CR Formation Santé Mentale

Santé mentale du public exilé : psychotrauma, dépression, troubles psychiques, addictions, premiers réflexes de détection des risques suicidaires.

Objectifs de la formation : revenir sur des situations cliniques vécues dans les maisons accueillantes que vous pouvez partager ici. Pouvoir échanger sur vos pratiques. Rappel (ou découverte) sur des notions en santé mentale.

Réalisée par Maude FOUCHARD, psychologue clinicienne spécialisée dans l'accompagnement de personnes en exil, et fondatrice de l'association Etape. Soutien psychologique pour personnes exilées, quel que soit leur statut administratif. Travaille aussi avec Parcours d'exil (centre de soin dans le 10e) spécialisé dans psychotrauma des personnes exilées.
Contact : 0764331678 - maudefouchard@hotmail.fr
ETAPE : "*Espace Transculturel d'Accompagnement des Personnes Exilées"* agit en faveur de la santé mentale des personnes exilées en proposant du soutien psychologique, des activités socioculturelles et de sensibilisation."

Programme

Programme 1
Participant·e·s 2
Évènements traumatogènes et exil **2**
1. Des parcours complexes 2
2. Des facteurs impactants 2
3. Des facteurs de risques 3
Détresse psychique et démarches administratives **3**
1. Le syndrome d'Ulysse - Joseba Achotegui 3
2. Le syndrome Dublin - Sylvie Zucca 3
3. La demande d'asile 3
3.2 L'impact de la temporalité 4
La souffrance psychique des personnes exilées **5**
1. Les troubles psychologiques des personnes en exil 5
2. Le risque suicidaire 6
3. Les psychotraumatismes 8

Identification d'autres axes à travailler sur une prochaine visio :
⇒ Comment on se positionne, on réagit en tant que bénévole ou salarié dans un lieu d'accueil ? Quelle posture permet d'agir pour protéger l'autre, et soi-même ?
⇒ Echange de pratiques : une fois le trouble identifié, comment oriente-t-on vers le réseau de partenaires ? Comment chacun mobilise les ressources sur son territoire, qui sont les professionnels repérés ?

Participant·e·s

- Edith pour Min' de Rien Poitiers
- Catherine pour Passerelles Dieulefit, accompagnement famille, formation pharmacienne
- Marie pour la Réconciliation Lille, 15 jeunes, référente santé, médecin et pédiatrie sociale
- Gudrun pour Rosmerta Avignon, jeunes isolés et deux familles, médecin généraliste auprès personnes exilées en Allemagne
- Michelle pour Rosmerta, psychologue
- Marion pour Rosmerta, création groupe santé “écoute et psy”, utilisation photolangage
- Lara et Samantha pour la Maison au Volet rouge MAS de Peyrelevade Tarnac, branche OACAS Emmaüs
- Suzie pour Utopia56 Tours, accompagnement 70 jeunes sur plusieurs lieux
- Céline pour MSF Marseille, une maison + activité en santé aux squats et accueil de jour pour mna et jeunes majeurs
- Ombeline pour L’Ecrevis, tiers lieu à Annecy avec pôle social hébergement 8 jeunes en recours et demandeurs d’asile + accueil de jour pour jeunes reconnus par le département hébergés dans les hôtels
- Sandrine, École Alternative Des Monts d’Arrées, une école et une maison pour jeunes

Évènements traumatogènes et exil

1. Des parcours complexes

Dans le parcours d’origine ou durant le parcours d’exil, nombreux évènements marquants voir traumatogènes peuvent arriver sur tout le parcours (différents de traumatiques).

2. Des facteurs impactants

- **Avant le départ**, les motifs qui peuvent influencer le départ : situation personnelle, situation générale, évènements traumatogènes
- **Le parcours d’exil** : le trajet et ses risques, les rencontres, les évènements marquants
- **Le pays d’accueil** : l’arrivée au pays d’accueil, les événements marquants, les démarches administratives et ses conséquences, et l’après ?

Influence sur la santé durant ces étapes. La temporalité de l'errance et le fait que les personnes se heurtent à un système administratif extrêmement complexe ont des conséquences sur la santé mentale. Les personnes avant d’être en centre hébergement, sont quasi systématiquement à la rue avant d’être prises en charge (Paris).

