

> RÉPONDRE AUX BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES DEMANDEURS D'ASILE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE



Une étude de France terre d'asile
Les cahiers du social n°42 // **Juillet 2023**



Cette étude a été réalisée par (investigateurs principaux et coordinatrices) :

Gesine Sturm

Enseignante-chercheuse et Maitresse de Conférence en psychologie interculturelle à l'Université de Toulouse Jean Jaurès, Laboratoire Psychologie de la Socialisation - Développement et Travail (LPS-DT, EA 1697), affiliée à l'Institut Convergences Migrations (ICM), département HEALTH.

Andrea Tortelli

Psychiatre et chercheuse, Pôle Psychiatrie Précarité, GHU Psychiatrie Neurosciences Paris, IPLESP, affiliée à l'Institut Convergences Migrations (ICM), département HEALTH.

Investigateurs associés :

Maria Melchior, épidémiologiste, IPLESP, ICM, département HEALTH.

Frédéric Rodriguez, professeur agrégé affecté à l'enseignement supérieur (PRAG) au département de sociologie de l'Université de Toulouse Jean Jaurès, chercheur associé au Laboratoire Cliniques Psychopathologique et Interculturelle, LCPI EA 4591.

Filipe Soto Galindo, enseignant-chercheur à l'institut du travail social ERASME (Toulouse), chercheur associé au Laboratoire Cliniques Psychopathologique et Interculturelle, LCPI EA 4591.

Margaux Rivel, psychologue interculturelle, stagiaire au Laboratoire Cliniques Psychopathologique et Interculturelle, LCPI EA 4591.



Remerciements

Nous remercions tout d'abord l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à ce projet de recherche : les demandeurs d'asile qui ont partagé leur expérience, les intervenants des équipes des Cada qui se sont libérés pour témoigner de leur pratique, ainsi que les différents acteurs de France terre d'asile et des Cada participant à l'étude qui nous ont aidés à préparer et réaliser les entretiens. Aussi, M. Sabir JAJI, interprète - médiateur à CAPSYS, qui s'est occupé de la traduction pour le focus group des demandeurs d'asile afghans.

Nous remercions tout particulièrement Hélène Soupios-David et Delphine Rouilleault pour leur confiance et pour le soutien solide qu'elles nous ont accordé et qui a permis la réalisation de ce projet.

Financement : Ministère de la Santé et des Solidarités

Le contenu de cette étude et les recommandations présentées sont de la seule responsabilité de leurs auteurs et de France terre d'asile et ne reflète pas nécessairement les positions du ministère de la Santé et des Solidarités.

> TABLE DES MATIÈRES

Résumé synoptique	6	RÉSULTATS :	
Introduction	9	PRÉSENTATION	
Un risque de développement de troubles mentaux par rapport à la population générale.....	9	DÉTAILLÉE	15
Des barrières d'accès aux soins de santé mentale.....	10	Focus groups avec des professionnels	16
Objectifs	11	Identification des besoins : des enjeux et des adaptations	16
Objectif principal	11	> <i>La perspective des professionnels de la Spada (Structure de premier accueil des demandeurs d'asile)</i>	16
Objectif secondaire.....	11	> <i>La perspective des intervenants en Cada</i>	18
Méthodologie	12	> <i>L'importance des observations tout au long du processus d'hébergement</i>	18
Type d'étude	12	> <i>L'expression non verbale de la détresse</i>	22
Lieux et Population concernée.....	12	> <i>Les observations lors des visites à domicile</i>	24
> <i>Centres participants</i>	12	> <i>Les événements de vie</i>	25
> <i>Recrutement</i>	13	Identifier les besoins des enfants : face au manque d'interlocuteurs.....	26
> <i>Critères d'inclusion et de non-inclusion</i>	13	Orienter vers une prise en charge	28
Déroulement de l'étude.....	13	> <i>À partir des Spada</i>	28
> <i>Les focus groups</i>	13	> <i>À partir des Cada</i>	29
Consentement et approbation par le comité d'éthique de la recherche.....	14	Le choix de la structure pour l'orientation	33
> <i>Analyse thématique</i>	14	> <i>Le choix de l'accessibilité plutôt que de la pertinence</i>	33
		> <i>L'orientation vers les structures publiques : les barrières de l'actuelle organisation des soins</i>	34
		> <i>L'orientation vers le secteur associatif : disparités d'offre entre les centres urbains et ruraux</i>	35
		> <i>Les situations d'urgence</i>	39

> <i>L'orientation des enfants</i>	40
L'effet des difficultés éprouvées sur les équipes.....	41

