

MIGRATION: UN VOYAGE VERS L'INCONNU

Réfugiés et migrants forcés ont en commun l'incertitude face à l'avenir. Au bout de leur périple, leur sort doit encore être fixé par l'État qui les accueille. Les souvenirs traumatisants, l'attente fébrile d'une réponse officielle, la perte des liens sociaux, l'espoir anéanti d'un retour au pays sont autant de facteurs qui peuvent entraîner une détresse psychologique. Quelles réponses les organisations, les soignants et les travailleurs sociaux donnent-ils à ces souffrances accumulées? «Diagonales» leur donne la parole.

Fidel¹ n'a pas trente ans. Il a fui son pays et vit comme réfugié en Suisse depuis quatre ans. Comme des millions d'autres migrants qui ont dû fuir leur terre, il lui faut plus qu'un toit et de la nourriture. Il y a un an, sa demande d'asile politique a été écartée par les autorités le jugeant pas suffisamment en danger dans son pays. Depuis, non seulement il lutte contre l'impact psychologique d'avoir dû fuir son pays, mais il s'inquiète également de ne pas savoir si son pays d'accueil va finalement lui tourner le dos et le renvoyer dans son pays d'origine. Aujourd'hui à l'aide d'urgence (9 francs par jour), Fidel vit avec la peur que la police

vienne le chercher et l'expulse. «Dans ces cas-là, c'est très difficile de contrôler ses émotions,» raconte-t-il, dans l'expectative.

Cette boule au ventre qu'il ressent au quotidien l'a conduit dans les locaux d'Appartenances à Lausanne, association qui prend en charge les migrants nécessitant notamment un suivi psychothérapeutique.

SOUFFRANCES ACCUMULÉES

Depuis une année, Fidel suit un traitement pour une dépression. Comme lui, ils sont nombreux à se faire soigner dans les locaux de l'association.

«Rien que pour l'année dernière, la Consultation psychothérapeutique pour migrants (CPM) d'Appartenances a traité près de mille patients (plus de femmes que d'hommes) pour un total de 11500 heures de consultation», relève Lucia Gonzo, médecin responsable à Appartenances.

Et en raison de l'augmentation des demandes d'asile, les consultations tendent à se multiplier. Selon le psychologue Abdelhak Elghezouani, psychothérapeute à la CPM, la plupart des migrants arrivant en Suisse sont en moins bonne santé mentale que la moyenne des résidents: «Chez les migrants, les



Photo: Shutterstock/kafeinkolika

Le chemin de l'exil est fait de longues périodes de privations et d'adversité extrême.

souffrances s'accumulent, comme les longues périodes de privation, d'adversité extrêmes, les mauvais traitements allant jusqu'à la torture, les situations de mal-être et de précarité. Cette accumulation produit des états anxieux pathologiques, dépressifs, post-traumatiques et, plus rarement, des symptômes psychotiques.»

PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) datant de 2012, la prévalence de certains troubles psychiques (dépression, anxiété pathologique) tendrait à doubler chez les migrants², avec un risque accru de développer des formes graves des souffrances qu'ils endurent, car les traumatismes subis peuvent exacerber des troubles mentaux existants.

Fidel vit avec la peur que la police vienne le chercher et l'expulser.

La prise en charge des migrants est aussi particulière. Elle peut comporter des risques d'erreur de diagnostic en raison de la différence des cultures: «On ne peut écarter un risque de sur-diagnostic de certains troubles, comme les psychoses ou les troubles de la personnalité qui pourraient masquer des

états post-traumatiques, explique le psychologue Abdelhak Elghezouani. Il en va de même pour le sous-diagnostic (patients diagnostiqués trop tard). Ce qui est également très important, c'est l'esprit de collaboration entre le patient et le psychothérapeute.»

«La CPM adapte ses prises en charge qui peuvent s'inscrire dans la durée et qui ont un caractère aussi préventif et psychosocial», explique Lucia Gonzo.

