n'ont pas encore pris la parole, est ce que vous avez déjà été confronté à une situation de ce type, à l'expression d'idées suicidaire ou à un passage à l'acte ?

IS10 : Pas ici. Sur mon ancien poste de travail dans une école oui, mais pas ici.

IS11 : oui moi aussi, quand j'ai travaillé en collège, et aussi auprès de personnes en difficulté, et de personnes âgées, beaucoup de personnes isolées voulaient se suicider. Et pour les adolescents c'est le harcèlement scolaire qui peut amener aux scarifications et à tout ça.

CQ : est ce qu'il arrive que l'idée de se suicider arrive dans le récit du départ de leur pays et du voyage ?

RS2 : c'est peut-être pas dit si clairement que ça, mais y a quand même des fois des jeunes qui disent « j'étais fatigué, j'en pouvais plus »

IS12 : oui voilà

RS2 : ils vont peut-être pas le verbaliser aussi clairement, mais je pense qu'il y a des choses proches...

IS9 : celui qui s'est scarifié, c'est ça qu'il disait, qu'il était fatigué, qu'il en pouvait plus

IS12 : y en a, je pense typiquement à hier, un jeune qui me disait « quitte à vivre comme ça, j'aurais préféré qu'on me laisse mourir, mais qu'on me laisse tranquille, plutôt que ça continue ». Qui décrivait que c'était insupportable, qu'elle était fatiguée...

CQ : Est-ce que vous êtes souvent confrontés à ces idées suicidaires, ou inquiets d'un passage à l'acte d'une personne que vous accompagnez ?

IS8 : Moi je trouve quand même assez peu par rapport à ce qu'ils ont vécu. Après comme disait IS9, je pense qu'il y en a beaucoup qui ont vraiment besoin d'un suivi, qu'on peut pas toujours voir correctement, suffisamment... Y en a beaucoup qui sont en difficultés mais qui essaient de se raccrocher. Mais y en a beaucoup je m'interroge sur le « après ». Ici ils sont quand même dans une période où on essaye de construire quelque chose, mais après...certains on a des nouvelles d'autres non, et parfois on sait qu'au bout de quelques années, leur situation n'aboutit pas... Là ils sont encore dans l'espoir.

IS9 : Oui parce qu'on est un sas. Finalement on est une toute petite partie du parcours, et au final quand ils arrivent ici ils sont plutôt dans le soulagement parce que ça évolue...y a la peur de pas avoir les papiers mais ils sont pas encore en sécurité, donc quelque part ils ont pas le temps de se poser ces questions-là, et je pense comme IS8 que ça arrive plus tard en fait. Une fois qu'ils ont posés, qu'ils ont l'impression que ça y est ils sont au bout du chemin, et que ça se passe pas comme prévu, je pense que c'est là où la question elle se pose plus. Parce que d'autres qui sont dans une dynamique, la France c'est ce qu'ils voulaient, ils voulaient venir ici, donc oui c'est dur, c'est compliqué, mais faut qu'il fasse avec ce qu'on leur donne et ce qu'on leur demande. Par contre quand on leur demande plus rien et qu'on leur donne plus aucun espoir, là... c'est différent. Et y a des jeunes on pensait qu'ils décompenseraient ici, ils ont pas décompensé, mais je suis pas sûr que d'ici 3-5 ans, dans ce que l'avenir leur réserve, ça se passe aussi bien. C'est fragile.

Des fois on préférerait qu'ils craquent un bout coup ici, parce qu'au moins on va leur assurer un suivi psy, y a des possibilités d'hospitalisation, alors que si demain ils sont dehors dans la rue...

IS8 : Ça je trouve qu'au niveau des hospitalisations ou des suivis, ça met du temps. Y a des jeunes où on avait vraiment l'impression qu'ils en avaient besoin...

IS9 : y a que quand il y a des actes qu'on peut les faire hospitaliser

IS8 : Quand dans leur discours y a plus de cohérence...

RS2 : c'est vrai qu'on a quand même beaucoup de difficultés à faire reconnaître ce mal-être, par le manque de place, il y a tellement d'attente, que s'il y a pas de passage à l'acte ou quelque chose de grave, ma foi...il va attendre. C'est vrai que du coup il y a des fois où on a l'impression que si les choses étaient prises en amont, il n'y aurait peut-être pas de choses aussi importantes. Nous on a une psychologue à mi-temps ici, qui rencontre tous les jeunes mais qui peut pas faire un suivi réel sur chaque situation, donc elle va aussi au plus urgent pour les jeunes qui...en tout cas ceux qui le manifestent, parce que y en a peut-être qui sont aussi mal mais qui ne le manifestent pas, et du coup qui ne bénéficie pas forcément de ce suivi. C'est quand même assez light parce qu'elle ne peut pas suivre chaque jeune de manière régulière. D'autant que nous on a quand même un turn-over assez important, puisqu'on n'est pas amené à accueillir les jeunes de manières pérenne. Logiquement on est

sur des accueils de 4 mois, mais c'est plutôt 6 mois, voire parfois un an, en attente d'une structure autre derrière.

IS9 : après on a aussi un service extérieur sur la structure, donc des appartements dans [ville voisine], et là pour le coup les jeunes ils parlent pas du tout de ça, même leur mal-être on a beaucoup de mal à l'évaluer, parce que quand ils viennent au bureau, c'est le quotidien qui prime, et leurs démarches. Quand RS2 elle parle du silence, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont pas parlées, qui sont pas exprimées parce que ça se fait pas, parce qu'on va pas dire qu'on est mal. Au final ceux qui parlent, eux ils ont un suivi, mais le nombre qui sont silencieux, c'est là où c'est peut-être plus fragile et dangereux.

CQ : Est-ce que vous avez des hypothèses sur les raisons de ce silence ?

IS8 : peut-être pour pas s'effondrer aussi...

RS2 : Il y a aussi parfois le poids du silence parce que l'histoire qu'ils ont raconté est pas forcément celle qu'ils ont vécu, et s'ils viennent dire leur mal-être, ça va peut-être en porte-à-faux avec le récit qu'ils ont pu faire. Ça ressort parfois plusieurs années après, quand ils ont eu leurs papiers...

IS9 : et c'est là aussi que ça peut ressortir de dire « j'y ai pensé en fait », « j'ai pensé à arrêter ma vie parce que c'était trop dur ». Ça m'est arrivé une ou deux fois. Y en a un qui avait une histoire compliquée, qui avait perdu son frère dans la traversée, et qui exprimait « pourquoi lui et pas moi » « j'ai pensé à le rejoindre ». C'était son histoire à lui et ce qu'il avait vécu qui lui donnait envie de le rejoindre, et en même temps c'était ce qui le maintenait en vie, paradoxalement. Quand il allait bien, il vivait pour son frère, et quand il allait mal il voudrait rejoindre son frère. Donc ça le tenait d'un côté, et ça l'enfonçait aussi de l'autre côté... Mais là comme il exprimait beaucoup, y avait un suivi régulier avec la psychologue, et quand il a changé de structure ça a été dit et il y a un suivi qui s'est mis en place dans l'autre structure, donc il a fait un vrai travail autour de son frère, la place de son frère, son rôle à lui, ça s'est travaillé. Les choses elles évoluent doucement mais elles évoluent quand même parce qu'on s'est occupé de ça.

CQ : est ce qu'il y a des éléments qui peuvent selon vous participer au risque suicidaire chez les jeunes que vous accompagnez, dans leur passé, dans leur vie actuelle ?

IS8 : Je pense que les ruptures constantes les malmènent énormément. Ils sont trimballés d'une structure à une autre...des fois ils ont eu du mal à faire confiance dans une autre structure, ils ont réussi à faire confiance à quelqu'un et hop ! ils sont balancés ailleurs... j'ai en tête un jeune qui me dit « j'ai déjà dû partir, je vais devoir encore partir ailleurs... ». Pour moi ça c'est dur...

IS9 : je dirai aussi la honte par rapport à leur pays, dans le sens où souvent ils sont envoyés plein d'espoir : « je viens en France pour sauver ma famille, pour sauver l'honneur de ma famille », ils pensent qu'ils vont arriver en France et qu'ils vont trouver un travail, que tout va rouler... ils arrivent ici, et le système fait que ça ne fonctionne pas comme ça, et ils savent pas comment dire à leur famille « moi aussi je galère ici, vous pensez que la France c'est facile, mais la France c'est pas celle qu'on voit à la tv, c'est pas celle qu'on nous vend, tous les jours je dois me battre contre des procédures.... »

IS8 : et ça ils peuvent pas toujours le parler, souvent ils doivent le cacher, ils vont aller à Paris et faire une photo avec la tour Eiffel, et pas dire le reste...

IS9 : Oui je pense que ça contribue au mal-être, de pas pouvoir dire « je vais mal ». Y en a un qui me disait « t'imagines si je dis à ma mère que je vais mal, alors que je me suis battu là-bas pour qu'elle vende des trucs pour que je vienne ici ? C'est elle, je vais la faire mourir elle ! Je peux pas lui dire ça ! mais j'arrive pas à vivre comme ça non plus... »

CQ : est-ce tous les résidents du foyer sont officiellement identifiés en tant que mineurs ?

RS2 : Oui. Il y a eu une période où c'était pas comme ça, mais actuellement oui. Je me souviens d'un jeune qui avait été déclaré majeur, et on avait dû lui annoncer qu'il ne pouvait plus être pris en charge, et il a...pété les plombs quoi, y a du avoir l'intervention de la police et des pompiers... parce que pour lui, il avait un acte de naissance, c'était sa mère qui lui avait donné, on remettait en cause la parole de sa mère et son document. Il a fait une crise à vomir de partout, à être dans un état... ça a été compliqué.

IS9 : et même quand ils sont reconnus mineurs, elle est toujours là la suspicion. La suspicion elle est partout. Y a l'histoire de la préfecture à un moment donné, y a l'histoire de la vie quotidienne, quand ils vont dans les magasins...quand ils sont avec nous. La suspicion elle est toujours là dans le regard des gens. Pour le vivre au quotidien avec eux, le regard des gens il est dur à porter, même pour nous, mais pour eux ça doit être horrible. Tout le monde les observe en tant que mineur étranger en étant « oui enfin...mineur mineur... ». Comme disait IS8, avec les ruptures, à chaque fois ils recommencent leur histoire, doivent refaire confiance...

IS8 : je pense que certains se perdent... J'ai le souvenir d'un jeune que j'ai connu au début où je travaillais ici, et il était chez nous, il devait partir dans un autre foyer, on a fait les démarches d'empreintes et il s'est avéré qu'il avait 32 ans, et je pense que lui-même... à un moment-donné il me disait « je ne sais plus qui je suis », je pense qu'ils se perdent dans leur histoire.

IS9 : ça ça peut conduire au suicide à mon avis

IS8 : ouais. Je l'ai suivi quelques mois parce qu'il était resté ici mais plus pris en charge, à moitié dans la marginalisation, là je sais pas vraiment ce qu'il est devenu...mais c'est vrai que se mettre dans la peau de quelqu'un, et en fait à la fin je pense qu'ils y croient eux-mêmes.

IS9 : je pense que ça amène des idées, même si l'acte il est pas là. Je me rappelle un jeune que je suis allée chercher dans un collège, et j'ai pris conscience du mal-être à ce moment-là. Il refusait d'aller à l'école... le jour où je suis allée le chercher, il était au milieu des collégiens, il devait avoir 20 ans. Moi la première je me suis pris une sacrée claque et je me suis dit « je comprends pourquoi il veut pas aller à l'école, c'est hyper violent ». De devoir se mettre dans la peau d'un ado de 14 ans, français, avec les codes qui vont avec, les jeux qui vont avec alors que lui ce stade-là existe pas dans son pays et ça fait bien longtemps qu'il l'avait passé... Çales conduit des fois à ne plus aller à l'école, et ils savent que s'ils ne vont plus à l'école, derrière les papiers c'est compliqué.

CQ : est-ce que vous pointez des facteurs protecteurs vis-à-vis de ce risque suicidaire ?

RS2 : Moi je dirai que d'être accueillis dans un foyer comme ici, où y a pas de jugement, où on sait que certains n'ont peut-être pas l'âge qu'ils annoncent mais qu'on où on dit « voilà, ils sont mineurs », et on fait le travail. Je pense que du coup ça permet effectivement qu'ils se sentent un peu mieux, de poser les choses. Y a le suivi administratif, santé, parce que certains arrivent bien esquinés, donc il y a

toute cette prise en charge individuelle qui peut permettre d'apaiser les choses. On fait pas non plus des miracles mais il y a un certain apaisement, même si pour certains c'est un peu plus compliqué de faire confiance.

IS9 : y a des bouées de sauvetage, ils se raccrochent à des gens, à l'institution, à leur communauté extérieure. Y a des jeunes qui ont des repères, même ici à l'internat qui se raccrochent à un éducateur le temps qu'ils sont ici, mais on sent qu'on porte tout. Ils vont se raccrocher à ça, ils vont se raccrocher à leur communauté, parfois à leurs amis au pays, où à une personne qui est plus là, en tout cas se raccrocher à quelque chose quand ça va mal. Ou alors se dire « c'est bon je lâche tout je rentre chez moi », déjà le dire ça fait du bien, même s'ils repartent pas.

CQ : est ce que certains jeunes sont en lien avec leur famille ?

RS2 : oui il y en a qui encore des liens avec leur famille

IS9 : oui par les réseaux sociaux parfois. Même si nous on le sait pas. S'ils se sentent vraiment en sécurité ici, on est pas la police, parfois ils lâchent des choses malgré eux, sur leur famille.

RS2 : Avant, le fait d'avoir du lien avec sa famille c'était pas...un problème au niveau de la préfecture, donc c'était parlé assez librement, des deux côtés. Aujourd'hui les choses sont un petit peu différentes parce que la préfecture est un peu plus regardante sur les liens familiaux. Donc du coup on s'adapte aussi, on prévient les jeunes qu'ils peuvent avoir des liens mais que si nous on est au courant on peut être amené à le spécifier, donc ça peut fausser la relation...

Partie 3 : Ressources

CQ : Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire ?

Tous : Non (*non de la tête ou non verbalisé*)

CQ : Est-ce qu'une formation de ce type vous paraîtrait nécessaire dans votre pratique ?

IS8 : c'est plus l'expérience qui nous amène à avoir un regard plus fin, plus observateur... mais sur le plan du suivi, parfois j'étais un peu en manque de moyens pour mesurer l'ampleur du problème.

RS2 : je pense qu'à notre niveau l'évaluation se fait plus en regards croisés des différents professionnels. Individuellement, c'est un peu compliqué, c'est la perception personnelle. Mais l'accumulation des perceptions d'un psychologue, d'une infirmière... réunis vont faire que là y a une alerte.

CQ : est-ce que ça vous est déjà arrivé de poser la question à un jeune, de la présence d'idées suicidaires ou de tentative de suicide dans le passé ?

Tous : Non (*non de la tête ou non verbalisé*)

CQ : Et quand vous êtes confrontés à l'expression d'idées suicidaires, quelle est votre conduite à tenir, votre orientation ?

RS2 : En premier la psychologue de notre structure. Le plus souvent c'est parlé sur des temps de réunion d'équipe ou d'analyse des pratiques, et vu avec la psychologue ou l'infirmière. Il y a eu parfois aussi des interventions avec le médecin généraliste référent.

IS9 : et parfois y a eu des suivis mis en place avec des associations de psychologues ou des services de consultations psychiatriques ou addictologiques qui reçoivent des adolescents. C'est pareil la mise en place c'est compliqué, c'est long...

CQ : Est-ce qu'il y a des obstacles, des difficultés, pour orienter les personnes vers les soins ?

IS9 : oui c'est vraiment les délais. Et la possibilité qu'ils puissent partir en cours de traitement, c'est aussi des fois un frein pour trouver des praticiens. Le CMP y a pas de place du tout.

CQ : Est-ce que vous parvenez à contourner ces obstacles, et comment ?

IS8 : c'est compliqué. On sent que c'est plus de notre ressort... on essaye de pallier comme on peut, mais c'est pas... (*ne termine pas*)

CQ : est ce qu'il vous arrive d'orienter vers les urgences à défaut d'une autre solution de prise en charge ?

IS9 : c'est vraiment en situation de crise, comme dernièrement la crise de violence. Mais il a vu le psychiatre aux urgences qui a évalué qu'il n'y avait pas de nécessité de suivi, et il nous a été renvoyé. Sur ce côté-là on est très impuissants, on a aucune solution, et aucun interlocuteur, donc on fait comme on peut avec ce qu'on est, on y va un peu sur des œufs. Si ça passe ça passe, si ça passe pas, on sera à la crise d'après. On fait avec ce qu'on a nous en interne, en discutant avec nos cadres, en mettant des trucs en place en interne, la psy quand elle est là, et surtout l'équipe, on échange beaucoup, on met en place des choses minimales qui nous semblent importantes, et on y va à tâtons, jusqu'à la crise d'après, et on recommence...

CQ : Concrètement qu'est-ce que vous pouvez mettre en place dans ces situations ?

IS8 : une vigilance plus importante

IS9 : un accompagnement plus spécifique, essayer de passer plus de gens avec le jeune. Surtout avec ceux avec qui il a des accroches. Ça se focalise beaucoup sur les liens qu'on peut créer avec eux. Mais on est pas armés face à ça, on a pas cette formation. On parle, mais... (*rires*), on sait pas si on parle bien, si les mots vont résonner ou pas... En fait les cas vraiment extrêmes on arrive à mettre en place quelque chose sur le suivi, mais ceux où on sait pas trop... tant qu'il y a pas un acte, une preuve que ça va lâcher, c'est pas possible. Et on en revient à ceux qui sont silencieux et qui explosent du jour au lendemain, ceux-là... moi je me trouve complètement désarmée face à ce genre de situation.

CQ : Observez-vous des obstacles à l'accès aux soins psychologiques ou psychiatriques chez les jeunes eux-mêmes ? De quel type ?

IS9 : Ah oui... ils disent « je suis pas fou ! » (*rires*)

IS8 : et « à quoi ça sert la « psychologue » ? (*rires*)

IS9 : oui c'est la grosse question. Mais c'est comme chez nous il y a... 50 ans je pense. Nos grands-parents ils vont jamais voir de psychologue, eux c'est pareil ! Dans leur culture c'est pas existant, et l'idée de parler, ils y trouvent aucun intérêt, ils disent « mais je vais parler de ce qui va pas, et ça va faire quoi ? Je serai toujours aussi mal après ». Après on parle avec des images, de vider le sac à dos... après ils ont une obligation d'une à deux fois ici avec notre psychologue, et après y a pas d'obligation, c'est à la demande. Y en a qui font leur deux fois, ils font l'effort, et après elle les revoit plus.

RS2 : c'est vrai que c'est compliqué parce que les structures de soins de ce type-là demandent souvent l'adhésion du jeune, et l'adhésion du jeune on l'a très rarement, même si nous on estime qu'il en a besoin et que ça pourrait être bénéfique... Après y en a qui reconnaissent qu'ils ont un mal-être qui y vont sans difficulté, mais ceux qui reconnaissent pas leurs difficultés, ils n'adhèrent pas, et là c'est compliqué. Et puis tout le côté « psy » avec tout ce que ça renvoi, de la folie, de l'internement, de l'enfermement...

CQ : ils ont ces images en tête ?

RS2 : Alors oui y en a qui connaissent [nom de l'hôpital psychiatrique à proximité], et le fait d'être infirmière là-bas...ça passe pas !

IS9 : après ils vivent depuis quelques temps à Grenoble, ils vivent pas qu'entre eux, ils ont d'autres relations, dans les quartiers ils voient d'autres jeunes avec d'autres problématiques, et certainement des gens qui sont aussi mal, qui sont parfois emmenés à l'hôpital psychiatrique pour diverses raisons, et du coup ils savent ce que c'est. C'est pas tous, y en a qui ont aucune image de ça, mais y en a qui en ont clairement !

CQ : est ce qu'il peut y avoir une stigmatisation entre eux, de ceux qui demanderaient de l'aide sur ce plan-là ?

IS8, IS12, IS9 : Non, pas spécialement

RS2 : C'est arrivé quand même à des moments, on en est arrivé à ne pas l'écrire sur le tableau quand il y avait des RDV, parce que des jeunes pouvaient dire « ah tu vas chez la psychologue, t'es fou », c'est arrivé.

IS9 : c'est plus un moyen de se moquer, mais bon...ceux qui se moquent c'est ceux qui savent pas trop comment demander.

CQ : Quand vous avez orienté vers des soins psychiatriques, est ce que vous avez constaté une amélioration ?

RS2 : pour certains ça change quand même quelque chose, après c'est avec le temps, donc on voit pas toujours le « résultat », on a pas la continuité. Mais pour certain, effectivement, on voit que ça leur a permis de s'apaiser, d'être mieux dans leur quotidien. Après ceux qui étaient pas très adhérents, ça produit pas forcément des résultats très concluants...

CQ : et pour vous, est ce que c'est rassurant. Est-ce que ça vous soulage de ne pas avoir à gérer seul ce plan là ?

IS8 : oui

IS9 : mais ça reste quand même sous couvert de l'adhésion du jeune, donc quand on sent que le jeune décroche, l'inquiétude elle revient.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

IS9 : je dirai la formation, et des partenaires plus...rapides, ou plus nombreux, je sais pas comment dire. Mais c'est vrai que le temps joue contre nous, enfin contre eux, pour les jeunes. Chaque jour qui passe est compliqué, petit à petit ils sombrent, jusqu'à où ?

RS2 : au niveau des réponses, des fois il y aurait peut-être besoin de prises en charges collectives, groupales, qui permettraient peut être que ça soit plus facile à passer, par rapport au tête à tête avec la psychologue...

IS11 : oui y a l'art-thérapie aussi

IS12 : c'était une sophrologue qui était venue aussi, et je sais que les jeunes avaient bien apprécié.

RS2 : ça permet de faire tiers avec les jeunes, et qu'ils puissent plus facilement se livrer

IS11 : c'est vrai que les formations, j'ai pu en faire une sur un autre poste, d'une demi-journée, et on était plein d'idées préconçues, sur ce qu'il fallait aborder ou ne pas aborder, et ça nous a vraiment énormément servi. C'était très porteur pour la suite sur les conduites à tenir, je pense qu'ici ça pourrait être très bénéfique.

CQ : Y a-t-il d'autres choses en lien avec cette problématique dont nous n'avons pas parlé ?

IS9 : en tout cas c'est pas un sujet facile, de manière globale, que ce soit pour les jeunes ou même pour les professionnels. C'est pas une problématique qu'on aborde facilement et dont on parle facilement....c'est aussi intéressant d'en parler, de pouvoir échanger à ce sujet.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien E9 – 11/08/17

Partie 1 : description

[anonymisé]

Partie 2 et 3 : Perceptions et ressources

CQ : Avez-vous déjà été confronté, lors d'un entretien que vous interprétiez, à l'expression d'idées suicidaire ?

Int2 : Beaucoup de dépression, oui, mais très très peu de cas de gens qui ont dit « je veux me suicider », très très peu. Ce n'est pas quelque chose de commun. Je pense que de toute manière les gens qui veulent se suicider n'en parlent pas tant que ça, mais là...j'ai régulièrement vu des personnes qui ne sont pas bien, qui objectivement ont des raisons de pas être bien, mais qui parlent de suicide, pas tellement.

CQ : est que pendant une consultation où vous étiez interprète, il est arrivé que soit évalué le risque suicidaire ?

Int2 : Ça oui, c'est arrivé, mais exceptionnellement. Peut-être deux fois, je dirai.

CQ : Est-ce que vous repérez des difficultés dans l'interprétariat de l'évaluation du risque suicidaire (explorer les antécédents de tentatives de suicide les idées et l'intentionnalité suicidaire, les éventuels projets de passage à l'acte suicidaire) ?

Int2 : Non ça ne pose pas de problème.

CQ : est-ce que le mot traduisant littéralement « suicide » en polonais et en russe existe ? A-t-il uniquement ce sens, ou également d'autres sens ?

Int2 : Oui oui ça existe, ça ne veut dire que ça, ça veut dire « se tuer ».

CQ : Lorsque cette question a été évaluée en consultation, les patients vous ont-ils semblé étonnés, choqués que soit posée la question?

Int2 : Non pas du tout, j'essaye de me souvenir, mais je n'ai pas été surprise par ça, et eux non plus je crois. Mais par contre, il y a une autre manière pour moi de sentir que les gens ne prennent pas soins d'eux, c'est les gens qui fument comme des pompiers, les gens qui boivent, les gens qui ont des conduites qui sont suicidaires aussi, mais d'une autre manière. Ça on y est souvent confronté. Ou les gens qui conduisent très vite... mais il paraît par exemple qu'à Grozny les gens conduisent comme des fadas, donc c'est aussi culturel. C'est difficile de faire la part des choses.

CQ : est ce qu'il vous est arrivé d'être inquiète vis-à-vis du risque suicidaire d'une personne, sans que ce soit exprimé sous la forme d'idées suicidaires ?

Int2 : Ah oui bien sûr. J'ai eu des réflexions comme ça, mais j'en ai discuté avec les professionnels, j'en ai fait part à des professionnels, en posant la question, et les professionnels n'avaient pas l'air inquiet vis-à-vis de ça. Par exemple j'ai suivi une dame chez un psychiatre libéral, et le psychiatre ne m'a jamais demandé de débriefing, alors qu'à l'hôpital, on me le demande souvent.

CQ : De votre côté vous préférez avoir la possibilité de débriefer avec le professionnel après ce type d'entretien ?

Int2 : ben disons, on est témoins tous les deux, le toubib et moi... c'est un peu normal pour moi que le médecin se serve de l'interprète comme d'une tierce personne qui a observé, vu, entendu. Mais je ne suis pas psychiatre ni psychologue, j'ai plutôt un œil extérieur. J'ai l'impression que si j'étais à leur place je solliciterai la personne.

CQ : *Rappel sur les facteurs de risque suicidaire en population générale. Est-ce que vous repérez des choses comme étant des facteurs de risques suicidaires dans cette population ?

Int2 : C'est marrant parce que ce que vous dites dans les facteurs de risque en général, objectivement ça devrait l'être pour beaucoup... tout de suite je pense à une femme tchétchène qui a perdu son frère, qu'ils lui ont balancé le corps devant sa maison... son mari a disparu, elle avait vraiment la mort autour d'elle, et je n'ai jamais vu une personne aussi forte qu'elle. Je me souviens qu'elle disait : « il faut qu'il reste des témoins ».

