

LE
REFUGE | L'OBSERVATOIRE
DES VULNÉRABILITÉS
QUEERS PANORAMA 2026



Auteur·ice et Direction Artistique :

Loïc Chave (iel)

Remerciements :

À toutes les équipes présentes sur le terrain, dont l'engagement quotidien, parfois au prix d'une charge émotionnelle considérable, trace l'horizon d'un futur à toute une nouvelle génération de personnes queers.

Cellule scientifique :

Geneviève Adt (elle), Angela Bel (elle), Kenza Benzidan (iel-elle), Caroline Cambronne (elle), Garance Capellier (tous pronoms), Laetitia Challis (elle), Loïc Chave (iel), Rachel Chea (elle-il), Marie Delavigne (elle), Françoise Druransson (elle), Estelle Espanol (elle), Junel Guillaume-Kreel (il), Hediyeenur Kapan (elle), Solène Kervazo (elle), Elisabeth Millot (elle), Salomé Mounier (elle), Thereza Portinari (elle), Mariano Rodriguez (il), Frédérick Russet (il), Marion Swider (elle), Paul Vizy (il), Affaf Yahî (iel).

Conception graphique :

Miguel Alves (il)

Directeur de la publication :

Pacôme Rupin (il)

Photographies :

Club Kid Symte Biose (iel),
photographié·e par Simon Lerat (il)

Typographie :

Clash Grotesk © Fontshare
Adelphe © Eugénie Bidaut (elle)
de la collective queer Bye Bye Binary

PANORAMA 2026 DE L'OBSERVATOIRE DES VULNÉRABILITÉS QUEERS

La santé mentale au Refuge : l'indispensable
à la réinsertion.



Le Refuge, depuis plus de vingt ans, héberge et accompagne l'insertion de jeunes LGBTQIA+ victimes de violences intra-familiales. En 2025, Le Refuge reçoit 21 appels par jour sur sa ligne d'écoute, accompagne 600 personnes et en héberge 400. Depuis trois ans, l'Observatoire du Refuge met en lumière les vulnérabilités spécifiques aux communautés queer. Il consacre son Panorama 2026 à la santé mentale.

Face aux violences et à la précarité grandissante survécues par les personnes accueillies, le Refuge s'efforce de consolider son accompagnement psychologique, indispensable à la reconstruction. Chaque jeune peut demander le soutien d'une psychologue intervenant au Refuge, ainsi qu'un relais vers le droit commun. C'est sans compter sur le travail essentiel des équipes salariées de l'action sociale et des bénévoles du Refuge, pour lesquels nous développons l'accès à des formations spécifiques sur le sujet, à un soutien psychologique et à des analyses de pratique.

Malgré nos efforts, nous manquons de moyens et nous nous sentons impuissantes face à l'état souvent très dégradé de la santé mentale des personnes que nous accompagnons. C'est pourquoi je vous invite à plonger dans le récit de Loïc Chave, Responsable de notre Observatoire, qui raconte les témoignages des jeunes personnes que nous accueillons et des psychologues du Refuge. Ce travail explique avec précision et sans détour les dégâts considérables causés par les violences, et le lent processus de reconstruction qui se fait rarement sans rechute.

Ce panorama est aussi un appel aux pouvoirs publics et à nos soutiens à prendre conscience des moyens dont nous avons besoin si nous voulons avoir une chance de proposer les conditions nécessaires à la réinsertion.

Pacôme Rupin (il)

Directeur général de la Fondation Le Refuge

Sous l'eau, on n'entend plus la surface. Face aux violences, nombreuses personnes queers trouvent refuge dans l'isolement ; se coupent du monde. L'artiste Symte Biose, en couverture de ce rapport, donne corps à cette submersion.

À travers le témoignage des psychologues du Refuge, cette nouvelle édition du Panorama raconte les mécanismes de survie des personnes accompagnées face au nombre et à la brutalité des violences survécues ; l'impact alarmant de ces violences et de la précarité sur leur santé mentale. Les psychologues observent de manière omniprésente des périodes de décompensation à la suite de mises à l'abri ; accompagnent une majorité de personnes confrontées à des souffrances psychiques ; nombreuses à des troubles psychiatriques.

Le rapport invite les services publics et financeur·euses à considérer la mise à l'abri non comme le début de la reconstruction, mais comme un temps de répit et de stabilisation nécessaire avant que cette reconstruction puisse véritablement s'engager. Ainsi doit être pleinement reconnue la dimension sanitaire et sociale du Refuge ; doit être valorisé l'impact des travailleur·euses sociaux·les sur la santé mentale des personnes accompagnées ; valorisée la coordination psychosociale dans l'accès aux soins ; doit être donné aux équipes les moyens d'accompagner, au-delà de seulement mettre à l'abri ou réaliser des tâches administratives.

Les psychologues font également le portrait d'une psychiatrie publique française à bout de souffle. L'accompagnement psychologique du Refuge ne peut pas remplacer une prise en charge psychiatrique et pluridisciplinaire. Mais lorsque les besoins augmentent tandis que le droit commun ne peut les absorber, la frontière entre soutien psychologique et prise en charge sanitaire devient difficile à maintenir ; dans un contexte plus large où l'action sociale en France manque elle-même de moyens humains et financiers.

Le rapport fait donc le constat d'un Refuge qui paie les pots cassés d'une psychiatrie publique et d'une lutte contre les LG-BTQIAphobies sous-financées.

En complément des entretiens menés auprès des psychologues du Refuge, 73 personnes accompagnées en juillet 2026

ont accepté de répondre aux questions de l'Observatoire. Cette enquête, inédite dans l'histoire du Refuge, permet de documenter leur expérience des violences, de la santé mentale, des conduites à risque et de l'accès aux soins. Les questions s'appuient sur des outils issus de la recherche en psychiatrie et sur le modèle du stress minoritaire d'Ilan H. Meyer.

La mise à l'abri suspend l'urgence. Encore faut-il remonter à la surface.

Loïc Chave (iel)

Responsable de l'Observatoire des vulnérabilités queers
de la Fondation Le Refuge



La mise à l'abri serait communément associée à une amélioration immédiate des conditions sanitaires et sociales de l'individu. Sortir de la rue ou d'un domicile dangereux marquerait la fin d'une situation d'urgence. La personne hébergée serait en sécurité. Elle pourrait rapidement commencer à se reconstruire. Elle pourrait entreprendre des démarches administratives et professionnelles. Elle pourrait se projeter dans l'avenir. Il s'agit d'une représentation erronée de la réalité.

Les professionnel·les du Refuge montrent une réalité bien plus complexe. Avant leur arrivée au Refuge, les personnes hébergées ont fait face aux violences, au rejet familial, à l'exil, à l'insécurité, à la précarité⁰¹... Elles y ont fait face pendant des semaines, des mois, des années.

Face à une menace prolongée, l'organisme mobilise ses systèmes physiologiques et psychiques d'adaptation : ce sont des mécanismes de protection qui se mettent en place. Ils permettent de continuer à vivre dans un environnement hostile. Lorsque cette mobilisation se prolonge, elle a un coût important pour la santé. La notion de charge allostatique décrit l'usure cumulative de l'exposition répétée au stress sur la santé mentale et physique.

À leur arrivée au Refuge, la plupart des personnes hébergées baissent leurs défenses. La mise en sécurité constitue un moment de relâchement. Les personnes n'ont plus à mobiliser avec la même intensité les mécanismes de protection qui leur permettaient de faire face à l'urgence et aux violences. La fatigue accumulée trouve enfin un espace pour s'exprimer. Surgit donc un mécanisme d'épuisement total, la décompensation.

Cette décompensation peut prendre différentes formes de manifestations psychologiques : fatigue intense, crises d'angoisse, pleurs fréquents, anxiété sociale, isolement, troubles importants du sommeil, sidération, conduites impulsives, sentiment de perte de contrôle... Des idées suicidaires peuvent apparaître. Émergent des souvenirs et émotions jusque-là contenus. Des symptômes psychotraumatiques peuvent devenir plus présents : reviviscences, cauchemars, évitement, dissocia-

01. Retrouvez un état des lieux des violences et problématiques rencontrées par les personnes accueillies au Refuge dans l'édition 2025 du Panorama.

tion, hypervigilance... La décompensation peut révéler ou aggraver des difficultés psychiques ; également des troubles psychiatriques.

Les psychologues du Refuge observent de manière omniprésente des périodes de décompensation à la suite de mises à l'abri ; accompagnent une majorité de personnes confrontées à des souffrances psychiques ; nombreuses à des troubles psychiatriques.

Les travailleur·euses sociaux·les du Refuge prennent en compte cette période de décompensation dans leur accompagnement. Les attentes en matière de démarches administratives, de formation, d'emploi ou de relogement sont ajustées à l'état psychique de chaque personne. L'épuisement accumulé vient réduire les capacités à se mobiliser et à prendre des décisions. L'accompagnement social accorde une grande importance à la stabilisation psychique, avant d'engager progressivement les démarches d'insertion.

Cette réalité vient étendre la nature des missions exercées au Refuge. Les équipes ne répondent pas uniquement à des problématiques de logement et de réinsertion. Elles accompagnent aussi les conséquences en santé mentale de parcours marqués par des traumatismes. La stabilité résidentielle est une condition pilier de la reconstruction, mais elle ne suffit pas à répondre aux besoins en santé mentale. L'amélioration des conditions matérielles n'efface pas les conséquences sur la santé mentale des violences, des ruptures familiales et amicales, de l'errance et de la précarité.

L'orientation rapide et systématique des personnes accueillies vers un soutien psychologique pourrait apparaître comme une évidence. Elle n'est pourtant pas toujours adaptée au moment où les personnes arrivent au Refuge.

Après des parcours marqués par les violences, beaucoup ne sont pas encore en capacité de formuler une demande de soin, de se rendre régulièrement à des rendez-vous, et encore moins d'engager un travail psychologique. Il est nécessaire de reconstruire une certaine stabilité.

Interviennent alors les travailleur·euses sociaux·les et les bénévoles du Refuge, ils contribuent à créer les conditions dans lesquelles un accompagnement psychologique pourra devenir possible.

Cette restauration passe par des actions qui peuvent sembler éloignées de la santé mentale : prendre un café, faire des courses, découvrir son nouveau quartier, participer à une activité... Sans constituer un accompagnement psychologique à proprement parler, elles participent à la restauration du bien-être. Elles restaurent les conditions nécessaires à l'entrée dans le soin. Elles permettent de réinscrire les personnes accueillies dans un quotidien. Elles permettent de réintroduire des repères dans ce quotidien.

Ces moments contribuent également à rompre l'isolement et à inscrire progressivement les personnes dans leur nouvel environnement. Ils sont particulièrement importants lorsque la mise à l'abri implique un éloignement géographique. Beaucoup de personnes accueillies au Refuge demandent un hébergement loin de leur ville d'origine : afin de s'éloigner des auteur·ices de violences ; afin d'avoir plus de chances d'obtenir un hébergement, puisque disposé·es à déménager dans n'importe quelle ville. Pour d'autres, c'est le manque de place qui ne permet pas un hébergement dans leur ville d'origine.