3. Des facteurs de risques

Ces facteurs sont des facteurs de risque de conséquences psychopathologiques :

- **L’intensité** : syndrome de stress post-traumatique
- La **chronicité** : insécurité persistante dans le temps, dans le pays d’origine, durant le parcours
- La **multiplicité** : ruptures multiples et complexes

Détresse psychique et démarches administratives

Lien entre détresse psychique & démarche administrative : réaction normale face à un contexte qui n'est pas normal.

1. Le syndrome d'Ulysse - Joseba Achotegui

Etat de stress aigu qui touche les personnes qui émigrent et qui survient lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés et qu'elles n'ont pas la capacité à agir dessus. Symptôme proche stress post traumatique ou stress chronique lié à la situation sociale de la personne. Quand le contexte se stabilise, les symptômes ont tendance à se résorber.

2. Le syndrome Dublin - Sylvie Zucca

Lié au Protocole Dublin. Peu (voire pas) de considérations quant aux attaches familiales, sociales, linguistiques, culturelles de la personne exilée : on ne considère pas son choix sur la destination de la demande d'asile. Pendant cette procédure les personnes n'ont pas la possibilité d'avoir recours aux ressources (ne pas pouvoir se projeter dans l'avenir, ne pas respecter son choix d'instruction de demande d'asile,... qu'elles devraient avoir droit) : les personnes sont en suspens → impact psychologique important.
Aussi lié au risque de transfert : que la personne soit transférée dans le pays par lequel elle est passée avant, ou risque de transfert dans le pays d'origine.
Personnes en fuite : si risque de transfert et que les personnes ne se sont pas rendues à la préfecture : période de 18 mois "en fuite" avant que la personne redemande l'asile en procédure accélérée.
⇒ Si pas de stabilité dans le présent : ne pas ouvrir la boîte de pandore !
En tant que professionnelle : Maude ne travaille pas de la même manière avec personne en procédure Dublin, procédure normale, ou déboutés.

3. La demande d'asile

3.1 L'impact de la procédure

- Nécessité de revenir sur son parcours d'exil, ses expériences antérieures difficiles (voires traumatiques) dans un contexte d'évaluation et de suspicion
- Risque de re traumatisation élevé
- Ne pas considérer le choix de vouloir en parler ou non
- A force de raconter encore et encore le récit, une manière de se protéger, c'est de s'anesthésier en ne parlant plus

3.2 L'impact de la temporalité

- La demande d'asile c'est un temps suspendu, les personnes n'ont pas la possibilité de se projeter à long terme dans un territoire.
- Difficultés psychiques en lien avec l'attente, l'incapacité à se projeter dans l'avenir
- Cela vient désorienter, même sur des démarches "simples" (prise rdv)
- Impossibilité de travailler, de faire partir de la communauté d'accueil

Avoir la chronologie en filigrane des différentes étapes administrative pour la personne

⇒ *en tant que soignant, important de connaître les étapes administratives pour tenter de comprendre ce que ça peut produire chez les personnes. Comprendre le volet juridique car c'est complètement entremêlé !*
⇒ *le stress peut ré-émerger*

Rosmerta : ce qui paraît fondamental est d'accompagner +++, que le jeune/personne se sente vraiment soutenu par ce qu'il traverse. Créer un lien qui fait que la personne existe aux yeux des autres et que ça vaille le coup qu'il tienne, cibler les ressources vécues, a "déjà survécu" à de nombreuses étapes.

Lors du suivi psychologique : importance d'identifier des personnes ressources, sur qui compter, avec qui parler. Aussi orienter, faciliter la mise en réseau. Vertu psychothérapeutique à orienter vers activités psychosociale

- Créer une routine, activité, un ancrage : consolider un tissu relationnel autour de la personne, établir un réseau de soutien multiples (ami, intervenant social, bénévole cours de français)

OFPRA sont-ils formés au stress post traumatique ? pour les personnes qui sont allées en prison dans pays d'origine, le système peut imposer de revivre les interrogatoires sous ce même format.
Ont un module santé mentale (très court, pas suffisant pour comprendre les enjeux de l'entretien pour des personnes vulnérables), ont des référents vulnérabilités qui cherchent à faire le lien avec les soignants ou proposent des modules facultatifs → insuffisants.