Une autre histoire, je me souviens quand j'ai enseigné le français langue étrangère, il y a très très longtemps, on avait des groupes, à un moment donné il y avait des latino-américains qui fuyaient les juntas militaires, et des asiatiques qui fuyaient les régimes dits communistes au Cambodge, etc... et j'ai un collègue qui a eu l'idée géniale de les mettre ensemble en groupe, pour apprendre le français. Il y avait une jeune asiatique, qui avait 19 ou 20 ans. A un moment je la vois qui se met à pleurer, je me suis approchée, et le groupe s'est resserré. Et elle s'est mise à parler parler... à raconter qu'elle était dans un village, avec sa belle-famille, et l'armée communiste est venue, ils ont tué ses beaux-parents, ses beaux-frères, ses belles-sœurs, leurs conjoints, tous les enfants dont son petit, son mari, et tous l'ont violée. Elle était toute seule, parmi les cadavres, et tous l'ont violée. Et elle disait « je n'ai pas de raison de vivre », « je ne vois pas pourquoi je vis, moi ». J'étais bouleversée bien sûr... j'ai essayé de lui dire qu'elle avait encore toute la vie devant elle, même si elle avait déjà énormément vécu... mais c'était compliqué. Le lendemain on a pu discuter un peu plus juste toutes les deux, elle a pu faire des démarches...elle m'a beaucoup remerciée à la fin du stage. Je suis sûre que ça a marqué à vie tous les participants qui étaient présents, comme moi... j'aimerais bien savoir ce qu'elle devient, j'espère qu'elle s'est trouvé des gens qui l'aimaient.

Après, comme interprète, je n'ai pas travaillé avec des personnes très jeunes, jamais avec des adolescents. En général c'est plutôt des familles. Pour les tchétchènes, et plus généralement les caucasiens, il y a des communautés, qui se tiennent entre elle. Par exemple cette semaine il y a un homme géorgien qui est décédé, il avait 45 ans. Et toute la communauté était autour de lui, hier encore ils ont fait un repas, une semaine après l'enterrement. Tous les jours il y a des repas, les gens viennent, parlent du défunt. Il y a une prise en charge importante. Alors ma filleule elle trouve que c'est très pesant, le poids de la communauté. Je lui explique qu'en même temps les gens savent qu'ils peuvent tendre la main aux autres. Mais par exemple, les gens qui mettent de l'argent pour l'enterrement, après la famille il faut qu'elle rembourse, ou du moins qu'elle participe de façon réciproque à un mariage ou à une autre occasion. Ça peut être très lourd.... D'ailleurs elle a de la famille, mais elle s'appuie surtout sur moi, car pour elle je suis sa porte d'entrée dans la société française. Pour elle, les autres la tirent en arrière, elle les considère comme rétrogrades. Elle aime sa famille mais elle se sent attirée vers le bas par eux.

CQ : Ces liens forts dans la communauté sont protecteurs selon vous, vis-à-vis du risque suicidaire ?

Int2 : Oui je pense, les gens sont moins isolés. Par exemple il y a une famille qui a été expulsée avec un petit garçon. A aucun moment j'ai senti qu'il y avait des idées suicidaires, alors que lui avait été

battu par des tchéchènes dans un foyer... ils demandaient seulement de l'aide. Je pense que chez des hommes isolés, peut être que c'est plus fréquent.

CQ : Y a-t-il d'autres facteurs en jeu selon vous, comme une dimension culturelle par exemple ?

Int2 : Je pense que chez les musulmans, déjà c'est quelque chose de très interdit. Et j'ai aussi rencontré dans un autre contexte des femmes africaines, originaire du Congo. Ces femmes racontaient des viols horribles, et j'ai pas entendu à un seul instant... j'étais surprise justement, qu'elle n'ait pas d'idées suicidaires derrière. C'est quand même une atteinte super grave, elles racontaient des viols à répétition, des milices, de l'armée, le même jour, devant les gamins... c'est quelque chose d'inimaginable. Et moi c'est la première chose que j'ai pensé « comment ça se fait qu'il y ait cette force de vie ? ». Peut-être le fait qu'il ait les enfants, je sais pas... le fait de se sentir responsable d'eux.

CQ : Quand vous avez appris récemment les suicides et tentatives de suicide de demandeurs d'asile et mineurs isolés étranger dans votre ville cette année, quelles a été votre réaction, votre ressenti ?

Int2 : J'ai été bouleversée. Déjà personnellement, un gamin qui passe à l'acte... Celui qui s'est coupé les veines, c'était pour attirer l'attention sur lui, il savait qu'il allait être soigné, peut-être qu'il avait besoin qu'on s'occupe de lui particulièrement, parce qu'ils sont des dizaines à squatter devant les locaux de l'association, ils sont anonymes... Mais la personne qui s'est suicidé, qui a sauté par la fenêtre... on a voulu en parler au CE, mais ça n'a pas pu vraiment être parlé au sein de l'association...

CQ : Pour vous, est ce qu'il y avait de la surprise ou de l'incompréhension face à de tels passages à l'acte, comme vous êtes très peu confrontée à l'expression d'idées suicidaire ?

Int2 : Non non, moi je suis plutôt surprise qu'il n'y en ait pas plus ! Je suis vraiment admirative de ces gens qui arrivent à avoir autant de résilience, autant de patience, d'attendre des années, d'être traités comme... Alors souvent au niveau de la maison, l'appartement, ils avaient pas mieux dans leur pays, mais quand même, ils font partie de la société, alors que là ils sont à l'écart, isolés de la société. Ma filleule, elle s'est très rapidement mise en rapport avec le [une association caritative], et elle allait une fois par semaine servir les repas, ça l'obligeait à parler en français, à voir du monde... Je pense que ça l'a aidée beaucoup, elle s'est fait des connaissances, elle a du réseau.

CQ : Avez-vous accès à une formation dans le domaine de la santé mentale ?

Int2 : Alors par [l'association dont elle dépend], j'ai pu faire une formation cette année avec SAMDARRA à Lyon, sur la traduction et l'interprétariat en santé mentale. C'était sur deux jours, un jour entier avec des interprètes-traducteurs, une demi-journée avec que des professionnels de la santé, et après les professionnels de la santé avec les interprètes, c'était vraiment intéressant. Beaucoup d'échange de pratiques. Ça m'a rassurée sur ma manière de percevoir les choses et sur les professionnels de santé.

CQ : Est-ce que vous ressentez le besoin d'avoir accès à une analyse de la pratique ou supervision ?

Int2 : C'est sûr que quand on travaille au [service de post-urgence psychiatrique de la ville], qu'on obtient 5 minutes ou 10 minutes avec un patient qui est dans un état...soit de surexcitation soit complètement abruti avachit...et toujours en révolte...c'est quand même très difficile. Disons que notre rôle est aussi ça, il y a aussi quand on annonce au patient qu'ils ont le SIDA, ou des choses compliquées pour tout le monde, c'est pas évident aussi pour nous, on en prend aussi plein la figure.

Et puis après il y a les histoires des personnes, ça m'est même arrivé de pleurer en traduisant, tellement c'était horrible... je me souviens le médecin m'avait demandé si je voulais arrêter, j'avais dit « non, y a pas de problème, ça ne va pas changer la qualité de la traduction, et après ce sera à moi de gérer mes émotions ».

CQ : Dans ces accompagnements, est-ce que vous remarquez que le fait de parler la langue du patient peut leur permettre de parler plus librement, voire que certains disent des choses en s'adressant uniquement à vous ?

Int2 : Oui tout à fait. Il y en a qui le disent « ça il ne faut pas le dire au professionnel ». Ça peut être délicat, par exemple avec la police...ils me disent des choses et ne se rendent pas compte que si je traduis ils sont expulsés tout de suite...

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures à prendre selon vous qui pourraient améliorer votre quotidien face à cette problématique (formation, analyse de la pratique, autres)?

Int2 : la formation oui, ça c'était important d'en faire pour moi. Après, moi j'ai l'âge de m'arrêter de travailler, mais il faudrait plus d'interprètes, car pour l'instant je ne suis pas remplacée...

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 10 – 29/08/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile

Professions :

- RS3 : directrice adjointe du centre
- IS13-16 : 4 intervenants sociaux
- S2 : secrétaire assistante

Accès ou non à l'interprétariat : Oui (présentiel ou par téléphone)

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique : Oui jusqu'en juin dernier, en attente de renouvellement pour la nouvelle année.

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire pour une personne migrante en situation de précarité ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante?

IS14 : Moi j'ai eu plusieurs personnes qui m'ont fait part de leur malaise et de leur envie de se suicider, mais je n'ai pas eu de patients qui sont passés à l'acte. Je crois que ça vient assez régulièrement dans notre travail, ça vient assez souvent. C'était il y a quelques mois, j'en ai eu 3 d'un coup. C'était des femmes seules. Elles ont exprimé un malaise, et des envies suicidaires. Y a aussi je pense moi qui suis allée chercher un peu dans mes questions à savoir comment elles allaient. Je me suis interrogée aussi, je pense qu'il y en a d'autre qui le pense, qui le sente, mais qui ne le disent pas forcément. Si j'avais pas été creusé à certains moments je n'aurais pas su. Ça m'a fait penser que ça arrive assez souvent, dans le public en demande d'asile. A un moment dans la demande d'asile, après une réponse négative, ou au début où y a tout à reconstruire, je pense que ça arrive assez souvent.

IS15 : Moi je rejoins [IS14], parce que c'est vrai qu'on parle beaucoup de l'aspect psychique chez les demandeurs d'asile, entre nous. Sur pleins de points on est assez démunis, en termes de praticiens... c'est pas évident d'amener les gens aux soins quand il y a besoin... Et c'est pas évident d'aller sur ce terrain-là, en tout cas pour moi. Moi j'ai pas eu le cas, ça fait deux ans et demi que je suis au CADA, et je n'ai pas eu de cas déclaré sur le plan du suicide, mais clairement j'ai des suivis de personnes qui ne vont pas bien, ça c'est le lot, je dirai..., commun, enfin il y a une vulnérabilité, ça ne veut pas dire que tous les demandeurs d'asile vont mal pour autant. Après c'est plus la question de quand il y a un mal-être psychique qui s'exprime, et qu'il se fait pas jour comme ça d'une pulsion suicidaire, que ça ne vient pas dans la conversation, parfois on peut se poser la question. En tant qu'intervenant social, à quel moment on peut parler de ça ?

IS16 : Je sais pas si ça continue ta pensée, mais c'est vrai que la question de « à quel moment on en parle à la personne », ça c'est compliqué, et « est ce qu'on en parle ? » parce que... on a rien à proposer derrière. On a vraiment pas grand-chose pour soutenir les gens, y a pas beaucoup de structures, pas beaucoup de disponibilités... donc est ce qu'on est sûr de pouvoir proposer quelque chose derrière, et donc est-ce que ça vaut le coup d'appuyer là où ça fait mal si on peut rien faire derrière... C'est une position délicate

IS15 : Pour continuer ce que tu dis, pour moi c'est la question de l'urgence. Dans les cas dont tu parlais [IS14], je pense que d'emblée il y a la question de l'urgence. T'exprimais clairement ta peur, ton inquiétude très concrète qu'il y ait un passage à l'acte, du coup nous on était au courant en tant qu'équipe, on en a souvent parlé, et mis des choses en place en termes de vigilance. La question du suicide par rapport au malaise psychique c'est pour moi la question de la gravité et de la rapidité possible d'un passage à l'acte. Et ça rejoint la problématique des soins... Pour nous ça reste très anxiogène, quand ça se déclare.

IS14 : Je suis d'accord avec toi. Je pense qu'une personne qui a des idées suicidaires, c'est pas en deux secondes que ça va se régler, c'est un processus qui est super long, donc en fait la vigilance elle doit être individuelle mais aussi dans l'équipe, parce que la personne elle va remonter si elle remonte, mais vraiment doucement. Peut-être que la personne peut dire à un moment une envie de suicide et pas se suicider tout de suite mais se suicider dans 6 mois, je pense que c'est compliqué. Tu disais l'anxiété, mais il y a aussi la culpabilité derrière. Moi je trouve que c'est hyper culpabilisant de se demander ce qu'on peut mettre en place, ce qu'on peut faire.

CQ : vous vous souvenez de ce que vous avez fait concrètement face à ces situations ?

IS14 : On a essayé de mettre des trucs en place. Il y a eu des gens pour qui on a pu mettre en place un suivi, d'autres qui n'en ont pas voulu...

IS13 : Ça a été chaotique aussi la mise en place du suivi, il y a eu [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], après les urgences psy, t'as eu plusieurs interlocuteurs avant qu'il y ait quelque chose qui se mette en place.

IS14 : Oui même à l'intérieur de l'hôpital, aux urgences, la personne a vu plusieurs psychiatres, y avait un traitement, y avait un refus de traitement... Je pense que cette personne-là elle avait besoin d'une régularité, et c'est pas évident ici. Pour un public non francophone, c'est très compliqué, on a pas de solution en fait.

IS13 : les urgences psy elles sont à 20km d'ici, 15 minutes en train plus 20 minutes de bus, et l'attente...c'est galère. Le CMP de [ville la plus proche], quand on les appelle ils se déplacent pas, parce qu'ils ont pas le personnel pour se déplacer, donc c'est très compliqué.

CQ : est ce qu'il vous arrive de devoir accompagner les personnes à leur RDV ou aux urgences, si vous le pouvez ?

IS15 : non on peut faire aucun accompagnement

IS16 : Je sais pas si vous savez mais on a 170 résidents et on est 7 IS, dont une chargée de l'insertion. Et on a une voiture...

IS13 : Moi j'ai eu trois dames qui m'en ont parlé, en me disant qu'elles avaient essayé ou pensé à ça. Y en a une qui avait déjà un passif au pays, qui avait déjà tenté de se suicider au pays avec des médicaments, qui ici prenait énormément d'antalgiques pour soulager sa douleur qui ne passait pas, et moi j'ai dû dire stop, que c'était trop dangereux, qu'il fallait respecter la posologie. Même le bilan [de santé] avait souligné qu'il y avait des besoins de suivi, mais après il y a la question de l'interprétariat, et donc des budgets. Le CADA peut financer le premier RDV, mais pour la suite il faudrait que ce soit l'hôpital qui prenne en charge, et là c'est compliqué. A l'intérieur de l'hôpital ils savent pas où sont les fonds, s'ils peuvent les utiliser ou pas... Donc il y a des services qui sont compétents, mais c'est souvent pour l'interprétariat que c'est compliqué. Moi sur les 3 situations il y en avait 2 non

francophones. Y a une dame qui était venu au groupe de parole de [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], qui intervient ici tous les 15 jours. C'est l'infirmière qui avait téléphoné aux urgences psy pour savoir si elle pouvait y aller tout de suite, c'était pas possible, il a fallu dire à la dame qu'elle y aille le samedi, qu'elle soit reçue avec un interprète par téléphone. Elle a été vue une fois aux urgences, un traitement, et y a pas eu plus derrière. Après l'équipe de [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur] nous a dit de l'envoyer au CMP. Mais le CMP a dit qu'ils avaient pas de budget pour l'interprétariat. Et les services d'un même hôpital qui se connaissent pas entre eux...un cafouillage qui fait que moi j'étais complètement démunie face à cette dame. Elle m'a dit qu'elle allait pas bien, c'est certifié par le psychologue, et derrière je fais quoi ? On tourne en rond.

IS15 : Maintenant on arrive à débloquer un peu, y a un budget dont peut bénéficier le CMP de [la ville la plus proche], mais c'est pas pour tout le monde, on sait pas bien quels sont les critères, et puis encore une fois c'est les délais, c'est vraiment la question de l'urgence. Face à quelqu'un qui exprime un malaise et une volonté d'avoir un suivi, avec ou pas la question du suicide, on dit : oui on peut essayer de mettre quelque chose en place, on va essayer mais c'est pas sûr, et puis les délais pour le CMP c'est 3 mois. Par contre quand ça marche après c'est super, on voit quand même la différence, que ce soit pour les enfants ou les adultes.

IS14 : Je voudrais juste rajouter que c'est super récent et qu'on est en train de le tester, parce que jusqu'à maintenant le CMP ça n'avait jamais marché en fait, ça n'a jamais marché.

IS16 : Moi j'ai l'exemple d'une dame qui a fait une TS, c'est l'hôpital qui nous avait appelés. Y a rien qui a été mis en place derrière, parce que cette dame elle était non francophone, que le CMP ne recevait pas, que même si j'avais trouvé un psychiatre il aurait fallu trouver un interprète, et que personne les prend en charge.... Du coup elle est sortie de l'hôpital, et elle allait mal.

CQ : Vous vous souvenez comment vous avez géré ou essayé de gérer cette situation ?

IS16 : Après c'était très compliqué...c'était une famille compliquée, c'était une période compliquée... c'est une dame que je voyais jamais, c'est son mari qui gérait tout, et donc c'est avec son mari que je parlais du malaise de la dame... quand j'arrivais à en parler parce qu'après je ne pouvais même plus recevoir monsieur avec un interprète. Donc en fait ça fait partie des situations qui sont ultra culpabilisante parce qu'en fait...j'ai rien pu faire, et les choses ont coulé jusqu'à ce qu'ils partent...

CQ : est-ce que vous utilisez l'espace de l'analyse de la pratique pour exprimer ce vécu d'impuissance, de culpabilité ?

IS16 : Oui...après je pense que cette situation elle reflétait tellement une situation générale que ... personnellement j'en ai pas parlé en APP, d'ailleurs à ce moment-là est ce qu'on avait de l'APP ?

CQ : D'autres professionnels peuvent exprimer le sentiment de « se blinder » ou en tout cas de réagir différemment face à la multitude de situations graves, est ce que c'est aussi ce que vous pouvez ressentir ?

IS16 : Là y a une sorte de bouclier qui s'est mis en place, j'en suis pas tout à fait satisfaite mais c'était comme ça. En gros « de toute façon la famille elle a aussi ses torts », plusieurs choses entraînent en ligne de compte, je pouvais même pas recevoir la dame pour lui parler... oui à un moment donné on dit « y a rien à faire, c'est pas les premiers, ce sera pas les derniers »... et ça c'est terrible...

IS15 : sur ce que vous disiez, effectivement dans la demande d'asile, les histoires sont très différentes, il y a des gradations dans les souffrances et les traumatismes, mais c'est quand même globalement des histoires traumatiques, et du coup d'emblée la question de la souffrance se pose, et elle est réactivée dans nos entretiens pour la procédure, pour l'OFPRA, pour la CNDA... c'est un des sujets principaux de leur séjour et de la teneur de nos entretiens. Alors y a pas de banalisation, mais moi je me dis devant l'expression de la souffrance, je me dis pas systématiquement « oulala y a besoin », alors que sans doute y aurait besoin pour tout le monde.

IS16 : Si on se base sur des critères « normaux », ils devraient tous aller voir quelqu'un après ce qu'ils ont vécu... mais voilà, on se base sur les critères de la demande d'asile, du CADA, de nos freins et on sélectionne...

IS15 : et par moment, les grandes zones de souffrance ne proviennent pas forcément des souffrances au pays. L'étape en Lybie, en ce moment... J'ai un Monsieur, quand il a vraiment craqué et exprimé sa souffrance, c'était les souvenirs du passage en Lybie, à voir tout ce qu'on entend parler, une violence presque pire qu'au pays, alors qu'au pays il avait subi la torture. J'ai une autre famille, c'est les violences policières [en France, dans un camp de réfugiés], les menaces policières, la pression, qui selon eux les a fait exploser psychologiquement. La demande d'asile peut cacher la violence du trajet. Ça on en parle souvent entre nous, parce que on doit prendre en compte les traumatismes au pays, la violence au pays, parce que c'est la procédure d'asile, mais que par ailleurs, parfois je me sens trop « léger » sur ce qui est amené dans l'« avant CADA », ça peut être la rue, les camps... la durée du chemin d'exil et les violences dans l'exil.

IS16 : et les violences ici. Parce que les conditions de vie ici, c'est pas simple... les gens peuvent pas travailler, ils font rien toute la journée que penser... tout a été perdu en fait. Y a ça aussi qui est dit par certaines personnes, c'est que ici aussi, c'est dur.

IS15 : et sur la question de la culpabilité... moi j'ai pensé récemment à la question du suicide pour un homme que j'accompagnais, au moment de sa sortie. Tant qu'il était là, il était contenu, à peu près, et une fois qu'il a été débouté de sa demande d'asile, ils ont un mois pour sortir, et que du coup ça s'est mis à réchauffer beaucoup dans ce qu'il pouvait dire, les symptômes... et je me suis dit « comment il va faire ? il va pas tenir »... Par ailleurs il y avait pour lui une suspicion de psychose, de la part de l'équipe de [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur]. A sa sortie, je me suis dit soit il va faire sa crise, décompenser, soit il va se foutre en l'air. Donc c'est l'après CADA... ici la procédure elle suit, on est au moins garant de ça, après le soin c'est compliqué vous avez compris, mais il y a quand même quelque chose. Le retour à la rue après CADA, j'ose même pas imaginer les possibilités suicidaires que ça ouvre... et là pour moi il y a une grosse culpabilité, alors qu'ils sont plus là.

S2 : Moi je suis assistante-secrétaire, les personnes ne me parlent pas trop de leur histoire, de leurs problèmes majeurs... pour le moment ! Je suis là depuis 3 mois.

CQ : est-ce que vous retrouvez dans les récits des événements au pays la question des idées suicidaires ou des antécédents de passage à l'acte ?

IS13 : Moi je crois que c'était la seule fois, celle dont j'ai parlé. Y en avait une deuxième qui y pensait, qui disait « j'ai pensé à mettre fin à ma vie », mais y a pas eu l'acte. Mais suite à une blessure, suite à un trauma, les femmes le verbalisent d'avoir eu ces idées, les hommes le verbalisent moins je trouve. Mais c'est plus verbalisé sur cette forme « j'ai subi ça, j'y ai pensé à ce moment-là »

IS16 : ou « j'aurais préféré mourir »

IS13 : voilà. Mais la dame dont j'ai parlé c'est vraiment la seule qui m'a dit avoir pris des médicaments parce qu'elle voulait mourir.

RS3 : Après ce qu'on voit aussi c'est des addictions, qui peuvent cacher aussi une espèce de suicide... enfin le fait de se détruire à petit feu par l'alcool ou d'autres substances, on a en a eu quelques-uns quand même.

IS14 : Moi je voudrais juste rajouter un truc, c'est vrai qu'on parle de personnes qui ont pu avoir des pensées suicidaires au pays, mais y en a aussi qui viennent et qui avaient déjà des suivis au pays. Et ça ils le disent, ça a l'air plus facile de le dire. J'ai eu une personne qui m'a dit qu'effectivement elle avait déjà pensé au suicide au pays, mais elle me l'a dit plus tard. Elle l'a dit au moment où elle a dit qu'elle voulait ici se suicider, c'est là que c'est sorti.

IS15 : Moi j'ai eu une personne, alors c'est vrai que je crois en avoir jamais parlé, même aux collègues, où c'était un peu compliqué, parce qu'ils ont changé de procédure, j'ai pris connaissance de différents récits qu'ils avaient écrits, dont un qu'ils avaient écrit avant d'être au CADA, et dans lequel était clairement décrit une tentative de suicide importante, avec des conséquences physiologiques, dont j'avais connaissance. Et quand cette personne a basculé dans une demande d'asile classique, on a réécrit un récit, et il ne contenait pas cet élément... et c'est vrai que c'était assez compliqué parce que j'ai jamais rouvert cette question avec la dame. J'avais parlé de l'ancien récit, en disant qu'il y avait des différences mais sans rentrer littéralement dans le sujet... y a eu une espèce de tabou tout le long du suivi par rapport à ça, par rapport à cette tentative de suicide, masquée pour l'OFPPRA... à la fois un tabou, un mal-être... et j'étais assez démuni, j'ai jamais osé traiter vraiment le sujet. C'est vrai que ça arrive dans les demandes d'asile, des histoires qui évoluent, qui sont plus ou moins vraies, donc à un moment là ça a aussi posé cette question-là pour moi, est ce que c'est vrai, est ce qu'il y a eu une tentative de suicide ? Par ailleurs, il y avait les conséquences physiques lourdes avec un suivi, donc ça corroborait vraiment avec ce que j'avais pu lire, mais j'ai toujours trouvé ça étrange que Madame, qui savait que j'avais lu le récit puisqu'on partait de ça comme base de travail, ou Monsieur, ne m'en aient jamais parlé.

CQ : L'un de vous disait que vous étiez fréquemment confrontés à ce type de situation. Quelle place cela prend dans votre pratique ?

IS14 : Alors j'ai dit souvent mais je pense que c'est plus régulièrement. C'est pas une surprise quand quelqu'un nous dit ça, ça arrive.

CQ : *rappel sur les facteurs de risque de conduites suicidaires en population générale. Quels sont les principaux facteurs de risque que vous pointez chez les personnes que vous accompagnez ?

IS15 : Bah c'est vrai que dans ce que vous dites... y a un peu tout. Franchement ils cumulent beaucoup des facteurs dont vous avez parlé.

RS3 : L'histoire au pays, plus la situation en France, les conditions de vie

IS16 : l'isolement, la précarité

IS13 : et puis il y a souvent des morts autour d'eux

IS15 : et le syndrome de stress post-traumatique

IS16 : c'est vrai qu'ils cumulent vraiment beaucoup. Pour peu qu'ils étaient pas très bien psychiatriquement au pays...

CQ : ceux qui avaient déjà un suivi au pays vous paraissent-ils encore plus vulnérables ?

IS14 : Je trouve que c'est « plus facile » quand il y avait déjà un suivi au pays, parce que les choses sont posées dès le début, et après c'est à nous de trouver des passerelles avec le milieu hospitalier, et le milieu hospitalier est plus réactif quand il y a déjà eu un diagnostic, un suivi. C'est plus simple, les choses sont claires, on a plus d'arguments.

RS3 : et la personne connaît le milieu aussi. Parce qu'on a assez régulièrement une réticence vis-à-vis de ce monde-là, pour ceux qui ont déjà un suivi ce n'est pas le cas.

CQ : Y a-t-il selon vous des profils ou des périodes particulièrement à risque chez les personnes que vous accompagnez ? Vous évoquez la sortie de CADA tout à l'heure, au moment où ils sont déboutés ?

IS14 : oui, et même à chaque fois qu'on retravaille sur la procédure, les gens sont obligés de nous expliquer ce qu'il s'est passé, et rouvrent toutes les blessures. Pour moi c'est clair que c'est un moment hyper douloureux, et les gens sont hyper vulnérables.