D'un côté, trouver un nouveau toit peut protéger une personne d'un environnement dangereux ; d'un autre, éloigne cette personne de ses relations et de ses habitudes. Le logement ne suffit pas à produire un sentiment d'ancrage. La mise à l'abri peut ainsi produire un paradoxe : protéger la personne d'un environnement dangereux ; créer de la solitude. La ré-

ponse à l'urgence résidentielle appelle donc immédiatement une réponse relationnelle.

Sans accompagnement, certaines personnes resteraient isolées dans leur appartement et n'en sortiraient que pour quelques rendez-vous administratifs et de santé. Une forme d'entre-deux pourrait alors s'installer : la personne n'est plus exposée à l'urgence, sans être encore inscrite dans une nouvelle vie sociale. Cette période d'attente pourrait favoriser l'isolement et les manifestations psychologiques, notamment les ruminations. Lorsque font défaut les ressources psychiques pour investir seule ce nouvel environnement, d'anciens mécanismes d'adaptation peuvent également réapparaître. Certaines personnes pourraient notamment se tourner vers la consommation de substances ou des pratiques qui les exposent à de nouvelles violences.

Au Refuge, une grande partie des hébergements prend la forme d'appartements de plusieurs chambres. S'y installer suppose donc aussi de trouver sa place dans un logement en colocation où d'autres vivent déjà, avec leurs habitudes et leurs règles. Les personnes accueillies doivent ainsi partager leur quotidien et s'adapter à des personnes envers lesquelles la confiance n'est pas encore construite. Pour des parcours marqués par les violences et des ruptures, cette cohabitation peut constituer une difficulté supplémentaire qui est accompagnée par les travailleur·euses sociaux·les et les bénévoles.

Le lien de confiance construit entre les personnes accueillies et les équipes devient alors très important. Les parcours des personnes accueillies sont fréquemment marqués par des ruptures relationnelles et des relations violentes. La théorie de l'attachement permet de comprendre l'importance que peuvent prendre la disponibilité et la prévisibilité des adultes de référence dans des parcours marqués par des relations précoces instables ou insécurisantes. La régularité de l'accompagnement permet progressivement aux personnes accueillies de faire l'expérience de relations dans lesquelles l'autre reste présent·e. Elle contribue à construire la confiance nécessaire au projet d'accompagnement.

L'importance du financement à long terme de l'action sociale réside en ce qu'un accompagnement discontinu peut fragiliser cette relation. Les changements d'interlocuteur·rices et les absences répétées pourraient donner le sentiment d'un

accompagnement en pointillé. L'enjeu réside aussi dans ce que l'absence ponctuelle de le·a professionnel·le pourrait signifier pour une personne dont le parcours a déjà été marqué par des ruptures : la possibilité que la relation nouvellement construite ne soit, elle non plus, ni stable ni durable.

Cela permet également d'appréhender différemment certains comportements. Une attitude agressive, une sollicitation importante de le·a travailleur·euse social·e ou, à l'inverse, un faible investissement de la relation ou des fluctuations dans l'engagement des personnes accompagnées peuvent aussi traduire des difficultés à exprimer un besoin ou à faire confiance à l'autre. Comprendre ces mécanismes permet de ne pas réduire certaines réactions à un manque de motivation, ou à une opposition à l'accompagnement.

Cette conception du travail social se heurte toutefois aux financements disponibles. L'augmentation du nombre de personnes en demande d'accompagnement, associée au poids des tâches administratives et du travail de compte-rendu, réduit le temps consacré aux rencontres informelles. Le risque à long terme est celui d'un déplacement progressif du travail social vers une fonction principalement administrative : ouvrir des droits, distribuer des aides... Ceci au détriment du temps consacré à la relation et à l'accompagnement dans le quotidien. Leur maintien suppose que les équipes disposent d'un temps et d'effectifs suffisants ; et donc de financements adaptés.



Les personnes accompagnées viennent régulièrement témoigner des expériences de violences ou des traumatismes aux travailleur·euses sociaux·les et bénévoles. Ce lien de confiance le permet. Pourtant, recueillir la parole ne signifie pas engager un travail thérapeutique. Raconter en détail un événement traumatique peut exposer la personne à une détresse importante. La personne peut également avoir le sentiment d'avoir déjà parlé de son histoire et rencontrer ensuite des difficultés à la réinvestir dans un espace thérapeutique.

L'articulation entre travail social et psychologique devient alors nécessaire. Dans les délégations d'accueil sont régulièrement organisées des réunions pluridisciplinaires, à savoir des temps de synthèse entre les travailleur·euses sociaux·les et les psychologues.

Ces réunions permettent d'articuler les différentes dimensions de l'accompagnement et de l'aiguiller en fonction des besoins et attentes des personnes. Il s'agit pour l'équipe de repérer les leviers et les freins éventuels selon les situations. Au-delà de ces réunions, la coordination psychosociale permet aux équipes de réagir plus vite en cas de doute sur la sécurité des personnes accueillies et d'être dans une démarche réflexive continue.

Enfin, cette coordination permet de penser collectivement le moment opportun pour proposer un suivi psychologique. La question de l'envie ou non de la personne de suivre un accompagnement psychologique est évidemment centrale.

Certaines personnes accueillies demandent à voir un·e psychologue, d'autres non. L'absence de demande ne signifie pas nécessairement l'absence de besoin. Dans cette période de décompensation et de réorganisation du quotidien, la santé mentale ne constitue pas nécessairement une priorité pour la personne. L'accompagnement suppose alors une logique d'« aller-vers » : ne pas attendre qu'une demande de soin soit parfaitement formulée, mais créer progressivement les conditions permettant que cette demande émerge.

Dans de nombreuses délégations, les travailleur·euses sociaux·les proposent aux personnes accueillies des rendez-vous administratifs les jours de permanence psycholo-

gique afin de faciliter une première rencontre informelle. Des psychologues tiennent également à être présent·es dans les espaces collectifs et se présenter spontanément aux personnes accueillies sans qu'un rendez-vous thérapeutique ait nécessairement été organisé. Le premier contact avec le·a psychologue peut ainsi précéder la demande de suivi elle-même.

Certaines personnes peuvent également se montrer réticentes à l'idée d'un accompagnement psychologique. Pour les personnes trans notamment, la relation avec la psychologie et la psychiatrie s'inscrit dans une histoire de pathologisation et de *gatekeeping*⁰². L'accès aux parcours d'affirmation de genre a longtemps été conditionné à l'évaluation et à la validation de professionnel·les de la santé mentale. Cet héritage, mais aussi la persistance de pratiques pathologisantes et discriminatoires, peut nourrir une méfiance à l'égard du système de soins.

Angela Bel (elle) est psychothérapeute au Refuge de Marseille depuis 14 ans. Elle fait ainsi de la « démystification » du psychologue une première étape de son travail. Dès la première rencontre, elle interroge les expériences antérieures de la personne afin d'identifier ce qui pourrait nourrir une appréhension du suivi : *« Je vais leur demander s'ils ont déjà vu un psy, quelle a été leur expérience, ce qui était positif, ce qui était négatif. Ça aide à mettre des mots sur des situations vécues. Particulièrement pour ceux qui viennent d'un parcours psychiatrique ou de l'Aide sociale à l'enfance, où les rendez-vous étaient souvent imposés ».*

L'adhésion au principe d'un suivi ne garantit pas non plus sa continuité. Nombreuses personnes orientées vers un suivi psychologique, un centre médico-psychologique, un service hospitalier ou un médecin ne se rendent pas aux rendez-vous proposés. Les raisons peuvent être multiples. Dans une période où les préoccupations matérielles, administratives et psychiques s'accumulent, prendre soin de sa santé mentale peut être difficile à identifier comme une priorité. La difficulté peut également résider dans la capacité même à organiser et maintenir une démarche de soin.

02. qui conditionne l'accès à certains soins ou parcours médicaux à une évaluation voire une autorisation préalable.

La difficulté à engager ou à maintenir une démarche de soin peut s'envisager sous un angle développemental. Frédérick Russet (il) est psychologue clinicien développementaliste. Il exerce en pédopsychiatrie hospitalière depuis 15 ans. Il intervient un mercredi après-midi par semaine auprès des personnes accueillies au Refuge de Montpellier ; une fois par mois en réunion de synthèse avec les équipes sociales. Son approche développementaliste invite à considérer l'autonomie non comme une compétence automatiquement acquise avec l'âge, mais comme le résultat d'un processus d'apprentissage.

Ce développement s'effectue à travers des expériences et des apprentissages soutenus notamment par l'environnement familial et social. Prendre un rendez-vous médical, ouvrir un compte bancaire, effectuer une démarche administrative ou identifier la personne vers laquelle se tourner en cas de difficulté sont des apprentissages souvent accompagnés par l'environnement familial. Or, les ruptures familiales précoces et les parcours marqués par les violences ont parfois privé les personnes accueillies de cet accompagnement.

Plutôt qu'un manque de volonté ou d'investissement, ces difficultés peuvent témoigner d'apprentissages qui n'ont pas pu avoir lieu ou être suffisamment consolidés. La coordination psychosociale contribue à accompagner progressivement ces apprentissages. Il s'agit d'apporter aux personnes l'étayage nécessaire à l'acquisition progressive de leur autonomie.

LE CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Depuis une dizaine d'années, Le Refuge généralise l'accès des personnes accueillies à un soutien psychologique. Des budgets sont prévus dans chaque délégation. Depuis deux ans, les psychologues ont à disposition une convention destinée à harmoniser le cadre de leur intervention. Celle-ci prévoit des séances individuelles auprès des personnes accueillies, mais aussi la participation à des réunions mensuelles avec les équipes sociales. L'objectif est de dépasser la juxtaposition d'un accompagnement social et d'un suivi psychologique pour favoriser la coordination psychosociale.

Au tout début du parcours de la personne accompagnée, les équipes cherchent à favoriser une première rencontre avec les psychologues. Cette rencontre constitue un temps de présentation et d'explication de l'accompagnement psychologique. Il s'agit d'évaluer avec la personne ses besoins et d'identifier d'éventuelles difficultés nécessitant une orientation spécialisée. Il s'agit également de savoir s'il y a eu une rupture de traitement car beaucoup de personnes ne le mentionnent pas.

Cette première rencontre ne débouche pas systématiquement sur une psychothérapie. Ce qui est proposé au Refuge relève d'abord d'un accompagnement de soutien, sans pré-supposer l'existence d'une difficulté psychique. La frontière avec le suivi thérapeutique est néanmoins très mince : face à la sévérité des traumatismes, des difficultés psychiques et aux difficultés d'accès aux soins extérieurs, des psychologues sont amenés quasi systématiquement à engager un travail thérapeutique renforcé chez les personnes reçues.

Le suivi psychologique au Refuge se déploie dans des conditions bien différentes de celles d'un cabinet libéral. Les personnes accueillies peuvent présenter des besoins importants en santé mentale sans être mentalement disposées à engager un travail psychothérapeutique régulier. La régularité des rendez-vous peut être aussi difficile à maintenir. Les psychologues décrivent un rythme de suivi qui n'est pas déterminé à l'avance. Une absence à un rendez-vous ne signifie pas nécessairement l'abandon de la démarche. Maintenir le lien et rester disponible permet à la personne de reprendre le suivi lorsque celui-ci redevient possible.