Pour l'heure, l'association est le seul point de repère pour Fidel qui ne sait pas encore s'il sera possible de recommencer une nouvelle vie avec les cicatrices qu'il porte en lui: «J'ai perdu mon père récemment, et cela a été très difficile pour moi de ne pouvoir me rendre à son enterrement. Chez moi, j'étais financièrement autonome. J'avais une profession de cadre supérieur et j'aimais mon travail. Je venais souvent en aide à ceux qui étaient défavorisés», explique Fidel, qui affirme recevoir régulièrement des menaces sur son téléphone portable lui enjoignant de se taire à chaque fois qu'il évoque la situation dans son pays. «En quittant mon pays, j'ai tout perdu. C'est difficile de demander de l'aide. Ici, j'ai souffert d'isolement et de ne pas savoir à quelle sauce j'allais être mangé. J'ai dû tout recommencer. Je veux travailler, même s'il est impossible de trouver un travail.

Continuer à vivre dans cette situation est pénible lorsqu'on n'a rien pour se changer les idées.»

LES PIEDS SUR TERRE

Et sa prise en charge par Appartenance? «La psychiatre m'a compris. Elle m'a beaucoup aidé. Je suis vraiment très content du suivi qu'elle propose. Je lui en suis très reconnaissant. C'est grâce à elle et aux médicaments que j'arrive à tenir. Nous avons besoin de psychothérapeutes comme M^{me} Gonzo pour nous remettre les pieds sur terre, nous permettre de rester debout et de garder notre dignité.»

«Comme pour toute personne dans une situation précaire, le stress fait partie du quotidien de Fidel. Il participe à des programmes d'occupation, il s'engage. Il n'a pas le choix, malgré un avenir incertain. La psychothérapie lui permet de garder espoir, mais notre rôle n'est pas de lui donner de faux espoirs, explique la psychiatre Lucia Gonzo. Dans le cas de Fidel, nous essayons aussi de favoriser la socialisation pour qu'il puisse tenir sur la longueur. Il est absolument vital qu'il puisse s'engager dans des activités au quotidien.»

Murat Karaali

¹ Prénom d'emprunt

² www.who.int/mental_health.

souffrances s'accumulent, comme les longues périodes de privation, d'adversité extrêmes, les mauvais traitements allant jusqu'à la torture, les situations de mal-être et de précarité. Cette accumulation produit des états anxieux pathologiques, dépressifs, post-traumatiques et, plus rarement, des symptômes psychotiques.»

PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) datant de 2012, la prévalence de certains troubles psychiques (dépression, anxiété pathologique) tendrait à doubler chez les migrants², avec un risque accru de développer des formes graves des souffrances qu'ils endurent, car les traumatismes subis peuvent exacerber des troubles mentaux existants.

Fidel vit avec la peur que la police vienne le chercher et l'expulser.

La prise en charge des migrants est aussi particulière. Elle peut comporter des risques d'erreur de diagnostic en raison de la différence des cultures: «On ne peut écarter un risque de sur-diagnostic de certains troubles, comme les psychoses ou les troubles de la personnalité qui pourraient masquer des

états post-traumatiques, explique le psychologue Abdelhak Elghezouani. Il en va de même pour le sous-diagnostic (patients diagnostiqués trop tard). Ce qui est également très important, c'est l'esprit de collaboration entre le patient et le psychothérapeute.»

«La CPM adapte ses prises en charge qui peuvent s'inscrire dans la durée et qui ont un caractère aussi préventif et psychosocial», explique Lucia Gonzo.

Pour l'heure, l'association est le seul point de repère pour Fidel qui ne sait pas encore s'il sera possible de recommencer une nouvelle vie avec les cicatrices qu'il porte en lui: «J'ai perdu mon père récemment, et cela a été très difficile pour moi de ne pouvoir me rendre à son enterrement. Chez moi, j'étais financièrement autonome. J'avais une profession de cadre supérieur et j'aimais mon travail. Je venais souvent en aide à ceux qui étaient défavorisés», explique Fidel, qui affirme recevoir régulièrement des menaces sur son téléphone portable lui enjoignant de se taire à chaque fois qu'il évoque la situation dans son pays. «En quittant mon pays, j'ai tout perdu. C'est difficile de demander de l'aide. Ici, j'ai souffert d'isolement et de ne pas savoir à quelle sauce j'allais être mangé. J'ai dû tout recommencer. Je veux travailler, même s'il est impossible de trouver un travail.