IS15 : oui, y a les décisions, après il y a des gens déboutés où tout d'un coup les gens avaient l'air d'aller mieux. Parce que pour en revenir à la question d'avant, ce qui s'exprime pas mal à [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], c'est que ici, ils n'existent que par rapport à l'asile, et donc que par rapport au trauma, et qu'ils sont en circuit fermé, ils ont pas le droit au travail, les possibilités de se vider la tête, de penser à autre chose, de ne pas être que ça, ne sont pas énormes. Ça s'exprime très fort pendant le groupe. Le psychologue qui anime le groupe revient souvent là-dessus, sur le besoin de ne pas être que ça. D'avoir aussi des loisirs... On leur demande de produire des paroles sur la violence qu'ils ont subie en permanence... Par rapport à votre question sur les périodes à risque, y aussi des périodes à risque chez les réfugiés... Le moment de la décision positive tant attendue qui a pu prendre un an, un an et demi, on voit aussi un gros coup de baisse de régime, parce que y a une telle pression pour l'obtenir...et tout d'un coup t'es comme tout le monde, t'es dans le droit commun, t'es comme un français

IS13 : et ça fait peur

IS15 : et tout d'un coup on parle plus de tes traumas, ça s'est fini, faut aller à la CAF...(rires) mais c'est vrai ! le sujet principal disparaît du jour au lendemain.

IS14 : Oui des fois on leur dit aux réfugiés : « vous avez le droit de pas aller bien aussi, même si vous avez une carte de 10 ans ». Je pense qu'il y a le regard des autres qui sont en demande d'asile, donc ils se donnent moins le droit de dire s'ils vont pas bien.

IS15 : et puis ça veut dire que le pays c'est vraiment fini. C'est une rupture totale.

CQ : Est-ce que vous retrouvez des facteurs protecteurs particuliers chez les personnes que vous accompagnez ?

IS16 : alors la communauté, ça peut être à la fois protecteur, et aussi destructeur, selon les situations... ça dépend des gens et des communautés... Ça peut faire du mal, la pression, le rejet, et des gens qui sont finalement totalement isolés.

IS13 : et la religion... on nous dit souvent « ça va ça va, c'est Dieu qui verra ».

IS16 : oui ou « c'est Dieu qui décide »

IS15 : après moi j'ai mal de suivis où les personnes ont rencontré des structures à la base religieuse, ont pu avoir des aides quand ils étaient à la rue, rencontrer des gens, aller à la messe ensemble. Il y a quand même un aspect de soutien et de protection par la communauté religieuse dans ces situations.

IS13 : oui, il y a un côté qui peut être rassurant, sauf que parfois la communauté veut à telle point que le demandeur d'asile s'en sorte qu'elle va se mettre à écrire des récits, ou donner des consignes, orienter le demandeur d'asile, et ça peut le fragiliser aussi. Et puis j'ai eu des gens qui disaient « ça va ça va Dieu va m'aider », mais en fait qui n'allaient pas bien et se cachaient derrière la religion, ou derrière la communauté.

IS15 : après j'ai l'impression qu'il y a quand même un réflexe communautaire quand les gens arrivent, au moins sur la langue. Ils posent la question des communautés de nationalité et de langue présentes au CADA. Alors après ça peut être à double tranchant, y a des histoires... mais à leur arrivée j'ai l'impression que ça les rassure quand même.

IS13 : oui, mais ce phénomène là il change au fur et à mesure que la population du CADA évolue, quand il y a des groupes majoritaires, quand il y a deux communautés qui étaient en guerre dans leur pays, ça peut recréer des conflits ici.

IS14 : je rajouterai un truc sur la communauté c'est que c'est quand même une communauté qui bouge beaucoup, parce que les demandeurs d'asile font une période ici, pour peu qu'ils ont fait du 115, ils ont été dans plusieurs structures... A chaque fois qu'ils créent un truc, ils le reperdent. Quand on est débouté, tout ce qu'on avait ici comme soutien, c'est perdu, il faut repartir ailleurs... La communauté elle est un peu éphémère, et mouvante. Mais parfois c'est un bien, par les connaissances, ils peuvent se débrouiller pour être logés à Paris s'ils ont besoin, donc il peut y avoir des avantages.

IS15 : ça dépend du trajet migratoire aussi. Les soudanais ils étaient ensemble en CAO, ils sont arrivés au CADA, ils sont restés ensemble. Et c'est aussi des gens très communautaires.

IS13 : moi ça m'est arrivé de me dire « tiens y a telle famille qui arrive, elle est de telle nationalité, je vais voir si la famille X peut les accueillir, pour qu'ils se sentent moins seuls », et au final ça marche pas. Après on se dit « oups, j'aurais mieux fait de pas les faire se rencontrer ». Mais parfois ça marche aussi, ça dépend.

IS15 : après sur le support social il y a tout ce qui concerne leur vie ici, avec leur trajet dans la société. L'école joue son rôle, il y a des familles qui s'impliquent dans l'école. Je pense qu'ils viennent aussi avec une capacité de lien social personnelle. Mais nous on insiste aussi dans les animations, l'apprentissage du français, les loisirs... essayer d'obtenir une assise sociale dans la communauté.

Partie 3 : Ressources

CQ : Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire? Cette évaluation (poser la question des idées suicidaires, de l'intentionnalité de passage à l'acte, du moyen envisagé) fait-elle partie de votre pratique courante ?

Tous : On a pas de formation pour ça

IS14 : Je pense que sur l'évaluation on a quand même tous pris les réflexes du « où quand comment », quand on a des personnes qui parlent de pensées suicidaires. On essaye de voir si c'est uniquement des pensées, s'il y a quelque chose de concret derrière... je pense qu'on le fait tous. C'est informel, mais je pense qu'on le fait, non ?

IS15, IS16 : oui

IS13 : oui ça ne me dérange pas de poser la question

IS14 : Après ce qu'on en fait c'est ça qui est compliqué...

IS13 : Avec IS15 on accompagne le groupe de parole de [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], donc j'ai profité de certains moments où y avait personne au groupe de parole pour parler de certaines situations, d'inquiétudes, et ils ont pu nous recevoir, nous répondre. C'est eux qui m'ont aiguillée sur ma manière de faire avec les gens.

IS15 : sur l'évaluation de l'état psychique d'une personne, je trouve aussi que c'est plus simple quand la personne a déjà eu un suivi, et peut nommer « dépression », mais la majorité, notamment les personnes venant d'Afrique, quel est leur degré de connaissance, sur la dépression, le mal-être ? Même sur les mots, les symptômes... « la tête me chauffe », ils disent qu'ils comprennent pas. On est pas psy, mais on peut cerner qu'il y a un problème, mais on voit bien qu'ils sont très loin de la pensée psychologique et du soin, et que c'est hyper compliqué. Dans les pays où y a pas de prise en charge, où ils ont jamais entendu parler de psy, qu'est-ce qu'on fait ?

RS3 : pour revenir sur les formations, certains ont pu participer aux journées organisées par SAMDARRA

IS15 : c'est vrai qu'après on a pas de formation spécifique... je trouve qu'on est pas assez formés, même si ça a ses limites, à mener un entretien, à écouter...

RS3 : si on était entourés de personnes qui sont censés faire ce travail on se poserait pas la question

IS16 : on est pas là pour faire des entretiens psy en fait.

IS15 : oui oui c'est pas ça que je disais, mais je pense qu'on pourrait quand même profiter d'une formation de base, comme sur la gestion des conflits...

IS16 : après ça dépend de ta formation de base. Quand t'es AS, tu sais mener un entretien, la gestion des conflits tu y a été formé... donc suivant ta formation tu as plus ou moins les bases.

IS15 : Oui mais les journées de formation comme celle qu'on a eue avec SAMDARRA, même sans faire de nous des spécialistes, ça donne des repères. Et je pense qu'au niveau psy, on en manque, voilà.

IS14 : oui parce qu'il faut quand même rajouter qu'ici il y a pas du tout de psychiatre en libéral, y en a à [ville à 20km] mais ils veulent plus de nouveaux patients. On a du se mettre en lien avec le CADA de [ville à 50km] pour savoir quels psychiatres de la ville acceptaient de recevoir des nouvelles demandes...

CQ : Donc en termes d'orientation vers les soins, vers quelles structures vous orientez en cas d'expression d'idées suicidaires ?

IS15 : les urgences psychiatriques

IS14 : après faut que la personne soit à la fois suffisamment bien et suffisamment mal pour aller jusqu'à là-bas pour rencontrer un médecin. Et pareil pour un suivi à [ville à 50km], faut quand même que la personne soit d'accord pour faire ce suivi, s'y rendre en transport, même si nous on facilite en remboursant les frais de trajets, mais ça a un coût psychique tout ça.

IS15 : Et puis quand les troubles psychiatriques sont avérés, comme pour cette personne qui avait un diagnostic de psychose, qu'il avait un comportement vraiment spécial, je me souviens que tu avais peur pour lui, peur pour nous, et qu'on s'est posé la question de la dangerosité potentielle, et de quelle prise en charge on pouvait mettre en place...

IS16 : oui et même la question de l'internement à un moment

IS15 : oui et la question de la possibilité de continuer à l'héberger au CADA alors qu'il y avait tout ça...

CQ : vous avez parlé à plusieurs reprises de [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], c'est une structure que vous pouvez interpeler dans les situations où vous êtes en difficultés pour l'accès aux soins ?

IS13 : on peut les interpeler, mais ils ont pas forcément plus de solution que nous, donc il y a pas forcément de relais non plus derrière.

RS3 : ils essayent de faciliter le lien mais de toute façon il y a un cruel manque de psychiatres, quoi qu'il en soit.

IS13 : on a une dame qui a décompensé deux fois, qui a été hospitalisée, qui est ressortie, qui est retombée en transe devant les boîtes aux lettres, elle allait au CMP mais c'était compliqué...

CQ : Quelle est pour vous la place de l'interprétariat dans l'évaluation du risque suicidaire ? Est-ce que cela vous paraît facilitant, ou au contraire un obstacle dans la relation ?

IS16 : ça dépend vraiment de l'interprète. Après moi j'ai eu des interprètes par téléphone qui ont refusé de traduire en disant « c'est trop grave ce que la personne me dit, moi je traduis pas »... et physiquement, y a ceux qui font vraiment la traduction mot à mot, y a ceux qui pleurent avec les gens... ça peut être compliqué pour nous de savoir ce que la personne dit. Y en a qui arrivent à faire le lien et à nous apporter de l'aide.

IS14 : Ça dépend aussi du lien qu'ils ont avec l'interprète. Parfois au contraire ils vont être plus à l'aise avec nous, même s'ils parlent pas très bien français, de nous dire avec deux-trois mots que ça va pas plutôt que de passer par l'interprète. Ça dépend des moments. Globalement on prend souvent les mêmes, donc ils les connaissent, y a un lien de confiance qui se fait avec nous mais aussi avec l'interprète...ou pas.

IS15 : mais ça reste indispensable d'avoir un interprète, quand on pense que vraiment quelqu'un va pas bien, pour faire le point, on a pas le choix.

CQ : Au sein de votre structure, est ce que vous avez une conduite à tenir sur le plan des transmissions aux collègues, de la vigilance, quand quelqu'un vous semble à risque de passage à l'acte suicidaire ?

IS14 : Je pense que déjà on en parle. On en parle assez facilement.

IS16 : oui on attend pas les moments officiels

RS3 : il y a eu le cas récemment, avec une vigilance sur une personne pour laquelle on s'inquiétait, chacun était informé, et chargé de voir si la personne va bien ou pas.

IS15 : on a des réunions « famille » où on évoque les familles. On avait même mis à un moment donné une réunion spécifiquement pour les « points difficiles », mais on en parle de façon informelle, l'information passe en permanence.

IS14 : oui, et ça nous permet un peu de croiser nos regards, nos observations. Il y a une alerte d'équipe qui se fait. Si [IS16] me parle d'une personne dont elle est inquiète, je vais lui dire « ah bah j'ai vu Monsieur, je l'ai trouvé comme ça... », c'est une observation croisée, à différents moments, et on se tient au courant.

IS13 : on voit les gens quand on fait la permanence « courrier », donc on est amené à voir toutes les familles et pas seulement les personnes qu'on accompagne, donc ça permet d'avoir une observation sur la personne qui est repérée comme étant fragile à ce moment-là, déjà si elle vient prendre son courrier, s'il y a un sourire ou pas de sourire, et de passer le message

RS3 : on reste pas isolé en tout cas dans ce genre de situation.

CQ : est ce qu'il vous arrive de faire du lien avec d'autres structures ?

IS14 : le médecin traitant s'il y en a un, ça nous arrive

RS3 : oui, le planning familial aussi

IS13 : je sais qu'il y a l'école qui m'a alertée aussi une fois, sur les enfants ou les parents, en disant qu'ils sentaient que ça allaient pas.

IS14 : après pour revenir sur l'isolement... Moi personnellement je me suis sentie isolée à des moments, même si tout le monde était au courant... Tout le monde m'a bien écoutée, tout le monde a essayé de me soutenir, mais en fait personne n'a de solution, donc je me suis quand même sentie isolée, même si soutenue. Ça empêche pas que je rentre chez moi en me disant qu'il y a pas de solution, que je trouve pas la solution. J'en avais parlé à l'équipe, à [l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital de secteur], j'ai essayé d'appeler les psys, tout le monde m'a bien écoutée mais c'est comme pour l'APP... on arrive avec des problèmes, on en parle... et on repart avec quand même (*rires*). Des fois le fait d'en parler, ça fait pas forcément qu'on est pas isolé. Des fois la solution elle se crée sur le long terme, et il a fallu du temps... et de l'énergie.

CQ : une fois que l'orientation vers les soins est faite et le suivi effectif, est-ce que ça permet de vous rassurer ?

IS14 : oui, clairement. Là pour le coup, là je me sens moins seule. Si je sais que les personnes que j'ai suivi et qui m'ont fait part d'idées suicidaires commencent à avoir un suivi, oui là je sais que je suis pas seule à avoir un regard régulier et plus ou moins soutenu sur cette personne-là. Moi ça me rassure. Je dis pas qu'il peut pas se passer quelque chose, mais ça me rassure.

CQ : Pouvez-vous me citer les premières mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

IS16 : un psychiatre qui viendrait faire des permanences ici ? (*rires*)

RS3 : avec un budget pour l'interprétariat...

IS13 : et qui soit un peu spécialisé sur l'exil

IS16 : qui accepte de travailler avec des demandeurs d'asile

IS14 : oui, je pense que ce public fait peur. Je pense que ça fait peur à certaine personne et à certains praticiens... c'est ce qu'on disait, des personnes qui cumulent énormément de choses, et de précarité, et de trauma, etc... et que le champ de la psychiatrie et de la psychologie peut être aussi très spécialisé, et du coup ça fait peur. Surtout quand on appelle un psychiatre il croit qu'on va lui envoyer les 170 personnes aussi... donc ça fait peur aussi.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Partie 1 : description

[anonymisé]

Partie 2 : Perceptions

CQ : Avez-vous déjà été confrontée, lors d'un entretien que vous interprétiez, à l'expression d'idées suicidaires ou à un antécédent de tentative de suicide ?

Int3 : Alors antécédent de tentative de suicide, jamais. Et idées suicidaires, une seule fois, actuellement. En fait c'est un demandeur d'asile, qui maintenant a obtenu son statut, donc ça va beaucoup mieux. Mais je l'ai vu pendant assez longtemps en entretiens psychologiques. La plupart du temps je le vois avec un psychologue, je l'ai vu aussi deux fois avec la psychiatre, qui travaillent dans le même centre, la PASS psychiatrique. C'est quelqu'un qui disait pas « je veux me suicider, je veux me tuer » et tout ça, mais il était assez désespéré, très angoissé par rapport à sa demande d'asile, évidemment il pensait qu'il ne l'aurait pas... et aussi très très angoissé de par ce qui lui était arrivé, la dureté de ce qui lui était arrivé. C'est quelqu'un qui ne dormait plus, qui n'arrivait pas à dormir plus d'une heure par nuit, et qui faisait dès qu'il dormait, d'horribles cauchemars. Donc il était complètement perturbé, et il disait qu'il y avait des moments où il perdait un peu la tête, où il savait plus où il en était, et que du coup... par exemple il était devant la fenêtre... et je sais plus comment il disait, il disait pas « je vais sauter », mais il regardait en bas, et il disait qu'au bout d'un moment il s'écartait de la fenêtre en disant « je crois que je pourrais sauter ». Et puis souvent, après, pour moi il évoquait le suicide en disant « ma vie n'a plus de sens », « il faut arrêter tout ça », « il faut arrêter ce non-sens ». Il a jamais émis clairement le fait d'arrêter sa vie, mais quand même... Ce qu'il disait clairement c'est qu'il préférerait mourir ici plutôt que de rentrer dans son pays. En fait c'est quelqu'un qui est homosexuel, et dans son pays c'est non seulement réprimé par la loi mais réprimé par la population, c'est-à-dire que la population fait sa propre justice, et donc il a été obligé de s'enfuir à cause d'une dénonciation. Il s'est enfuit, caché, et il a vu tous ses êtres très chers dans son village se retourner contre lui. C'était une urgence de s'enfuir pour rester en vie. Mais il était tellement persuadé qu'il n'allait pas avoir le statut de réfugié, et il disait qu'il ne voulait pas être hors-la-loi avec l'état français, il disait « tout le monde a été hyper gentil avec moi, s'est beaucoup occupé de moi ici, si l'OFII me dit que j'ai pas le statut et que je dois repartir au pays, je partirai... mais je préfère mourir que être tué en public par tous les gens que j'ai côtoyé et que j'aime ». Il habitait dans un petit village, c'était un mec très chouette, enfin il est toujours très chouette, mais qui était très aimé dans son village, et qui est homosexuel depuis très longtemps, qui a eu une relation cachée parce qu'il savait très bien qu'il fallait pas que ça se sache. Donc voilà, si maintenant que j'y réfléchis, il avait quand même bien dit « je préfère me supprimer la vie que devoir rentrer au Nigéria et être tué ».

CQ : Est-ce que dans ces consultations, les professionnels ont évalué le risque suicidaire, posé la question de l'intentionnalité ou d'un projet de passage à l'acte?

Int3 : Pas du tout non.

CQ : Est-ce que dans d'autres consultations, il vous est arrivé d'interpréter une évaluation de ce risque ?

Int3 : Non ça ne m'est jamais arrivé. C'est l'unique fois que j'y ai été confronté à quelqu'un qui parle de suicide.

CQ : est-ce que parfois, sans que ce soit exprimé, vous pouvez être inquiète vis-à-vis de ce risque pour les personnes pour lesquelles vous interprétez ?

Int3 : Alors à la PASS, ça fait un petit moment que je travaille avec eux, c'est la première fois que je suis en entretiens sur une assez longue durée avec quelqu'un, ça doit faire une dizaine de fois qu'on a fait des entretiens au moins. D'habitude à la PASS je dois dire que je vois plutôt des psychiatres qui demandent juste s'ils font des cauchemars, et hop ils leur montent leurs doses de somnifères ou tranquillisants... Y a pas tellement de discussion, d'échange. Après j'interviens avec une association de psychologues, c'est assez différent. Je n'ai vu que des femmes, y en a avec qui j'ai eu un suivi assez long. Moi en fait je vois beaucoup d'africains. Et c'est très difficile parmi les africains que je rencontre, je pense que c'est un peu lié à leur état psychique, mais aussi et surtout culturellement, c'est très difficile que ces personnes parlent de leur état d'âme, de comment ils se sentent. Ça c'est vraiment typique, première question du psychologue c'est « alors, comment ça va aujourd'hui ? » et les gens commencent toujours en disant « I'm Ok, i'm Ok »... avec une tête de 6 pieds de long, ils disent toujours que ça va bien. Et en creusant après, on s'aperçoit que ça va pas bien... Après cette association j'ai eu que des femmes, qui se sont prostituées ou qui ont échappé à un réseau... et souvent elles sont tellement engluées dans leur problèmes basiques de « où je vais loger » ... qu'elles parlent pas beaucoup de leurs états d'âme. J'en ai vu qui était très...où il ne se passait pas grand-chose pendant les entretiens, je voyais qu'elles étaient vraiment mal...mais elles disaient rien. Je peux pas dire que j'ai senti des états suicidaires, non. Des états hyper déprimés, où la personne elle sort pas de chez elle, elle voit personne, elle fait rien, dépressifs, ça oui, mais suicidaires, non je crois pas.

CQ : est-ce que vous avez la possibilité de débriefer avec les professionnels après les entretiens ?

Int3 : avec la PASS un tout petit peu oui. Quand on débrieife, c'est pas trop par rapport à ce que la personne a dit, c'est plutôt sur mon interprétariat. J'ai eu le cas vendredi par exemple, la personne a commencé par dire que tout allait bien, et puis elle a juste dit qu'elle avait pas encore reçu la lettre officielle de la réponse de la CNDA, et je me suis permis de demander à la personne quand est ce qu'elle était passée à la CNDA, et après le psychologue m'a dit qu'il souhaitait pas que j'intervienne en dehors de ce qu'il disait. Donc c'est plutôt sur ma pratique. Et après on a parlé sur le fait de traduire ou pas en simultanée... c'est plus par rapport à l'aspect d'interprétariat que sur le contenu. Après ça dépend vraiment du psychologue, parce que quand on est interprète, on a des psychologues qui sont très très coopérants, qui sont hyper contents et reconnaissants qu'on parle anglais et qu'on les aide à comprendre ce qui se passe pour la personne en face d'eux, et puis y en a d'autres qui sont très suspicieux, qui ont peur qu'on déforme leur propos, ou que je déforme les propos du demandeurs d'asile... Donc moi ça me passionne mais en même temps c'est pas facile. Alors à [l'association de psychologues], j'ai eu des psychologues qui sont beaucoup plus coopérants, et après quand la personne part on parle vraiment d'égal à égal, je dis « ah bah c'est super, aujourd'hui elle a avancé, elle a dit des trucs », on en discute vraiment, c'est une sorte de débriefing mais différent.

CQ : est ce qu'il vous arrive d'être inquiète pour une personne, de sortir d'un entretien touchée, ou choquée ?

Int3 : ah oui oui ça m'arrive souvent. Là par exemple comme je suis interprète assermentée j'ai été appelée par la police pour une femme qui avait vraiment une tête...triste, mal, toute maigre... Une indienne qui est mariée à un indien, qui a une fille qui a 8 ans, qui est scolarisée ici. Ça fait 5 ans qu'elle est en France, elle a suivi son mari qui a été embauché ici. Ils sont repartis en Inde au mois d'avril juste une semaine pour vendre leur maison. Elle est allée avec lui et sa fille, lui est reparti au bout d'une semaine avec sa fille en France, et elle est restée quelques jours de plus pour voir ses

parents, et elle a reçu un coup de fil de son mari lui disant « en fait, quand j'étais en Inde j'en ai profité pour faire une demande de divorce, je ne veux pas que tu reviennes en France, et je garde ma fille ». Donc cette femme n'a pas vu son enfant depuis le mois d'avril, elle n'avait plus rien, elle s'est aperçue que tout l'argent de la vente de la maison avait disparu de leur compte, elle s'est retrouvé sans un sou en Inde, elle vient d'une famille pauvre... Elle a réussi à vendre tous ses bijoux pour se payer un billet d'avion pour revenir ici, et quand elle est arrivée ici elle a pas pu voir sa fille, son mari était pas à l'appartement, et donc elle était à la police pour faire une main courante. Et depuis elle n'arrive pas à voir sa fille, elle n'a que ça en tête... et elle je pense qu'elle va très mal. Elle sait pas bien parler français, ses papiers sont en règles, tout va bien au niveau des papiers, sauf qu'elle a pas un centime, son mari a déserté l'appart, elle vient d'apprendre qu'il avait rompu le bail et que l'appartement était rendu le 12 septembre, donc elle va se retrouver SDF... sans argent, sans logement, sans enfant. Moi je trouve qu'elle va très mal. Et puis l'entretien avec la police, j'ai trouvé que la police était assez horrible... au début ils voulaient pas prendre sa main courante, après il disait « mais qu'est ce qui prouve que Madame dit la vérité », « je trouve qu'elle pleure pas beaucoup pour quelqu'un qui a pas vu sa fille depuis le mois d'avril »... Alors effectivement elle s'exprime pas beaucoup au niveau de ses sentiments, elle est zombie... elle est déjà très démunie parce qu'elle connaît rien sur la vie française alors qu'elle a vécu là 5 ans. Quand la police lui a demandé si elle avait un bail, il a fallu lui expliquer ce que c'était, elle savait pas si son mari avait un bail, elle sait rien. Mais oui je trouve qu'elle est vraiment zombie, et je me dis « oh la la cette femme, je sais pas comment elle va finir ». Je suis ressortie vraiment mal, d'ailleurs je lui ai donné mon numéro de téléphone, ce que je fais très rarement sinon on ferait que ça... et je l'appelle de temps en temps parce que...c'est horrible ce qui lui arrive. Donc ça, j'ai débriefé avec personne, à part en parler autour de moi...

CQ : Est-ce que pour ce type de situations, vous ressentez-le besoin d'un espace de parole de type analyse de la pratique ?

Int3 : Oui, oui oui, j'ai eu des histoires vraiment sordides qui m'ont vraiment bien secouée. Bon après on se blinde aussi. A l'[association dont elle dépend] c'est quelque chose qui a été demandé plusieurs fois par les travailleurs sociaux et par les interprètes, les travailleurs sociaux je crois qu'il y a quelque chose qui s'est mis en place, mais pour les interprètes non. Et on est très éclatés, les traducteurs on travaille chacun chez soi, les interprètes pareil, on se voit pas beaucoup, on rencontre pas trop les gens des autres services. On a une réunion mensuelle qui est plutôt sur des choses pratico-pratiques, mais c'est pas un débriefing.

CQ : Est-ce que vous avez appris qu'un demandeur d'asile accompagné par l'association dont vous dépendez s'était suicidé en ce début d'année ?

Int3 : Oui, j'ai appris qu'un mineur isolé s'était suicidé, au détour d'une conversation informelle avec des collègues travailleurs sociaux. Je crois que ça n'a pas été su par beaucoup de gens. Un mineur isolé qui est allé se pendre, dans un bois...

CQ : Est-ce que vous vous souvenez de votre réaction ?

Int3 : J'étais très très triste. Je me suis dit « il a traversé la planète pour venir là », avec, j'imagine beaucoup d'espoir... bon je sais pas ce qui s'est passé, mais il a fait ça tout seul... je crois que la famille qui l'hébergeait a été assez catastrophée par ça... J'ai un petit peu échangé avec les travailleurs sociaux, et je crois qu'ils n'ont pas eu de débriefing même par rapport à ça, la famille d'accueil qui était catastrophée n'a pas vraiment été reçue par les gens de l'association, y a eu un espèce de silence là-dessus. Je sais pas si c'est intentionnel ou c'est que tout le monde est débordé, que tout se gère en urgence. Et puis y a quelqu'un d'autre, un demandeur d'asile qui a sauté par la

fenêtre... c'est pareil j'ai appris ça comme ça, de manière informelle, au détour d'une porte, y a pas eu d'annonce officielle.