Les personnes accompagnées par les psychologues accordent beaucoup d'importance au choix et à l'autonomie dans la relation thérapeutique : notamment le choix de la temporalité des rendez-vous et des sujets discutés. Cela permet de renforcer leur sentiment de pouvoir agir sur leur propre parcours. Cette question de l'autonomie est très importante pour des personnes dont le parcours a pu être marqué par des décisions prises à leur place ; des personnes qui ont été objet de leur famille et des institutions. Le suivi constitue un espace où la personne retrouve une position de sujet.

Le suivi thérapeutique peut alors s'inscrire dans la durée, à des fréquences variables. Il s'agit moins de la résolution d'une problématique psychique que de faire évoluer des schémas psychiques, ou la manière dont la personne se représente elle-même et son histoire. Par exemple, il peut s'agir de pouvoir renoncer à l'attente d'une reconnaissance familiale qui maintenait jusque-là la personne dans une situation de souffrance.

Certaines personnes viennent d'abord chercher un espace dans lequel déposer une expérience ou une souffrance. Françoise Druransson (elle) est psychologue au Refuge de Rennes. Elle explique ainsi demander à la personne ce qu'elle attend d'elle avant d'engager un travail sur un événement traumatique. Pouvoir raconter une expérience traumatique ne signifie pas nécessairement être prêt·e à entreprendre un travail thérapeutique sur ce qui est raconté. Respecter le rythme de la personne est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'aborder des expériences traumatiques.

La même prudence concerne également la manière dont les expériences traumatiques sont recherchées. Affaf Yahi (iel) est thérapeute au Refuge d'Avignon. Iel souligne le risque d'induire un récit en interrogeant directement une personne sur des violences qu'elle n'est pas prête à aborder, voire qui ne font pas partie de son parcours. Iel privilégie donc un travail à partir des difficultés présentes, laissant progressivement émerger les expériences passées lorsque la personne est en mesure de les nommer.

Les outils thérapeutiques mobilisés témoignent de la même flexibilité. Les psychologues interrogées décrivent des orientations et des pratiques très diverses : entretiens psychothérapeutiques, psychoéducation, techniques de respiration et

de relaxation, EMDR, thérapies brèves, hypnose, analyse transactionnelle ou encore médiations artistiques.

Le modèle classique d'un entretien individuel, assis face à face dans un bureau, ne convient pas nécessairement à toutes les personnes. De nombreuses délégations du Refuge expérimentent ainsi des modalités différentes : groupes de parole, supports graphiques ou ludiques, activités collectives, randonnée, culinothérapie ou *walking therapy*...

Ces dispositifs peuvent remplir plusieurs fonctions. Mariano Rodriguez (il) est psychologue clinicien spécialisé en addictologie. Il travaille avec le Refuge de Perpignan depuis dix ans. Il a instauré des ateliers d'art-thérapie où le support (peinture, glaise...) offre un intermédiaire à partir duquel peuvent être représentés puis verbalisés des affects jusque-là difficiles à exprimer. Un support artistique peut permettre de manifester un ressenti qui n'est pas encore accessible à la verbalisation. Le groupe peut rendre l'expression moins intimidante et permettre de constater que certaines expériences ou émotions sont partagées. L'activité peut enfin créer du lien avec le psychologue sans que celui-ci soit immédiatement identifié à une injonction à parler de soi.

De plus en plus de délégations du Refuge expérimentent également la *walking therapy*. Il s'agit tout simplement de mener un entretien psychologique en se promenant. Cette thérapie déplace la consultation hors du cabinet pour permettre un échange en marchant. De nombreuses personnes trouvent plus facile de parler côte à côte et en mouvement.

Ces activités permettent d'élargir les portes d'entrée vers le soin, mais aussi de travailler la santé mentale en dehors du seul cadre thérapeutique. Elles permettent d'expérimenter concrètement ce qui peut contribuer au bien-être, ou simplement rendre le quotidien plus agréable. Ces interventions sont complémentaires du travail thérapeutique : prendre soin de sa santé mentale ne signifie pas nécessairement être en thérapie. Leur mise en œuvre nécessite néanmoins un temps de travail conséquent pour les psychologues, aujourd'hui limité.





Les psychologues du Refuge racontent avoir été décontenancé·es, à leur arrivée, par le nombre et le niveau de brutalité des violences vécues par les personnes accueillies ; particulièrement frappé·es par leur résilience. Les stratégies qu'elles ont développées ont souvent permis de faire face à des environnements particulièrement hostiles ; pour beaucoup, ont dégradé leur santé mentale. Le psychologique, au Refuge, ne peut donc pas être dissocié du social.

Les psychologues invitent à ne pas individualiser des difficultés psychiques dont les déterminants sont sociaux. Une telle lecture permet d'éviter une psychologisation excessive des difficultés rencontrées par les personnes accueillies. Celles-ci se retrouvent au croisement de trois facteurs d'exposition aux violences : elles ont en commun d'être LGBTQIA+, jeunes et d'avoir connu l'errance. Ces trois dimensions ne doivent pas être considérées comme une simple addition de vulnérabilités indépendantes les unes des autres. Elles créent des violences et conséquences psychiques bien particulières.

Les violences transforment également la manière dont la personne se comporte dans son environnement. Les violences n'ont plus besoin de se produire à chaque interaction pour continuer à produire du stress. C'est le passage des facteurs de stress externes (distaux), aux processus internes de stress (proximaux) dans le modèle du stress minoritaire de Virginia Brooks et Ilan H. Meyer : se cacher pour se protéger (hyperadaptation) ; surveiller son environnement pour anticiper le danger (hypervigilance) ; parfois intégrer progressivement une partie du regard négatif porté sur son propre groupe (queerphobie intériorisée). Ce modèle a été conçu pour parler de l'expérience des personnes queers⁰³. Il sera adapté, dans les pages qui suivent, en intégrant les autres facteurs de vulnérabilités des personnes accueillies, à savoir le jeune âge et la précarité.

03. Le terme queer est utilisé comme synonyme de LGBTQIA+

L'exposition répétée aux discriminations et aux violences conduit les personnes à développer des stratégies pour s'en protéger. Une personne peut apprendre à modifier son apparence ou les informations qu'elle communique afin de réduire le fait d'être identifiée comme LGBTQIA+.

Le modèle du stress minoritaire désigne ce processus par la notion de dissimulation identitaire, ou d'hyperadaptation. Les personnes ont appris à lire ce qui est attendu d'elles et à s'y conformer. Elles peuvent éviter de parler de leur vie affective, ne pas mentionner leur partenaire, contrôler leur voix, modifier leurs vêtements ou leur démarche, éviter certains mots ou gestes...

76 % des personnes accompagnées par le Refuge déclarent avoir déjà évité de parler de certains aspects de leur vie susceptibles de laisser penser qu'elles sont LGBTQIA+⁰⁴. 86 % des personnes accompagnées déclarent avoir déjà modifié leur comportement par peur d'être victimes de discrimination.

Nombreuses personnes accompagnées décrivent aux psychologues le sentiment de devoir « surveiller chaque geste » afin de ne pas être identifiées comme queers. Elles cherchent à « se fondre dans le moule ; faire croire qu'elles sont comme les autres, qu'elles vont bien... ». Cette adaptation peut être consciente ou progressivement devenir plus automatique.

04. Les personnes accompagnées traversant les situations de plus grande détresse ont pu être moins disponibles pour répondre au questionnaire de l'Observatoire, bien que susceptibles d'être particulièrement concernées par les sujets étudiés dans ce Panorama. Les résultats présentés pourraient ainsi sous-estimer l'ampleur de certaines difficultés au sein de la population accompagnée. Certaines personnes sollicitant un accompagnement n'ont également pas pu être accueillies par Le Refuge, leurs troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge dépassant les moyens dont dispose la Fondation.

Les psychologues décrivent plusieurs coûts possibles de cette dissimulation : une charge cognitive liée à la surveillance des informations communiquées, une difficulté à développer certaines relations authentiques, un accès plus limité au soutien social ou communautaire et le sentiment de devoir séparer différentes dimensions de sa vie. Une interaction sociale apparemment ordinaire peut ainsi nécessiter un travail psychique supplémentaire.

L'arrivée dans un espace plus sécurisant comme Le Refuge ne signifie pas que la personne cesse immédiatement de contrôler

son comportement ou d'anticiper les réactions des autres. Un mécanisme appris pendant plusieurs années peut continuer à être mobilisé alors même que le contexte a changé. Le travail d'accompagnement consiste alors moins à supprimer une stratégie qu'à permettre progressivement à la personne d'évaluer si celle-ci reste nécessaire.

L'hyperadaptation peut donner extérieurement l'impression qu'une personne va bien ou qu'elle s'intègre facilement. Geneviève Adt (elle) est coach thérapeute psychopraticienne depuis 13 ans au Refuge d'Île-de-France. Elle observe que cet équilibre peut devenir difficile à maintenir, notamment au moment de chercher un emploi ou de conserver un poste. L'effort nécessaire pour « se fondre dans le moule » peut finir par atteindre ses limites. L'hyperadaptation peut rendre la souffrance moins visible précisément parce que la personne a appris à ne pas la montrer.

HYPERVIGILANCE

Anticiper de possibles violences peut devenir permanent. La personne ne modifie plus seulement son comportement lorsqu'elle identifie une menace ; elle apprend à rechercher continuellement dans son environnement les signes susceptibles de l'annoncer. La dissimulation rejoint alors un autre processus du stress minoritaire : l'anticipation du rejet ou l'hypervigilance.

Une expérience de violence peut ainsi continuer à produire des effets alors même qu'elle est terminée. Hediyeur Kapan (elle) est psychologue spécialisée en neuropsychologie clinique et intégrative auprès du Refuge du Havre. Les personnes qu'elle accompagne parlent de tensions, d'une difficulté à se détendre, du besoin de regarder régulièrement derrière elles dans la rue, de fermer une porte pour se sentir en sécurité...

L'hypervigilance se manifeste dans des situations très ordinaires. Entrer dans une pièce peut conduire à observer rapidement les personnes présentes. Marcher dans la rue peut supposer de surveiller ce qui se passe derrière soi. Prendre les transports peut nécessiter d'évaluer les regards et les comportements des autres. Arriver dans un nouvel environ-

nement, notamment une entreprise, peut conduire à rechercher les signes permettant de déterminer s'il est sûr.

Geneviève Adt décrit par exemple des personnes qui arrivent en consultation après avoir marché très rapidement ou couru dans la rue afin de ne pas être regardées ou interpellées. Elle observe également des malaises dans les transports et une anxiété sociale importante. Selon elle, la plupart des personnes accompagnées ne sont « jamais tranquilles à l'extérieur ».

87 % des personnes accompagnées déclarent avoir déjà craint, lors d'une première rencontre, d'être jugées, moins appréciées ou rejetées parce qu'elles sont LGBTQIA+. 97 % des personnes déclarent avoir déjà été particulièrement vigilantes ou être restées sur leurs gardes par crainte d'être discriminées, insultées ou agressées en raison du fait d'être LGBTQIA+.