Continuer à vivre dans cette situation est pénible lorsqu'on n'a rien pour se changer les idées.»

LES PIEDS SUR TERRE

Et sa prise en charge par Appartenance? «La psychiatre m'a compris. Elle m'a beaucoup aidé. Je suis vraiment très content du suivi qu'elle propose. Je lui en suis très reconnaissant. C'est grâce à elle et aux médicaments que j'arrive à tenir. Nous avons besoin de psychothérapeutes comme M^{me} Gonzo pour nous remettre les pieds sur terre, nous permettre de rester debout et de garder notre dignité.»

«Comme pour toute personne dans une situation précaire, le stress fait partie du quotidien de Fidel. Il participe à des programmes d'occupation, il s'engage. Il n'a pas le choix, malgré un avenir incertain. La psychothérapie lui permet de garder espoir, mais notre rôle n'est pas de lui donner de faux espoirs, explique la psychiatre Lucia Gonzo. Dans le cas de Fidel, nous essayons aussi de favoriser la socialisation pour qu'il puisse tenir sur la longueur. Il est absolument vital qu'il puisse s'engager dans des activités au quotidien.»

Murat Karaali

¹ Prénom d'emprunt

² www.who.int/mental_health.

SOIGNER LES BLESSURES DE LA PRÉCARITÉ

Le Centre pour les populations vulnérables (CPV), à Lausanne, fournit des soins à des personnes se trouvant dans une grande précarité sociale et économique. Parmi elles, beaucoup de migrants. Son responsable, Patrick Bodenmann, dresse un état des lieux de la santé globale de ces patients.

Diagonales: En préambule, pourriez-vous nous présenter le centre dont vous assumez la direction?

D^r Patrick Bodenmann: Le Centre pour les populations vulnérables (CPV) est un des services de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne. Il se concentre sur les besoins spécifiques des migrants forcés, de toute personne en situation de précarité économique, des usagers fréquents des services d'urgence, des personnes incarcérées et de toute personne prenant des risques pour sa santé, telles les travailleuses du sexe. Il compte plus de 50 collaborateurs, qui travaillent souvent à temps partiel.

Combien de patients votre centre traite-t-il chaque année?

L'activité clinique du CPV se déroule au sein de la PMU. On y recense quelque 30 000 contacts annuels avec des migrants forcés, plus de 2 500 tests permettant de diagnostiquer des infections sexuellement transmissibles et plusieurs centaines de consultations auprès de groupes minoritaires exposés à des disparités en matière de santé.

Votre centre a-t-il ressenti les effets de la «crise migratoire», liée notamment à la guerre en Syrie?

L'afflux de personnes migrantes, et notamment de réfugiés, a été très fort

durant le second semestre 2015. Cela dit, il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau. En tout temps, des migrants arrivent en Suisse.

Le second semestre de l'année dernière fut cependant difficile. Notre centre a soigné, dans son Unité de soins aux migrants (USMi), des affections cliniques décrites dans la littérature scientifique comme étant celles de la misère. Les réfugiés, issus notamment de Syrie, mais aussi d'Irak, d'Afghanistan et d'Érythrée, un pays africain que l'on oublie fréquemment, portent les traces d'un long voyage. Les lésions cutanées et plantaires sont monnaie courante. Nous observons parfois des problèmes d'infections, notamment

cutanées, mais aussi des problèmes métaboliques chroniques tels que le diabète, et des facteurs de risques pour le cœur et les vaisseaux comme de l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé.

Et sur le plan moral?

Ce sont souvent des gens très résilients qui arrivent en Suisse, avec des ressources fortes; les plus faibles, les plus pauvres, les moins formés ne peuvent pas quitter leur pays ou doivent se réfugier à proximité de la frontière. Selon les observations collectées ponctuellement depuis janvier 2008 auprès de personnes dont le parcours relève du domaine de l'asile, la moitié présentait des troubles de l'humeur grave (en particulier la dépression), 40% des troubles anxieux sévères, 30% un syndrome de stress post-traumatique – avec par exemple des flash-back qui leur rappellent en permanence des événements atroces – et 10% des psychoses symptomatiques.