Partie 3 : Ressources

CQ : Avez-vous accès à une formation dans le domaine de la santé mentale ?

Int3 : Ce qu'on a pu avoir de temps en temps et moi personnellement j'ai bien apprécié, on a eu des formations ou des colloques. Y en a une qui m'avait beaucoup plu, qui était organisée par l'hôpital du Vinatier, et c'était orienté demandeurs d'asile. La formation a duré deux jours, avec une partie concernant l'interprétariat en psychiatrie. C'est la seule fois que ça concernait la santé mentale je crois.

CQ : Repérez-vous des difficultés lorsqu'il s'agit d'interpréter l'expression par la personne d'idées suicidaires, ou des questions du professionnel explorant les antécédents de tentatives de suicide, d'idéation ou d'intentionnalité suicidaire, de projets de passage à l'acte suicidaire ?

Int3 : Non, je pense pas que ce serait difficile. Je dirai que sur le moment, j'assume bien. C'est plus après où je repense à la personne. Mais j'ai eu des situations assez difficiles aussi, par exemple de viols ou de choses comme ça, c'était pas évident quand la personne est en état de choc. Mais sur le moment, moi personnellement je suis quelqu'un qui ait beaucoup de sang-froid et ça va, j'assume. Après c'est vrai que parfois j'y repense.

CQ : est-ce que vous utilisez la 1^{ère} ou 3^{ème} personne dans l'interprétariat ? Est-ce que c'est plus difficile d'utiliser la première personne dans les situations difficiles ?

Int3 : Ça dépend, mais plutôt à la troisième personne. Je trouve ça pas forcément plus difficile, je m'identifie pas. Quelque fois je passe de l'un à l'autre dans un entretien, parce que quelque fois quand la personne est très confuse, plutôt que de dire « la personne a dit oui et puis après elle a dit non », j'essaye de traduire en simultané, ce qui est pas toujours évident, pour garder le rythme et le débit de la personne, et d'être au plus proche du contenu. Du coup je suis tellement concentrée sur mon travail pour être au plus exact possible, que du coup ça ne me gêne pas de devoir parler à la première personne.

CQ : Vous disiez qu'il vous semble qu'il y a une dimension culturelle dans la modalité d'expression des émotions. Est-ce que cela peut faire obstacle à l'évaluation clinique, est-ce que ça peut nécessiter de reformuler les propos, ou de poser les questions différemment ?

Int3 : Alors oui. C'est toute la difficulté de l'interprétariat psychiatrique et culturel, c'est que par exemple les africains vont dire « I'm OK, i'm OK », ça veut dire ça va...mais ça m'arrive de dire au psychologue « on va voir plus tard, mais je peux vous dire que chaque fois que j'interprète pour des femmes nigérianes, quand on leur pose cette question elle réponde toujours ça », et après en grattant on s'aperçoit que c'est différent. Ou ceux qui disent qui sont « happy », ça veut dire heureux, mais y a plein de fois où... je sens que ça a pas vraiment cette notion-là dans le discours, donc quelque fois je suis obligée de le dire, en plus de la traduction. Et puis parfois de reformuler de manière très très simple dans le sens français-anglais, parce que par exemple quand on dit « il faudrait que vous trouviez vos repères », ou des trucs comme ça... ça passe pas, faut expliquer, donner des images pour que les gens comprennent.

CQ : De par votre expérience, pensez-vous pouvoir avoir dans ce type d'entretien un rôle de médiation culturelle ?

Int3 : Oui, tout à fait. Le rôle de médiation culturelle est très important dans ce genre d'interprétariat. Quand le milieu culturel est très différent.

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

Int3 : Moi je pense que...bon maintenant y a tellement de demandeurs d'asile et de mineurs isolés que les travailleurs sociaux et le personnel médical commence à être un peu informés, mais j'aurais bien aimé il y a quelques années, et je pense que ça peut être encore valable, de pouvoir avoir un tout petit entretien avant avec l'intervenant social ou médical, sur la personne. Etre briefée, de quel pays elle vient, deux trois trucs pour que moi je puisse répondre, et aussi donner des infos. Je ne veux pas mettre tout le monde dans le même sac, mais beaucoup de femmes du Nigeria que je vois dans des entretiens avec des assistantes sociales, en général c'est des femmes qui sont venues pour la prostitution. Et quelque fois on leur pose des questions qui sont vraiment dénuées du contexte, on leur demande si elles ont eu leur permis de conduire... non, au Nigéria la femme qui a été victime de traite des êtres humains, ou qui est venue volontairement, elle vient des bas-fonds de mégapoles du Nigeria, souvent leurs parents ont disparu, ce sont des gamines des rues, l'école c'est payant au Nigéria...donc quelque fois ce serait pas mal de savoir avant l'entretien et d'échanger sur le contexte avant pour peut-être adapter aussi les questions de l'entretien...

CQ : Quand vous apportez ces informations, les personnes sont plutôt réceptives ?

Int3 : oui oui. J'ai beaucoup ce problème, mais là les gens sont très réceptifs quand je leur en parle après. Là j'ai une famille que je suis dans un groupe pédagogique, pour les Nigériens de niveau social très bas, ils pensent que c'est le summum d'aller à l'école, ils sont hyper contents que leurs enfants puissent aller à l'école, en général eux n'ont pas pu y aller. Mais pour eux c'est automatique, on met un gamin à l'école, et pouf ça rentre direct dans leur cerveau. Ils n'arrivent pas à comprendre, il y a souvent des enfants de par leur vécu qui ont des problèmes scolaires et des problèmes de comportement, et où parfois il faut les mettre dans des classes spécialisées parce qu'ils sont largués...et les parents ne comprennent pas. On a beau leur expliquer que c'est pour le bien de leur enfant, mais pour eux, on va à l'école, on travaille bien, tout se passe bien et après on aura un bon métier. Ça m'énerve de mettre des étiquettes, mais quand même il faut le savoir. Les parents disent qu'ils font réciter les chiffres à la maison, et on doit leur dire que là le problème c'est pas de réciter les chiffres c'est de comprendre les mathématiques... souvent ils captent pas parce qu'ils ont jamais été à l'école, donc la conceptualisation leur passe au-dessus... Donc je trouve que ce serait bien oui. Surtout quand c'est des milieux culturels très différents. Après, ça pourrait être pas mal de prendre un temps aussi après, avec les pys ou les travailleurs sociaux. Je me souviens d'un malade qui disait « oulala, ça chauffe dans ma tête », et que le psychiatre lui disait « ah bon, mais vous savez que l'été il fait encore plus chaud », et lui parler des degrés centigrades et pas fahrenheit, alors que le gars avait jamais vu un thermomètre de sa vie... Et fallait que je traduise ça. Ou par rapport à la magie, c'est des croyances très fortes en Afrique. J'ai vu quelqu'un qui me disait que son oncle avait transformé son fils en poulet, qu'il avait vu le poulet, que le poulet s'était envolé... Et qu'après le poulet est redevenu enfant. Mais j'avais pas... l'impression que la personne délirait. Alors je porte pas de jugement si c'est possible de transformer les gens en poulet ou pas dans certaines cultures, mais il avait pas l'air de délirer, il y croyait dur comme fer, là-bas dans le village tout le monde a vu ça et y avait cru. Donc c'est vrai que là je disais je disais « Monsieur dit que le petit s'est transformé en poulet... » (*rires*) parce que ça paraissait tellement incroyable... Et sur la sorcellerie, les femmes qui viennent du Nigéria et qui sont amenées à se prostituer, on leur fait toujours des séances de sorcellerie, de « juju » [*prononcé djoudjou*] comme elles disent, et quelque fois j'aime bien l'expliquer à l'intervenant aussi.

Quand elles sont échappées du réseau et qu'elles sont dans des galères pas possibles, elles parlent parfois du juju, alors on leur demande « mais vous vous y croyez au juju ? » et très souvent elles ricanent, et puis elles disent « non, j'y crois pas ». . . . Et puis après dans la conversation, si elles ont un problème, elles finissent pas dire que peut être ça a un rapport avec le juju. Donc c'est vraiment un exemple de truc culturel dont il faut tenir compte. Je pense que y en a qui peuvent un peu disjoncter par rapport à ça, donc je pense que c'est important à connaître quand on reçoit des femmes du Nigéria.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 12 – 6/09/17

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : psychologue et ancienne responsable d'un programme « santé mentale » d'une association de solidarité internationale au sein d'un bidonville de migrant hors Rhône-Alpes

Professions: P6 : psychologue

Accès ou non à l'interprétariat : Oui, mais pas dans toutes les langues, par le biais de bénévoles extérieurs. Accès majoritairement à des interprètes arabophones, et farsi.

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique : Pas à toutes les périodes. Moi j'ai animé un groupe d'analyse de la pratique avec les psychologues, après on a essayé de mettre en place un groupe d'analyse de la pratique pour les bénévoles, mais ça a été entrecoupés, et ça a surtout eu lieu suite à l'expulsion du bidonville.

Partie 2 et 3 : Perceptions de la problématique et ressources

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à des conduites suicidaires pour un patient migrant en situation de précarité ?

P6 : Alors j'ai regardé un peu les données qu'on avait, et on a eu des patients qui avaient des conduites suicidaires, après c'était quand même pas la majorité, je crois que c'était autour de 6%. Après notre recueil de données était pas top, je suis pas très à l'aise sur ces données. Moi j'ai deux situations en tête, mais je suis peut-être pas la mieux placée pour en parler, parce que j'avais surtout un rôle de supervision des psychologues, et peut être qu'elles en auraient plus. Alors la première... en fait on travaillait beaucoup avec la psychiatrie, enfin on essayait de travailler avec la psychiatrie en tout cas, notamment sur les hospitalisations, pour essayer de préparer la sortie de l'hôpital, le traitement, pour que la personne sorte pas sans traitement dans le bidonville – du coup l'hôpital nous avait appelé parce qu'il était sortant suite à une tentative de suicide, et qu'on a suivi après pendant quelques semaines ou mois, jusqu'à la fin du bidonville. Et l'autre, c'était un gamin qui avait fait des tentatives de suicide à répétition, et qui lui a fini par repartir... je sais pas trop où.

CQ : Quelle place cela prenait dans votre pratique ?

P6 : J'ai l'impression que les psys en parlaient pas tant, je pense qu'on a pas eu beaucoup de patients qui exprimaient ça, c'était vraiment pas la majorité de nos patients. La majorité c'était plus ... peut-être parce qu'on est pas psychiatres aussi, on est psychologues, du coup on orientait vers la psychiatre, de [autre association médicale humanitaire internationale] notamment, du coup les personnes avec des plaintes de ce type elles étaient orienté directement vers un psychiatre. Par contre on bossait beaucoup en interaction, nous on avait un peu un rôle de médiateur psychosocial, un rôle un peu... pivot, un peu comme une équipe mobile psychiatrie précarité mais juste sur le bidonville, et on faisait vraiment l'interface entre la psychiatrie et les autres acteurs associatifs « psys ». On avait des lieux d'accueils psychosociaux qui étaient un peu plus cool, un peu plus accessible, c'était pas un bureau, c'était un endroit où tu venais, tu pouvais discuter avec un psy comme ça, en buvant un café, du coup c'était quelque chose d'un peu souple. Donc on avait pas mal de gens qui arrivaient par ce biais-là. Et j'ai l'impression que la question du suicide elle arrivait souvent par des acteurs associatifs qui orientaient des gens vers notre dispositif et qui eux étaient plus inquiets sur cette question-là. Je me rappelle de bénévoles anglais qui étaient super en panique parce qu'un des gars les inquiétait vachement, alors qu'en fait il était déjà suivi.

CQ : Est-ce que vous pointez des facteurs de risques de suicide dans la population que vous accompagniez sur le bidonville et dans ce lieu d'accueil psychosocial ?

P6 : Bah oui, la perte de liens... enfin déjà la difficulté d'accès au soin, aux soins tout court et aux soins psy encore plus. L'absence de repérage... nous sur le bidonville on essayait de favoriser ça, avec les bénévoles, mais c'était un dispositif minime par rapport au besoin, du coup y avait pas de repérage des personnes en souffrance psy... j'ai l'impression qu'à [autre ville où de grands campements de migrants se sont organisés] c'est un peu la même chose. Nous on a vu beaucoup de mecs qui étaient en souffrance psychiatriques qui ont été orienté par des gens de la communauté, mais que nous on a pas vu... du coup pour moi y a vraiment l'importance de la démarche d'aller-vers, d'avoir des équipes mobiles, de créer du lien... essayer de désacraliser un peu le rôle du psy aussi, de dire « voilà, si vous voyez des gens en souffrance, vous pouvez les orienter vers nous, vous pouvez nous appeler ». Et je pense que c'est des trucs qui peuvent prévenir...enfin qui peuvent être des facteurs de protection, et qui sont pas du tout existants ou trop peu dans les dispositifs dans lesquels sont mis les exilés, enfin j'ai l'impression.

CQ : Est-ce que vous identifiez d'autres facteurs protecteurs ?

P6 : Le soutien de la communauté clairement. C'est indéniable. Le groupe, la famille. Nous on essayait de soutenir les mécanismes de soutien qui pouvaient être déjà présents, l'imam, le prêtre... des espaces de soutien assez forts pour les gens. Après y avait aussi les espaces associatifs, tous les lieux communautaires en fait. A un moment y avait une librairie, un théâtre... des espaces de rencontre, de création de lien social, qui pouvaient être des endroits de soutien et de développement du lien social. J'ai l'impression d'une façon générale, un peu tous les trucs qui faisaient que les gens sortaient de la masse. Tout ce qui recréait un lien individuel, qui faisait que la personne redevenait une personne, et pas un migrant parmi 10 000 migrants dans un bidonville. Tout ce qui permettait la rencontre entre des personnes. Dans ce bidonville y avait vraiment une deshumanisation de fou, les gens pendant des semaines personne les appelait par leur prénom, personne leur parlait dans leur langue, ils étaient noyés dans la masse. Et du coup de recréer du lien humain, ça a été vraiment positif et protecteur sur la santé mentale j'ai l'impression. C'était un truc qui existaient avant, quand c'était un campement de plus petite taille, les gens se connaissaient, se parlaient entre eux. Tous les mécanismes de repérage des gens qui allaient pas bien, ça se faisait naturellement. Et c'est un des trucs qui ont été complètement perdus avec le bidonville, parce que y avait énormément de personnes, qui avaient pas du tout envie de se retrouver à vivre ensemble. Quand y avait plusieurs petits squats ou campement, les gens choisissaient un peu où ils voulaient vivre, et y avait un fonctionnement à taille humaine, alors que dans le bidonville pas du tout, c'est comme une ville, ça casse tous les mécanismes.

CQ : Est-ce que un ou plusieurs suicides vous ont été rapportés, au sein du bidonville ?

P6 : Non, pas que je sache. On a eu des tentatives de suicide, enfin plutôt des menaces...Je me rappelle plus de mecs qu'on a accompagné, y avait la menace suicidaire qui était là, on les a orienté vers le psychiatre et on a continué à les accompagner, en lien avec le psychiatre. Après quand ils étaient suivis par un psychiatre, on les voyait moins quand même.

CQ : Est-ce que certaines de ces menaces suicidaires rentraient dans le cadre d'une revendication, d'une dénonciation de la situation ?

P6 : Ah bah oui, j'ai complètement oublié d'en parler, pour le coup c'était vraiment des conduites suicidaires mais de... révolte par rapport à la situation. C'était bien avant le bidonville, en 2014, y a eu

plusieurs grèves de la faim, dont une qui a duré très longtemps. Et y a un moment où y a deux syriens qui sont montés sur le toit du port et qui ont menacé de se suicider. Clairement c'était des menaces suicidaires en lien avec le contexte, c'était « si on passe pas en Angleterre... ». Les revendications c'était « on est syriens, on a fui la guerre, on veut être accueillis », ils avaient demandé à un responsable anglais de venir les rencontrer, et ils demandaient à pas vivre comme ça sur le camp.

CQ : est-ce que ça s'est reproduit plus récemment, des passages à l'acte ou menaces de ce type ?

P6 : y a eu des gens qui se sont cousus la bouche, et qui ont arrêté de manger pendant plusieurs jours. Y a plus de trucs collectifs. J'ai l'impression que ces revendications avec menaces de suicide, la grève de la faim, ceux qui sont montés sur le toit, c'était plutôt des démarches collectives, alors qu'il y a aussi des situations plus individuelles, de gens qui sont en dépression. Alors pour eux aussi la dépression elle est beaucoup en lien avec leur situation, mais pas forcément avec cet aspect de revendication.

CQ : est-ce que les soignants sur le terrain témoignaient de leur inquiétude vis-à-vis du risque suicidaire des personnes dans le bidonville ?

P6 : Pas tant. Les psys avaient un rôle vraiment sécurisant sur le reste de l'équipe médico-sociale pour ça. Quand le reste de l'équipe avait un doute et pouvaient exprimer des inquiétudes sur la question suicidaire, ils orientaient vers un psy, qui après orientait si besoin vers un psychiatre, du coup au niveau de l'équipe médico-sociale y avait une prise en charge qui pouvait être assez rapide et rassurante je pense. J'ai l'impression que c'est beaucoup ressorti pour quelques patients, où là l'inquiétude était importante, pendant plusieurs semaines, avec des mecs dépressifs qui évoquaient des idées suicidaires, mais que c'était pas quelque chose de récurrent.

CQ : Est-ce que l'orientation vers un avis psychiatrique était facile ?

P6 : Ça dépend des périodes aussi, c'est compliqué de résumer parce qu'il y a eu beaucoup d'étapes et ça a joué sur la facilité d'accès ou pas. Y a des moments où on bossait super bien avec la psychiatre de [autre association médicale humanitaire internationale] et ça allait tout seul, y a des moments où c'était plus compliqué, et du coup on galérait pour faire des orientations. Y a des moments où y avait pas de psychiatre à [autre association médicale humanitaire internationale], là c'était plus compliqué.

CQ : vers qui vous orientiez à ce moment-là ? Est-ce que vous arriviez à faire des orientations vers des structures de droit commun ?

P6 : les orientations vers le droit commun ça fait des années qu'on y travaille mais c'est une catastrophe... on a réussi à travailler un peu avec l'EMPP, à orienter un peu vers eux, mais ils ont pas accès à l'interprétariat, les délais de réponse sont très longs, donc clairement ils pouvaient pas gérer les urgences. On a accompagné plusieurs personnes aux urgences psy quand on avait pas d'autres solutions. Et après... les 6 derniers mois y a eu beaucoup plus d'hospitalisations en psychiatrie qu'avant, parce que y avait plus de monde, mais surtout les conditions de survie étaient vraiment très difficiles, et les conditions de passage aussi. Avant y avait un espèce de truc, les gens arrivaient, disaient « je veux passer en Angleterre », restaient bloqués quelques jours ou quelques semaines max, et passaient en Angleterre. Du coup les gens avaient de l'espoir. Çaça s'est vraiment cassé au fur et à mesure des années parce que c'était de plus en plus difficile, du coup les gens n'ont vraiment plus d'espoir. Et moi je mets un peu ça en lien avec le fait qu'on a eu la dernière année des problématiques vraiment psychiatriques alors qu'avant c'était plutôt de la souffrance psychique, y a vraiment eu un basculement dans les pathologies qu'on rencontrait, y a des gens qui ont décompensé, qui ont été

hospitalisé sous contrainte, et c'est des trucs qu'on avait vu avant, mais très peu par rapport aux nombres de personnes à la fin. Je pense que les conditions de vie étaient plus dures, qu'ils y avaient plus de gens en souffrance mais qu'il y avait aussi moins de possibilité de les repérer. Le lien social était vachement plus compliqué. Pour te donner un exemple, nous on faisait aussi l'accompagnement des décès. Par exemple, en 2014, 2015, quand il y avait un décès, les gens venaient nous voir sur le camp et nous disaient « j'ai pas vu mon pote depuis deux jours, on s'inquiète », c'est eux qui nous sollicitaient. Sur le bidonville, le groupe d'appartenance était tellement éclaté... que même ça ça fonctionnait plus. Ça a vraiment attaqué les liens au sein de la communauté. La communauté avant c'était un truc hyper protecteur et on savait qu'une personne disparue, ses copains allaient le savoir, et avec le bidonville, y a vraiment un anonymat qui s'est développé, même au sein d'une communauté. Pour moi c'est la même chose avec les troubles psy. Y a le mécanisme de « moi je vais pas en parler, d'autres doivent le connaître et vont en parler », et du coup tu te retrouves avec des mecs qui sont en souffrance et t'es alerté super longtemps après, parce que les gens pensaient que quelqu'un d'autre avait alerté. Donc ça a aussi fait une prise en charge plus tardive des personnes en souffrance en psy. Et puis après y a toute la question de la violence au sein du bidonville, les violences policières, les violences qu'ils ont vécu avant... y a tout ça qui s'accumule.

CQ : Observez-vous des obstacles à l'orientation vers un suivi de la part des personnes ?

P6 : Oui, y en a qui refusent le suivi. C'est pour ça que notre dispositif de tente psychosociale, c'était un lieu d'accueil assez ouvert, ça ressemblait pas du tout à un truc de psy, et c'était rassurant je pense. Les gens ils venaient faire de la poterie, des attrapes-rêves, d'autres qui jouaient aux cartes... je crois que c'est vraiment ça qui facilitait et qui permettait qu'on arrive à voir certaines personnes qu'on aurait pas vu autrement, et qu'on a jamais réussi à orienter vers les psychos et le psychiatre. Parce que pas de demande, parce je suis pas fou, parce que j'attends de passer en Angleterre et du coup j'ai pas envie de m'engager dans quelque chose ici.

CQ : est ce qu'il pouvait y avoir une crainte d'être stigmatisé du fait de la demande de soin psy ?

P6 : C'est arrivé, moi j'ai eu 3 ou 4 patients qui ont caché à leur communauté qu'ils allaient dans des lieux de soins, mais je pense que ça dépend. Pour notre espace, pour le coup non, parce qu'on a vraiment fait gaffe à ça, à ce que ce soit pas un lieu stigmatisant, et y avait pas que des gens en souffrance qui étaient là. Par contre le cabinet psy, ça pouvait l'être, y en a qui cachaient leur suivi. Après on avait beaucoup de demande de gens qui avaient un ESPT, et leur première demande en fait c'était « j'ai l'impression de devenir fou », ils comprennent pas les symptômes, ils ont des reviviscences... Donc il y a déjà un aspect de stigmatisation de la personne en elle-même, à qui il arrive quelque chose qu'elle comprend pas et qui fait peur, et elle en parle pas trop à la communauté.

CQ : une fois que vous repérez qu'une personne dans le camp n'allait pas bien, qu'est-ce que vous pouviez mettre en place ?

P6 : Dès le début du programme santé mentale, on était clairs sur la fait qu'on faisait pas du soin quantitatif, que clairement on pouvait pas sauver tout le monde, qu'on accompagnait peu de patients, mais que ceux qu'on accompagnait on les accompagnait bien, jusqu'au bout, et on les perd pas en route. C'était une approche centrée sur la personne, qui faisait que les prises en charges pouvaient être hyper lourdes pour nous, parce qu'on accompagnait vraiment les gens à leur RDV, et ça prend du temps, mais c'était notre priorité, une fois qu'on décidait de les faire, on était dans la logique d'accompagner jusqu'au bout, par exemple accompagner quelqu'un à une consultation psychiatrique, prendre un temps avec le psychiatre pour faire du lien et savoir ce qu'il faut mettre en place... Après y

a tout ce qui est aller-vers. Les maraudes médico-sociales, on était une équipe pluridisciplinaire donc y a avait des médicaux, des médiateurs, des interprètes, du coup y avait d'autres équipes qui pouvaient aussi repérer et nous alerter sur les personnes en souffrance, à risque, et notre équipe qui faisait des maraudes « santé mentale », au début on avait le temps de faire des maraudes de repérage, donc d'aller discuter de santé mentale avec les gens, expliquer comment on travaillait, présenter le lieu qu'on avait et la possibilité d'orienter les personnes qui ne vont pas bien vers ce lieu..., et après on avait vraiment plus le temps de faire du repérage, mais on faisait quand même des maraudes de suivis, pour voir les personnes qu'on suivait, comment ils allaient, l'observance des traitement et tout ça... Au début les orientations vers nous c'était plutôt des médecins, plutôt en interne, après ça a commencé à être des acteurs associatifs, et à la fin y avait aussi beaucoup de membres relais de la communauté qui orientaient des mecs vers nous, nous alertaient sur ceux qui allaient pas bien, nous demandaient de passer les voir, en nous accompagnant. Donc le repérage s'est progressivement facilité parce qu'on avait pleins d'acteurs qui repéraient pour nous en fait. Ça c'était super intéressant, surtout pour les gens vraiment très en souffrance qui restaient dans leur tente, et là c'était les gens de la communauté qui pouvaient nous alerter.

CQ : Est-ce qui vous arrivait d'orienter des personnes vers la PASS ?

P6 : Au début il y avait une PASS à [ville où se trouvait le bidonville], qui existe toujours, qui est à côté de l'hôpital, y avait pas de psychologues pendant des années, après ils ont commencé à mettre une permanence de consultations psychologiques par mois... et après quand il y a eu le bidonville, y a eu tout au début où il s'est rien passé, la PASS était loin du bidonville, et était saturée. Après y a eu des centres de soins associatifs au sein du bidonville, et dans un deuxième temps du soin psy. Il y a eu une mission d'évaluation de l'EPRUS (Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires), et ils ont dit qu'il fallait que l'hôpital se mobilise. Ça a pris du temps, mais ils ont créé une PASS externalisée au sein du bidonville, une antenne de la PASS sur le bidonville, avec deux psychologues à mi-temps, mais pas de psychiatre, et aucun lien avec la psychiatrie de l'hôpital. Donc les psychologues de la PASS galéraient autant que nous pour orienter un patient vers la psychiatrie. Après le problème d'accès au soin psy à [ville où se trouvait le bidonville] c'est pas juste un problème pour les exilés, le système est saturé, il y a plusieurs mois d'attentes en CMP. Donc les psychiatres de l'hôpital ils pouvaient recevoir des gens aux urgences, surtout des épisodes psychotiques aigus, mais ils avaient pas d'accès à l'interprétariat et pas de possibilité d'agir sur le terrain.

CQ : est-ce que vous arriviez à travailler en lien avec les autres associations et la PASS externalisée sur le bidonville sur des prises en charge communes ?