Comme l'hyperadaptation, l'hypervigilance ne doit pas être considérée uniquement comme une réaction psychologique incohérente. Elle constitue une adaptation à un risque qui peut être réel. Pour une personne ayant déjà subi des violences en raison de son orientation sexuelle, de son identité ou de son expression de genre, être attentive à son environnement peut permettre d'identifier un danger et de s'en éloigner.



L'exposition répétée aux représentations négatives peut progressivement modifier la manière dont les personnes se perçoivent elles-mêmes. Le modèle du stress minoritaire désigne ce processus par la notion d'homophobie intériorisée. Des travaux l'ont ensuite étendu aux autres minorités sexuelles et de genre, en parlant de lesbophobie, de biphobie ou de transphobie intériorisée. Plus largement, il est possible de parler de *queerphobie* intériorisée ou de stigmatisation intériorisée : *queerphobie* car les dimensions de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre sont intrinsèquement liées dans notre société *hétérocisnormative*⁰⁵ ; stigmatisation car le modèle du stress minoritaire est applicable à d'autres minorités, notamment les personnes racisées.

Nombreuses personnes accompagnées éprouvent de la honte vis-à-vis de leur orientation sexuelle ou identité de genre. Certaines cherchent à s'en éloigner, évitent les espaces LGBTQIA+, ressentent un malaise au contact d'autres personnes queers, critiquent des comportements ou des expressions de genre qu'elles peinent à accepter chez elles-mêmes, ne comprennent pas pourquoi elles ne seraient pas « comme les autres »...

62 % des répondant·es déclarent avoir déjà souhaité ne pas être LGBTQIA+ parce qu'ils avaient le sentiment que cela faisait d'eux une personne « moins bien » que les autres. 59 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà ressenti de la honte vis-à-vis de leur orientation sexuelle, de leur identité ou de leur expression de genre.

Après une rupture familiale, certaines personnes peuvent donc considérer que l'expulsion ou le rejet sont la conséquence de ce qu'elles sont : si elles avaient correspondu aux attentes de leurs parents, ils ne les auraient pas mises dehors. Une personne peut donc progressivement passer de l'idée « mes parents rejettent mon homosexualité » à « quelque chose ne va pas chez moi ; je ne mérite peut-être pas d'être aimé·e ». Cela déplace progressivement la responsabilité de la violence.

05. Qui considère l'hétérosexualité et la cisidentité comme seuls modèles relationnels légitimes, naturels et moraux ; consciemment ou non.

Lorsque la personne se considère responsable du rejet dont elle a été victime, il devient plus difficile de reconnaître la violence

comme extérieure à elle-même. Un travail de déconstruction est alors souvent nécessaire avant la reconstruction qui suppose de pouvoir progressivement replacer la responsabilité là où elle se situe. En entretien individuel, les psychologues cherchent rapidement à restituer l'idée que la violence subie par la personne ne constitue pas la preuve qu'elle serait elle-même le problème.

Cette intériorisation peut être rapprochée d'une forme plus inconsciente d'hyperadaptation. Dans la dissimulation identitaire, la personne sait généralement qu'elle modifie son comportement pour éviter une réaction négative. Dans la stigmatisation intériorisée, la personne ne cherche plus uniquement à correspondre à une norme pour éviter d'être rejetée : elle intègre l'idée que cette norme serait légitime et que c'est son identité qui devrait changer.

La plupart des psychologues rencontrent donc des personnes dont les difficultés d'estime de soi occupent une place importante. Certaines psychologues décrivent au contraire des personnes déjà engagées dans un processus important d'affirmation de leur identité. Des psychologues observent notamment cette situation auprès de personnes engagées dans des parcours d'exil qui décrivent peu de dévalorisation directement liée à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre. Elles sont plutôt porteuses d'espoir, ayant fait des milliers de kilomètres pour construire leur vie.

Il faut également prendre en compte un possible effet de sélection propre au Refuge. Une grande partie des personnes accueillies a déjà fait un coming-out et rejoint une structure LGBTQIA+. Ces démarches peuvent supposer un niveau d'acceptation de soi différent de celui de personnes qui restent totalement isolées ou qui ne peuvent pas encore nommer leur orientation ou leur identité.

Les psychologues du Refuge et les études récentes du modèle du stress minoritaire accordent une place importante aux ressources qui permettent de faire face à la stigmatisation, notamment les pair·es LGBTQIA+ et la famille.

Les pair·es contribuent à rompre l'isolement et permettent d'évoluer dans des espaces où certaines dimensions de soi n'ont plus à être justifiées. Iels offrent également d'autres représentations que celles produites par la stigmatisation : voir des personnes LGBTQIA+ travailler, aimer, vieillir, construire une famille ou simplement mener une vie ordinaire peut modifier ce qu'une personne pense possible pour elle-même.

C'est ce qu'observent les psychologues du Refuge : rencontrer d'autres personnes accueillies ou des pair·es parmi les travailleur·euses sociaux·les et les bénévoles vient « renforcer positivement ce qu'elles sont », ce que les sciences humaines appellent socialisation anticipatrice ; et vient parfois contribuer à la décision de quitter un environnement hostile. À l'inverse, l'absence de modèles LGBTQIA+ peut favoriser le maintien de la dissimulation. La connexion communautaire participe ainsi à l'individuation : se différencier des attentes familiales suppose aussi de pouvoir rencontrer d'autres manières d'exister.

Les pair·es participent alors à la reconstruction d'un environnement social, mais aussi à la circulation de savoirs (expérientiels ou d'usage) sur les professionnel·les de santé, démarches administratives, lieux accueillants, transitions, dispositifs associatifs ou stratégies face aux discriminations. L'expérience partagée permet parfois d'expliquer concrètement un dispositif ou de reconnaître une difficulté sans devoir longuement la contextualiser.

Cette connexion peut prendre plusieurs formes : relations amicales, associations, groupes de parole, événements, représentations dans les médias, également réseaux sociaux qui permettent aux personnes vivant en milieu rural ou dans une famille hostile, d'accéder depuis leur domicile à des témoignages et informations d'autres personnes LGBTQIA+.

Cette connexion est particulièrement importante après une rupture familiale ou un éloignement géographique, qui

peuvent faire perdre simultanément les repères affectifs et le réseau relationnel : le capital social. Avant leur arrivée au Refuge, 37 % des personnes interrogées déclarent ne pas avoir eu de personne LGBTQIA+ à qui se confier lorsqu'elles en ressentent le besoin. Ce résultat doit toutefois être nuancé : les personnes accueillies au Refuge ont souvent déjà réalisé un coming-out, ce qui peut augmenter leur probabilité d'avoir recherché ou rencontré des pair·es.

Les espaces LGBTQIA+ ne sont toutefois pas exempts d'une reproduction des rapports de domination : racisme, transphobie, validisme, classisme, islamophobie et autres discriminations peuvent s'y reproduire. Certaines personnes exilées peuvent ainsi ne plus être en sécurité dans des espaces liés à leur communauté d'origine en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre, tout en rencontrant du racisme ou une méconnaissance de leur parcours migratoire dans certains espaces LGBTQIA+.

Le soutien des pair·es ne se substitue pas au soutien familial. Les psychologues observent que le soutien parental est associé à beaucoup moins de symptômes dépressifs et à plus d'acceptation de soi. Lorsque les premières figures d'attachement renvoient à une personne l'idée qu'elle ne serait acceptable qu'à certaines conditions, sa représentation d'elle-même peut se dégrader.

Les premières expériences relationnelles participent à la construction de représentations de soi, des autres et de ce que l'on peut attendre d'une relation. Dans la théorie de l'attachement, ces représentations sont notamment décrites par la notion de modèles internes opérants. Grandir dans des relations où ses besoins sont peu reconnus et où l'affection est conditionnelle peut ainsi influencer la manière dont une personne perçoit ensuite ses relations et identifie ses propres limites.

Les violences intrafamiliales peuvent ainsi être associées à la répétition de certaines configurations relationnelles, sans que celle-ci soit systématique. Thereza Portinari (elle), psychologue clinicienne au Refuge de Bordeaux une demi-journée par semaine, observe chez certaines personnes des relations d'emprise dans lesquelles l'autre occupe à nouveau une position importante de contrôle. Des comportements de contrôle ou d'emprise peuvent être plus difficiles à iden-

tifier lorsque la personne a appris très tôt à laisser peu de place à ses propres besoins ou à ses limites. Cette vulnérabilité peut également être repérée et exploitée par des personnes adoptant des comportements abusifs ou dominants. La littérature parle de revictimisation lorsqu'une personne ayant déjà subi des violences est ultérieurement exposée à de nouvelles violences. Cette notion décrit la répétition des violences sans en attribuer la cause à la victime : la responsabilité demeure celle de l'auteur·ice qui exerce la violence.

La rupture familiale, présente dans pratiquement tous les parcours des personnes accueillies au Refuge, ne signifie pas nécessairement la disparition du lien. Certaines personnes continuent à parler à leur famille. Certaines souhaitent la revoir malgré les violences. Soulagement d'être partie et espoir d'être un jour accepté·e peuvent coexister. Quitter sa famille physiquement ne signifie également pas s'en détacher psychologiquement : colère, culpabilité, tristesse et attente de reconnaissance ou de réconciliation peuvent persister.

Le maintien ou la reprise du lien n'est dès lors ni systématiquement souhaitable ni systématiquement problématique. Lorsqu'une personne souhaite revoir sa famille, les psychologues explorent ce que cette rencontre pourrait lui apporter ou lui coûter, les dangers éventuels et les limites qu'elle souhaite poser.

Restaurer le lien familial n'est donc pas un objectif thérapeutique en soi. Une reprise de contact peut reconstruire une relation, comme réexposer la personne à la violence ou au rejet. L'enjeu est de permettre à la personne de déterminer la place qu'elle souhaite donner à sa famille et de construire une représentation d'elle-même qui ne dépende plus entièrement de sa reconnaissance.



La question du stress minoritaire prend une dimension particulière lorsque l'on considère l'âge des personnes accueillies au Refuge, et l'âge auquel iels ont été victimes de violence. L'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent des périodes importantes de construction identitaire et d'autonomisation progressive. C'est également au cours de cette période que de nombreuses personnes commencent à nommer et affirmer leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

L'individuation désigne le processus progressif par lequel une personne construit une identité propre, différencie ses besoins et ses valeurs de ceux de son environnement familial. S'individualiser permet à la personne de progressivement exister comme un sujet distinct : identifier ce que l'on pense, ce que l'on ressent, ce que l'on souhaite et les relations que l'on veut construire.

Cette temporalité entre en tension avec les attentes associées au début de la vie adulte. Choisir une orientation académique et professionnelle ou se projeter dans un logement supposent de pouvoir penser à l'avenir. Les psychologues observent que cette projection peut être particulièrement difficile pour des jeunes qui viennent parfois seulement de sortir des violences et de la rue.