Les entretiens avec les demandeurs d'asile..... 43

Perception de la santé mentale : un équilibre complexe.....	44
Les signes du déséquilibre.....	45
Les représentations.....	48
Ce qui impacte la santé mentale : facteurs associés.....	48
> <i>Les épreuves du passé</i>	48
> <i>La situation actuelle : la dimension administrative</i>	50
> <i>La situation actuelle : la dimension socio-économique</i>	50
> <i>L'adaptation à un nouvel environnement</i>	52
Ce qui permet de cultiver le bien-être et la résilience.....	53
> <i>Les sorties</i>	53
> <i>Le sport</i>	54
> <i>Le contact avec la nature</i>	54
> <i>La créativité</i>	55
> <i>Le lien avec les autres, le soutien social</i>	55
> <i>La spiritualité</i>	56
La perception de l'offre de soins de santé mentale.....	57
> <i>L'accès aux consultations avec un professionnel</i>	57
> <i>L'apport du suivi</i>	58

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS..... 61

Identification des besoins.....	62
> <i>La temporalité</i>	62
> <i>Le processus de repérage</i>	63
> <i>Le repérage chez les enfants</i>	63

L'orientation.....	64
> <i>Des orientations impactées par la disparité de l'offre et les besoins spécifiques</i>	64
> <i>L'orientation des enfants</i>	65

La santé mentale vue par les demandeurs d'asile.....	65
> <i>La santé mentale et son déséquilibre</i> ..	65
> <i>Ce qui impacte la santé mentale</i>	65
> <i>Les barrières et les facilitateurs de l'accès aux soins</i>	66

Discussion..... 67

> <i>Le premier, celui sur l'offre de soins de santé mentale</i>	68
> <i>Le second point à prendre en compte est celui des facteurs de risque et de résilience</i>	69

RECOMMANDATIONS..... 71

> <i>En ce qui concerne l'identification</i>	72
> <i>En ce qui concerne l'offre de soins</i>	72
> <i>En ce qui concerne les actions favorisant la résilience et le rétablissement</i>	73

CONCLUSION..... 75

Références..... 77

Codes centres..... 81

Liste des acronymes..... 82

Présentation des structures d'orientation pour suivi mentionnées dans les entretiens..... 84

Structures du service public.....	84
Structures associatives.....	85

RÉSUMÉ SYNOPTIQUE

TITRE COMPLET

Répondre aux besoins en santé mentale des demandeurs d'asile : une étude qualitative.

PROMOTEUR

France terre d'asile (FTDA).

FINANCEUR

Ministère de la Santé et des Solidarités.

JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE

Les demandeurs d'asile (DA) présentent un risque accru de détresse psychologique, voire de troubles psychiatriques, en comparaison d'autres migrants ou des natifs, associé à des facteurs de risques psychosociaux rencontrés avant, pendant, ou après la migration.

Parallèlement, on note des barrières en matière d'accès aux soins de santé mentale dans le pays d'accueil, telles que le manque de connaissance des droits et de l'offre de soins, le manque d'adaptation de l'organisation du système de

santé, la barrière linguistique et parfois la perception négative de la part des bénéficiaires en ce qui concerne le recours/ besoin de soins ou le rôle des soignants.

Promouvoir la santé mentale des demandeurs d'asile nécessite une meilleure compréhension des besoins, des ressources et des attentes de cette population, ainsi que de la nature des obstacles empêchant une orientation vers des soins accessibles et adaptés. Nous proposons une étude qualitative qui explore les barrières et les facilitateurs d'accès aux soins de santé mentale du point de vue des demandeurs d'asile et des professionnels non soignants qui les prennent en charge.

OBJECTIFS

Objectif principal :

Explorer les points de vue des partenaires et de la population cible sur les barrières/facilitateurs de l'accès aux soins de santé mentale pour les demandeurs d'asile.

Objectif secondaire :

Comparer l'accès aux soins entre zones urbaines et zones rurales.

SCHÉMA EXPÉRIMENTAL

Étude qualitative de type Focus Groups (FG).

POPULATION CONCERNÉE

Demandeurs d'asile et professionnels non soignants chez FTDA.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Critères d'inclusion

Personnes de plus de 18 ans ayant donné leur consentement pour la participation.

Critères de non-inclusion

Problèmes cognitifs importants empêchant la communication et la compréhension.

BÉNÉFICES ATTENDUS POUR LES PARTICIPANTS ET POUR LA SOCIÉTÉ

La contribution des participants pourra aider à la réflexion sur les façons d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour la population cible en France.

DÉROULEMENT PRATIQUE

Recrutement :

Dans des centres d'hébergement/accueil de FTDA en Île-de-France et dans le sud-ouest en Occitanie et en Aquitaine.