P6 : Oui bien sûr, on avait une réunion entre soignants de différentes associations et la psychologue de la PASS, pour échanger sur les patients qu'on prenait en charge en commun. Nous vraiment notre objectif c'était de faire du repérage, de l'orientation et de l'accompagnement, mais du coup dès qu'on pouvait orienter vers un psy, dès que les personnes étaient prêtes à aller à un entretien un peu plus cadré, dans un bureau... on le faisait. Et nous on s'occupait du reste, des activités psychosociales.

CQ : est-ce que vous rédigez des certificats dans le cadre de la demande d'asile, du certificat de vulnérabilité ou certificat étranger malade ?

P6 : Nous sur on en faisait pour l'OFPRA ou la CNDA, mais pas à la demande, on la fait pour des patients qu'on accompagnait, quand on pensait que c'était nécessaire, soit pour expliquer ce qu'on avait constaté au niveau de la souffrance de la personne, et de ce que ça pouvait dire de ce qu'elle avait vécu dans son pays, mais aussi été surtout pour expliquer les trucs qu'elle pouvait avoir et qui pouvaient se manifester pendant l'entretien et être un obstacle à l'entretien en lui-même. On a eu un

mec qui tombait dans les pommes à chaque fois qu'il racontait son histoire par exemple. Après on a aussi accompagné certaines personnes à leurs entretiens, pour les personnes les plus en souffrance et que l'entretien serait pas possible s'ils étaient seuls. La psychiatre de [autre association médicale humanitaire internationale] elle faisait des certificats aussi, et parfois ils pouvaient faire des accompagnements aussi.

CQ : est ce qu'il vous arrivait de mentionner le risque suicidaire dans ces documents ?

P6 : A [autre association médicale humanitaire internationale] je pense que oui. De notre côté, on en a pas fait pour des personnes avec un risque suicidaire, mais parce que ces personnes étaient orientées et prises en charge par la psychiatrie par ailleurs, et que nous on revenait vraiment à un rôle d'accompagnement psychosocial, beaucoup plus dans du soutien, et du coup on faisait pas d'entretiens, et donc d'évaluation du risque suicidaire dans ce cadre.

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures qui pourraient selon vous améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

P6 : Déjà la gestion des conditions de vie, clairement. Tant que les gens sont dans des conditions comme ça, c'est hyper difficile. Après développer des dispositifs d'aller-vers par le droit commun, les EMPP... qui n'ont pas assez de moyens pour aller sur ce terrain. La question de l'interprétariat, qui est encore assez sous-estimée et qui peut vraiment être une difficulté dans l'accès au soin. Je pense que y a un vrai truc à faire sur la formation des professionnels et des acteurs de terrains, des gens qui sont sur le terrain avec les exilés, là pour le cas du bidonville c'était plutôt des militants, des bénévoles. Je pense que y a vraiment un enjeu de formation, sur « comment repérer quelqu'un qui va pas bien », « vers qui on oriente », ça reste quelque chose qui est compliqué, et encore plus pour ceux qui sont pas formés à ça. Y a la question de l'accès à l'information pour les exilés aussi, sur leurs droits, sur la santé. Nous sur le bidonville ça pouvait mettre plusieurs mois avant que les personnes sachent vers qui elles pouvaient aller. Donc pour que les gens puissent être plus autonomes de leur santé et accéder aux soins, il faut que l'info soit faite, mais aussi traduite, accessible, que ce soit pas des brochures de 15 pages...

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 13 – 11/09/17 -

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe d'une association nationale d'accompagnement des personnes en situation actuelle ou passée de prostitution ou en risque de prostitution. 95% du public accompagné est constitué de personnes migrantes, originaires majoritairement d'Afrique et d'Europe de l'Est.

Professions : 5 personnes interrogées

- intervenants sociaux IS17, IS18, IS19 (également responsable de service)
- infirmière : I8
- juriste : J1

Accès ou non à l'interprétariat :

Tous : Oui, par téléphone. Tous les professionnels sont également anglophones.

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique :

Tous : Oui, une heure et demi par semaine

Partie 2 : Perceptions de la problématique

CQ : Avez-vous déjà été confrontés à des idées suicidaires ou des conduites suicidaires pour une personne migrante que vous accompagnez ? Pouvez-vous me raconter une situation marquante ?

IS19 : je me permets juste avant de répondre, de préciser que le public qu'on accompagne, les personnes prostituées, ont majoritairement des fragilités « pys », je vais dire ça comme ça, et elles sont de toute façon toutes en grande détresse. Donc c'est le mariage entre le profil des personnes immigrées et celui des prostituées, il est maillé de plein de choses particulières... Après je sais pas qui veut commencer à répondre... y en a ... je dirai... plein.

IS17 : Alors oui y en a plein. C'est différent entre la conduite suicidaire, qu'on peut observer assez régulièrement, et l'expression, mais l'expression moi je trouve que finalement elle est très rare, vraiment formelle. Moi j'ai eu notamment une personne qui m'a dit une fois – donc c'est une femme qui a été déboutée de l'asile, qui a fait d'autres démarches mais qui sont aussi compliquées, elle a fait aussi une demande de reconnaissance de parent d'enfant français, qui était frauduleuse, et du coup ça lui ferme les portes sur d'autres demandes de titre de séjour. Et du coup, avec 4 enfants en bas âge, pas de famille au pays, pas de réseau sur place, ou en tout cas pas de personne sur qui elle peut compter, et elle a évoqué une fois qu'elle avait bu de la javel, en pas trop grosse quantité je crois, mais en tout cas...et un de ses enfants l'a appelée et du coup elle a arrêté de boire de la javel, et elle a été voir ses enfants. Mais elle avait l'idée que finalement, bon bah ses enfants en France ils vont être en sécurité, et si jamais elle est plus là, ils seront aussi en sécurité, et que du coup... Voilà, l'expression d'un acte passé, ou « je sais pas ce que je fais là », « j'en peux plus », ça ça arrive. Mais finalement c'est plus des passages à l'acte qu'on voit que la parole. Quand on entend « j'en peux plus » c'est plutôt de la situation générale, ou de la situation de prostitution.

I8 : oui moi ce que j'ai entendu plusieurs fois, « à quoi ça sert de vivre dans cette situation ? » « je ne vois pas le bout du tunnel, à quoi ça sert de vivre ? ». Après c'est pas aussi formel « je vais me suicider ». Mais c'est vrai que par les conduites, alors des fois j'ai l'impression que c'est pas forcément conscient, j'ai en tête une personne qui est diabétique et qui connaît toutes les règles et les

recommandations à appliquer pour son diabète, et qui fait presque exactement le contraire de ce qu'il faudrait faire, et c'est à se poser la question en fait si ce serait pas « exprès »...pour ...je sais pas si son but c'est se tuer à petit feu, mais en tout cas on peut se poser la question devant ce genre de conduites dans la santé en tout cas. Se laisser aller au niveau de la santé...y a pas que ça, mais je trouve que certaines fois on peut se poser la question, est ce que c'est une forme de conduite suicidaire ou pas ?

CQ : et quand vous parlez de passages à l'acte, vous parlez de tentatives de suicide, ou plutôt la mise en danger même de la prostitution ?

IS17 : Les deux. Celle dont j'ai parlé c'est une mise en danger directe sur elle. Une autre personne que j'accompagne, qui est trans, qui est dans une situation de couple compliquée, qui a pas de droit au séjour mais qui avance pas sur les démarches sur ce biais-là, qui récemment s'est remis en situation de prostitution plus régulière, avec aussi pas mal de conduites addictives, et qui récemment avec un client a bu beaucoup, et s'est fait volée, et a été inconsciente, elle sait pas combien de temps ... elle s'est fait volée là, mais c'était dans un appartement, fermé, donc c'est une mise en danger très importante.

IS19 : des tentatives de suicide, de passages à l'acte, oui. Y a au moins deux personnes que j'ai en tête. Une qui avait des tentatives à répétition, qui s'est retrouvée hospitalisée suite à ces tentatives, et une autre qui a été hospitalisée pendant une semaine aussi. Qui ont pu nous en dire à chaque fois. Soit on les a senti dans une forte détresse, je saurai pas dire... il me semble au moins pour que celle que tu connais aussi (*s'adresse à J1*), elle avait quand même laissée des choses dites, mais on avait pas...enfin moi en tout cas j'avais pas mesuré qu'elle allait passer à l'acte à un moment donné. Elle avait déjà eu des forts comportements où elle avait une forte agressivité qui sortait, des comportements violents, pas envers elle mais envers les autres, qui nous laissait entendre qu'il y avait vraiment quelque chose de compliqué, mais le passage à l'acte sur elle... Ce que moi je me souviens c'est qu'elle en pouvait plus, qu'il fallait que ça s'arrête dans sa tête. Donc c'est l'un des moyens qu'elle a trouvé. Et l'autre qui a fait...j'ai plus compté mais beaucoup de passages à l'acte, c'était de la même manière, il fallait que ça s'arrête, elle pouvait en dire quelque chose, ça allait avec des prises d'alcool massive en général. Difficile d'y faire face quoi qu'il en soit. J'ai le souvenir de m'être demandée au moins pour celle qui a fait plusieurs passages à l'acte, concrètement « quand est ce qu'on la retrouvera morte », donc c'est des choses pas facile à vivre de notre côté non plus.

I8 : Et l'alcool revient souvent. Moi y a beaucoup de personnes, en creusant un petit peu, qui m'ont parlé d'alcool. Pour oublier. Pour se sentir ailleurs. J'ai pas l'impression pour les personnes que j'ai en tête qu'elles prennent des quantités d'alcool excessives, mais c'est régulier, dès que ça va pas...

J1: Et l'autre personne dont parlait [IS19] qui effectivement elle avait eu des passages à l'acte envers d'autres personnes, qu'elle savait pas forcément toujours justifier. Et c'est vrai qu'après son passage à l'acte on est quand même revenu dessus, et elle pouvait exprimer un peu plus de choses. Elle disait que ça lui avait fait du bien d'avoir pu être hospitalisée et d'avoir pu voir qu'il y avait des personnes autour d'elle qui...et en même temps elle se rendait compte que à l'hôpital...y avait personne qui venait la voir... à part les associations. Mais elle a pu exprimer les choses, expliquer le fait qu'elle avait énormément de colère en elle

IS17 : Qui l'envahissait en fait....

J1 : et qu'il y avait des moments où elle avait des flashes qui revenaient de situation où elle était en prostitution et qui avait été particulièrement violentes...Donc je pense qu'on essaye d'en parler avec les personnes après c'est pas évident.

CQ : est-ce que ça arrive que des idées suicidaires ou des antécédents de passages à l'acte fassent partie du récit de vie ?

J1 : Oui. Oui dans le récit oui, moi j'ai déjà eu des situations. Alors plutôt dans le passé, elles le disent « à ce moment-là de mon existence, je voyais pas d'autre issue que la mort », ça elles l'ont dit. Et puis après, y a toute la difficulté de revenir sur le récit, de ce que ça leur fait, de ce que ça engendre pour ces personnes-là après. Mais en même temps je trouve qu'elles le disent plutôt bien de manière générale, que ça leur donne mal à la tête de nous voir, de parler de tout ça, et en même temps elles sentent que c'est nécessaire. Et comme [personne accompagnée] l'explique très bien, « j'ai cette colère en moi, je sais qu'il faut que j'en parle et que je l'évacue pour qu'on puisse faire quelque chose »

IS19 : Après je vais peut-être faire un gros raccourci, mais j'ai l'impression que pour beaucoup de personnes qui sont originaires d'un autre pays, leur « choix » de départ il est lié à une situation fortement compliquée, soit parce qu'ils ont vécu des violences de tout ordre et notamment sexuelle, soit... donc le choix de partir de leur pays il se pose comme quelque chose qui va les sauver de... un truc nécessaire à quitter, donc un moment d'espoir. Après souvent dans la traversée y a souvent des choses compliquées qui se passent, et le récit s'égrène avec ce passé dont elles peuvent pas toujours parler mais où on sent qu'il y a des choses très difficiles, le parcours migratoire est peut-être un peu plus compliqué peut-être parce qu'il est plus récent aussi, et la mise en situation de prostitution qui peut faire violence... elle est compliquée. Y a toujours quelque chose où elles viennent dire leur souffrance, et d'y revenir, ça marche pour certaines, quand elles sont dans la possibilité de le faire, mais pas pour toutes, et c'est pour ça qu'on en arrive à avoir des entretiens où on fait que parler. On arrive parfois à les orienter vers un psy, mais pas toutes, on voit certaines qui sont fermées, verrouillées, dans des comportements de répétition qui sont inquiétants, mais elles sont pas à l'endroit où, je pense.

(Arrivée d'IS18)

IS17 : Oui. Mais c'est vrai que moi, je trouve que y en a peu qui évoque le suicide sur leur parcours parce que justement la décision de partir c'est une force de rebondissement, et du coup y a pas forcément cette idée. Enfin à un moment donné y a eu la rencontre, où elles ont trouvé la force pour partir, et donc du coup pas cette envie de mourir, mais d'aller vers un truc meilleur. Qui est pas meilleur, ni sur le trajet, ni en arrivant, mais...

IS19 : C'est la peur de mourir qui leur a donné...

IS17 : oui la peur de mourir, par violence, par assassinat, par excision, ou mourir à petit feu dans un couple forcé. Du coup j'ai peu ce discours sur le suicide à ce moment-là. Il va plutôt dès fois arriver ici, lié à plein de choses, mais aussi aux conditions d'accueil, aux hommes blancs qu'elles rencontrent qui sont « complètement fous » avec leurs demandes... Nous dans les échanges et dans la discussion, moi je vais axer sur leur jeune âge, tout l'avenir qui est possible ici, qu'effectivement ça sera long pour obtenir des papiers, mais qu'il y a des choses qui sont possibles, et qu'il y a d'autres possibilités que de rester en prostitution dans la rue...

I8 : Oui, qu'il y a des choses qui avancent pour leur situation, parce que sinon elles voient pas l'évolution, elles ont l'impression que ça avance pas, donc on essaye de leur dire, « regardez, il y a un an, comment vous étiez, et aujourd'hui, imaginez dans un an comment ce sera ? », pour leur donner un peu d'espoir.

J1 : Après je pense que les pensées suicidaires sur le parcours migratoires parfois ça peut être aussi un levier dans le sens où elles se rendent compte qu'elles se mettent en danger, en tout cas que si elles restent dans leur situation, la seule issue presque c'est le suicide, et que du coup il faut qu'elle bouge, il faut qu'elle fasse quelque chose, il faut qu'elle essaye de trouver une issue, et ça je trouve qu'elles en parlent « si je retourne en prostitution, ce que je suis en train de faire c'est me tuer, c'est tout ce que je fais ». Parfois quand elle l'évoque, c'est comme une réaction, où elles se disent « non, là, soit je reste et c'est fini, soit je me décide à expliquer ma situation, à aller voir quelqu'un qui peut m'aider...

IS17 : Après c'est... jusqu'à où la conduite peut être dite comme suicidaire. Quand on voit des personnes dans la rue qui se sont fait agressées plusieurs fois de façon très massive et violente, et qui 24 heures après sont dans la rue, ou suites à des avortements sont quelques heures après dans la rue, et de façon répétée... jusqu'à quelle mesure ça peut pas être considéré comme suicidaire... ?

IS18 : Moi ça me fait écho par rapport à la situation d'une femme où...pff c'est compliqué. Le lien il existe, c'est sûr, une forme de lien en tout cas. Elle a des périodes où elle va réussir à nous solliciter à parler un petit peu, et puis plus rien à nouveau, elle est très très isolée sur le fin fond d'une route départementale, très malmenée par les clients d'après ses dires mais aussi dans ce qu'on peut entendre à droite à gauche... A une période elle a disparu, puis elle est revenue et elle avait... comme si elle avait reçu un coup de couteau dans le dos...enfin une marque assez impressionnante. Les autres femmes, après on sait jamais de ce qui est de la vérité ou pas, mais nous interpellent régulièrement par rapport à cette femme qui ne mettrait pas de préservatif... Voilà dans tout son comportement, plus j'avance et plus j'ai l'impression qu'elle cherche à se tuer d'une certaine manière, et je trouve que l'accompagnement est pas aisé aussi en ce sens, je trouve qu'avec elle on part de tellement loin qu'on est vraiment sur essayer de faire de la réduction des risques au minimum, mais tirer vers autre chose, ça reste pas facile...

IS17 : Il y a aussi une déficience, non ?

IS18 : on sait pas trop... entre la déficience, la psychiatrie, c'est un peu tout, et en même temps les professionnels qui passent autour et qui sont un peu en état d'alerte, en tout cas les professionnels du soin...mettent pas en avant quelque chose d'extrêmement lourd.

CQ : Ce que vous disiez tout à l'heure de l'expression « ce que je suis en train de faire c'est me tuer », c'est un propos, un niveau de verbalisation, que vous rencontrez fréquemment ?

J1 : Moi je l'ai vu venir dans les récits. Par pour toutes, mais il y a quelques personnes qui arrivent à le dire de cette manière-là.

IS19 : Je dirai que ça s'accompagne. Y a des personnes qui ont pas...comment dire ça, elles ont peu de scolarité, elles ont des choses qui ne facilitent pas la verbalisation de leurs sentiments et de leurs émotions, ça ne leur a jamais été donné à faire, et donc il faut un sacré travail avec elle pour leur permettre de s'exprimer – « qu'est-ce qu'il y a au fond de vous ? » - et d'essayer de trouver ça avec elle. Donc quand elles arrivent là, qu'elles arrivent à dire un peu les choses, il y a ce fond-là qui ressort assez souvent, mais dont elles savent parfois pas quoi faire donc on les reçoit en pelote fermée, parfois on va plus verbaliser, et les voir opiner du chef, ou pleurer, plusieurs attitudes qui vont nous laisser penser qu'elles en saisissent quelque chose ou que ça fait résonance quelque part, pour que peut-être après elle viennent elles-mêmes le dire avec leurs propres mots et leurs propres manières. Mais certaines vont chercher avec nous, réajuster, nous dire « non c'est pas tout à fait ça », et pouvoir en dire plus, mais...faut y aller, quoi.

IS17 : Quand j'évoquais tout à l'heure les agressions dans la rue... y a une femme c'était vraiment flagrant, elle s'est fait vraiment agressée plusieurs fois, étranglées, avec des suites etc...et on la retrouvait toujours dans la rue, un jour après... et d'autres femmes, suite à une agression comme ça, qui ont vu la mort très près, se sont dit « non mais moi c'est terminé, je retournerai pas dans la rue, c'est trop dur », donc soit qui change de département, ou à ce moment-là saisissent ce qu'on peut dire dans les associations et mettent en œuvres des choses pour plus y retourner, parce que la mort a été trop proche. Du coup c'est dans ce sens que je trouve que... y a effectivement toujours une conduite suicidaire petit à petit, y a toujours un stress d'une violence très proche probable, et à la fois quand ça arrive cette situation –là, cette agression, y a vraiment des réactions différentes. Soit « je reste là » et finalement y a une autre agression... ou y en a aussi qui se dise « c'est pas possible, c'est trop risqué pour ma vie », et ça fait aussi déclic.

CQ : (repose la question à une personne arrivée plus tard) : Avez-vous déjà été confronté à des idées suicidaires pour une personne migrante que vous accompagnez ?

IS18 : Oui, moi j'ai eu [personne concernée] il y a pas très longtemps. C'est une femme pour laquelle c'est un peu difficile de savoir... son passage en prostitution, comment elle en est arrivée-là et où elle en est aujourd'hui. Et elle c'était plus par rapport à une ambivalence par rapport à la prostitution. A la fois de dire que ce qu'elle avait vécu elle voulait pas le revivre, et en même temps en poser des questions sur la sexualité, le droit à la sexualité... elle m'avait posé la question de manière anodine « est-ce qu'en France quand on est demandeuse d'asile, on a le droit d'avoir des relations sexuelles », donc j'avais échangé avec elle, j'avais dit « oui, bien sûr, après voilà l'idéal est que les relations soient consenties, parce que vous en avez envie », voilà... et du coup suite à cet échange elle m'avait demandé des préservatifs, que je lui avais donné sans plus la questionner que ça. Et derrière, on avait RDV 3 jours après, elle était revenue me voir et elle m'avait remis les préservatifs sur le bureau en me disant « je peux pas, j'y arrive pas, je suis abordée par des hommes, je sais pas comment réagir », et tout ça qui se mélangeait avec ses difficultés aujourd'hui sur sa possibilité d'obtention de papiers, de demande d'asile et autres, et qui me disait « j'en peux plus, je ne sais plus quoi faire, j'ai envie de mourir ». Y a un peu tout qui a débordé à ce moment. Et c'est vrai que je suis pas toujours très à l'aise avec ces questions, et du coup j'avais quand même fait appel à l'EMPP du département, en les interpellant en leur disant que cette femme mettait des mots sur une volonté de mettre fin à ses jours, et je pensais que c'était important qu'ils puissent la rencontrer.

CQ : est-ce que ça a pu avoir lieu ?

IS18 : Oui ça a pu se faire, c'est pas simple... mais ça a pu se faire. Après, elle accroche pas avec beaucoup de personnes cette dame et c'est vite compliqué.

IS19 : C'est ça qui peut être compliqué. J'ai vu des personnes qui ont pu le dire sur un après-coup, quelques mois après : « je me souviens, quand je passais près de la rivière, j'avais envie de me jeter dedans », y avait ce propos-là qui venait mais longtemps après. C'est vrai que je m'étais rendue compte que pendant tout ce temps-là, ni moi ni les autres on avait pris suffisamment conscience de sa détresse. Et au moment où elle l'a verbalisée, y avait pas forcément possibilité de plus d'étayage que ça. C'est souvent notre point de difficulté de savoir où comment, hormis nous, trouver, avec elles, quoi pour les aider ? Alors c'est souvent que si on leur dit psy-chiatre ou –chologue...elles ont pas forcément le souhait d'y aller, et pour nous même on peut être la personne à qui elle s'adresse, mais on sait pas toujours faire, on a pas toujours envie de faire ou ça nous est compliqué aussi. Le soutien est compliqué à mettre en œuvre.

I8 : En fait je trouve que très souvent ce qui revient quand même c'est l'isolement. La personne dont je parlais qui est diabétique, elle a un enfant, et j'en parlais avec elle de ses conduites à risque, et on en est venues à parler de son enfant, et elle me disait qu'elle pouvait pas mourir, mais par rapport à son enfant, donc si elle était elle toute seule, de ce que j'ai compris, ouais pourquoi pas. « là y a mon enfant, et je peux pas le laisser tout seul », j'ai l'impression que c'est un point qui peut les aider à aller mieux ou à prendre soin d'elle, mais sinon c'est souvent l'isolement qui revient beaucoup.

IS18 : L'isolement, et l'ennui... c'est ce que [personne concernée] me disait, elle me disait « j'en peux plus en fait, je passe mes journées, y a rien qui se passe, j'ai rien à faire, c'est compliqué d'aller de l'avant pour aller me renseigner auprès d'associations ou de faire deux trois petites choses à droite à gauche et là du coup je ressasse ma vie dans mon pays d'origine, ce qui s'est passé à mon arrivée en France, où j'en suis aujourd'hui », et du coup ça bouillonne. Et moi aussi j'avais eu une personne qui m'avait dit, après avoir eu ses papiers « vous savez, si j'avais pas eu mes enfants je me serai jetée par la fenêtre ».

IS17 : Ça y en a beaucoup qui sont dans cette réflexion-là. Après c'est toute la difficulté, les personnes qui disent « oui oui mais je fais ça pour mes enfants », et du coup nous on doit aussi remettre... « en fait vos enfants ils iront bien si vous vous allez bien, prenez soin de vous, et eux ça va aller », parce que y a des femmes qui nous disent ça, elles ont 25-30 ans, « il vous reste 50 ans à vivre, donc prenez soin de vous aussi ! ». Donc de dire « je fais ça pour mes enfants », c'est à double tranchant. C'est bien pour la survie au départ, mais faut quand même prendre soin d'elle parce que sinon ça tient pas plus que ça.

IS19 : c'est le prétexte de la survie oui

IS17 : et puis le risque c'est celle qui se dit « c'est bon, ils sont en sécurité en France, je peux disparaître ».

IS18 : c'est vrai que moi j'ai croisé une femme au CADA, on avait été interpellés par l'EMPP, et en fait cette femme, à priori elle voulait une IVG et elle avait été un peu orientée dans le sens inverse, et en fait à la naissance de son enfant elle a fait une tentative de suicide, et derrière elle l'expliquait en disant « mais en fait, moi j'aurais jamais de droit, j'aurais jamais rien, ma situation ne pourra pas s'améliorer, et j'ai envie que mon enfant il vive dans des meilleures conditions que ça », alors ce geste c'est comme ça qu'elle l'avait expliqué.

J1 : Je pense que c'est le manque aussi de perspective d'avenir. Elles quittent leur pays et une situation qui est compliquée, la plupart du temps avec des violences sexuelles dans l'enfance ou juste avant de partir, ou les deux. Et y a cette idée de répétition de violences sexuelles sur le parcours migratoire et dans le pays de destination, et cette idée qu'elles ont le sentiment qu'elles arriveront pas...qu'il y a que ça qui se passe et qu'il y aura pas autre chose derrière. Et moi je trouve que même en obtenant des papiers, parfois c'est quand même une idée qui revient. Je vois [personne concernée] qui a obtenu une protection subsidiaire, elle continue quand même à dire « bah en fait, quand j'ai fait ma tentative de suicide, personne n'est venu me voir à l'hôpital, à part vous, je vous en remercie, mais j'ai pas de famille j'ai pas d'amis, j'ai personne ici, aujourd'hui j'ai la protection subsidiaire, à part vous j'ai appelé personne d'autre, je serai toujours toute seule, je serai toujours dans cette situation ». Malgré les papiers, elle a le sentiment que ça n'avancera pas.

IS17 : C'est vrai que la majorité des personnes qu'on accompagne qui sont intégrées dans la communauté, soit congolaise, soit nigériane, qui vont à la messe ensemble, qui font des fêtes ensemble, mais qui ont des échanges que sur du superficiel, en tout cas c'est l'impression que ça

donne, à part quelques personnes, une amie...mais sinon y a quand même beaucoup de personnes qui vont échanger sur les enfants...mais qui ont pas...

IS19 : pas de confident

IS17 : elles vont pas échanger sur leur histoire

I8 : Ya pas de relation de confiance en fait

IS17 : Pas de relation de confiance. Moi la personne qui a 4 enfants, elle a dû se faire opérer, ses enfants ont été à l'aide sociale à l'enfance. Elle disait « j'ai pas suffisamment confiance en quelqu'un pour les laisser », et quand elle a dû mettre quelqu'un à prévenir en cas de problème, personne. Ni au pays, ni en France, ni dans d'autres pays qu'elle a traversé.