Pour les personnes accueillies au Refuge, ces apprentissages ont été perturbés par les violences et les ruptures familiales, alors même que les figures parentales sont au centre de ce processus. Les personnes se voient piégées entre le besoin de devenir elleux-mêmes sans soutien familial, et le fait de devenir objet des aspirations parentales. Il s'agit alors d'apprendre à identifier ce qui appartient à soi.

L'orientation sexuelle et l'identité de genre peuvent occuper une place importante dans ce processus d'individuation. La construction identitaire peut comporter des périodes d'exploration et d'incertitude. Le rôle de l'accompagnement consiste alors à permettre aux personnes de disposer d'un espace dans lequel elles peuvent explorer ces questions.

Geneviève Adt décrit des personnes qui ne demandent pas seulement de comprendre leur orientation sexuelle ou

leur identité de genre, mais surtout de comprendre leur propre fonctionnement : pourquoi est-ce que je réagis ainsi ? Qu'est-ce que je ressens ? Qu'est-ce que je veux réellement ? Qu'est-ce qui me fait du bien ? Certaines personnes « ne se connaissent pas elles-mêmes ». Elle décrit également un travail autour des valeurs et des comportements transmis par la famille. L'enjeu est de distinguer progressivement ce qui relève de soi, de ce qui a été appris ou imposé : est-ce réellement quelque chose que je considère comme mauvais, ou est-ce quelque chose dont on m'a longtemps dit que c'était mauvais ?

L'individuation concerne enfin la relation aux autres. Pouvoir se différencier suppose de reconnaître que ses propres besoins peuvent être différents de ceux d'un·e parent, d'un·e amie, d'un·e collègue ou d'un·e partenaire amoureux·se. Cela suppose également de pouvoir les exprimer. Savoir identifier une émotion, exprimer un désaccord, poser une limite ou décider qu'une relation ne convient plus permet progressivement à la personne d'occuper une place différente dans ses relations. L'objectif est de passer d'une position dans laquelle la personne se définit principalement en fonction de ce que les autres attendent d'elle à une position où elle peut davantage se penser comme sujet.

Cette capacité à poser ses limites intervient également dans l'insertion professionnelle. Les psychologues observent chez certaines personnes ayant connu des violences une difficulté à refuser des demandes qu'elles jugent pourtant excessives : accepter systématiquement les tâches les moins valorisées, des heures supplémentaires non rémunérées, tolérer des comportements de harcèlement, de discriminations... À l'inverse, la crainte de revivre des expériences antérieures de violence peut conduire à éviter certaines situations professionnelles. L'insertion ne suppose donc pas seulement d'accéder à l'emploi, mais aussi de pouvoir y occuper une place dans laquelle ses propres limites peuvent être identifiées et défendues.

Des expériences répétées dans lesquelles la personne a peu de prise sur ce qui lui arrive peuvent participer à un phénomène d'impuissance apprise. Cette notion désigne le fait d'apprendre progressivement que ses actions ont peu d'effet sur une situation, jusqu'à moins chercher à agir, y compris lorsque de nouvelles possibilités apparaissent. Les violences,

mais aussi les situations dans lesquelles les décisions sont durablement prises par d'autres, peuvent contribuer à ce sentiment de perte de contrôle. Permettre à la personne de faire des choix et d'en constater les effets participe alors au développement de son sentiment d'efficacité personnelle : la perception de sa propre capacité à agir sur une situation.

Ce processus rejoint la notion d'agentivité : la capacité d'une personne à se reconnaître comme actrice de sa propre vie ; à agir sur son parcours malgré les contraintes qui s'exercent sur elle. L'accompagnement psychosocial cherche ainsi à empouvoirer la personne, à renforcer son pouvoir d'agir, non en décidant à sa place, mais en lui permettant progressivement d'identifier ses besoins, ses choix et les ressources dont elle dispose.

PRÉCARITÉ

La rupture familiale entraîne, pour la quasi-totalité des personnes accueillies, une perte du logement et des ressources. Certain·es passent alors par des proches, hébergements temporaires, hôtels, squats ou la rue.

Un stress de la précarité vient prolonger le stress minoritaire : chercher où dormir, manger ou se laver, protéger ses affaires, trouver quotidiennement une solution, repérer les lieux sûrs, cacher son identité, anticiper une agression, déterminer rapidement si une personne représente une aide ou une menace... Tout cela vient bouleverser le fonctionnement cognitif des personnes. Les psychologues décrivent ainsi des personnes contraintes de penser à très court terme, alors même que l'insertion suppose de pouvoir se projeter.

Les psychologues et travailleur·euses sociaux·les du Refuge observent également de fréquentes ruptures intempestives de traitement dans les parcours de rue et lors de changements de structures accompagnantes.

Le sevrage brutal ou l'arrêt non accompagné de traitements hormonaux ou psychiatriques constitue un facteur direct de décompensation aiguë, de sautes d'humeur sévères, de réapparition d'idées suicidaires, de crises d'angoisse ou d'un effet rebond des symptômes psychotraumatiques.

S'ajoutent à cela les obstacles administratifs. La perte des papiers d'identité, le défaut de couverture maladie (délai d'ouverture de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'Aide Médicale d'État), la rupture de suivi avec le médecin prescripteur d'origine ou le refus de délivrance par certaines pharmacies par méfiance ou manque de formation constituent des barrières fréquentes. Pour les personnes trans exilées ou précaires, l'approvisionnement en hormones peut alors basculer vers des circuits informels ou l'automédication en ligne, augmentant considérablement les risques sanitaires.

Pour les personnes exilées s'ajoutent parfois les violences ayant motivé le départ puis celles du parcours migratoire, l'absence de logement, l'isolement, les difficultés linguistiques, l'incertitude administrative, et les ruptures institutionnelles.

Décidée par la préfecture du Maine-et-Loire, la fin du DENH (dispositif expérimental national pour personnes LGBTQIA+ réfugiées) a provoqué le transfert des personnes hébergées vers un nouvel opérateur. Solène Kervazo (elle) est psychologue clinicienne au Refuge d'Angers depuis deux ans. Elle était la psychologue du DENH. Elle continue à suivre certaines des personnes transférées. Elle décrit une nouvelle rupture institutionnelle réactivant l'insécurité après des parcours d'exil, de violences et d'instabilité. Des personnes trans transférées vers un hébergement non spécifique aux personnes LGBTQIA+ ont notamment immédiatement craint pour leur sécurité.

La situation est particulièrement difficile lorsque l'OFPPRA puis la CNDA refusent l'asile : les psychologues décrivent des personnes confrontées à la disparition des perspectives qui leur permettaient de se projeter ; qui font face à une situation sociale difficile sur laquelle l'intervention psychologique atteint ses limites. Plus généralement, l'attente d'une décision extérieure maintient l'insécurité malgré l'hébergement. Les procédures imposent aussi parfois de raconter plusieurs fois des violences intimes avec la crainte de ne pas être cru·e ; les psychologues préparent alors avec les personnes le récit devant l'OFPPRA ou la CNDA et des techniques d'ancrage destinées à limiter la réactivation traumatique.



Les psychologues estiment qu'une écrasante majorité des personnes accompagnées présente des souffrances importantes, notamment des troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles du sommeil, fatigue psychique, difficultés de concentration, isolement, crises d'angoisse, idées noires... Iels rencontrent également des manifestations psychotraumatiques et, chez une partie des personnes accompagnées, des situations psychiatriques plus complexes.

Les troubles anxieux peuvent prendre la forme d'anxiété sociale ou d'hypervigilance : la peur de sortir après une agression peut par exemple relever d'une vigilance traumatique plutôt que d'une anxiété sociale. L'isolement peut associer anxiété, traumatismes, perte du réseau, arrivée dans une ville inconnue et précarité financière. 86 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà ressenti de la peur ou de l'appréhension à l'idée d'interagir avec d'autres personnes. Les troubles anxieux peuvent également être liés aux conditions matérielles : les psychologues observent une hyperanxiété persistante chez les personnes sans hébergement stable et, inversement, sa diminution après régularisation administrative et stabilisation du logement.

Les psychologues constatent très régulièrement des symptômes dépressifs. Afin d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs parmi les personnes accompagnées au Refuge, l'enquête de l'Observatoire a intégré un formulaire PHQ-9, un outil standardisé portant sur la présence de neuf manifestations de symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant le questionnaire. Le score obtenu permet de distinguer plusieurs niveaux de sévérité des symptômes dépressifs. Parmi les personnes accompagnées, 4,1 % présentent des symptômes dépressifs minimaux, 9,6 % légers, 24,7 % modérés, 24,7 % modérément sévères et 37 % sévères. 86,3 % présentent un niveau de symptômes dépressifs au moins modéré.

Les psychologues rapportent également des manifestations de stress post-traumatique. Iels observent évitement, hyperactivation, dissociation, dysrégulation émotionnelle, méfiance, difficultés relationnelles, affects négatifs persistants et idées suicidaires dans des parcours souvent marqués par des violences multiples. Marion Swider (elle) est psychologue

clinicienne au Refuge de Grenoble, et enseignante sur la prise en charge clinique et psychotraumatique à l'université. Elle défend le développement d'institutions sensibles au trauma, où professionnel·les et bénévoles sont formé·es à la prise en charge des personnes polytraumatisées.

Les psychologues décrivent des personnes qui traversent des périodes d'angoisse intense, d'agitation, d'irritabilité ou d'hypervigilance ; d'autres qui se replient, se coupent de leurs émotions, restent sidérées ou rencontrent des difficultés à agir. Une même personne peut également passer d'un état à l'autre. Ces observations peuvent être éclairées par la notion clinique de fenêtre de tolérance, mobilisée dans les approches psychotraumatiques. Elle désigne la zone dans laquelle une personne reste suffisamment régulée pour éprouver ses émotions, réfléchir et agir sans être débordée. Lorsque l'activation dépasse cette fenêtre, elle peut prendre la forme d'une hyperactivation : angoisse, agitation, irritabilité ou hypervigilance. À l'inverse, une hypoactivation peut se traduire par du retrait, de la sidération, un engourdissement émotionnel ou certaines manifestations dissociatives.

Au-delà de ces manifestations, les psychologues ont le sentiment d'être de plus en plus confronté·es à des situations psychiatriques complexes. Iels rapportent notamment de nombreux diagnostics de trouble bipolaire, schizophrénie, trouble de la personnalité borderline, troubles du comportement alimentaire ou dépression sévère, ainsi que des situations nécessitant un diagnostic différentiel.

Certain·es psychologues expliquent cette évolution par l'augmentation générale de la souffrance psychique des jeunes depuis la crise sanitaire du COVID-19, et la brutalisation des formes de violences sur les personnes LGBTQIA+. D'autres psychologues avancent également une hypothèse institutionnelle : des personnes ayant des difficultés psychiatriques, auparavant plutôt réorientées, seraient désormais mieux accueillies par la Fondation ; l'évolution pourrait donc traduire une visibilité accrue au Refuge, ainsi qu'un accès à la psychiatrie de plus en plus compliqué.

À l'instar des manifestations psychotraumatiques, les psychologues expliquent que les violences participent à l'émergence ou à l'aggravation de troubles psychiatriques chez des personnes présentant des prédispositions. À titre d'exemple,

25 % des personnes accompagnées par le Refuge déclarent présenter un trouble de la personnalité borderline ; 16 % indiquent avoir reçu ce diagnostic d'un·e professionnel·le de santé.