D'autres problèmes?

Les migrants forcés sont plus enclins à adopter, à la longue, des comportements à risques. Ils commencent parfois à boire, à fumer, voire à consommer des drogues. D'autres personnes fument ou boivent davantage que dans leur pays d'origine, en raison d'une forte anxiété et de l'oisiveté forcée.

Il y a une dizaine d'années, nous avons aussi constaté, au sein de la communauté latino-américaine, un nombre frappant de grossesses non désirées. Souvent, les hommes restent au pays. Confrontées à l'isolement, ces femmes éprouvent parfois l'envie de refaire leur vie ou de vivre, sans protection adéquate, quelques moments de chaleur humaine.

Et qu'en est-il des requérants d'asile et des personnes en attente d'un renvoi?

Les requérants d'asile attendent chaque jour une décision quant à leur avenir. Et rien ne vient. Cela entraîne énormément d'incertitudes. Que vais-je devenir? Devrai-je retourner dans mon pays? Pourrai-je rester en Suisse? Aurai-je un jour la possibilité d'y exercer un métier? Mes enfants pourront-ils y étudier et y vivre? Tant d'incertitudes fragilisent les individus sur le plan psychique. Chez les sans-papiers et les personnes en attente de renvoi, cette fragilité est encore plus forte, car ils peuvent être expulsés à tout moment.



Les réfugiés, issus de Syrie, d'Irak, d'Afghanistan ou d'Érythrée, notamment, portent les traces d'un long voyage.

Et quel est l'impact du déclassement vécu par certains migrants?

Tous les migrants n'ont pas connu la misère dans leur pays. Nombre de réfugiés de guerre appartenaient à la classe moyenne ou supérieure de leur pays. Ils ou elles étaient médecins, ingénieurs, architectes... Pour ces personnes, le déclassement est difficile à vivre. En attente d'une décision sur leur demande d'asile, elles ne peuvent travailler. Et si elles obtiennent le droit de rester, décrocher des équivalences constitue un parcours du combattant. En ex-Yougoslavie, de futurs médecins ont, durant la guerre, appris leur métier dans des caves ou dans des camps.

Ils ou elles étaient médecins, ingénieurs, architectes... Pour ces personnes, le déclassement est difficile à vivre.

Observez-vous, de manière générale, des différences entre hommes et femmes?

Il est difficile de quantifier nos observations et d'opérer des généralités. Cela dit, je dirais que les femmes témoignent globalement d'une plus grande résilience. Elles continuent à s'occuper de leur famille et à exercer une fonction cruciale. Les hommes, quant à eux, faisaient souvent vivre leur famille grâce à leur salaire. Or, soudain, ils deviennent inutiles. En plus, ils s'ennuient, alors que les femmes continuent à être occupées.

Les hommes avouent aussi moins facilement un état dépressif. Ils refusent d'en parler. Or, plus une personne en dépression sollicite rapidement de l'aide, plus elle a de chances d'évoluer favorablement.

On observe aussi cela chez les Suisses, non?

Absolument. En définitive, la migration forcée accentue des phénomènes que l'on observe ici. Un réfugié victime de la guerre aura, par exemple, tendance à mettre plus de temps pour admettre qu'il souffre d'une dépression. Ce que nous observons chez les migrants est universel. Ce sont plutôt les proportions qui ont tendance à être exacerbées par la précarité, le déracinement, ainsi que les conditions pré-migratoires, migratoires et post-migratoires.

Le CPV s'occupe aussi des travailleuses du sexe. S'agissant de ces personnes, quelles sont vos observations?