+ problème de l'interprète : pas de considération pour l'enjeu étnique ou le genre (si l'entretien est réalisé par des hommes)

⇒ Les professionnel·les de santé peuvent signaler directement la vulnérabilité à l'OFPRA

3.3 L'obtention du statut de réfugié

Résolution de tous les problèmes ?

- Souvent une grande attente dans l'obtention du statut
- Idée persistante que le statut signe la fin des difficultés
- Autres enjeux administratifs et sociaux à l'issu du statut de réfugié : insertion sociale, professionnelle, linguistique
- Réunification familiale
- Sentiment de sécurité administratif peut signer l'éclat des mécanismes de défense : période à risque en terme d'effondrement psychique
- Deuil identitaire : reconnaissance du préjudice vécu et reconnaître que l'on ne va plus jamais retourner dans le pays d'origine

ou le fait de ne pas avoir le statut : personne déboutée, temps d'attente : sort du droit d'asile pour se questionner sur le droit au séjour → autre volet administratif, autre étape, à nouveau attente et incompréhension (fiche de paie, sans autorisation travail etc).

Psychiquement :

- État d'hibernation psychique

- Émotionnellement sont éteint - en attente
- Mécanisme de défense, de survi

⇒ hibernation psychique : débat salvateur ou pas ? à LT conséquence pas salvatrice

La souffrance psychique des personnes exilées

1. Les troubles des personnes en exil : les “troubles psychologiques” : quels symptômes d’après vous ?

Réconciliation : troubles du sommeil, troubles psychiques globaux. Observation des bénévoles d’une courbe : euphorie à l’arrivée puis effondrement psychique 2-3 mois après arrivée. Beaucoup de médicaments, surtout doliprane.

⇒ Hypothèse : les personnes sortent du mode de survie par la stabilisation dans le lieu ?

Rosmerta : cauchemar, évènements traumatisants, maux de tête, de ventre, somatisation, cognition négative (honte, culpabilité) d’avoir été victime : chercher “si j’avais fait autrement”, méfiance aux autres (expérience que leurs limites n’étaient pas acceptées)

1.1 Les troubles dépressifs

L'Épisode Dépressif Majeur EDM - DSM V

Lorsque au moins cinq des symptômes suivants sont présents sur une durée minimum de deux semaines consécutives :

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l’intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités
- Perte ou gain de poids significatifs
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d’énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)
- Diminution de l’aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider

⇒ *ici ce sont des symptômes trans-diagnostic ! ils sont groupés*

Réponse à “pas en capacité de prendre des décisions” à Rosmerta il n’y a pas de hiérarchie mais commission juridique et commission scolaire : les jeunes parlent des directrices → perception des jeunes que “leur vie est entre la main de la commission juridique” (+ école). Déjà pour les bénévoles (et même les juristes qualifiés) c’est compliqué de suivre alors comment parler de non capacité. Ce système rend impossible la compréhension.

Passerelles, de même difficultés pour : être à l’heure, s’organiser, même s’il y a du plaisir. Lié aussi à la fatigue. Cela relève de la situation psychique : pour nous bénévoles c’est pas facile de le comprendre au départ, de visibiliser un signe isolé.

1.2 Les troubles anxieux

Anxiété : préoccupation, crainte persistante
Plusieurs troubles anxieux :

- Trouble anxieux généralisé
- Phobies
- Troubles Obsessionnels Compulsifs TOC

2. Le risque suicidaire

Les signes à surveiller

- Les troubles du sommeil
- La consommation de stupéfiants
- Les changements brutaux de comportements

Echelle d'évaluation du risque suicidaire : le R.U.D Risque, Urgence, Dangerosité

- **Risque** (point de vue statistique) :
    - antécédents psychiatriques
    - troubles somatiques et facteurs sociaux
    - genre : femme présente + de passage à l'acte mais taux de mortalité + élevé chez les hommes
- **Urgence** : élaboration d'un scénario suicidaire, de comment passer à l'acte
- **Danger** : létalité des moyens à disposition et accessibilité de ces moyens
    - danger si en plus du scénario suicidaire, il y a le moyen létale

Complément de vos expériences en tant que médecin ?
Rosmerta : si épisode de dépression majeur → antidépresseurs aident jusqu'à ce que la situation s'est stabilisée. Traitement médicamenteux nécessaire souvent.