Parmi les troubles psychiatriques observés au Refuge figurent les troubles du comportement alimentaire (TCA). 41 % des personnes accompagnées déclarent présenter un TCA. Des psychologues observent perte d'appétit, restrictions, peur de grossir, difficultés liées à certaines parties du corps et vomissements comme technique de régulation émotionnelle : les psychologues cherchent la fonction du comportement avant un éventuel relais psychiatrique. Iels observent parfois une fonction de contrôle : lorsque l'existence a largement été contrôlée par d'autres, contrôler ce qui entre et sort du corps peut constituer un espace d'action, sans que cette observation puisse être généralisée à tous les TCA. Les psychologues mettent en garde contre la psychiatrisation de la précarité : se précipiter sur de la nourriture disponible peut simplement traduire la faim et l'expérience du manque.

Toute souffrance ne nécessite pas une orientation psychiatrique. Celle-ci intervient notamment lorsqu'un avis médical, un diagnostic, une prescription ou une prise en charge plus intensive est nécessaire. Des psychologues orientent par exemple face à des insomnies importantes ou flashbacks récurrents, non pour « sur-psychiatriser », mais pour retrouver suffisamment de stabilité pour poursuivre la thérapie. L'épuisement et la répétition de ces manifestations peuvent rendre le travail thérapeutique particulièrement difficile sans prise en charge complémentaire.

Lorsque les personnes arrivent avec un diagnostic et un suivi, l'enjeu est d'éviter la rupture : retrouver le psychiatre précédent, transférer les informations, vérifier les traitements et poursuivre les rendez-vous malgré un changement de ville. Sans diagnostic, certains signes peuvent conduire à une évaluation psychiatrique ; une décompensation aiguë peut nécessiter de contacter les urgences ou un hôpital. Les psychologues rencontrent aussi des personnes ayant déjà formulé leurs propres hypothèses : l'autodiagnostic peut être une manière de comprendre son expérience et ne doit être ni rejeté ni automatiquement considéré comme établi ; une évaluation professionnelle peut ensuite être pertinente.

Des psychologues orientent systématiquement lorsqu'ils identifient des manifestations considérées comme potentiellement psychiatriques. Certaines personnes gèrent ensuite seules leur suivi ; les crises ou hospitalisations nécessitent davantage de coordination entre psychologues, travailleur·euses sociaux·les et hôpital.

LES CONDUITES À RISQUE ET D'ÉVITEMENT

Face à la souffrance, certains comportements peuvent permettre de réguler ses émotions ; permettre de s'extraire momentanément de la réalité. Ces comportements peuvent être compris comme des stratégies de coping : des stratégies cognitives ou comportementales mobilisées pour faire face à une situation stressante ou à la détresse qu'elle provoque. Les psychologues distinguent l'évitement, qui soustrait temporairement à une situation difficile, de la conduite à risque, qui implique une mise en danger.

Les psychologues observent chez de nombreuses personnes accompagnées des comportements d'évitement : isolement, addictions aux écrans, comportements d'auto-mutilation, idées suicidaires et tentatives de suicide.

Ne plus répondre, manquer un rendez-vous, rester chez soi ou se réfugier dans les écrans relèvent de comportements d'évitement. Le téléphone devient notamment une « cachette » permettant de « mettre son cerveau en pause » ; se transforme en addiction aux écrans. L'évitement peut toucher l'insertion : répondre au·à la travailleur·euse social·e, se rendre à un rendez-vous professionnel devient parfois difficile... L'absence ne traduit donc pas nécessairement un désinvestissement, mais peut être une manifestation de la souffrance.

68 % des personnes accompagnées déclarent s'être déjà volontairement infligé des blessures corporelles. À cela s'ajoutent 12 % qui déclarent ne jamais être passées à l'acte mais y avoir déjà pensé. Leur fréquence et leur signification peuvent varier selon les personnes et les contextes culturels. Elles peuvent réguler une détresse intense. Le travail thérapeutique vise alors d'autres moyens de traverser le pic

émotionnel. Scarification et tentative de suicide doivent être distinguées : une automutilation peut être dangereuse sans intention de mourir.

Les idées suicidaires sont particulièrement présentes dans les parcours : 89 % des personnes accompagnées déclarent avoir déjà pensé qu'elles préféreraient mourir ou mettre fin à leurs jours. 66 % des personnes déclarent avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours. 25 % rapportent une tentative au cours des douze derniers mois. Les psychologues rencontrent des personnes dont la souffrance s'inscrit dans la durée et affecte profondément le quotidien. Marion Swider (psychologue de Grenoble) utilise l'image d'un entonnoir : lorsque les solutions semblent progressivement impossibles ou épuisées, la mort peut apparaître comme la dernière possibilité de mettre fin à la souffrance. Rupture familiale, discriminations, absence de logement, isolement, difficultés administratives ou impossibilité de se projeter peuvent rétrécir cet entonnoir ; l'accompagnement cherche à le rouvrir par le logement, les relations sociales, le soutien psychologique, l'accès aux droits et, si nécessaire, un traitement.

Il faut également distinguer les idées suicidaires relevant d'un accompagnement dans la durée, d'une crise nécessitant une intervention immédiate des secours. Les psychologues rappellent également que l'accompagnement du Refuge peut agir sur la souffrance mais pas supprimer les conditions sociales qui la produisent.

Certaines personnes peuvent alterner entre des périodes d'isolement important et une recherche intense de présence lorsque la solitude devient difficilement supportable. Cette recherche de lien peut alors conduire à consommer des substances pour être avec d'autres, à prendre des risques en termes de santé sexuelle, à rester dans des relations peu sécurisantes... Au-delà d'être un moyen de fuir ses pensées, ces conduites permettent d'éviter la solitude et de rechercher une validation extérieure.

Par exemple, les consommations de substances peuvent servir à faire face au désespoir (« ne pas penser », se calmer...), mais aussi à avoir une fonction sociale (faire la fête, créer de nouveaux liens...) dont la peur d'être exclu-e peut contribuer au maintien de ces consommations.

30 % des personnes accompagnées déclarent avoir des addictions. Les psychologues n'ont cependant qu'une vision partielle des consommations. Mariano Rodriguez, psychologue clinicien spécialisé en addictologie, estime aussi qu'un interrogatoire direct peut être vécu comme une surveillance ou une stigmatisation et privilégie une prévention générale puis une discussion dans un cadre de confiance. Les périodes de consommation importante peuvent néanmoins entraîner des rendez-vous manqués.

Mariano Rodriguez préconise une information non moralisatrice sur les produits, notamment les nouvelles substances de synthèse, leurs effets, leurs risques, leur potentiel de dépendance et les signes d'une consommation problématique. L'objectif d'un suivi psychologique peut être l'arrêt, la diminution ou la réduction des risques. Les psychologues cherchent parallèlement à comprendre ce qui accompagne l'augmentation d'une consommation et à développer d'autres modes de régulation. Les psychologues décrivent une reprise importante de prises de substance après un arrêt, dans un contexte d'isolement et de déception professionnelle, et rappellent la temporalité longue du changement.

Les psychologues soulignent également leurs limites et la nécessité de partenariats avec l'addictologie ; iels appellent les financeur·euses au recrutement d'un·e addictologue référent·e et à la mise en place d'un suivi évitant plusieurs mois sans accompagnement après une première orientation.

En ce qui concerne la pratique du chemsex⁰⁶, 38 % des hommes et personnes non-binaires accompagnés·es ayant répondu à l'enquête de l'Observatoire déclarent avoir déjà consommé des substances afin de faciliter, prolonger, intensifier ou modifier l'expérience sexuelle, dont 8 % de manière régulière. Les psychologues travaillent plus largement sur les limites des personnes accompagnées, notamment dans certains parcours psychotraumatiques. Certaines personnes peuvent multiplier les prises de risque sans les identifier comme telles. L'enjeu n'est pas de juger la sexualité ou le nombre de partenaires, mais de déterminer si les pratiques

respectent les limites de la personne, ou si elles augmentent objectivement son exposition aux risques. 73 % des répondant·es déclarent avoir déjà eu un ou plusieurs rapports sexuels sans préservatif ou digue

06. désigne une forme spécifique de consommation de substances psychoactives en contexte sexuel (Santé Publique France).

dentaire (hors relation exclusive et non concerné-e), 27 % régulièrement. Parmi les personnes ayant régulièrement des rapports à risque, seulement 36 % utilisent la PrEP. Parmi toutes les personnes accompagnées, 23 % déclarent utiliser ou avoir déjà utilisé la PrEP ; 11 % indiquent ne pas savoir ce qu'est ce dispositif de prévention du VIH.

Le soulagement obtenu à court terme par tous ces comportements peut cependant contribuer à leur maintien. Ce mécanisme est appelé renforcement négatif : lorsqu'un comportement fait diminuer momentanément une émotion pénible, il devient plus susceptible d'être reproduit. Une personne peut par exemple s'isoler parce que cela diminue immédiatement son anxiété ; ce soulagement favorise un nouvel isolement lorsque l'anxiété réapparaît, alors même que l'isolement peut, à plus long terme, renforcer la solitude et les difficultés relationnelles. Une stratégie initialement protectrice peut ainsi progressivement devenir problématique.



Lorsque les besoins des personnes accompagnées dépassent les possibilités d'accompagnement du Refuge, l'orientation vers la médecine de ville et la psychiatrie de droit commun devrait permettre de prendre le relais. Les psychologues décrivent pourtant un système marqué par le manque de professionnel·les, les délais, les disparités territoriales, des violences et l'insuffisance des prises en charge spécialisées.

Les équipes du Refuge développent leurs propres réseaux locaux. Certain·es psychologues mobilisent les Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital, les urgences psychiatriques, des psychiatres conventionnés, des psychiatres bénévoles, et des dispositifs intermédiaires entre hôpital et médecine de ville. Iel·les expliquent avoir longtemps disposé de peu de solutions en dehors de l'hôpital public avant d'être mis·es en relation avec des associations ou des psychiatres ayant proposé leurs compétences.

Ces ressources, déjà peu disponibles, sont très inégalement réparties sur le territoire. Ces inégalités sont particulièrement visibles en Guyane. Kenza Benzidan (iel·elle) est thérapeute au Refuge de Guyane. Iel mène des séances en visioconférence. Iel décrit un accès très limité aux soins psychologiques publics et à la psychiatrie, auprès d'un public majoritairement engagé dans des parcours migratoires et pouvant cumuler absence d'hébergement sécurisé, difficultés administratives, barrière linguistique, méconnaissance du territoire et isolement.

La langue constitue elle-même une condition d'accès. Kenza Benzidan accompagne en arabe, français, anglais ou espagnol dans un territoire où iel rapporte peu de solutions de traduction. Iel observe également davantage d'autonomie chez les personnes connaissant déjà les transports et lieux ressources. L'accessibilité d'un soin suppose donc non seulement qu'un·e professionnel·le existe, mais aussi que la personne puisse comprendre le système, communiquer, se déplacer, obtenir un rendez-vous et disposer d'une stabilité suffisante pour s'y rendre. Plus généralement au Refuge, quand le·a psychologue ne parle pas la même langue que la personne accompagnée, un·e interprète est présent·e en visioconférence.