Nos études, menées en collaboration avec Fleur de Pavé et le Service des maladies infectieuses du CHUV, ont montré qu'elles manquaient d'accès aux soins de base. Seuls 15% d'entre elles connaissent le Point d'Eau, une structure qui offre une vaste palette de soins quasiment gratuits: consultations médicales de base, soins dentaires, ostéopathie, massages, ou encore podologie. Avec Fleur de Pavé, nous cherchons à supprimer les barrières qui dissuadent les travailleuses du sexe d'accéder au système de soins.

L'essentiel du travail consiste à créer une relation de confiance. Beaucoup

de travailleuses du sexe viennent de pays, que ce soit en Amérique latine ou en Europe de l'Est, où l'accès au système de santé est parfois difficile. Elles ont peur de l'autorité et craignent que le fait d'aller à l'hôpital, ou de s'adresser à la police en cas de violence, puisse leur porter préjudice – d'autant plus qu'environ deux tiers des travailleuses du sexe séjournent illégalement en Suisse.

Et sur le plan psychique?

Selon nos observations et celles de Fleur de Pavé, les travailleuses du sexe se soumettent, ici ou dans leur pays, aux tests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Elles sont souvent agacées que l'on s'intéresse, en premier lieu, aux éventuelles maladies touchant directement à leur intimité et à leur activité professionnelle.

Ces femmes sont davantage préoccupées par leur état de santé général et, notamment, par leur santé mentale.

Une élue zurichoise a récemment proposé de créer un établissement municipal géré par la ville de Zurich et les travailleuses du sexe. Qu'en pensez-vous?

En tant que médecin, je peux émettre un constat: travailler dans des conditions insalubres, dans la rue ou dans des salons qui n'autorisent quasiment jamais leurs employées à sortir, augmente les risques d'atteinte à la santé psychique. Un lieu de travail propre et relativement sûr est préférable.

Cela dit, il faut garder à l'esprit que ce métier est très rude. La concurrence y est terrible. J'emène parfois des étudiants à la rue de Genève (*n.d.l.r.: haut lieu de la prostitution à Lausanne*) afin qu'ils observent comment les choses s'y passent. Les femmes se battent quasiment pour un mètre carré ou pour un client. L'équipe de Fleur de Pavé tient une permanence à proximité, dans un bus. Les professionnelles viennent parfois y trouver un peu de réconfort.

En tant que professionnel, comment réussissez-vous à supporter autant de souffrance humaine?

Le personnel soignant et les assistants sociaux sont confrontés à des témoignages et des souffrances terribles. Cela peut aboutir à un épuisement souvent reconnu dans la littérature scientifique comme étant de la «fatigue compassionnelle». Nous sommes très attentifs à ce risque, plus aigu dans un contexte où de nombreux réfugiés de guerre arrivent dans notre pays.

Et vous-même, vous n'êtes jamais découragé?

Nous vivons du Zola au quotidien. Mais la force de nos patients nous galvanise. Leur résilience est prodigieuse. Nous devons dès lors être à la hauteur.

*Propos recueillis
par Alexandre Mariéthoz*

LE POIDS DE L'INCERTITUDE

Visite à Genève d'un centre de santé communautaire qui accueille des requérants d'asile. Outre la prise en charge thérapeutique, l'institution collabore étroitement avec les associations pour éviter l'isolement social des patients et les intégrer au mieux, même si nombre d'entre eux devront quitter le pays.

Le CAPPI Servette est l'un des quatre Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie attenants au Département de santé mentale et psychiatrie des HUG à Genève. Il est destiné notamment à recevoir des patients requérants d'asile, plus nombreux chaque année. Ils étaient 280 en 2015 (sur 600 patients) contre 120 en décembre 2012. Le psychiatre Javier Bartolomei, responsable du centre genevois, explique la prise en charge multidimensionnelle de ces patients, originaires essentiellement d'Érythrée, de Somalie, d'Afghanistan, d'Irak, d'Afrique du Nord et maintenant de Libye et de Syrie.

Diagonales: Comment se passe l'accueil des personnes dans votre centre?