Les bons réflexes

- Poser des questions
    - Aborder le suicide avec une personne ne va pas contribuer à son passage à l'acte

    - Il peut y avoir cette croyance commune que si on parle du suicide a une personne qui n'a pas d'idée suicidaire : ce n'est pas le cas, poser les questions c'est l'occasion de se décharger de qqc qu'elles gardent en elles
- Sens de l'observation, adapter sa posture
- Montrer son intérêt et son ressenti, être dans l'empathie
- Aborder les émotions et les valider
- Vérifier les ressources existantes, les identifier et les renforcer
- S'entourer en tant que professionnel : c'est un sujet aussi pour vous, être accompagner
- Consigner les actions engagées

De poser la question là c'est aussi le moment de se demander quelles sont vos ressources, des contacts (service psychiatrique le plus proche), quels processus établis dans votre maison ? Anticiper car on se pose souvent la question des process au moment où la situation se pose.
Expérience en Allemagne : a fait un contrat avec ses patients : ils ont confirmé qu'ils ne veulent pas se suicider et quand il y a des pensées concrètes ils contactent la professionnelle, contrat écrit, signé, pendant la térapie.
Maude parle d'un protocole d'urgence : avoir une trace écrite par la personne, si les pensées prennent toute la place, elle a écrit les personnes ressources sur ce papier, y remettre numéro urgence.

- le site infosuicide : https://www.infosuicide.org/
- le numéro national de prévention suicide 3114 et site : https://www.suicide-ecoute.fr/
- guide PSSM : différent signe, phrase à dire/éviter, exemple… aussi guide sur troubles anxieux, attaque de panique : https://www.pssmfrance.fr/ressources/
  ici le guide "*Mieux aider une personne ayant des idées et comportements sicidaires*" https://www.pssmfrance.fr/wp-content/uploads/2023/01/Carnet-IDEES-SUICIDAIRES.pdf

Sujet des enfants : angle mort ! les familles dans les maisons : enfants qui viennent avec leurs parents (PMI existe) mais manquement de considération des besoins en terme de prise en charge pour les enfants (situation pédopsychiatrie compliquée en France)
⇒ *thérapie familiale et systémique recommandée*
Problème identifié Passerelles : Drôme zone rural, loin du soin psychologique et psychiatrique

3. Les psychotraumatismes

3.1 Définition

Trauma - étymologie grecque qui signifie blessure
Définition de Sabouraud-Séguin (2008) : le sujet perçoit l'événement comme une menace contre sa vie, ou son intégrité morale ou physique et vit cette situation dans un sentiment d'horreur, d'effroi ou d'impuissance. Elle apparaît de façon brutale et inattendue.
Métaphore de la blessure
Important de distinguer :

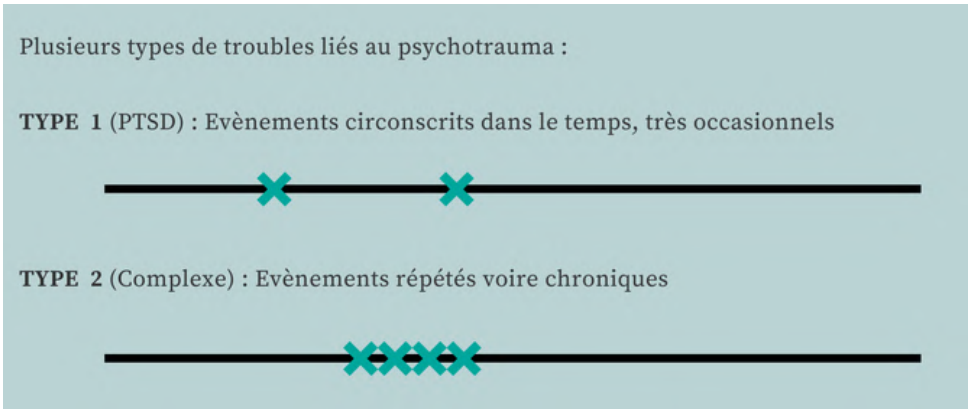
- L'événement potentiellement traumatisant
- La réponse à cet événement, selon les individus