L'existence de partenariats avec des services psychiatriques ne garantit pas à elle seule l'inscription dans un parcours de soins. Salomé Mounier (elle) est psychologue clinicienne au Refuge de Lyon depuis douze ans. Elle rapporte que, malgré un partenariat établi avec l'hôpital psychiatrique public de Lyon, peu de personnes orientées s'engagent durablement dans le suivi. Certaines rencontrent un·e psychiatre à quelques reprises avant d'interrompre les rendez-vous ou leur traitement.

Les psychologues observent chez certaines personnes une peur de la psychiatrie liée aux traitements et à leurs effets, à la crainte de perdre une partie de leur personnalité ou de subir des discriminations. Cette méfiance peut aussi s'inscrire dans des expériences antérieures : rendez-vous imposés, hospitalisations, parcours institutionnels ou expériences négatives du soin. L'enjeu est alors de construire suffisamment de confiance pour qu'une nouvelle orientation ne soit pas vécue comme une nouvelle dépossession.

Les psychologues rapportent par ailleurs n'avoir reçu aucune formation universitaire spécifiquement consacrée aux problématiques LGBTQIA+ et avoir principalement acquis ces connaissances par leurs stages et leurs formations personnelles. Les difficultés d'accès décrites par les psychologues se retrouvent dans les réponses des personnes accueillies : 54 % déclarent avoir déjà renoncé à consulter un·e psychologue ou un·e psychiatre faute de moyens, de professionnel·les formé·es ou par peur d'être discriminé·es.

Les psychologues rapportent une méfiance d'une partie des personnes exilées à l'égard du système psychiatrique et hospitalier de droit commun. Iels observent les limites des modèles cliniques occidentaux classiques lorsqu'ils sont appliqués sans recul aux parcours d'exil. Imposer une grille de lecture strictement psychologisante ou exiger une verbalisation de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre conforme aux attentes institutionnelles françaises (notamment lors des récits devant l'OFPPRA ou la CNDA) peut s'avérer déstabilisant, voire réactiver l'insécurité. Les personnes exilées doivent souvent mener un travail de traduction culturelle permanent de leur propre vécu pour être crues et prises en charge, ce qui majore la fatigue psychique et le sentiment d'incompréhension.

On retrouve également cette méfiance chez les personnes transgenres, dont les relations avec la psychologie et la psychiatrie s'inscrivent dans une histoire de pathologisation. La transidentité a été appréhendée, dans les dernières décennies et dans notre société, comme une pathologie psychiatrique. Sa dépathologisation progressive transforme la place du psychologue et du psychiatre : il s'agit d'accompagner les personnes dans l'exploration de leurs besoins.

Dans une approche trans-affirmative, la personne est considérée comme la mieux placée pour décrire son expérience ; le ou la professionnel·le n'est plus le·a gardien·ne de l'accès aux soins, mais apporte information, exploration des attentes, évaluation globale et soutien à une décision éclairée. Cette évolution est particulièrement importante au Refuge : des personnes habituées à adapter leur comportement aux attentes d'autrui pourraient chercher la « bonne réponse » permettant d'accéder à une transition plutôt qu'exprimer librement souhaits et hésitations.

Cette approche vise finalement à rendre à la personne une capacité de choix. Soutenir son identité n'empêche ni d'explorer ses doutes ni de prendre en charge un traumatisme, une dépression, une difficulté familiale ou un trouble psychiatrique ; leur existence ne transforme pas davantage son identité en symptôme. La dépsychiatisation ne signifie donc pas la disparition du psychologue, mais le passage d'une fonction d'autorisation à une fonction d'accompagnement.

Enfin, les psychologues s'alarment d'un manque de moyens autant en psychologie qu'en psychiatrie. Pour ce qui est de la psychologie, les équipes du Refuge constatent l'inadaptation profonde du dispositif national « Mon soutien psy » aux réalités des personnes hébergées. Bien qu'il vise à démocratiser le remboursement des séances de psychothérapie en ville, ce dispositif se heurte à des verrous réglementaires et cliniques qui en excluent précisément les publics les plus vulnérables.

Le cahier des charges de « Mon soutien psy » réserve le remboursement aux seuls troubles psychiques d'intensité « légère à modérée » et exclut explicitement toute personne nécessitant un suivi psychiatrique, présentant des risques suicidaires ou souffrant de symptômes psychotraumatiques complexes. Cette clause d'exclusion crée un véritable contre-sens clinique : des personnes accompagnées au Refuge, par-

ticulièrement exposées aux psychotraumatismes, aux idées suicidaires et aux troubles psychiatriques, sont précisément celles qui risquent d'être exclues du dispositif alors même que leurs besoins en santé mentale sont importants.

L'absence de tiers payant intégral contraignant les usager·es à effectuer une avance de frais constitue un frein financier majeur pour des personnes dénuées de ressources ou en attente d'ouverture de droits sociaux (CSS, AME). De plus, le plafonnement à 12 séances par an apparaît manifestement insuffisant pour engager un travail psychothérapeutique au long cours auprès de personnes dont le parcours a été marqué par la rue, les ruptures familiales et les violences répétées.

Les tarifs conventionnés jugés insuffisants par les professionnel·les de santé limitent fortement l'adhésion des psychologues libéraux·les à ce dispositif, tout particulièrement de ceux ayant une spécialisation. Il en résulte une offre de soins inaccessible pour les personnes accueillies au Refuge.

En ce qui concerne l'état de la psychiatrie publique française, les psychologues décrivent des personnes hospitalisées lors d'une décompensation et qui sont rapidement renvoyées dans leur environnement initial, sans toujours bénéficier d'une continuité suffisante du traitement ou du suivi.

Les équipes du Refuge se trouvent ainsi dans une position paradoxale : pour les situations complexes, l'accompagnement psychologique du Refuge ne peut remplacer une prise en charge psychiatrique et pluridisciplinaire. Mais lorsque les besoins augmentent tandis que l'offre extérieure ne peut les absorber, la frontière entre soutien psychologique et prise en charge sanitaire devient difficile à maintenir, donnant tout son sens au constat de Frédéric Russet (psychologue de Montpellier) d'un Refuge régulièrement placé de facto dans la situation d'un « hôpital de jour sous-équipé ».

L'inadéquation entre besoins et moyens disponibles intervient dès l'admission. Certaines personnes sollicitant un accompagnement ne peuvent pas être accueillies par Le Refuge lorsque leurs besoins psychiatriques nécessitent un niveau de suivi que la Fondation n'est pas en mesure d'assurer. Elles doivent alors être réorientées, malgré leur besoin d'accompagnement spécifique en tant que jeunes personnes LGB-

TQIA+. Il ne s'agit pas d'exclure une personne en raison de l'existence d'un trouble psychiatrique, mais d'évaluer si les ressources humaines et sanitaires disponibles permettent de répondre effectivement à ses besoins et de garantir un accompagnement adapté.

Cette question des moyens concerne donc également le développement des capacités d'accueil du Refuge. Caroline Cambronne (elle) est psychologue clinicienne au Refuge de Lille depuis 2014. Elle fait partie des nombreux·ses psychologues qui alertent sur l'augmentation des demandes d'accompagnement sans augmentation correspondante du financement de travailleur·euses sociaux·les supplémentaires et du temps psychologique disponible. La capacité d'accueil dépend de la capacité effective de la structure à accompagner les personnes.

Plusieurs psychologues appellent les financeur·euses au recrutement d'un·e ou plusieurs psychiatres référent·es au niveau national, mobilisables pour une évaluation médicale ou un échange clinique. Cette ressource nationale compléterait les réseaux locaux (CMP, PASS, équipes mobiles psychiatrie précarité, hôpitaux et libéraux·les). Plus largement, l'imbrication des besoins de santé mentale, logement, accès aux droits, traitements, psychotraumatisme, précarité et insertion conduit les psychologues à défendre une reconnaissance accrue de la dimension sanitaire et sociale du Refuge.



Travailleur·euses sociaux·les, psychologues et bénévoles sont exposé·es à des récits de violences, des crises suicidaires, des situations psychiatriques complexes... dans un secteur marqué en France par un manque de moyens, des difficultés de recrutement et un important turnover.

Le Refuge a progressivement développé des analyses des pratiques professionnelles (APP) pour les cadres, les travailleur·euses sociaux·les et les bénévoles. Les APP réunissent les agent·es avec une intervenant·e extérieur·e dans un cadre confidentiel. Les agent·es rapportent charge mentale, fatigue, sentiment d'impuissance, difficultés à poser des limites, à prioriser, repli, sentiment d'être débordé·e, épuisement professionnel, fatigue compassionnelle, fatigue militante et traumatismes vicariants.

Laetitia Challis (elle) est psychologue clinicienne intervenante en APP. Depuis deux ans, elle mène deux heures par mois les APP des équipes de Paris, Strasbourg, Lille et du Havre. Elle explique qu'elles permettent de prendre du recul et de repérer lorsque l'accompagnement déborde sur la vie personnelle : continuer à penser à une situation chez soi, ne plus dormir, ressentir de l'anxiété, voir son appétit affecté... Le collectif constitue alors une protection. Reprendre à plusieurs une situation de personne accompagnée évite de la porter seule.

Nombreux·se salarié·es et bénévoles font partie de la communauté LGBTQIA+, et partagent donc avec les personnes accompagnées certaines expériences ou une sensibilité particulière aux violences vécues. Une telle proximité peut être à la fois une ressource et une vulnérabilité : partager une appartenance ne signifie pas vivre la même expérience et nécessite de distinguer ce qui relève de sa propre histoire de celle de l'autre. À Rennes, les formations proposées par la psychologue Françoise Druransson travaillent ainsi la distinction entre empathie et sympathie, l'écoute et la capacité à accompagner sans immédiatement conseiller, juger ou chercher à résoudre.

Cette vigilance est particulièrement importante pour les bénévoles, dont l'engagement peut être lié à leur histoire, ou à la recherche de pair·es. Sans avoir nécessairement été pré-

paré-es, iels peuvent être confronté-es à des situations de détresse très lourdes. Il s'agit de leur donner des repères pour identifier ce que les situations font résonner chez elleux, soutenir sans faire à la place, connaître leurs limites et passer le relais. Des groupes d'analyse des pratiques ou espaces de régulation existent pour les bénévoles. Être bénévole n'empêche pas d'être en situation d'accompagnant-e et d'avoir besoin de soutien, mais le dispositif ne peut être totalement calqué sur celui des professionnel·les. Au Havre, c'est la psychologue clinicienne Marie Delavigne (elle) qui mène les APP des bénévoles. Ces APP portent davantage sur la posture et les limites.

Elisabeth Millot (elle) mène quant à elle les APP des cadres de l'Action sociale du Refuge depuis 2022. Elle explique que les séances peuvent également porter sur le management et la dynamique d'une équipe. Dans une Fondation répartie sur de nombreux territoires, l'APP permet de faire groupe, notamment pour des cadres parfois éloigné-es géographiquement des équipes et de la direction ; permet de partager les difficultés comme les ressources ; de repérer d'éventuelles dynamiques d'épuisement. La répétition de certaines problématiques peut également révéler des besoins institutionnels de formation ou de partenariats.