I8 : C'est vrai qu'on voit souvent ça à ce moment-là, moi quand j'aide les gens pour une hospitalisation et qu'on demande une personne de confiance dans les papiers, elle nous demande si elles peuvent nous mettre nous...

IS17 : C'est toujours nous qu'elles mettent ! Ya pas de personne sur qui elles peuvent compter, ce qui est un truc hallucinant.

CQ : le fait de faire partie d'une communauté religieuse ou de nationalité, ça vous paraît donc pas particulièrement protecteur vis-à-vis de ce risque ?

IS17 : Ah bah non. Enfin je trouve que la majorité elles vont quand même à l'église, elles sont quand même en lien avec d'autres personnes...mais c'est très superficiel. y a pas de soutien. Enfin il peut y avoir un soutien sur un truc rapidement, de la communauté, mais y a pas de réel ancrage.

J1 : y a aussi le fait qu'elles aient été trompées et mises en prostitution par des personnes de leur communauté. Donc ça aussi ça joue, du coup je pense qu'il y a une sorte de méfiance envers les personnes qui les entourent.

IS17 : parfois y a par une personne bénévole d'une association, ou un parrainage, parfois il y a un lien, mais c'est un lien...j'allais dire pas très équitable, c'est pas le mot, mais c'est pas un lien amical...

IS19 : Y a des personnes qui sont inscrites dans une communauté, qui ont le sentiment d'appartenir, d'être avec, et font de la fête, mais si on vient pas questionner « en quoi vos amis ou les gens que vous connaissez vous aident, quel soutien vous avez dedans ? », pour certaines je pense qu'elles se posent pas la question, ça fait partie de la vie, ça a toujours été comme ça, « quand j'étais chez moi c'était pareil », la question de la personne ressource pour elle, ... je suis pas sûre que si on venait pas les questionner, elle prendrait pas forcément la mesure d'à quel point elles sont seules avec juste « je te dis comment je suis bien habillée et comment mes enfants se portent bien, et je vais pas te dire s'il a un trouble autistique, parce que ça ne se fait pas, et sinon je vais être critiquée », enfin il y a plein de choses de l'ordre du perso qui ne vont pas pouvoir se dire. Mais l'effet communautariste est quand même important pour qu'elles tiennent quelque chose, et si y avait pas cette espèce de truc factice qui fait semblant de vie, ce serait peut-être encore pire.

IS17 : oui on attend quand même le dimanche d'aller à la fête... de retrouver les autres

IS19 : oui y a quand même un sentiment d'appartenir à quelque chose.

IS17 : et aller montrer qu'on va bien, qu'on est bien habillé... ça semble important. Mais là du coup une personne qui a un titre de séjour depuis plusieurs années, qui travaille en CDI, avec une gamine d'un an, ils lui ont imposé une semaine de vacances cet été, et elle m'a dit qu'elle avait personne chez qui aller.

J1 : il y a quelques personnes, des binômes, qui réussissent à se soutenir.

IS17 : oui... mais sinon c'est « bah ma famille, c'est vous ! » (*rires*)

IS18 : c'est vrai qu'après avoir fait les dossiers d'hospitalisation j'ai eu le droit aux dossiers scolaires. « Personne à prévenir en cas d'urgence : [IS18] », bah non...

IS19 : c'est vrai que pour leur permettre le transfert vers quelqu'un d'autre...

CQ : est-ce que ce lien crée avec vous vous paraît faire partie des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire ?

IS19 : oui, faut qu'on y croie ! (*rires*)

IS17 : oui et puis elles peuvent nous le dire.

I8 : Moi je trouve qu'au contraire elle font pas confiance aux personnes de leur communauté ou aux personnes extérieures, et nous, j'ai l'impression qu'elles font confiance assez rapidement, en tout cas moi au niveau de la santé, elles peuvent me confier des choses intimes assez rapidement, et même parfois à la première rencontre.

J1 : Ça dépend peut-être effectivement de ce sur quoi on travaille, moi c'est vrai que pour le récit, c'est un peu plus long...

I8 : Oui au niveau de la santé ça semble plus facile

IS19 : Oui elles peuvent dire qu'elles ont été violées, elles peuvent venir dire des choses très intimes, pour autant partager ce qu'elles vivent ou ce qu'elles traversent dans leur tête, ça c'est plus...même pouvoir décrire ou expliquer ce qui s'est passé dans l'agression ou dans le viol, ça va pas forcément être directement l'histoire de ce qui s'est passé, y a quelque chose de compliqué pour l'exprimer

J1 : Oui mais comme tu disais, souvent on leur demande pas d'exprimer ce qu'elles ressentent. Elles peuvent parler de viol, d'agression diverses, avec une distance qui est marquante

I8 : oui voilà c'est des faits, elles parlent des faits

IS19 : Y a cette dissociation oui, et puis « je peux pas dire les choses comme ça, parce que honte, parce que vous allez me regarder »... elles mettent tous leurs filtres comme tout à chacun fait...avant de pouvoir en dire concrètement quelque chose. Mais j'aime à croire que si les personnes viennent à notre service, parfois elles viennent uniquement pour dire « j'ai un souci », parfois on les a directement au téléphone parce qu'elles sont en pleurs ou en crise, ou sinon elles débarquent là, et y a pas d'autres demandes que « ça va pas », et je pense qu'on les aide à tenir le petit bout de quelque chose en attendant. Ça marche pas pour toutes, mais... Je pense que par exemple, [personne concernée] qui a fait beaucoup de tentatives, si elle est encore en vie c'est qu'elle a pu trouver une attache aussi auprès de chacune d'entre nous et peut être plus particulièrement auprès de deux d'entre nous, pour tenir un peu plus la tête hors de l'eau mais...c'est pas facile.

J1 : c'est vrai que comme dit [IS19], les personnes ont pas forcément les mêmes notions de « psy » que nous, et pour elles à partir du moment où elles vont venir parler de quelque chose à quelqu'un, ça peut rester la personne référente avec qui elles évoqueront leur situation. Alors quand on...les réoriente, souvent on a quelques partenaires avec qui on travaille, mais parfois ça marche pas parce qu'en fait elles voient pas l'intérêt « pourquoi j'irai parler de ma vie à quelqu'un que je connais pas ? »

IS18 : « je te l'ai dit à toi »

J1 : et puis y a le côté « je suis pas folle », y a ça aussi.

CQ : est-ce que cet obstacle de la représentation qu'elles ont de la psychiatrie vous paraît fréquemment présent ?

IS19 : Oui moi je le retrouve souvent quand même. Aller dans cette démarche-là, notamment pour les africaines, je pense, faut être folle, ou faut avoir un sérieux...une bonne raison, qu'elles ne trouvent pas en elles.

IS18 : Je pense que ça dépend des dispositifs qu'il y a en regard. Parce que je vois que sur [département voisin], il y a l'EMPP qui est rattachée au centre hospitalier spécialisé, et dans cette équipe, il y a effectivement une psychiatre, une psychologue, et 5 infirmiers à mi-temps, et dans les infirmiers, il y a une infirmière qui propose des massages comme première approche. Et en fait moi souvent je dis aux personnes : « je vous propose d'aller voir une femme qui est infirmière pour ce qui va pas forcément très bien dans la tête », je mets pas forcément le mot « psy, psycho, psychiatre » ou autre, mais en disant « elle propose de faire des massages, ça peut vous permettre de souffler un petit peu ». Et dans sa manière de faire, les deux premières séances elles ne parlent pas du tout et elle essaye de jauger un petit peu la personne comment elle se sent dans le toucher, dans son rapport au corps, dans les tensions qu'il peut y avoir, et petit à petit elle en parle, ça peut délier des choses, et si vraiment au niveau de son évaluation il y a une nécessaire orientation vers la psychiatrie, ça se fait assez facilement. Donc pour le coup je trouve que ce dispositif il est bien adapté, il y a pas cette barrière « psy ».

J1 : et puis y a un vrai travail avec les personnes, y a quand même les deux premiers RDV pour mettre les personnes en confiance...

I8 : Nous quand on le propose aux femmes, souvent elles sont preneuses « ah oui je veux bien essayer, ça pourrait me faire du bien ».

CQ : Y a-t-il selon vous des profils ou des situations particulièrement à risque chez les personnes que vous accompagnez ? En fonction de leur parcours (traite des êtres humains, victime d'un réseau de prostitution), de leurs antécédents traumatiques, ou de leur situation actuelle ?

IS17 : Nous ce qui est difficile pour vous répondre, c'est qu'elles sont quasiment toutes victimes de proxénétisme, de traite des êtres humains et de violences sexuelles dans l'enfance

IS19 : C'est pas forcément le nombre ou la gravité...enfin c'est pas parce qu'elles vont avoir été victime de traite des êtres humains, exploitées, violées à répétition que je vais avoir cette crainte « celle-là elle va plus passer à l'acte ». Y a d'autres choses qui rentrent plus en compte : qu'est-ce qui a fait blessure et mal « à ce point-là ». Je reprends l'exemple de la personne multi-suicidaire, ce qui a été le plus douloureux c'est pas la mise en prostitution...enfin c'est la mise en prostitution, oui, mais c'est parce que c'est sa famille qui a été impliquée. Donc c'est plutôt qu'est ce qui a fait défaut, qui a

fait blessure, que le nombre de clients... Ça va être le premier viol, peut-être le premier client, après tous les autres c'est comme un espèce de continuum où ça s'efface. Et il y a comme ça des moments dans sa vie de rupture où je me suis dit « ouuuuh, là si y a ça, peut-être elle pourrait... », mais c'était pas parce que y avait eu une violence à son égard, mais plutôt un propos de quelqu'un qui lui rappelle ça. C'est difficile à qualifier

IS17 : Oui, ça fait écho. Je trouve que y a une différence entre les femmes quand à un moment donné elles disent à leur famille « en fait je suis en Europe, et ce qu'on me demande de faire c'est d'être en prostitution », si y a un soutien de la famille qui dit « fais tout ce que tu peux pour que ça aille mieux pour toi », ou si la famille qui a des représailles, parce que y a souvent des représailles, dit « ah bah non non moi je m'en fous que tu retournes en prostitution, mais faut vraiment rembourser ta dette pour que nous on ait pas d'embrouilles au pays », je trouve que c'est différent. Je vais peut-être plus m'alerter s'il y a pas le soutien de la famille, notamment de la mère. Si la mère lui dit « non non moi je m'en fiche de ce que tu es en train de vivre, continue la prostitution, il faut que tu rembourses ta dette pour que nous on n'ait pas de représailles de la part des hommes de main de la Madame », ça va être plus critique.

J1 : Même sans menaces de la part du réseau, quand la mère est au courant et qu'elle dit « bah oui mais moi il me faut de l'argent au pays, pour payer la scolarité des frères et sœurs, ou pour payer la santé », on en revient à la question de l'isolement...

IS17 : C'est vrai que parfois c'est quand il y a cette prise de conscience qu'en fait tout est organisé depuis le départ, que la personne a été choisie, transportée, et que parfois des personnes de sa famille sont impliquées, et que derrière y a pas de soutien, ça fait beaucoup. C'est des moments qui peuvent être critiques, à la fois libérateurs dans un sens pour aller sur autre chose, et à la fois se retrouver complètement isolé et seul... dans ce merdier-là.

IS19 : Oui c'est les questions de « comment j'ai pu me faire avoir ? » « pourquoi ça m'arrive à moi ? », là ça commence à être difficile, et ça arrive en général quand on reprend le récit avec elles, dans le but de la demande d'asile, mais selon comment on va travailler, et comment les personnes vont travailler leur récit avec nous, c'est là qu'on va pouvoir lire ces moments de fragilité. J'ai le souvenir au début où je travaillais avec ce public... enfin pas ce public-là mais un autre sur les violences qu'ils pouvaient vivre dans leur parcours migratoire, ou dans le pays, et j'étais toujours saisie : « non mais comment ils vivent après toutes ces violences-là ? », finalement la violence elle est tellement intériorisées, que c'est d'autres choses qui semblent faire déclencheur de quelque chose de plus douloureux. J'ai en tête [une personne concernée] qui a vécu dans ce qu'elle raconte des choses atroces, elle a vu des choses commises atroces, et ce qui la mettait en l'air c'est la défiguration qu'elle avait, parce que physiquement elle avait été marquée, et ça c'était le plus compliqué. Elle avait cette chose-là, à chaque fois qu'on la regardait, de se demander ce qu'on regardait d'elle. Ça me laisse toujours un peu pantois de voir ces choses inimaginables retranscrit d'une manière... que je saisis pas.

IS17 : ça fait penser à [personne concernée] aussi. Qui vient ici... à la fois en prostitution, avec des violences répétées etc, et maintenant plus dans la relecture de son parcours, ce qui est hyper violent. est-ce que finalement il faut passer par là pour que ça aille mieux ou finalement c'était plus simple d'être en prostitution et de ne pas réfléchir ?

CQ : est-ce que les troubles psychiatriques vous paraissent un facteur de risque pertinent dans cette population ?

IS18 : Moi pas forcément, quand y a une orientation vers la psychiatrie, c'est pas forcément la peur d'un passage à l'acte suicidaire, mais plus la peur que la personne elle pète un plomb à un moment donné. Que ça déborde trop. Après y a toujours l'étayage que peut amener le suivi psy, mais c'est surtout pour le côté contenant que j'oriente, je crois

IS17 : Parfois on va pas forcément orienter vers du psy mais plus questionner les conduites alimentaires, le sport, les activités bénévoles, on peut rencontrer aussi du monde et pas être complètement isolée. Ça va vraiment dépendre des personnes et de ce qu'on connaît de leur entourage.

IS19 : Moi je crois que j'ai quand même orienté des personnes qui me semblaient s'enfoncer dans une dépression sévère et qui pourraient avoir des comportements qui vont devenir compliqués, pour celles-là je vais tâcher de les orienter, ne serait-ce que pour avoir, j'espère, une évaluation de « où elle en est ? ». Je crois que j'ai besoin de les réorienter vers quelqu'un d'autre pour me dire « je les laisse pas sans rien, ou avec mon insuffisance d'étayage ». Si y a un traitement médical qui peut les apaiser, voire une hospitalisation... ça va être des personnes qui me laissent penser que si je les oriente vers un autre type de soutien, ça ne va pas être suffisant pour les étayer.

IS17 : Après on travaille beaucoup avec les médecins généralistes, on fait beaucoup d'orientation, et du coup pour des personnes que j'aurais vraiment tendance à orienter vers un psychiatre, on a certains médecins généralistes qui sont plus ouverts là-dessus, qui ont plus de questionnement sur l'ensemble de la santé physique et psy pour avoir une orientation en deux temps, d'abord le médecin généraliste qui va prendre la santé de façon globale, puis peut être orienter après.

Partie 3 : Ressources

CQ : Pouvez-vous décrire votre conduite à tenir en cas de confrontation à l'expression d'idées suicidaires? Est-ce qu'il vous arrive d'orienter vers les urgences psychiatriques ?

IS19 : non, plus. Parce que ça ne marche pas. Ça n'a pas marché en tout cas, ou j'ai trouvé ça compliqué, ou les personnes ne peuvent pas y rester parce que ça leur est insupportable

IS17 : Oui alors finalement elles sont pas hospitalisées

IS19 : enfin ça nous est arrivé, au moins deux fois pour ma part, mais...

IS17 : oui voilà ça peut arriver très rarement, mais dans un premier temps ça va être soit avec le médecin généraliste, en étayage à plusieurs, et de reposer un RDV le plus vite possible entre deux, et de passer des coups de fil, c'est plutôt de cet ordre-là.

CQ : est ce qu'il vous arrive d'orienter vers la PASS ou l'EMPP ?

IS17 : oui

IS19 : oui. Après y a cette association de psychologues, et puis quelques psychiatres en libéral vers qui on peut orienter. Mais j'ai pas le souvenir de situations à ce point-là urgentes... la dernière que j'ai en tête c'est pour [personne concernée], et elle était dans une impossibilité, parce que trop paranoïaque, de pouvoir entrer dans le service des urgences, donc il fallait une autre porte d'entrée.

CQ : et pour une orientation vers une hospitalisation, comment cela se déroule ?

IS19 : c'est parce qu'il y a eu un passage à l'acte à chaque fois, d'agitation. Dans celles que j'ai en tête qui ont été hospitalisées, c'est pas nous qui avons déclenché l'hospitalisation, c'est parce qu'il s'est passé quelque chose, et les pompiers ou la police..., ou le centre d'hébergement appelle...

CQ : Etes-vous formés à l'évaluation du risque suicidaire ? Cette évaluation fait-elle partie de votre pratique courante ? Pensez-vous pouvoir l'évaluer dans de bonnes conditions ?

IS18 : moi personnellement je suis pas particulièrement à l'aise pour ça, et c'est pour ça que quand je sens que ça commence à être sous-jacent, j'essaye d'orienter assez rapidement. Ça me fait aussi écho par rapport à la jeune femme dont j'évoquais la situation tout à l'heure, qui lors d'un aller-vers s'était montrée... avait un peu pété un plomb, s'était mise à se frapper, à arracher l'herbe... et du coup on lui avait signifié qu'on peut pas rester auprès d'elle dans l'état où elle était, et on avait appelé le SAMU mais ils ne l'avaient jamais trouvée.

I8 : moi j'essaye de leur poser la question comme pour la question de l'alcool, alors pas forcément au premier entretien, mais de poser la question clairement. Je pense que le fait d'être infirmière et d'avoir ce côté santé, elles en parlent plus facilement. En posant la question « est ce qu'il y a déjà eu des idées suicidaires », souvent elles répondent quand même. Y en a quelques-unes qui ont pu répondre que oui. Après je peux poser la question, mais la difficulté c'est... comment en reparler. Donc oui c'est arrivé, ou c'est arrivé de manière informelle, une fois dans la salle d'attente avant un RDV, on discutait, et la dame qui allait pas bien m'a dit « ça ne va pas, j'ai envie de me suicider, je pourrais sauter par la fenêtre ». Et la difficulté pour moi c'est de savoir quoi faire face à ça dans l'immédiat, quoi dire, quoi faire.

IS17 : moi c'est vrai que c'est pas une question que je pose spontanément. Autant on pose la question sur les violences, les agressions sexuelles, les excisions... de façon systématique. Autant la question du suicide, non, c'est pas une question que je pose.

IS19 : c'est plus par questions détournées, sur le sommeil, les pensées...

I8 : oui pas en systématique, c'est plutôt sur des personnes qui sont déjà fragiles

J1 : oui moi dans le récit ça va être plutôt effectivement des questions détournées « comment vous l'avez vécu, qu'est-ce que vous avez ressenti ? »

IS17 : Après je sais pas non plus...le suicide en Afrique, je sais pas comment c'est vu, comment c'est possible, qu'elle est la fréquence, j'ai pas ces informations...

CQ : Est-ce que vous observez des difficultés à l'évaluer parce que la question serait taboue ou choquerait les personnes ?

IS17 : c'est là où je dis que j'ai pas les billes là-dessus, donc je sais pas... Autant on va entendre sur l'avortement « non je veux pas avorter, c'est pas bien », autant sur le suicide j'ai pas ce recul.

IS19 : ça m'est arrivée d'avoir le côté religieux « ça ne se fait pas, Dieu a dit que... », et quand elles sont dans des registres de pensée comme ça, de venir questionner, ça m'est pas arrivé beaucoup, mais quelques fois, de venir questionner justement au regard de Dieu comment le suicide serait vécu, y a des schismes en elle de ce côté-là, parfois c'est pas possible d'avorter, mais c'est possible de se suicider, dans leurs croyances. Mais je sais pas... moi dans ma manière d'évaluer les personnes, j'ai plus la question « combien de fois vous avez eu peur de mourir », et là c'est quand même des scores à quasiment 100%, que « est-ce que vous avez voulu attenter à votre vie ? », je formule jamais

aussi directement la question, et c'est effectivement d'autres questions qui me laissent penser qu'il y a eu des pensées suicidaires, et qui vont être dans cette forme de répétition de passages à l'acte dont on parlait, de conduites, d'aller chercher une petite mort même si elle est pas consciemment là.

IS17 : oui et puis parallèlement, on a affaire à des personnes fortes, qui ont survécu, qui ont eu la force d'aller de l'avant, d'aller vers quelque chose de mieux, donc y a aussi cette force-là.

CQ : Est-ce que vous faites du lien avec d'autres structures sociales quand vous êtes inquiètes sur un risque de passage à l'acte ?

IS17 : Oui. Notamment avec [association caritative proposant un accueil de jour pour personnes précaires], d'avoir une certaine vigilance, avec [espace associatif d'accueil de jour pour les femmes en grandes précarité].

IS19 : avec les hôteliers aussi parfois. Pour pouvoir permettre aussi à l'autre intervenant quel qu'il soit de comprendre le comportement qui peut être particulier de la personne, soit parce que trop agressive ou trop renfermée, et pouvoir s'assurer qu'il y a une vigilance. Ça nous arrive avec tous les partenaires.

CQ : est-ce que vous parvenez à bien communiquer avec les soignants une fois que vous avez orienté une personne ?

IS17 : ça dépend desquels

IS19 : oui moi je dirai en général que c'est pas très satisfaisant, de la manière qu'on arrive à échanger, mais je mets des deux côtés la difficulté d'échanger. Je reste à me dire que pour pas mal de soignants y a encore quelque chose de l'ordre que les traumatismes vécus par les personnes ne sont pas forcément exprimés ou entendus...notamment chez les psy, certains n'en parlent pas... Quand on demande aux personnes comment ça se passe, elles disent que ça fait du bien, mais... certaines s'en saisissent pleinement et ça se sent, d'autres y vont, pas pour faire plaisir, mais parce qu'on leur a dit d'y aller, et on a l'impression qu'il se passe pas grand-chose, et je me demande toujours ce qui peut se jouer pour que ça se passe pas.

J1 : Je pense aussi à plusieurs situations de femmes avec enfants, où la question du lien avec les enfants va être beaucoup travaillée, ça va être la priorité, sans travailler profondément l'histoire de vie de la personne en elle-même, je pense particulièrement à une femme pour qui ça a été vraiment ça : « comment elle s'occupe de son fils, comment vous vivez votre relation avec votre enfant ? », mais on évoquait pas du tout elle, ce qu'elle a vécu, de qui est cet enfant, d'où il est issu. C'est pas travaillé, et ça ça me questionne systématiquement.

IS17 : C'est quand même symptomatique des lieux d'accueil spécialisés mère-enfant

J1 : [Personne concernée] c'est la même chose, elle a quand même eu des idées suicidaires, et elle arrive au CADA, on l'oriente vers une psy parce que nous on avait un peu alerté, et la psy nous a dit « non non elle va très bien, elle s'occupe très bien de son enfant », et en fait c'est pas la question... je pense aussi à [personne concernée] qui a pu parler de ses proxénètes, qui est aujourd'hui hébergée en CADA à [ville d'une autre région], et donc tout le monde s'alerte pour les enfants en disant qu'elle est pas capable de s'occuper de ses enfants, et cette femme-là elle vit des choses extrêmement difficiles et on va pas du tout questionner sur ce qu'elle est en train de vivre. Plus ça va, plus elle boit...et personne se pose la question de pourquoi elle boit. Je trouve que c'est compliqué parce que nous

rencontre des soignants ou d'autres partenaires, on a souvent l'impression que la question c'est « est-ce que ce sont de mauvaises mères ? »

IS19 : et « quand-est ce qu'elles auront des papiers, parce que c'est par là où elles iront mieux » donc y a ces deux angles-là, où elles en sont dans leur situation administrative, et le lien avec les enfants. Quand elles sont isolées et jeunes...

J1 : or comme dit [IS17], tant qu'elles ont toutes ces choses-là dans la tête, les enfants risquent pas d'aller bien... Enfin moi j'ai rencontré ces difficultés-là.

IS19 : C'est pour ça que « je tiens pour mes enfants » ça me laisse toujours entre les deux, parce que ça peut être prétexte, parce qu'il faut bien se raccrocher à une raison de vivre, une raison de tenir encore le coup, et l'enfant est parfois peut être l'excuse, parce que « je peux pas le laisser, ça se fait pas », mais fondamentalement il serait pas là, ce serait un soulagement.

IS17 : Oui parce qu'il y a vraiment des choses qui se font et qui se font pas, et là pour le coup la communauté est vraiment présente. Il faut au moins avoir deux enfants, à tel âge, il faut que ça se passe bien pour les enfants. Je me souviens d'une femme, quand on était en attente du juge des affaires familiales, qui avait une gamine qui avait 3 ans, et qui me disais « ah ma fille elle va faire ça, elle va faire ci » et elle, elle avait 25 ans. Et je lui ai dit « et vous vous allez faire quoi ? » et là elle s'effondre et me dit « mais moi, ma vie est terminée ». Donc c'était un surinvestissement sur cette gamine qui doit aller bien pour que sa mère s'effondre pas trop, et je m'étais pas rendue compte à ce moment-là à quel point elle était seule et sans perspective d'avenir pour elle. L'impression d'avoir loupé un truc massif, qu'il va falloir reprendre...

J1 : Et après dans la régularisation, ce qui peut être intéressant je trouve aussi c'est quand nous on retranscrit par écrit ce que nous on a perçu de l'évolution de la personne, quand la personne a eu des idées suicidaires notamment et qu'on peut l'évoquer dans une attestation ou autre, en tout cas évoquer la situation globale, et dans les attestations qui peuvent être faites ou non par les soignants... et quand on leur lit, et qu'elle se disent « bah oui en fait c'est ce que j'ai vécu, vous avez réussi à comprendre », je trouve que c'est super important aussi, quand vous parliez de levier, ça peut être un moyen de leur dire « voilà moi ce que je pense de votre situation, voilà comment votre médecin généraliste ou votre psy... » je pense que c'est important.

CQ : donc il vous arrive de rédiger des attestations où est mentionné le risque suicidaire, ou la présence d'idées suicidaires ?

J1 : Ça va pas être directement le risque suicidaire...

IS17 : on peut évoquer les symptômes de stress post traumatique, les conduites qui peuvent s'apparenter à ça, les moments où elles se renferment et où y a un comportement antinomique avec parole, donc ça c'est des choses qu'on peut par exemple écrire, et quand on leur lit pour savoir si elles sont d'accord et si on envoie, elles disent « oui oui » sans en dire plus, mais elles savent que ça a été entendu.

IS19 : Notre idée est toujours de montrer à l'OFPPRA, CNDA et même à la personne, ce qui est nécessaire de prendre en compte de la personne pour que la personne soit entendue pleinement, pour montrer le parcours... souvent la question posée c'est celle de la distanciation avec le réseau, donc aussi pouvoir dire pourquoi à un moment donné elle n'a pas plus se distancier selon l'état dans lequel elle était, pourquoi peut-être aujourd'hui c'est encore compliqué d'aborder des choses, et ce qui fait qu'elle a cheminé. C'est ces points-là qui peuvent être intéressants à restituer à la personne, ça peut

être d'une violence certaine mais c'est à reprendre après, pour peu qu'elle reste en lien avec nous, c'est un bon levier. Mais c'est dur pour nous d'ailleurs, la rédaction et d'en faire le retour à la personne...