Javier Bartolomei: En préambule, précisons que nous ne sommes pas les seuls à accueillir des requérants d'asile dans le dispositif genevois. Nous travaillons avec deux associations,

Pluriels et Appartenances. Mais le CAPPI Servette a un staff plus fourni en matière de personnel infirmier et social, il emploie des psychologues, des psychomotriciens, des ergothérapeutes. Nos équipes plus denses peuvent prendre en charge des situations graves, aiguës. Soit ces personnes viennent d'entrer en Suisse et sont immédiatement déboutées, les «NEM» (non-entrée en matière), soit elles vont être renvoyées dans le premier pays où elles ont été enregistrées, les «NEM Dublin». Ces patients représentent les deux tiers des cas que nous voyons. D'autres sont détenteurs d'un permis N, dont la procédure est en cours d'examen. Ils décompensent à la suite du rejet de leur demande d'asile ou lorsqu'ils sont déplacés d'un foyer à un autre. Tous sont dans une situation très instable, et beaucoup le vivent très mal.

De quelles pathologies souffrent-ils?

On va rencontrer des pathologies dépressives, anxieuses, caractérisées

par une baisse de moral, une perte d'énergie, du goût de vivre, voire une idéation suicidaire ou encore des syndromes de stress post-traumatique (PTSD). Ceux-ci sont déclenchés par des événements traumatiques graves auxquels la personne a assisté, dont elle a été victime, elle ou ses proches. Ils se manifestent par des cauchemars, des flash-back, des réminiscences, des comportements d'évitement ou encore par un émoussement psychique, c'est-à-dire que le sujet se met en retrait par rapport à tout ce qui l'entoure. Ce tableau clinique, très présent à l'arrivée du requérant, va s'estomper dès qu'il se sentira en sécurité. Il peut être réactivé par la peur, réelle ou imaginaire, de revivre ces événements traumatiques en cas de renvoi, même dans un pays européen.

À cela s'ajoute la consommation de toxiques, type alcool, cannabis, plus rarement de l'héroïne ou de la cocaïne. Elle est parfois simplement une tentative d'automédication par rapport à

une symptomatologie anxieuse. Enfin, plus rares sont les personnes avec des symptômes psychotiques. La plupart ont souffert, dans leur pays déjà, de troubles comme des hallucinations, des idées délirantes, des comportements bizarres. Cette population-là nous pose beaucoup de problèmes.

Pourquoi?

Chez les patients psychotiques, sans même parler de requérants d'asile, le réseau primaire formé par la famille, les proches, joue un rôle important pour contenir leur pathologie, leur donner une bonne qualité de vie. Or, chez les migrants, arrivés seuls, il est inexistant. Nous devons nous «substituer» au réseau primaire, ce qui signifie que nous devons nous appuyer sur les infirmières en santé somatique, présentes sur le terrain, ou sur nos infirmiers en psychiatrie qui visitent les foyers. Mais ces patients psychotiques refusent souvent les soins, se retrouvent hospitalisés suite à des décompensations. Ils acceptent le traitement puis arrêtent tout, dès qu'ils sortent. Quand ils vivent en foyer, perdus dans la masse, il est difficile de les suivre de près.

«Nous cherchons toujours à savoir s'il a de la famille, une personne ressource. C'est la règle de base.»

En ce qui concerne les hospitalisations, sont-elles fréquentes?

L'an dernier, sur 280 requérants d'asile reçus en consultation, un peu moins de 20% ont été hospitalisés. Outre les patients psychotiques, ce sont les personnes à qui on a signifié un renvoi et qui deviennent gravement suicidaires. Elles sont à nouveau dans cette logique de perte de sentiment de sécurité.

Quel type d'approches thérapeutiques proposez-vous?

Comme pour n'importe quel autre patient qui reçoit des soins au centre, nous cherchons toujours à savoir s'il a de la famille, un conjoint, une personne ressource. C'est la règle de base. Un patient seul, ça n'existe pas! Pour les requérants en état de crise, il va y avoir un mandataire ou un juriste qui s'occupe de leur dossier juridique. À cela s'ajoutent un médecin somaticien et une infirmière. Si le requérant



Photo: Keystone/Jean-Christophe Bott.