Traumatogène : traumatisme potentiel
Traumatique : traumatisme avéré

Précautions verbales "personnes ont vécu des événements traumatiques mais tout le monde ne développe pas forcément un stress post-traumatique"

et l'inverse : un exemple avec personne ayant été victime d'un accident de voiture et délit de fuite, pas blessé et voiture pas très abîmé. Ce qui pourrait être vu comme un accrochage est vécu comme un stress post traumatique : retentissement psychologique est très important. Chez la patiente : instabilité financière + aucun soutien des proches, dévalorisation sur sa conduite ⇒ idée que si avait été + grave, elle était seule, qu'est-ce qui aurait pu se passer : la peur perdure. Cet exemple pour dire que la réponse à l'évènement va varier selon individu

3.2 Les psychotraumatismes



3.3 Symptomatologie du psychotrauma

Groupement de symptôme :

- Syndrome de répétition
- Syndrome d'évitement
- Hypervigilance
- Syndrome dissociatif
- Troubles de l'humeur
- Troubles cognitifs

⇒ *On tend à dire qu'il y a différents types de stress post-traumatiques : trauma complexe lié à des évènements répétés, voir chroniques, aussi dans un contexte où la personne n'a pas la possibilité de s'extirper du conflit (conflit armé, génocidaire, intra-familiaux) : spécificités*
⇒ Triade du début : répétition, évitement, hypervigilance : vraiment symptôme post trauma

- **Syndrome de répétition**

Capsule qui va s'ouvrir à différent moment de la vie quotidienne : en lien avec des déclencheurs
on le voit au niveau du sommeil : cauchemar, sommeil perturbé

- la scène traumatique qui revient, revient, revient : comme si ils visualisent un film de ce qui s'est passé

Peut provoquer des réveils en sursaut, terreur nocturnes, nuit perturbée
⇒ Impact sur la cohabitation
Pendant la journée : prend la forme de souvenir intrusif : des flash back (brides de souvenirs traumatiques qui reviennent) : peut prendre la forme d'hallucinations visuelles ou auditives
⇒ *Penser que qqn est psychotique alors que ce sont des symptômes de reviviscence : comme si l'événement traumatique se revivait : même intensité émotionnelle, physique…*
⇒ *Possible que des personnes explosent ! mais les personnes sont pas tout à fait avec nous, c'est comme si elle était retournées dans le passé*
Déclencheur ? une odeur, un mot, une couleur de vêtement, une communauté, une langue…
exemple opposants politiques :

- La simple vue d'un uniforme en France peut déclencher un stress ⟶ pas en lien avec situation administrative mais souvenir traumatique
- Les rangers (chaussures sécu) pour agent sécu, pompier … élément déclencheur

- **Syndrome d'évitement**

Donc les personnes vont mettre en place des stratégies pour éviter

- Pour éviter où il y a la police : éviter les gares
- Pour les naufrages : éviter la vue de l'eau
- Événement de violence : éviter la communauté, éviter certaines ethnies
- Eviter d'être seule : sur investissement car être seule c'est ce qui déclenche

= tout ce qui est mis en œuvre pour éviter les stimuli et qui réactive la mémoire traumatique.

- Evitement des souvenirs, pensées, sentiments, conversations associés au traumatique
- Evitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objects, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés
- Isolement social
- Incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatique : perte de la notion du temps, manque de linéarité du récit, confusion
- Émoussement de la réactivité générale

Stratégie pour ne pas revivre : *éviter de parler de ce qui s'est passé (.. impact sur demande d'asile).*
Stratégie d'avoir tel objet qui rassure.
Stratégie de vérification : vérifier qu'il n'y a personne derrière la porte pour pouvoir dormir.
Difficile de l'identifier ! S'apparente à des situations classiques… pour bénévoles difficulté pour repérer.
⇒ avec la répétition du comportement on peut s'interroger.
⇒ stratégies + ou - consciente de l'envahissement de la pensée en lien avec le trauma (difficile de diagnostiquer pour les patients même pour les professionnelles)
Citation d'une térapeute par Rosmerta "les personnes qui ont besoin d'un bruit de fond pour s'endormir présente une réponse traumatique a une blessure d'abandon, le bruit de la télé, des vidéos, trompe le cerveau en lui faisant croire qu'il n'est pas seul et qu'il est en sécurité"
⇒ on peut mettre en place des stratégie pour tromper le cerveau c'est intéressant !
⇒ il y a des mécanismes neurophysiologiques qui se mettent en marchent à notre insu .