IS17 : en plus sans traduction, souvent en anglais...

J1 : et à l'inverse il y a des soignants qui refusent de faire des attestations par peur de catégoriser une personne, de la stigmatiser

IS18 : ou alors quand ils en font pour le coup ils la stigmatisent bien, c'est au choix

IS17 : C'est vrai que dans les attestations, le but est de pointer les choses importantes, je me souviens d'une personne qui avait un rire nerveux à chaque fois qu'il y avait un truc vraiment dramatique et traumatique dans sa vie, qui se mettait à rire. Du coup de l'écrire c'est souvent intéressant. Pour voir l'évolution aussi, même si la situation administrative est toujours compliquée, y a des choses quand même qui avancent.

J1 : Ça peut leur permettre de leur laisser un peu de temps, parce qu'aujourd'hui dans la régularisation, plus ça va plus on est dans des délais courts, dans la demande d'asile ou dans les demandes de titre de séjour, or ces personnes-là elles ont besoin de temps en général, pour faire confiance, pour évoquer, etc... on s'est déjà rendu compte qu'évoquer ces difficultés-là, comment était la personne, comment elle avait évolué, et la nécessité pour elle d'avoir un peu plus de temps, je trouve qu'on est de plus en plus entendues. Encore plus quand ça vient d'un soignant je pense.

IS17 : par exemple à l'OFPRA, quand ils ont le questionnement de savoir si la personne est victime de traite des êtres humains, ils vont prendre la décision de convoquer la personne plus tardivement que si c'est pas le cas.

J1 : ou le reclassement de personnes qui étaient en procédure accélérée pour la demande d'asile qui sont reclassées en procédure normale suite à des attestations, parce qu'ils se disent que cette personne nécessite plus de temps.

IS18 : en même temps en ce moment j'ai l'impression que ça va vite... les personnes elles ont pas le temps d'avoir de place en CADA qu'elles sont déjà convoquées à l'OFPRA, et c'est compliqué.

IS19 : « vous devez vous reconnaître victime de traite des êtres humains » !

IS18 : « vous devez dire que vous êtes sortis du réseau » !

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures à prendre selon vous pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

IS18 : Moi je trouve que sur [le département voisin] ça fonctionne plutôt pas mal, après je dirai le seul côté qui peut être agaçant c'est quand c'est des femmes avec des enfants en bas-âge, pour le coup elles vont être prioritaires dans l'accès aux soins psy, mais on va beaucoup s'attarder sur « est-ce que c'est des bonnes mères ou pas ? » et moins sur le reste. Et je trouve que les personnes qui ont pas d'enfants devraient être prises en compte rapidement, et les femmes qui ont des enfants ne se limitent pas non plus à leur rôle de mère, et ça c'est un peu compliqué. Et éventuellement le fait que souvent, à partir du moment où une personne n'est pas dangereuse pour les autres, qu'elle va être moins rapidement prise en compte. J'ai un peu ce cas de figure, pour cette femme isolée, c'est qu'à chaque fois qu'il y a eu des évaluations psychiatriques, c'était « elle est dangereuse pour personne ».

I8 : Moi pour être sur les deux départements, je suis d'accord avec [IS18], je trouve que ça dépend vraiment des partenaires et du lien qu'on a avec eux, et en [département voisin] ça marche plutôt bien, je me pose moins la question de « vers qui orienter ? ». Je trouve que c'est plus compliqué ici, on a quelques partenaires, mais le lien est plus compliqué, je saurai pas trop dire pourquoi, ça se fait moins de manière fluide, après comment le retravailler ?

IS19 : je pense que y a pas forcément à réinventer, les choses sont existantes, mais c'est vrai des approches un peu décalées pourraient être nécessaires, plutôt que l'entretien individuel, qui est peut-être plus de groupal dans certaines structures... l'idée du massage c'est ce qu'on a aussi à Grenoble avec du soutien psychomoteur, mais je pense qu'il serait nécessaire que ça puisse trouver une autre modalité. Ça serait pas mal que ça passe pas toujours par nous pour cette orientation. Après l'entretien psycho de base, ça va aller à certains, mais pas à toutes. Et puis il y a ce biais de la traduction qui est à priori pas si facile que ça, pour les personnes et pour les soignants. Ce que je trouve le plus bloquant dans l'interprétariat c'est que c'est toujours les mêmes interprètes que les personnes voient pour plein de choses, pour leur demande d'asile, pour la santé... y a quelque chose qui peut être moins aidant.

IS17 : Après moi hors pratique psy, la mise en place de groupes pour être ensemble, faire des activités ensemble, notamment sportive, culturelle, visiter la ville et ses alentours... de façon régulière, je pense que ça peut être hyper soutenant, que pas mal de personnes pourraient s'en saisir. Après c'est toute l'histoire de l'organisation, qui fait ? quand ? sur quel temps ?

I8 : Oui pour pas mal, je pense que ça passerait plus par ça, plutôt que d'aller voir un psychologue ou un psychiatre pour discuter, il y aurait plus besoin d'avoir des activités.

IS17 : Oui d'avoir une veille de sorties culturelles gratuites, avoir l'information.

IS19 : Moi je vais mettre un bémol là-dessus, je pense que c'est forcément nécessaire, mais je pense que ces publics-là sont aussi dans des choses où se soigner, aller mieux, aller vers le soin, c'est forcément compliqué, et donc ce qui va aller vers « je prends soins de moi, je mets des choses en place pour me faire du bien », ça va rester compliqué. Donc y a déjà un chemin à mettre en œuvre pour aller vers ça. Et je me dis à chaque fois, plus on met de dispositifs autour, ça fait pas forcément plus venir les gens, y a peut-être autre chose en amont à traiter pour que peut-être elles s'y inscrivent. Après des alternatives à l'entretien psy, oui. Y en a plein qui n'ont jamais vu un psy même si nous on se dit que ce serait bien.

J1 : et après, dans notre rôle à nous, je parle du côté juridique mais on a pas du tout de formation pour évoquer ces choses-là, mais pas non plus pour évoquer les violences sexuelles dans le cadre d'une demande d'asile ou autres, et je trouve ça vraiment dommage, surtout quand on fait du droit des étrangers. On a un manque de formation assez énorme par rapport à ces questions-là, comment travailler avec les personnes, et un manque de coordination entre les partenaires, en tout cas je trouve que c'est important parfois de se retrouver autour d'une table et de poser les choses avec les partenaires. Pour moi c'est un peu la même chose avec les violences sexuelles, au jour d'aujourd'hui, y a pas de structure avec lesquelles on peut évoquer et travailler ça, je trouve que ça manque aussi.

IS17 : Oui parce que ça manque aussi beaucoup au niveau des soignants. Moi je trouve ça incroyable aujourd'hui que les femmes puissent aller voir des soignants, médecins, gynécos, sage-femme, et que les violences sexuelles, notamment les excisions, ne soient pas évoquées. Sans parler des autres traumatismes, poser la question de la prostitution, de la violence dans la prostitution... finalement ces questions-là elles vont être travaillées ici.

I8 : et en fait les soignants sont pas forcément plus armés, moi pour avoir été infirmière à l'hôpital, on est pas du tout formés, armés, c'est un sujet qu'on connaît pas, on en parle pas. Là je poserais la question beaucoup plus facilement en ayant travaillé ici, mais avant ça je posais pas la question aussi facilement. Toutes les questions des autres partenaires : comment le dire, la peur de heurter, de blesser, et qu'est-ce que je fais derrière une fois que la personne me dit « oui, j'ai subis telle ou telle violence », et c'est pas si simple en fait.

IS17 : je suis d'accord, mais tu te formes aussi sur le terrain, et pour un gynécologue, je ne vois pas comment on ne peut pas avoir rencontré des femmes victimes d'agressions sexuelles... la question doit se poser pour moi.

J1 : y a une question de gêne, et de « comment moi je suis à l'aise avec la question », que ce soit pour les violences sexuelles ou pour les idées suicidaires. Je pense à une dame qui était enceinte, et au moment de l'échographie elle avait dit « mais en fait cet enfant je le voulais pas, quand j'ai appris que j'étais enceinte j'ai pensé à me tuer », et puis elle s'est avancé dans sa grossesse, la gynéco lui a expliqué qu'elle avait la possibilité d'accoucher sous X, etc... et en fait la gynéco est partie, a été remplacée, et la personne a d'elle-même voulu en parler à la remplaçante, en disant « j'ai évoqué ça... » et la remplaçante a tout de suite dit « non non, c'est dans votre dossier, vous avez pas besoin de m'en parler ». Donc vraiment...peut-être la personne était mal à l'aise avec ça, je sais pas, mais elle a pas été réorientée, et y a rien eu derrière, et c'est comme ça que la personne a vécu les choses.

IS19 : Y a du chemin à faire. Y a eu tout un travail fait sur comment parler du suicide, des soignants, des socio, effectivement ça va mieux aujourd'hui, on peut plus parler de la mort et du suicide avec nos publics, quoique... ça a été pareil avec les violences conjugales, et il reste les violences sexuelles, où ça se parle pas. Même nous, ça reste compliqué, même si on aborde des choses pas aisées, pas abordées dans nos formations initiales, chacune fait avec ce qu'elle peut.

J1 : oui la supervision toutes les semaines nous aident bien aussi.

CQ : est-ce que vous ressentez le besoin d'évoquer ces situations où la question du suicide est évoquée dans votre espace de supervision ?

IS19 : oui

J1 : on en parle en équipe, et en supervision oui

IS19 : c'est quelqu'un avec qui on est pas toujours d'accord mais ça nous permet de continuer la réflexion.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien E14 – 13/09/17

Partie 1 : description

[anonymisé]

Partie 2 et 3 : Perceptions et ressources

CQ : Avez-vous déjà été confronté, lors d'un entretien que vous interprétiez, à l'expression d'idées suicidaires ?

Int4 : Alors je suis intervenue pendant près d'un an et demi sur un CMP adultes, pour une dame qui présentait souvent des idées noires, et c'était le mari qui faisait la traduction. Et au changement du médecin psychiatre, il a souhaité que ce soit moi qui soit présente aux consultations, et la dame a vraiment pu sans aucune censure, retenue ou crainte vis-à-vis de ce que pouvait ressentir son mari, évoquer vraiment ses idées suicidaires, parfois le fait qu'elle imaginait des scénarii de passage à l'acte. Ça a vraiment été un suivi qui a pris une ampleur différente du fait qu'elle s'autorisait à pouvoir parler de choses plus profondes, il y a eu une réadaptation du traitement, vraiment ça a été très très riche. C'est une dame de 65 ans, qui est repartie vivre au Portugal, mais qui m'appelle environ tous les 6 mois pour me donner de ses nouvelles. Sinon, j'ai aussi été confrontée à l'expression d'idées suicidaires chez un adolescent, il y a assez longtemps. C'était compliqué avec cette personne âgée de pouvoir aborder la question des idées suicidaires avec l'environnement, avec l'entourage, avec son mari, sa famille. L'adolescent, je sais que sa maman était très attentive, et c'est ça qui l'avait amené à être inquiète pour son enfant, et que le départ du pays avait été très très difficile pour lui.

CQ : Est-ce que dans certaines consultations où vous étiez présente en tant qu'interprète, une évaluation du risque suicidaire était faite par le professionnel ?

Int4 : Oui, c'est arrivé oui.

CQ : Ces propos sont-ils traduisibles d'un point de vue linguistique ?

Int4 : En portugais, ce sont des phrases qui sont faciles à traduire. Après je sais que certaines, il faut que ce soit des questions fermées, qu'on puisse répondre par oui ou par non, parce que quand elles sont trop poussées au niveau linguistique, c'est plus compliqué à traduire.

CQ : Repérez-vous des obstacles à l'évaluation du risque suicidaire du fait de différences culturelles, pour les patients d'origine angolaise par exemple ?

Int4 : Je n'ai pas repéré de surprise ou de tabou sur cette question-là. Je dirai presque que parfois, les personnes sont un peu surprises qu'on puisse leur poser, dans le sens qu'on ait pas peur de poser cette question-là, mais pas gênées.

CQ : Etes-vous régulièrement confrontés à l'expression d'idées suicidaires par les personnes pour lesquelles vous interprétez ?

Int4 : les patients, que ce soit angolais, brésiliens, ou portugais, ils ne parlent pas souvent d'idées suicidaires, mais ils vont parler d'idées noires, comme beaucoup de français aussi. Mais quand on pose la question « est-ce que vous avez déjà pensé à attenter à votre vie, ou est-ce que vous avez déjà pensé à ne plus être là », c'est à ce moment-là qu'ils peuvent vraiment exprimer « oui, j'ai eu envie de mourir ».

CQ : Est-ce que vous pointez des facteurs de risques de conduites suicidaires dans les populations de personnes migrantes que vous accompagnez en tant qu'interprète ?

Int4 : Ce qui souvent est un facteur de risque c'est l'isolement, dans le sens où ils ne connaissent personne, mais surtout qu'ils n'ont personne avec qui ils peuvent parler de façon intime, profonde. Ce sont des personnes souvent très entourées au sens administratif, mais c'est compliqué de pouvoir dire « je vais pas bien, j'ai des idées noires, j'ai envie de mourir », à un praticien social, ou un médecin généraliste, à l'assistante sociale scolaire... Donc c'est souvent ce qui est renvoyé dans les consultations où je viens en tant qu'interprète, c'est ce qui fait aussi que c'est compliqué de dire à un moment donné « je ne viens plus », parce qu'assez rapidement je reste une infirmière référente pour la personne. Même si la personne sait bien parler français, elle dit que c'est toujours compliqué d'exprimer ses émotions. En fait la langue maternelle c'est quand même celle avec laquelle on a le plus de facilité à exprimer ses émotions... et personnellement je reconnais vraiment ça, et par exemple j'engueule mes enfants en portugais (*rires*) ! Ou je peux vraiment dire quelque chose de très profondément, qui me touche, dans ma tête je le pense dans ma langue maternelle.

CQ : Quand vous intervenez comme interprètes dans une consultation d'un autre praticien, est ce que vous gardez un positionnement d'infirmière, ou vous séparez cette pratique d'interprétariat et ne gardez que cette fonction dans ces consultations ?

Int4 : alors j'ai la double casquette, même si c'est une personne que je ne vois qu'une seule fois, parce que du coup dans ce que je traduis, il y a ce que le patient me dit, mais aussi ce qui est infra verbal, corporel... ou ce qui est par rapport à son pays aussi, je peux expliquer au médecin que si cette personne exprime les choses de cette façon, c'est en rapport avec sa culture, son pays. « Au Portugal on vit et on pense les choses de cette manière-là ».

CQ : Pensez-vous pouvoir avoir dans ce type d'entretien un rôle de médiation culturelle ?

Int4 : Oui voilà, sur certaines prises en charge

CQ : Si vous appreniez le suicide d'un migrant en situation de précarité, que ce soit dans votre activité d'interprétariat ou rapporté par les médias, quelles seraient vos réactions/ressentis ?

Int4 : Alors, cette question elle me traverse un peu personnellement, dans le sens où je fais partie d'une association sur [ville voisine], qui est une association qui accueille des migrants pour les aider ou les orienter sur les différentes instances, administrations, qui peuvent les renseigner, les aider, les accueillir. Et du coup, moi j'y vais en tant qu'infirmière, en plus du fait que je parle la langue, et donc je vois forcément beaucoup de personne qui parle le portugais. Ce qui m'anime toujours, c'est qu'en fait les personnes elles arrivent à se débrouiller, à s'orienter assez rapidement, elles trouvent assez rapidement des ressources de la même religion, du même village, il y a un réseau qui se crée de façon indépendante des structures d'accueil, mais ce que les personnes recherchent avant tout, c'est quand même des personnes qui puissent les comprendre, au sens linguistique du terme. Et moi c'est toujours quelque chose qui me vient. Si malheureusement j'entends quelque chose de cet ordre-là, je me dis que c'est peut-être que la souffrance n'a pas pu être entendue dans sa langue. C'est vraiment compliqué d'arriver dans un pays étranger et de ne pas pouvoir expliquer, exprimer ce que l'on ressent.

CQ : Et vous avez le sentiment que quand ces idées suicidaires peuvent s'exprimer, notamment dans leur langue, cela peut soulager les personnes ?

Int4 : Oui. C'est une surprise quand la question est posée, mais plutôt positive. Et finalement il y a un soulagement de pouvoir en parler.

CQ : Avez-vous la possibilité de débriefer avec le professionnel après ce type d'entretien, ou d'évoquer ces situations en supervision/groupe de pairs ? En ressentez-vous le besoin ?

Int4 : j'essaye, au moins au début des suivis, surtout à la PASS, de prendre un temps avec le médecin psychiatre, parce que les histoires de vie sont très douloureuses, avec souvent des meurtres, des viols, des enfants décédés, donc moi j'ai besoin d'avoir un temps pour échanger autour de ces situations difficiles, et je sais qu'à la PASS c'est toujours possible. Par exemple, si des idées suicidaires ont été exprimées, ça me paraît important. Et de pouvoir évaluer ensemble, de pouvoir en parler ensemble, et planifier la fréquence des consultations en fonction de ça. Et puis j'ai la possibilité dans mon activité professionnelle d'avoir un téléphone portable professionnel, donc je suis joignable. Je sais que si quelqu'un à qui j'ai donné mon portable professionnel m'appelle, je vais écouter le message, et si c'est quelqu'un qui me parle en portugais, je vais rappeler, voir ce qu'il en est, et mettre en lien. Je fais toujours le lien, parce que je ne suis pas leur infirmière référente, mais je suis quand même infirmière, ce qui est différent avec les interprètes professionnels non soignants. J'ai pu l'année dernière faire une journée de formation avec l'ORSPERE SAMDARRA sur l'interprétariat en santé mentale, et j'ai participé à la journée qui avait été proposée pour les soignants interprètes. Il y avait vraiment un décalage entre des professionnels qui accueillaient des migrants toute la journée, qui les accompagnait une fois chez le juge, une autre fois qui reprenait toute leur histoire, qui le lendemain les accompagnait voir le médecin généraliste avec leurs enfants, etc... et du coup ils ne pouvaient pas faire comme si ils ne les avait pas vu la veille, ils prenaient de leur nouvelles... et en parallèle d'autres interprètes professionnels qui prenaient le postulat de dire « si je l'ai accompagné la veille voir le juge, si je suis de nouveau appelé pour une mission d'interprétariat, même si c'est la même personne, je fais comme si je ne la connaissais pas ». Personnellement je trouve ça très très dur pour les personnes qui arrivent dans un pays étranger, d'avoir affaire à quelqu'un à qui ils ont déjà raconté leur vie la veille, et que cette personne qui est le lien avec leur pays, leur langue maternelle et tout ce que ça peut présenter, fasse comme si il ne les connaissait pas, et que ce ne soit pas expliqué, pas parlé.

CQ : Est-ce qu'il vous paraît intéressant/utile d'être interprète désigné pour les soins, mais pas pour toutes les autres démarches faites par la personne, où la personne serait accompagné par un autre interprète ?

Int4 : Ah oui, moi ça ne me pose pas de problème d'être interprète pour plusieurs personnes dans la famille, mais que ce soit une relation privilégiée dédiée aux soins, je trouve ça intéressant. Ça m'est arrivé d'aller accompagner un bilan de psychomotricité avec un petit garçon de 4 ans, en lien avec sa maman, et la psychomotricienne. Ça a pris beaucoup de temps, et c'était important en amont de prendre un temps pour parler de comment ils sont arrivés, comment ça se passait, où ils vivaient, quelles étaient leurs personnes ressources...ça c'est vraiment un travail soignant dont on ne peut pas faire l'économie je pense. Il faut que la personne elle puisse se sentir suffisamment à l'aise, en confiance, pour que elle puisse s'exprimer, raconter ce qui se passe pour son enfants mais en voyant qu'on s'intéresse aussi à elle, en tant que personne.

Après dans la même famille, ça m'est arrivé oui. Une maman de 4 enfants, qui était enceinte de 7 mois et a perdu son enfant en arrivant en France, après avoir vécu dans la rue, et j'ai été jusqu'à l'aider à remplir les dossiers de rentrée scolaire pour ses enfants. On l'a fait ensemble, même si c'est Madame qui écrivait.

CQ : Mise à part l'aspect linguistique, repérez-vous des obstacles et/ou difficultés lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque suicidaire ?

Int4 : Pour les personnes qui sont vraiment dans la précarité, je me dis que ce qui est le plus difficile, c'est d'évaluer leur environnement, dans le sens où ils peuvent être hébergés chez des personnes pour un temps, et changer ensuite... ça suppose de rencontrer la personne à une périodicité rapprochée. Je pense que j'ai pu être en difficulté dans ce cadre-là, parce que c'est difficile de se projeter sur ce que vit la personne, dans quel environnement elle est, avec quelles personnes autour....

CQ : Pointez-vous des différences en termes d'expression de la souffrance, qui pourraient être liées à la culture ?

Int4 : Oui, beaucoup de personnes angolaises disent d'abord « ça va », pour rassurer les personnes, les soignants que nous sommes. J'ai l'impression qu'ils disent « vous faites tellement, la France fait déjà tellement pour nous, vous êtes déjà tellement présents, que oui ça va. Je pourrais être dans un pays en guerre, qu'il y ait des soldats qui viennent chez moi la nuit, me prenne mon mari, mes enfants... donc non, là ça va ». Et en même temps, du coup, c'est compliqué d'approfondir le « ça va », parce qu'à côté de tout le reste de ce qu'ils ont vécu, ça n'a rien à voir.

CQ : Est-ce que vous ressentez une certaine culpabilité à exprimer de la souffrance dans ce contexte ?

Int4 : Culpabilité, je ne sais pas, mais plutôt ne pas se légitimer à exprimer. C'est plus une autocensure, par rapport à tout ce qu'ils ont déjà vécu. Certaines personnes ont pu exprimer que par rapport à ceux qui sont restés au pays, et qui sont sûrement soit plus en vie, soit vivent encore des choses terribles, finalement, eux ça va. Après y a la question de l'expression des idées noires, mais c'est un tout. C'est-à-dire que souvent, la prise en charge, à la PASS ou en CMP, c'est extraordinaire pour eux « vous vous rendez-compte, vous me demandez comment je vais, vous prenez soin de moi, vous vous inquiéter de ce qu'il m'arrive », ça c'est des sentiments que peuvent nous renvoyer les personnes. Même si, avec les personnes qui ont vécu des gros traumatismes, y a souvent des idées bizarres, ou des bizarreries du comportement, elles peuvent quand même l'exprimer.

CQ : est ce qu'il vous arrive d'être inquiet vis-à-vis du risque de passage à l'acte ?

Int4 : Alors il y a très longtemps, il y a une dame que j'avais vu à la PASS psychiatrique, qui avait vécu des atrocités, des choses vraiment inhumaines, des viols collectifs, un enfant né en prison qui est mort-né suite aux coups reçus pendant la grossesse, être de nouveau violée tout de suite après cette naissance... pendant les entretiens, je n'avais qu'une envie, c'était de dire « arrêtez, c'est terrible, mes oreilles n'en peuvent plus d'entendre ça ». C'était vraiment très très difficile. Et cette dame elle exprimait une envie de mourir, devant tout ce qu'elle avait vécu. « la vie ne peut plus rien m'offrir qui en vaille la peine d'être vécue ». C'est une situation qui m'a vraiment habitée, et je me disais « mais comment est-ce qu'on va pouvoir aider cette dame ? ». Ces idées suicidaires elles sont vraiment... légitimes, enfin c'est idiot de dire ça c'est toujours légitime, mais ce que je veux dire c'est que la souffrance est telle, que je me disais « elle peut marcher dans la rue et sauter du pont », « je ne sais pas comment on va pouvoir aider cette dame ».

CQ : Est-ce que vous pratiquez un interprétariat en utilisant la 1^{ère} ou 3^{ème} personne ?

Int4 : Moi quand j'interprète, souvent je traduis la question et je dis « madame dit que » pour traduire la réponse, je ne traduis pas à la première personne. J'ai essayé au début mais les personnes trouvaient

ça bizarre. Ils sont étonnés qu'on parle en leur nom, alors que si on dit « madame a dit que », ça leur donne une place, ils sont plus acteurs dans l'entretien, pour moi.

CQ : et comment vivez-vous le fait de devoir traduire ces propos très difficiles dont vous parlez ?

Int4 : c'est très compliqué. Çaresté, même en traduisant à la 3^{ème} personne, des mots difficiles à dire. Là j'avais vraiment ressenti le besoin d'avoir un temps après avec le médecin, de débriefing.

CQ : Est-ce qu'il y aurait un besoin d'analyse de la pratique, devant ce type de situations ?

Int4 : En tout cas moi personnellement je ne me suis jamais légitimée à faire part de ce travail-là sur l'analyse de ma pratique « classique », parce que c'est quelque chose que je fais « en plus ». Mais je peux en parler par ailleurs, oui.

CQ : Et pour la personne dont vous parliez, qui présentait un risque suicidaire élevé, vous souvenez-vous de la conduite tenue ?

Int4 : c'est une dame qu'on a accompagnée, portée, contenue au sens étayée, chouchoutée, qui a été suivie pendant longtemps sur la PASS psychiatrique, et les collègues la voyait 4 fois 5 fois par semaines, en plus du RDV médical qui était toutes les semaines, puis tous les 15 jours progressivement.... Comme un petit oiseau qui était tombé du nid, il y avait vraiment quelque chose de cet ordre-là. Et c'est une dame qui va bien !! (*rires*) Ça fait peut-être 8 ans, 10 ans qu'elle est en France, et elle va bien, malgré tout ce qu'elle a vécu.

CQ : est-ce qu'il arrive que des idées suicidaires soient évoquées dans le récit des événements au pays ou du trajet migratoire ?

Int4 : Oui. Alors pas tellement au pays, dans mon expérience, y a pas tellement d'idées suicidaires dans le sens où ils sont dans la survie. Mais sur le chemin de migration, c'est souvent comme un cri de désespoir, « faut que ça s'arrête », « oui j'ai déjà eu des idées suicidaires, j'ai pensé à en finir, quand y a eu tel ou tel événement, quand d'un pays à un autre je me suis fait arrêter... ». C'est souvent en réminiscence de ce qui s'est passé au pays, lors de répétition des événements traumatiques vécus au pays.

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures à prendre selon vous pour améliorer les pratiques face à cette problématique ?