Pour les migrants arrivés seuls, l'entourage est inexistant. Il s'agit alors de créer autour d'eux un réseau pouvant les soutenir.

a des enfants, un pédiatre, voire un pédopsychiatre, sera éventuellement dans la course. Le réseau peut s'avérer dense. Quand la barrière de la langue est franchissable, le patient peut rejoindre un groupe thérapeutique pour une approche plus sociale. Sans oublier évidemment tous les aspects pharmacologiques. Nous travaillons selon le modèle bio-psycho-social.

Comment se déroule le traitement?

On traite l'angoisse à la fois en la nommant verbalement et en la traitant médicalement. On va essayer de travailler sur des éléments qu'on a repérés, comme le sentiment d'échec après un renvoi, la culpabilité, la honte face à l'incapacité de tenir le rôle de chef de famille. Nous abordons ces problèmes aussi avec le conjoint ou les autres membres de la famille. Nous accompagnons les personnes pendant les processus de demandes de recours qui durent des mois. L'idée est que le requérant continue à se socialiser. Il peut être amené, par le biais d'associations, à retrouver un sentiment d'appartenance en côtoyant des groupes de sa communauté, ou non. L'isolement et l'inactivité sont à éviter.

Notre culture a intégré l'usage thérapeutique de la parole. Qu'en est-il des personnes provenant d'autres sociétés?

Nous n'en sommes pas toujours à ce stade! Nos patients sont des personnes qui ont été déboutées; elles sont sous

la menace d'un renvoi immédiat, c'est cela qui les agite. Elles ne vont pas forcément vouloir revenir sur des épisodes lointains de leur vie.

Recourez-vous systématiquement à un interprète?

C'est le cas dès que la personne n'est pas clairement francophone. L'interprète a un rôle de médiateur culturel important. Il peut nous orienter sur la manière d'interpréter certaines situations, nous alermer s'il les voit se dégrader. Certains patients, par souci de confidentialité, refusent un interprète appartenant à son ethnie. Mais la plupart créent un lien avec lui.

Quels sont vos souhaits pour le développement du CAPPI Servette?

Mettre en place plus de mobilité. Nous avons désormais deux infirmiers en psychiatrie qui peuvent intervenir dans différents lieux. Nous visitons 10 abris PC, 6 ou 7 foyers. Si notre service ne fait pas de prévention générale globale, nous avons beaucoup développé le réseau, la capillarité. Les intendants des foyers nous connaissent et nous signalent les personnes qui vont mal mais qui ne viennent pas consulter. Depuis deux ans, les interventions dans le milieu se sont intensifiées.

Propos recueillis par Marie-Françoise Macchi

CONTINUER DE VIVRE, MALGRÉ TOUT

Médecins sans Frontières apporte une aide d'urgence et un soutien psychologique aux réfugiés de guerre. Sa référente en santé mentale, Ana Maria Tijerino, dispose d'une longue expérience de terrain. Elle décrit comment la vie reprend son cours dans les conditions difficiles d'un camp de réfugiés.

«Les réfugiés sont exposés à de multiples traumatismes.» Ana Maria Tijerino, psychologue à Médecins sans Frontières (MSF), parle en connaissance de cause. De 2005 à 2009, elle a travaillé dans de nombreux camps de réfugiés, aux Philippines, en Libye, en Irak et au Liban. Elle occupe, depuis 2013, le poste de référente en santé mentale de MSF et, à ce titre, coordonne les nombreuses équipes de terrain de l'ONG.

DU BAS VERS LE HAUT

«Dans les camps de réfugiés, les ONG interviennent 'du bas vers le haut', explique la psychologue. La priorité consiste à répondre aux besoins de base: nourriture, eau potable, toilettes, hygiène minimale, tente ou abri pour dormir. «Dans un second temps, nous veillons à un accès aux soins urgents. La mise sur pied d'écoles, même dans des conditions très rudimentaires, est aussi essentielle. Du personnel médical fournit ensuite un soutien psychologique. Dans les cas les plus graves, une psychothérapie à long terme et des médicaments s'avèrent nécessaires.»