Si peur d'être seul : travailler ensemble et découper les choses en étapes :

- s'imaginer ce que ça pouvait faire d'être seul à la maison
- qu'est ce qui pourrait faire du bien si vous êtes seules ? ⇒ la musique
- avant de se préparer pour sortir 5-10min.. avec musique..seule à la maison et étendre le temps ⇒ question de réapprentissage neurologique : possible d'être seule et en sécurité
- c'est bcp moins énergivore que de multiplier les activités / n'être jamais seule

- **Hypervigilance - hyper réactivité neuro végétative**

Etat d'alerte et de contrôle permanents : alarme "s'enclenche" alors qu'il n'y a pas de fumée…
Impact sur le physique : état d'hypervigilance : tension peut aussi provoquer des douleurs au niveau somatique, au niveau des muscles

- Insomnie, réveils nocturnes
- Irritabilité, colères explosives
- Sursaut
- Céphalées de tension
- Douleurs chroniques musculo-squelettiques par tension extrême
- Difficultés de concentration et retards
- Pertes de mémoire. Psychisme focalisé sur activités de surveillance et d'anticipation

Même si examen sont fait : pas perceptibles (maux de tête…) mais tension physique et psychique a des conséquences sur le corps. Impact au niveau cognitif : sur les pensées, difficulté de se concentrer pour apprendre le français, savoir les rdv, se repérer car impact sur la mémoire : cognitivement la personne est mobilisée pour sa survie.
⇒ personnes ont du mal à s'inscrire dans des activités nouvelles… impact sur la mémoire ⇒ étude prouve que c'est lié : touche surtout les mémoires liées aux nouveaux apprentissages.

L'Ecrevis : c'est le cas d'un jeune : comment on peut faire pour justifier ça ? retard scolaire, difficulté à se concentrer, apprendre…
D'un point de vue extérieur ça peut être perçu comme une paresse, un désengagement. Surtout les MNA : ce sont des ados, comme s'ils n'avaient pas envie de faire l'effort.
⇒ Faire le lien avec l'équipe pédagogique, sommeil, décalé… demande de faire de la psychoéducation pour les professeurs
MSF : Psychologue dans l'équipe fait des attestations. Équipe en lien avec l'équipe éducative + attestation psy a permis que l'école valide son diplôme. Font aussi ça sur les démarches administratives : pour les recours, attestation permet de reprendre ce qui a été dit dans les évaluations du département. La psy va dire "ce type de comportement, cette façon de répondre, cette incohérence… est dû à ses troubles psy, sa santé mentale" y ajoute aussi les rapports éducatifs expliquant la situation du jeune sur comment ça se passe à la maison.
L'Ecrevis : quand la psy n'est pas dans l'équipe : en termes de confidentialité ? l'avocate peut pas donner évaluation
MSF : quand les jeunes entrent dans l'hébergement → on a accès, sinon ça dépend de si le jeune accepte ou pas qu'on se mettent en lien avec avocat ou dossier

⇒ Confidentialité : l'objectif avant tout est de ne pas nuire ! donc là il faut parler avec la personne concernée, demander si la personne est ok de transmettre telle info, parler avec l'avocat, si le certificat psy peut venir appuyer, renforcer, appuyer du crédit à son récit.

Utilité de se mettre en réseau ? regarder les certificats ? les rendre anonymes ? les regarder, s'inspirer ?

Rosmerta : comment faire venir les jeunes vers le groupe santé "écoute et psy" ? On ne veut pas mettre l'étiquette psychothérapeutes, psychanalystes…à cause du regard des autres "si tu vois psy, t'es fou". Les jeunes ne viennent pas dans ces permanences.
⇒ On repère qu'il y a un besoin de notre côté mais il n'y a pas de demande
⇒ Atelier de sensibilisation sur la santé mentale sans le présenter comme ça ! Orienter plutôt comme par exemple "gestion du stress dans la recherche d'un emploi" changement de prisme → offrir un espace de parole, stress parle a tout le monde et pas un terme clinique ou médical
Les outils :

- photolangage…
- support du crips : boîte à outil animation "animathèque" https://www.lecrips-idf.net/outils-pedagogiques-prevention-sante-jeune

⇒ utiliser des supports de discussion pour parler de la santé de manière très globale : aussi on y parle des ressources et introduction du rôle d'un psychologue, médecin, psychiatre
⇒ aussi dire que le fait d'en parler cela permet d'avoir un sensibilité sur le réseau qu'ils peuvent utiliser avec leur entourage.

ex : ancienne patiente qui a suivi, est devenue alerte et elle oriente des personnes qu'elle connaît ⇒ c'est elle qui fait le travaille de sensibilisation.