L'APP reste néanmoins centrée sur le travail. Elle peut révéler un besoin d'accompagnement individuel, mais ne constitue pas une thérapie. Le Refuge finance justement un soutien psychologique pour les salarié-es sur le terrain : sur 55 salarié-es en moyenne, 33 étaient éligibles et 16 avaient demandé au moins un remboursement, avec un maximum de deux séances mensuelles de 80 euros.

S'ajoute la question de l'isolement des psychologues : intervenant parfois quelques heures par semaine, iels n'ont pas nécessairement de pair-es avec qui discuter des situations complexes, confronter leurs pratiques, partager des ressources... iels peuvent également être confronté-es à des situations dépassant le cadre ordinaire de la consultation. Les psychologues soulignent aux financeur·euses l'intérêt d'un séminaire ou d'une réunion spécifiquement destinée aux psychologues de l'ensemble de la Fondation.

Enfin, une partie importante de l'activité des psychologues est invisible dans le temps de consultation : coordination avec

les travailleur·euses sociaux·les et partenaires, urgences, recherches d'orientation, préparation des rendez-vous et écrits. Les psychologues appellent les financeur·euses au développement du salariat pour mieux reconnaître ce travail et dégager du temps institutionnel, tout en soulignant l'amélioration de leurs propres conditions de travail grâce à l'augmentation de leurs heures.







Le Refuge appelle l'État et les collectivités territoriales à conditionner toute proposition d'augmentation des capacités d'hébergement à un renforcement proportionnel des moyens d'accompagnement ; à financer des effectifs suffisants de travailleuses sociales et de psychologues ; à reconnaître le temps consacré à l'accompagnement vers le soin et au travail relationnel. Les financements doivent permettre aux professionnelles de disposer de temps pour les rencontres informelles, l'accompagnement physique aux rendez-vous, la création du lien de confiance et l'apprentissage progressif de l'autonomie, sans réduire le travail social à l'ouverture de droits et aux démarches administratives.

Le Refuge appelle les ARS, l'État et les collectivités territoriales à reconnaître et financer la dimension sanitaire et sociale des structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ en situation de précarité ; à soutenir des dispositifs articulant hébergement, accompagnement social, soutien psychologique, psychiatrie, addictologie et accès aux soins somatiques ; à permettre le financement du temps de coordination entre ces professionnelles.

Le Refuge appelle l'État et le ministère de la Santé à ne pas réduire la réponse à la souffrance psychique à sa seule médicalisation. Les politiques de santé mentale doivent agir conjointement sur l'accès aux soins, le logement, les ressources, l'insertion, l'isolement et l'exposition aux discriminations et aux violences.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé et les ARS à renforcer significativement les moyens humains et financiers de la psychiatrie publique, en particulier des centres médico-psychologiques (CMP) ; à réduire les délais d'accès à une première consultation ; à renforcer les équipes mobiles de psychiatrie et les dispositifs d'aller-vers, notamment à destination des personnes en situation de précarité ; à développer les PASS et les Centres régionaux du psychotraumatisme.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé et la Cham à réformer en profondeur le dispositif « Mon soutien psy » ; en supprimer l'exclusion des personnes suivies en psychiatrie ou présentant un psychotrauma, afin que l'existence de troubles sévères, d'idées suicidaires ou de traumatismes

ne soit plus un motif de refus de prise en charge ; à instaurer la dispense totale d'avance de frais pour l'ensemble des usager·es de l'hébergement d'urgence et du secteur social ; à lever le plafond annuel des 12 séances pour permettre la poursuite des psychothérapies au long cours lorsque l'état clinique le nécessite ; à conventionner des praticien·nes spécialisé·es dans le psychotrauma.

Le Refuge recommande au ministère de la Santé et aux ARS de financer et structurer, à l'échelle des territoires, un réseau de psychiatres référent·es mobilisables par les structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé, la DIHAL, les ARS et la MILDECA à généraliser une approche de réduction des risques au sein des structures d'hébergement, à renforcer les partenariats avec les CSAPA et les ELSA, et à développer une information non moralisatrice sur les substances psychoactives et le chemsex sans conditionner l'accompagnement à l'abstinence.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé et les ARS à renforcer l'articulation entre santé mentale et santé sexuelle en formant les professionnel·les aux questions de consentement, de PrEP et de réduction des risques, tout en facilitant le repérage de la détresse psychique au sein des CeGIDD.

Le Refuge appelle le ministère de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Santé à intégrer systématiquement la santé des personnes LGBTQIA+, le stress minoritaire, les discriminations et les parcours trans dans les formations initiales de psychologie, médecine, psychiatrie, travail social et soins infirmiers ; à développer la formation continue des professionnel·les déjà en exercice ; à renforcer la formation au psychotraumatisme et à ses manifestations.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé à poursuivre la dépsychiatisation effective des parcours trans et à garantir la mise en œuvre des recommandations 2025 de la Haute Autorité de santé, afin qu'aucun trouble psychiatrique, neurodéveloppemental ou psychotraumatique ne constitue un obstacle aux soins d'affirmation de genre.

Le Refuge appelle la Haute Autorité de santé, dans l'élaboration de ses recommandations 2027 concernant les mineur·es trans et non binaires, à associer l'expertise des personnes concernées et des associations communautaires, à respecter l'autodétermination, les prénoms et pronoms d'usage, et à éviter toute réintroduction de pratiques de gatekeeping ou de délais de réflexion punitifs.

Le Refuge appelle à reconnaître et financer la pair-aidance et la médiation en santé LGBTQIA+ ; à permettre leur intégration dans les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ; à soutenir durablement les associations communautaires assurant des fonctions d'information, d'orientation et de soutien auprès des personnes les plus éloignées du soin ; à développer ces dispositifs particulièrement dans les territoires ruraux et ultramarins.

Le Refuge appelle les pouvoirs publics à mieux prendre en compte les conséquences psychiques de l'instabilité administrative et résidentielle. La continuité de l'hébergement et de l'accompagnement doit être recherchée afin d'éviter de nouvelles ruptures institutionnelles chez des personnes dont les parcours sont déjà marqués par les violences, l'exil et l'instabilité. Les personnes LGBTQIA+ en demande d'asile doivent pouvoir accéder à des solutions d'hébergement dans lesquelles leur sécurité est effectivement garantie.

Le Refuge recommande que la prévention du suicide des personnes LGBTQIA+ fasse l'objet d'une politique publique spécifique, incluant la formation des professionnel·les au repérage du risque et l'articulation systématique avec les dispositifs dédiés comme le 3114.

Le Refuge appelle à développer le financement des analyses des pratiques professionnelles pour les travailleur·euses sociaux·les, cadres et bénévoles intervenant auprès de publics confrontés à des violences et à une forte détresse psychique ; à financer des espaces de supervision spécifiquement destinés aux psychologues ; à développer les échanges de pratiques entre professionnel·les afin de limiter l'isolement et d'améliorer la continuité des accompagnements.

Le Refuge appelle à reconnaître dans les financements le temps de travail psychologique réalisé en dehors des consultations : réunions de synthèse, coordination avec

les équipes sociales et les professionnel·les de santé, recherche de solutions d'orientation, interventions en situation de crise, transmissions et formation. Le recours au salariat des psychologues doit pouvoir être développé lorsqu'il permet de mieux intégrer ces missions au fonctionnement institutionnel.

Le Refuge recommande de renforcer les financements permettant la formation et l'accompagnement des bénévoles confrontés à des situations de détresse psychique ; de leur transmettre des repères concernant l'écoute, les limites de leur rôle, le risque suicidaire et l'orientation vers les professionnel·les compétent·es. Le bénévolat ne doit toutefois pas devenir un moyen de transférer vers des personnes non professionnelles des missions qui relèvent du travail social, psychologique ou sanitaire.

Le Refuge appelle également les employeur·euses du secteur social et associatif à renforcer la prévention de l'épuisement professionnel, de la fatigue compassionnelle et du traumatisme vicariant ; à garantir des effectifs suffisants, des espaces réguliers de soutien et une organisation permettant aux professionnel·les de passer le relais lorsqu'une situation dépasse leurs possibilités d'intervention.

Le Refuge appelle l'INSEE, Santé publique France, l'Inserm et les organismes de recherche à développer des données spécifiques sur la santé mentale des personnes LGBTQIA+, en croisant orientation sexuelle, identité de genre, âge, situation de logement, précarité et parcours migratoire ; à intégrer systématiquement les territoires d'outre-mer ; à améliorer les connaissances concernant les idées suicidaires, les tentatives de suicide, les troubles dépressifs, le psychotraumatisme, les consommations et l'accès aux soins.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé, la DIHAL et les ARS à financer un réseau d'interprétariat clinique professionnel formé spécifiquement aux problématiques de santé mentale et aux réalités des personnes LGBTQIA+ exilées ; à soutenir le développement de la consultation transculturelle et de l'ethnopsychiatrie au sein des structures publiques de santé mentale ; et à garantir que les parcours de soins des personnes étrangères ou racisées soient préservés de toute forme de discrimination institutionnelle ou de rupture de droits.

Le Refuge appelle le ministère de la Santé, la Cnam et les ARS à simplifier et accélérer l'accès aux droits sociaux (CSS et AME) dès l'entrée en hébergement d'urgence afin d'éviter toute rupture de soins ; à renforcer les partenariats entre le secteur de l'hébergement, les PASS et les pharmacies d'officine pour sécuriser la délivrance et la continuité des traitements psychiatriques, hormonaux et de santé sexuelle ; et à garantir la formation des professionnel·les de santé aux spécificités de l'hormonothérapie trans et à la gestion des traitements en contexte de grande précarité.

Le Refuge appelle le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de la Petite Enfance à renforcer la sensibilisation et la formation des professionnel·les de la Protection de l'enfance (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse) aux violences intrafamiliales liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre ; à garantir que l'expulsion ou le rejet familial pour motif de queerphobie soit systématiquement identifié et pris en charge comme une situation de danger ou de maltraitance ; et à soutenir le développement de protocoles d'orientation sécurisés évitant le maintien forcé ou le retour inapproprié de mineur·es au sein de foyers hostiles.

Le Refuge recommande au ministère de la Justice d'expérimenter et de financer des dispositifs de médiation familiale spécialisée et queer-affirmative. Cette médiation ne doit en aucun cas viser la réconciliation forcée ou constituer une injonction au maintien du lien avec les auteur·ices de violences, mais offrir, lorsque la personne accompagnée en émet la demande explicite, un cadre tiers, neutre et sécurisé pour restaurer une communication à distance, poser des limites, faciliter la restitution de documents administratifs ou d'effets personnels, et clarifier le statut des obligations alimentaires.

Retrouvez d'autres recommandations au sein des Panoramas 2024 et 2025.





LIGNE D'ÉCOUTE 7J/7 DE 8H À MINUIT
09 39 03 63 03

DONS & INFOS:
le-refuge.org