Lors de ses interventions, MSF accorde une importance grandissante à la santé mentale. «Ce n'est pas toujours facile, relève Ana Maria Tijerino, car ce thème est souvent tabou. Dans certaines cultures, le mot 'dépression' n'existe pas. Les troubles psychiques et les symptômes observés sont cependant très proches. Seule la manière de les appréhender, d'y faire face et de les nommer diffère.»

HAUSSE DE LA VIOLENCE

Durant les premiers mois qui suivent une crise, les personnes doivent digérer des événements traumatisants et s'adapter à un nouvel environnement extrêmement précaire. «Les réactions d'anxiété sont les plus fréquentes, avec notamment des crises d'angoisse, des insomnies et un stress extrêmement aigu.»

Après quelques mois, les risques de dépression, d'anxiété généralisée et de troubles du comportement augmentent. «La violence connaît aussi une tendance à la hausse, notamment dans les familles, ajoute Ana Maria Tijerino.

Certains hommes commencent à frapper leur épouse ou leur compagne. Ils ont perdu leur statut social et leur rôle de pilier de la famille. D'où une frustration qui s'exprime par la violence conjugale, voire par des viols. Quant aux femmes, elles commencent parfois à taper leurs enfants – alors qu'elles ne l'avaient jamais fait auparavant.»

SENTIMENT DE PERTE

L'impact de la migration et du déracinement forcé accroît la gravité des troubles psychiques. «Les réfugiés sont confrontés à un sentiment constant de perte. Lorsqu'ils réalisent qu'ils ne pourront jamais renouer avec une existence normale dans leur pays, ils risquent de sombrer dans un désespoir absolu, s'exclame Ana Maria Tijerino. Nous devons alors veiller à prévenir la chronicité des troubles: dépressions à répétition, anxiété totalement invalidante, idées suicidaires.»

Médecins sans Frontières prend très au sérieux les dangers de suicide. Même si certaines cultures et certains interdits religieux découragent le passage à l'acte, les suicides existent partout. Sur le terrain, l'ONG n'hésite pas à aborder ce sujet délicat. «Il faut en parler. Plus le sujet est tabou, plus le risque de suicide augmente.»

RECRÉER DES LIENS SOCIAUX

Dans les camps de réfugiés, MSF s'évertue à rétablir un minimum de fonctionnalité et d'organisation sociales. L'ONG crée par exemple des groupes d'information et de discussion. «Nous exposons les principaux symptômes d'un stress aigu et de la dépression. Nous expliquons aussi comment accéder à une aide lorsque les symptômes se prolongent et que la capacité à assumer les tâches quotidiennes est affectée. Des problèmes quotidiens y sont aussi discutés – et parfois résolus. Tout ce qui crée du lien social et active les personnes vers la recherche de solutions est utile.»

LES VERTUS DE L'ÉCOLE

En situation de crise, les enfants constituent un groupe très vulnérable. MSF aide les parents et les enseignants à détecter et gérer des symptômes



Photo: DR.

Ana Maria Tijerino: «Tout ce qui crée du lien social et active les personnes vers la recherche de solutions est utile.»

d'affections psychiques. «Être scolarisé permet de se projeter dans l'avenir, ajoute Ana Maria Tijerino. Un enfant qui va à l'école éprouve de l'espoir et en donne à ses parents.» Autre élément essentiel: l'école instaure un rythme. «Cet aspect est crucial également pour les adultes. Lorsqu'une femme se remet à cuisiner, ou un homme à bricoler, on observe une amélioration du moral. Ce processus est universel: renouer avec une activité physique et recommencer à faire des choses utiles améliore la santé psychique. Tout ce qui active le corps et l'esprit a un impact positif.»

En définitive, Médecins sans Frontières et ses équipes de terrain tentent de restaurer un minimum de normalité. «S'agissant de migrants qui ont perdu tous leurs repères et habitudes, c'est essentiel. Parfois, je vois des personnes planter quelques fleurs ou aménager un petit potager. Ces couleurs redonnent un peu de gaieté. Des camps finissent même par ressembler à un petit village. Cette faculté de résilience, conclut Ana Maria Tijerino, me surprendra toujours.»

Alexandre Mariéthoz