Ces ateliers collectifs peuvent être menés par des professionnels qui ne sont pas forcément des soignants ! pour des jeunes c'est intéressant d'avoir un espace pour parler de la santé qui n'est pas un espace avec des pro du médical.

Aussi pour des ateliers français : est-ce qu'on parlerait pas du vocabulaire autour de la santé ?
Rosmerta, bénévole psy commission santé et elle a créé des liens avec certains en allant à l'hôpital… discussion avec un jeune qui a un impact sur les copains. Il reconnaît dans les entretiens des choses positives. Elle lui a dit qu'elle le sent capable d'aller voir ceux qui sont mal, ceux qui se sentent mal…
⇒ il dit qu'il en connaît, il va la faire.
C'est la question des médiateurs pairs ! lui aussi a une expertise et une sensibilité qu'il peut transmettre et qui peut aider pour la communauté, pour son entourage. Double impact positif : lui donner vision positive de lui même et peut faire impact car ce sont les pairs qui sont touchés + lui permet de regarder les autres (moins s'orienter sur lui)
Répond à la question de comment les amener à venir ? à nous utiliser ? utiliser les ressources ? créativité ! ce qui se fait en groupe, informel, formel.

en tant que psychanalyste : recevait des ado qui ne peuvent pas exprimer leurs émotions "je suis vénère" comment mettre en mot : finalement il avait honte → trouver un mot, le définir : donner une précision à un ressenti.

- **La dissociation traumatique : lors d'un événement stressant trop intense**

Décalage entre l'information extérieure et comment la personne se sent.
Comme un spectre que l'on expérimente touste.

ex : en voiture : on passe dans un point A à B, état modifié de la conscience "pilote automatique" on est dissocié de ce qui se passe dans le moment présent.

⇒ On parle plutôt d'absorption dans ce cas, c'est naturel, on peut pas tjr etre concentré pareil

On parle de dissociation traumatique quand elle est associée à un événement traumatique : quand un mécanisme se passe dans le cerveau et peut créer un court-circuit entre la mémoire, les émotions, de façon à réagir le plus rapidement possible. On passe dans un mode survie, on se coupe avec nos émotions : éviter d'être paralyser par la peur. Les personnes continuent de se dissocier dans des moments qui n'ont pas à voir avec l'événement traumatique car l'habitude de penser que ce n'est pas réel.

Il s'agit d'un état où la personne est en décalage entre l'information extérieure et la réaction attendue :

- Dépersonnalisation
- Dissociation émotionnelle (se couper émotionnellement)
- Dissociation temporelle (perdre perception temps)
- Déréalisation (pas réel)

Lié à des déclencheurs. Quand personne en face on sait qu'elle est "dissociée" par le regard : idée de Maude pour faire "revenir patient à la séance" : boire de l'eau, découper le geste, prendre conscience que j'ai le geste dans la main, prendre une gorgé : ramener dans le moment présent.

Pour être vigilant, pour reconnaître : les personnes dissociées perdent conscience de leur environnement : perdent leur affaire, font pas attention en traversant la route, se perdent.

MSF : jeune dissocie et ne s'en souvient pas : prend la forme de pleurs ou colère, agressif, tension. Difficulté de reprendre car s'en souvient pas, comportements qu'il ne maîtrise pas.

⇒ On parle d'état modifié de conscience : quand les personnes sont absorbées, mode automatique, les personnes ne se souviennent pas de ce qui se passe.

! Dissociation apparaît en situation de stress, donc aussi à l'évaluation minorité ou récit asile

ex rigoler a la cnda : refus alors qu'il a rigoler → mécanisme mis en place par le corps qui paraissent dysfonctionnel mais manière de se protéger.

Commentaire final : tous les bénévoles devraient être invités à ce genre d'écoute et pareil éducation nationale… conforter l'importance de l'accompagnement. A l'inverse c'est "dangereux "d'accompagner sans avoir ces ressources et outils.