Int4 : Sur l'interprétariat, moi je suis interprète en portugais, et je n'ai pas rencontré cela. Mais par rapport aux pays de l'Est, les interprètes peuvent rapporter que certaines personnes parlaient cette langue-là, mais comme c'était un dialecte ou que l'interprète venait d'un autre pays, elle ne voulait pas parler avec cet interprète. Du coup ça fermait la discussion. Et si on le sait pas ça au départ, ça fait perdre du temps, aux interprètes et au médecin. Donc il y a toute une stratégie autour de la consultation qui faudrait tenter de travailler en amont. C'est compliqué parce que tant qu'on a pas rencontré la personne et qu'on ne sait pas comment elle fonctionne. Ce qui est compliqué aussi, c'est les gens qui se présentent en tant qu'interprète, mais qui ont connaissance des personnes, ont pu avoir un rôle dans les réseaux de migration... C'est difficile à identifier parce que c'est pas palpable, mais ça peut amener des difficultés. Je pense qu'il vaut mieux que l'interprète soit quelqu'un de neutre.

CQ : et dans le lien avec les psychiatres et psychologues, est ce qu'il y a suffisamment de dialogue et de prise en compte de l'aspect culturel dans les prises en charge ?

Int4 : alors, nous au niveau du soin psy on est un petit peu aguerris à la question de l'environnement, prendre la personne dans sa globalité...il m'est arrivé d'aller faire de l'interprétariat au CHU, et le praticien avait prévu 10 minutes. Alors je suis venu, mais le plus souvent il a fallu refaire une vraie consultation, à distance, pour retracer le parcours de vie, le contexte de la famille, les enfants...et même si au départ ils pensaient que c'était du temps perdu, ils se sont rendus compte que cela permettait une meilleure prise en charge. Mais c'est vrai que le postulat parfois c'est de penser que l'interprète va faire une traduction comme un magnéto sur lequel on appuierait, et en urgence, parfois on fait ça... mais on se rend compte que ça ne fait pas tout.

CQ : Est-ce d'autres choses vous sont venues sur la question des idées suicidaires des migrants en situation de précarité, et dont nous n'avons pas parlé ?

Int4 : alors, l'interprétariat, on le pratique pas tous de la même manière. Je pense que si on interprète de sa fonction ASH, on ne traduit pas les mêmes choses que si on est soignant, et je pense qu'on ne peut pas retranscrire les mêmes choses lorsqu'on est face à un juge, ou pour un récit, on ne peut pas traduire les mêmes choses. Ce qui est compliqué sur l'accueil des migrants, c'est que les professionnels ne sont pas aguerris sur les choses qu'ils peuvent ou doivent traduire en fonction de l'interlocuteur, mais de dire que Madame a été violée 15 fois dans sa cellule, je ne vois pas bien ce que ça vient faire dans le cadre d'une rencontre du juge ou d'un travailleur social, donc plutôt en terme de prendre soin des personnes, et prendre soin de leur souffrance, c'est aussi ne pas avoir à débiller tout leur vécu et leur souffrance passée.

CQ : est ce qu'il y a besoin parfois de faire le tri dans ce qui est interprété?

Int4 : oui, parfois je vais dire au professionnel, « la personne parle des traumatismes, de ce qu'elle a vécu... », faire une généralité, et ne pas traduire tous les détails, et cela convient très bien au professionnel qui est en face.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.

Entretien 15 – 15/09/17

Partie 1 : description de l'échantillon

Population : équipe de PASS généraliste, 4 personnes interrogées

Professions:

M2 médecin

M3 médecin

I8 infirmière

AS3 assistante sociale

Accès ou non à l'interprétariat : Oui, accès à des interprètes en présents ou par téléphone, et listing établi de professionnels du centre hospitalier bilingues. L'interprétariat est utilisé principalement pour les consultations médicales.

Accès ou non à une supervision/analyse de la pratique : Non

Partie 2 et 3 : Perceptions de la problématique et ressources

CQ : Avez-vous déjà été confronté à l'expression d'idées suicidaires ou à une conduite suicidaire chez un migrant ayant consulté à la PASS ? Si oui, pouvez-vous me raconter une situation clinique marquante ?

M2 : Alors moi personnellement, extrêmement peu. Alors des expressions d'idées suicidaires, j'ai une ou deux situations en tête, qui sont plus des expressions aussi, je dirai de provocation...enfin de plus de désespoir que de réelle dépression. Du style « je vais m'immoler devant la préfecture, j'en peux plus, après ce qu'ils m'ont fait subir ». La dernière fois que ça m'est arrivé c'était il y a plusieurs années, donc ça reste assez exceptionnel. Moi ce que je vois beaucoup plus et très fréquemment, c'est une somatisation de syndromes dépressifs, et là c'est, j'allais dire..., quotidien. Mais l'expression d'idées suicidaires, j'en vois très peu. Les gens espèrent pouvoir avoir un titre de séjour... Et j'ai aucun souvenir d'un suicide réussi chez un demandeur d'asile, alors que j'en ai quelques-uns chez des gens de la rue français.

M3 : Pour les tentatives de suicide, souvent on est pas sollicités, parce qu'ils passent aux urgences, en réa...et si on regarde pas leur dossier, on est pas au courant. Après y a aussi la barrière de la langue, c'est vrai que pour les entretiens psychiatriques vous avez un interprète, nous souvent soit on en a pas, soit c'est quelqu'un qui accompagne la personne, et quand on en veut absolument un il faut prévoir à l'avance, j'essaye de mettre plus de temps aussi parce que c'est plus chronophage. J'ai le souvenir d'au moins un patient qui a fait une tentative de suicide mais je m'en suis même pas rendu compte quand je l'ai vu après, j'ai regardé une fois la synthèse, j'ai vu qu'il était passé aux urgences, j'ai cliqué sur le compte-rendu, et j'ai vu qu'il était venu pour une TS. Mais après il m'en a pas reparlé. Les gens qui ont des vraies idées...enfin...des idées qu'on peut appréhender, ça m'est arrivé peut être deux ou trois fois, où j'avais fait en sorte que les gens soient vues un peu en urgence par l'EMPP.

M2 : Çaresté très très ponctuel. Par contre les syndromes de stress post traumatiques, alors ils se plaignent, des cauchemars, des réminiscences, alors ça, oui. Mais d'idées suicidaires, Ils disent « je voudrais dormir, j'ai mal là et là », mais pas « je veux en finir ». Beaucoup moins que la population

précaire française je trouve. Après on sait peut-être pas le détecter. Parce qu'à la PASS quand on les voit pour la première fois, comme je disais on fait aussi de la prévention, on regarde les antécédents, l'examen clinique, on va proposer des tests de dépistages, dépister la tuberculose, remettre à jour les vaccins, donc c'est vrai que ça peut prendre énormément de temps. Quand on commence à creuser l'histoire psychique... on sent quand ils sont pas bien, et là on essaye de passer vers un suivi à l'EMPP.

CQ : Est-ce que vous avez beaucoup de patients qui se présentent pour une souffrance psychologique ?

M2 : Ah oui, ça c'est tous les jours. Y a vraiment un contraste entre les deux, la souffrance psychique, ça oui, mais exprimer des idées suicidaires, c'est très rares.

I8 : Après y a le suicide aigu, mais y a aussi les gens qui se tuent à petit feu avec leurs addictions...c'est une autre manière de disparaître doucement.

M2 : Alors il y a des problématiques de défenses psychiques qui se mettent en place oui. En fait j'ai l'impression qu'ils ont toujours l'espoir que la situation va se régler. C'est plus de la désespérance que de la dépression, enfin moi je le vois comme ça. On donne le droit au travail, à un hébergement, et pour la majorité on les voit même plus en consultation. Donc c'est plus de la désespérance.

M3: Bien que certains peuvent aller paradoxalement plus mal. On a l'impression que certains se sont battus pour ça pendant des mois, paf ! ils ont les papiers, et là ils s'écroulent. Après nous notre objectif c'est dès qu'ils ont des droits qu'ils puissent passer dans le droit commun. Mais pour certains qui arrivent pas avoir d'hébergement, on continue à les voir ici un peu régulièrement. Je dis pas que c'est la majorité, mais c'est vrai que ça arrive. Ils nous amènent les papiers, on se dit que c'est une bonne nouvelle, et quand ils reviennent un mois après, ils vont encore plus mal avant. Tout ce qu'ils avaient mis en place sur le plan psychique et physique...

M2: y a ça et puis ils se rendent compte que c'est pas si simple, qu'il va falloir quitter le CADA, trouver du boulot, apprendre le français...

AS3 : moi il m'arrive d'être contactée aussi par des CADA parce que les gens sont déboutés et gèrent très mal l'annonce du refus d'asile, et là du coup... on oriente vers l'EMPP. Comme ici ils interviennent sur les CADA, ça va, mais après c'est plus compliqué si c'est des endroits reculés du département. On a parfois des cas particuliers où c'est très complexes parce qu'on a pas les structures adéquates au bon endroit...l'EMPP peut quand même faire le lien avec les hôpitaux, les psys de liaison, etc. Mais du coup voilà moi je peux être interpellée sur des annonces de décision négative et de sortie de CADA.

CQ : et dans ces situations, les travailleurs sociaux vous interpellent avec une notion d'urgence, de dangerosité ?

AS3 : Oui tout à fait, et de panique. « Comment on l'aide, qu'est-ce qu'on fait ? »

CQ : est ce qu'il vous arrive d'être inquiets vis-à-vis du risque suicidaire sans que ce soit exprimé par le patient ?

M2 : Qu'on soit inquiets pour les gens, ça arrive beaucoup. Après l'inquiétude sur le suicide, je l'ai très peu avec les demandeurs d'asiles, les migrants. J'ai plus peur de passages à l'acte de délinquances, d'alcoolisations...que de passage à l'acte auto-agressif, surtout parce que comme je disais, j'ai de

mémoire aucune expérience de suicide réussi d'étrangers, en 20 ans. Donc soit je le vois pas, ce qui est possible... donc j'ai pas cette inquiétude-là, ou très ponctuellement.

AS3 : Oui moi je rejoins [M2].

M2 : j'ai beaucoup plus cette inquiétude en prison qu'à la PASS. La très souvent on a peur que les gens passent à l'acte. Mais pareil, en prison, c'est quasi jamais des étrangers en situation régulière qui risquent d'être expulsés qui se suicident. En tout cas j'en ai pas en tête.

CQ : et les rares fois où des idées suicidaires ont été exprimées, vous aviez le sentiment que c'était l'expression d'un désespoir, voire un moyen de dénoncer une situation sociale ?

M2 : Oui, moi quand ça a été dit, c'était en même temps l'expression du désespoir, et en même temps « je vais leur montrer que c'est leur faute ». « Je vais m'immoler devant la préfecture », c'est quand même violent. Donc c'était bien pour montrer au préfet que c'est de sa faute.

CQ : Vous vous souvenez de ce que vous avez-fait ?

M2 : Ben là lui j'avais peur qu'il passe à l'acte, clairement. Y en a certains où ça peut être de la menace pure, comme pour tous les gens, ça en prison on a un peu l'habitude, donc y a des menaces qui sont plus de la provocation, et d'autres où c'est un vrai désespoir, lui je pense que c'était un vrai désespoir. Donc moi j'ai essayé de faire le lien avec l'EMPP, avec les collègues, m'arranger pour que l'infirmière le revoie dans 2-3 jours pour essayer de faire baisser un peu la tension psychique, voire avec des bénévoles, ça m'est arrivé de faire du lien avec des bénévoles pour faire du lien et que les gens puisse souffler, penser un peu à autre chose, on bricole. Mais comme c'est ponctuel, on bricole. Et finalement, il l'a pas fait.

AS3 : oui ça me fait penser que des fois j'ai fait appel à des bénévoles et pas forcément à l'EMPP, parce que ça dépend vraiment de ce qu'on ressent...

M2 : oui après un musulman on peut l'envoyer vers la mosquée, un catholique vers la paroisse, tout ce qui peut aider avec du lien avec d'autres...

CQ : Dans ces situations vous sentez que c'est plus en lien avec un défaut d'étayage ?

AS3 : oui voilà c'est vraiment ça, et qu'il y a besoin d'être soutenu, d'une présence amicale, de pas se sentir complètement isolé. Du coup on sent que c'est pas...enfin qu'on peut faire appel à d'autres personnes que tout de suite à l'EMPP.

CQ : Dans votre pratique, face à quelqu'un qui a un syndrome dépressif ou un ESPT important, est ce que vous posez la question des idées suicidaires ?

M2 : comme on en parle là, moi je vous réponds non. Alors que je le fais pour plein d'autres gens. Alors pourquoi, je sais pas. Ça doit m'arriver de temps en temps quand même sur des francophones quand je les trouve pas bien. Mais ça reste ponctuel. Après s'ils sont pas francophones, on part sur un truc où on a beaucoup de mal derrière à... j'ai toujours peur de faire plus de mal que de bien, parce qu'après il faut pouvoir assumer la suite aussi, et pouvoir se comprendre. Donc ça m'arrive ponctuellement pour les francophones, mais c'est occasionnel. Je pense à quelques personnes, des dames francophones qui ont été déboutées... j'ai posé la question. Mais à chaque fois la réponse a été non. « non moi je veux des papiers, je veux me battre », même s'il y a un désespoir important.

M3 : oui voilà, ça m'arrive de temps en temps de poser la question, selon la présentation des gens et ce qu'ils disent

M2 : après y a l'autre problème culturel, c'est que je ne maîtrise pas l'aspect culturel de ce que ça veut dire pour la personne, ces questions qui pour nous veulent dire quelque chose de précis mais qui pourraient être vécu très différemment. J'ai la crainte de faire un peu une bêtise.

M3 : oui moi je serais intéressée de savoir, mais finalement en Afrique, qu'est-ce que c'est que le suicide, est ce que les gens se suicident ou est-ce que c'est la communauté qui les soutient ?

M2 : oui donc là-dessus on a peut-être pas la formation, sur la question de l'interculturalité. L'expérience oui, mais la formation théorique, on l'a pas.

CQ : est-ce que ça vous paraîtrait facilitant d'avoir un interprète présent, pour l'interprétariat y compris dans sa dimension de médiation culturelle ?

M2 : Alors y a deux choses, si c'est un francophones étrangers, est ce que ça veut dire la même chose, est ce qu'on pose les questions de la même façon. Mais après effectivement si on pense qu'il faut poser la question, comme je disais tout à l'heure moi je ne pose la question que si je peux continuer à discuter derrière, donc effectivement pour les non-francophones, là il faut un interprète.

AS3 : Oui, faut savoir quoi faire avec la réponse.

M2 : voilà, si la réponse c'est oui, comment on creuse ? A ce moment-là on est obligé d'aller plus loin, par exemple de dire « faut que je vous revoie demain, avec un interprète ».

CQ : En terme d'orientation, vous parliez de l'EMPP, est ce que vous parvenez à orienter facilement des personnes vers ce dispositif ?

AS3 : Oui bien sûr

I8 : ils sont débordés hein !

M3 : oui quand on est inquiets on a toujours l'impression que les délais sont trop longs

M2 : oui voilà, ils sont moins inquiets que nous ! (*rires*) Non mais on travaille bien avec eux. C'est très clair, on a des échanges de courriers, on peut appeler le psychiatre, enfin ça se passe très bien.

AS3 : Oui vraiment, et puis même pour le conseil, de savoir où orienter, quoi faire, on peut les joindre.

I8 : On a aussi les psychologues ici, de [l'équipe d'addictologie], de [l'équipe spécialiste du VIH et des hépatites]

AS3 : ah moi par contre je les sollicite pas

I8 : ah si moi oui pour un monsieur migrant, qui avait le VIH.

M2 : oui voilà sur certaines pathologies, après on utilise les outils de l'hôpital quand c'est nécessaire, le plateau technique de l'hôpital.

CQ : il n'y a pas de PASS psychiatrique ?

M2 : non. Une demande a été faite par la psychiatrie l'année dernière, pour compléter le dispositif, mais qui a été refusé je pense pour des raisons financières par l'ARS. On a relancé la demande il y a quelques jours.

AS3 : c'est vrai qu'il y a beaucoup de demande quand même.

M2 : Oui y a des besoins, et puis ça permettrait aussi qu'ils aient une assistante sociale, ça permettrait qu'ils aient la délivrance gratuite de médicaments, qu'ils ont pas. On a ce problème-là, quand les gens ont pas de couverture sociale, c'est à nous de délivrer les médicaments alors que les prescriptions sont faites de leur côté... Donc y a des choses à améliorer bien sûr. Mais sur la prise en charge des patients, les infirmières, le psychiatre, on est dans la coopération. Après le problème, c'est leur disponibilité, parce qu'ils ont trop de travail. Donc ils ont fait des choix, donc il y a des gens dans certaines structures d'accueil qu'ils ne voient pas, de principe, parce qu'ils ne peuvent pas voir tout le monde. Donc ils ont fait le choix de voir ceux qui sont dans la rue, ceux qui sont dans telle ou telle structure, mais pas dans toutes. Après théoriquement c'est le CMP, mais le CMP ils ne veulent bien les voir que s'il y a une résidence stable...

M3 : moi j'ai une patiente suivie en CMP, qui est dans un logement autonome

M2 : oui voilà une fois qu'ils ont un logement normalement après ils les prennent en charge. Mais après y a les délais... bon après c'est plus l'EMPP qui fait du lien avec les CMP.

M3 : A l'EMPP, maintenant avec leur réorganisation, les gens sont vus plus rapidement, évalués par une infirmière. Et puis quand on est très inquiet, ils peuvent raccourcir le délai...enfin c'est plus simple, on a des contacts directs, avant on laissait des messages sur un répondeur. Là je trouve que c'est bien pour les patients, et puis aussi pour nous, on sait ce qui va se passer pour les patients, on peut les rassurer, et puis nous aussi... être rassurés.

CQ : Est-ce qu'il vous arrive d'orienter les gens vers les urgences ?

M2 : Oui, ça arrive. Ça m'est arrivé la semaine dernière, pour une douleur abdominale aiguë, il fallait un scanner, gérer la douleur etc...on avait fait la prise de sang, on avait tout fait, mais ça a bien roulé.

CQ : et sur des urgences psychiatriques, avec une éventuelle indication d'hospitalisation ?

M2 : Ah oui oui, tous les matins aux urgences y a un psychiatre, donc on leur dit d'aller aux urgences voir le psychiatre demain matin, on leur fait un petit mot. Après ils y vont ou ils y vont pas, mais ça c'est comme partout...Si on les voit le matin et qu'on est très inquiet on peut les accompagner directement aux urgences pour voir le psychiatre.

I8 : et y a une infirmière de l'EMPP qui est présente au [dispositif externalisé de la PASS dans un lieu d'accueil de jour de la ville] donc on peut lui orienter des personnes aussi.

AS3 : moi ça m'arrive de contacter l'assistante sociale des urgences. Ça m'est arrivé j'avais un patient qui avait vraiment des troubles psychiatriques, je ne suis pas spécialiste mais là c'était vraiment flagrant, et qui ne voulait pas sortir de mon bureau... donc ils ont traversé ils sont venus le chercher dans mon bureau pour le conduire aux urgences, et après il a été hospitalisé au CHS, ça s'est fait naturellement, sans heurts, très bien.

M2 : Alors ça nous arrive d'hospitaliser directement, moi ça m'est arrivé, même pour des gens qui vont mal psychiquement, d'hospitaliser dans notre service, on les connaît bien, il y a des somatisations ou autre... on a l'avantage d'être rattaché au service et intégré au service. C'est une volonté de la

PASS d'ici d'être intégré aux autres services de consultation, de pas être à part, donc on a un hôpital de jour qu'on utilise, pas pour la psychiatrie mais pour le somatique, c'est nous qui voyons les gens, donc y a pas besoin qu'ils voient quelqu'un d'autre, qu'ils se relivent etc... et puis un service d'hospitalisation donc s'il y a un lit et qu'il y a besoin, ça m'est arrivé d'accompagner directement un patient en sortant ici dans le service. Ça reste assez ponctuel, mais on a ces outils. On évite le passage de 4 heures aux urgences, bilan, machin, dans un service où ils connaissent pas les gens...

CQ : est-ce qu'il arrive que les personnes refusent votre proposition d'orientation vers une consultation psychologique ou psychiatrique ?

M2 : Je crois pas. Curieusement, les migrants j'ai pas l'impression

AS3 : moi j'ai jamais eu de refus

M2 : Quand je les oriente en général ils demandent de l'aide, ils disent qu'ils vont pas bien. Je leur dit qu'il y a des gens qui sont spécialisés, ils sont d'accord. C'est plus difficile quand c'est vraiment de la somatisation, on essaye de faire prendre conscience que le stress joue là-dessus, et quand il y a une négation de ça, alors là oui effectivement ils peuvent refuser « non, soignez moi mon dos, soignez moi ma tête » etc ... alors on fait le premier bilan en espérant pas passer à côté de quelque chose, et puis on se rend compte au bout de 2-3 consultations que c'est vraiment psychique, et là oui il peut y avoir des réticences de gens qui ne veulent pas voir que la question psychique joue sur la question somatique. Mais globalement quand ils disent « je suis pas bien, je fais des cauchemars, ... » on leur propose, les refus sont vraiment exceptionnels.

CQ : est ce que certains patients ne connaissent pas l'existence des soins psychologiques et psychiatriques ? Y a-t-il besoin d'expliquer, de reformuler ?

I8 : Alors oui, faut souvent reformuler, dire « infirmière pour parler »... On dit pas souvent infirmière psy.

M2 : mais y a pas cet aspect négatif qu'on a parfois chez les français, je trouve. « encore un psy, non ça sert à rien, j'en ai eu toute mon enfance... », on a pas ça.

M3 : Ils se rendent compte que quand ils ont une plainte somatique ça prend déjà du temps, quand on se comprend pas, la douleur, où elle est, comment elle est, faut les examiner... donc moi souvent je leur dit qu'il faut quelqu'un qui prenne plus de temps pour parler du sommeil, des cauchemars, parce que pour nous ici c'est compliqué...

CQ : Est-ce que vous rédigez des certificats dans le cadre de la demande d'asile, du certificat de vulnérabilité ou dans le cadre de la demande de droit au séjour pour soins?

M2 : Alors droit au séjour pour soins je vous réponds tout de suite oui, on en fait énormément, puisqu'ils se concentrent ici, mais ça va peut-être changer maintenant que les médecins traitants peuvent le faire, donc j'envoie maintenant un peu vers les médecins traitants. Y a des gens qu'on voit une fois par an uniquement pour ça et entre temps c'est le médecin traitant qui suit ou le spécialiste, donc là j'espère que ça va se modifier, mais on en fait beaucoup. Le certificat vulnérabilité, on est très mal à l'aise. Moi j'en fais quelques-uns, et y en a beaucoup que je leur explique que non, et que ça servira à rien. Si vraiment ils insistent, je l'envoie quand même parce qu'ils ont droit qu'on envoie le papier. Et là où je suis très très ennuyé, c'est que... j'en ai fait deux il y a quelques mois de ça parce que ça se justifiait, et on a pas eu de réponse, et ils n'ont jamais été hébergés. Alors il y a eu un changement de médecin, avant on avait toujours une réponse immédiate y compris par mail, là on a

plus de réponse, donc de toute façon ça sert à rien. Et la plus grosse difficulté c'est que les gens arrivent en pensant que grâce à nous il y aura un hébergement. Et ça ça casse la relation de soin, c'est vraiment difficile je trouve.

CQ : vous est-il arrivé d'en rédiger pour des problématiques psychiatriques ?

M2 : non, c'est plus pour des problèmes somatiques, ou des somatisations en tout cas. Après ce qu'on pense c'est que le fait d'être à la rue c'est une violence majeure, que c'est normal de pas être bien, et que donc ça pourrait être fait pour tout le monde. La loi veut qu'ils soient hébergés et que y a pas de raison que ce soit le médecin qui décide qui est hébergé. Mais on a toujours cette discussion...comme ils sont pas tous hébergés, effectivement les plus fragiles il faudrait qu'ils soient protégés ? Mais est-ce qu'on n'est pas dans notre rôle... ? Enfin ça fait partie des questions éthiques.

M3 : et puis après il y a des gens qui sont très mal et qui expriment pas forcément. C'est peut être ceux qui sont le plus mal d'ailleurs.

M2 : Alors moi ça m'est arrivé de contacter le médecin de l'OFII pour des gens qui m'ont absolument pas demandé. Là effectivement, on le fait pour protéger la personne.

CQ : Pouvez-vous me citer des mesures pour améliorer votre quotidien face à cette problématique ?

M2 : plus de temps de psychiatre, de psychologue et d'interprétariat, je dirai ça. Et peut-être la formation sur la question interculturelle.

AS3 : Oui on est jamais assez formés, mais après faut trouver le temps. Après ici je ferai quand même le constat, que même s'il y a toujours des choses à améliorer, y a quand même des choses qui fonctionnent très bien.

M2 : on se connaît tous, c'est petit, il y a pas la masse qu'il y a dans les grandes villes, on connaît les gens qui gèrent l'hébergement, on travaille avec des associations... on a des ressources. Qui sont insuffisante, notamment sur l'hébergement très clairement. Mais on se connaît, on sait que les copains qui s'occupent de l'hébergement ils souffrent aussi et que c'est pas de leur faute.

AS3 : oui, il y a un tissu partenarial vraiment intéressant, et fort.

M2 : oui il y a d'ailleurs un collectif sur le droit d'asile qui se réunit avec tous les partenaires tous les 2-3 mois, pour faire le point, sur la loi, sur les dispositifs, sur comment on interpelle la préfecture, etc... donc sur ces questions-là on peut échanger, et puis chacun entend aussi les difficultés des autres. Après il y a des choses à améliorer. Notre grosse difficulté sur le social, c'est que pour les demandeurs d'asile non hébergés, la seule filière c'est l'assistante sociale de la PASS, même pour des gens pas malades, c'est devenu la filière. Donc ils sont débordés, l'autre fois 50 personnes la matinée... et c'est pas le rôle de l'hôpital, mais les gens sont adressés par des associations qui se disent « là, ils seront accueillis », et c'est vrai qu'ils sont accueillis, mais du coup il faut qu'on recentre ça parce qu'il y a une dérive de ce que fait l'hôpital par carence de l'état.

AS3 : oui, les gens en demande d'asile ne rentrant pas dans les CADA, ils n'ont pas de travailleurs sociaux.

M2 : résultats s'ils veulent une AME, une CMU, une aide financière... pour des gens pas malades, ce n'est pas le rôle de la PASS normalement.

CQ : Je vous remercie de votre participation à ce projet de recherche. Je vous recontacterai prochainement pour vous informer de l'avancée de mon travail et de ses résultats.