Intervention :

Nous avons réalisé des FG dans les centres partenaires avec la population cible et les équipes. Il s'agit d'une

technique d'entretien de groupe modéré par un investigateur ayant pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance (entretien semi-structuré).

Les entretiens ont été réalisés en différentes langues (arabe, dari, français, anglais, espagnol) à l'aide d'un interprète le cas échéant. L'interprète avait également pour rôle de favoriser les échanges parmi les participants.

Les thèmes suivants ont été abordés :

Pour les professionnels des centres

- ▶ Repérage de la détresse psychologique.
- ▶ Facilitateurs et barrières à l'accès aux soins de santé mentale.

Pour les hébergés

- ▶ Définition de la détresse psychologique et des facteurs associés.
- ▶ Barrières et facilitateurs du recours aux soins de santé mentale.
- ▶ Stratégies pour favoriser le bien-être et la résilience.

RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens des FG ont été enregistrés et transcrits.

ANALYSE

Les données transcrites ont été codées et soumises à une analyse thématique à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives N-VIVO 12.

NOMBRE DE SUJETS

4-6 personnes par FG.

NOMBRE DE CENTRES

3 centres FTDA en Île-de-France, 4 en Aquitaine et Occitanie.

RÉSULTATS

Des facteurs multiples sont à l'origine de la détresse psychologique des exilés et des besoins de soins constatés tant par les exilés eux-mêmes que par les équipes socio-éducatives qui les accompagnent. Néanmoins, on note en général un accès difficile au système public, ainsi qu'une offre associative inégale au niveau des soins et géographiquement (zone urbaine vs rurale). La quasi-absence d'offre de soins à destination des enfants est par ailleurs relevée.

CONCLUSION

Des propositions afin de mieux organiser le repérage et l'offre de soins concernent notamment la réflexion sur les missions du service public et une meilleure coordination avec l'offre de soins du secteur associatif. Enfin, la promotion des activités de bien-être et d'intégration sociale est encouragée.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les pays européens font face à leur deuxième grande vague migratoire, suite à celle issue de leurs anciennes colonies à partir des années 60.

Contrairement à la vague précédente marquée par les besoins en main d'œuvre des pays d'accueil, l'actuelle vague est le résultat de déplacements non programmés, à la suite de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits humains ou d'événements troublant gravement l'ordre public, augmentant la proportion de demandeurs d'asile parmi les immigrés des pays européens : le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) estime à près de 90 millions les personnes déplacées dans le monde pour ces raisons, dont 5 millions de demandeurs d'asile. En France, depuis 2015, les demandes d'asile ont doublé, avec une centaine de milliers de dossiers traités par an.

Un risque de développement de troubles mentaux par rapport à la population générale

Les demandeurs d'asile (DA) ou réfugiés présentent un risque accru de détresse psychologique, voire de troubles psychiatriques, en comparaison d'autres migrants ou des natifs (Blackmore et al., 2020). Ce risque est associé à l'exposition à des facteurs de risque psychosociaux dans le pays d'origine (menace de mort, persécution politique, emprisonnement, torture), mais également au cours du trajet (violence, viol, esclavage, traversée de la mer) et une fois arrivés dans le pays d'accueil (instabilité des droits, barrière de la langue, isolement, discrimination) (Bhugra, 2004, Hallas et al., 2007, Gandubert et al., 2016).

En ce qui concerne les constats sur la santé mentale de cette population en France, si les études épidémiologiques se portent sur la population migrante en général, elles sont assez parlantes.

Parmi les femmes et enfants (dont 80 % nés à l'étranger) vivant dans des hébergements sociaux, l'étude ENFAMS (Vandentorren et al., 2016) constate une prévalence de 30 % de troubles de l'humeur chez les mères, tandis que 20 % des enfants présentent des symptômes de détresse psychologique évocateurs d'un trouble psychiatrique (trouble des émotions, de l'attention, du comportement, relationnel, ou encore de l'hyperactivité). Les causes associées englobent l'expérience de violences (contact avec la mort, violence physique, viol) et les mauvaises conditions de vie dans le pays d'accueil (insécurité administrative et alimentaire). Enfin, une étude récente sur les bénéficiaires de l'Aide médicale d'état (l'AME, attribuée à des migrants en situation administrative irrégulière) montre une exposition à un événement traumatique dans 50 % des cas, et un diagnostic de trouble du stress post-traumatique (TSPT) chez un bénéficiaire sur six (Prieur et al., 2022).

Des barrières d'accès aux soins de santé mentale

En même temps, malgré une offre importante de soins de santé mentale dans les pays européens, des barrières d'accès aux soins sont observées, telles que le manque de connaissance des droits et de l'offre de soins, la barrière linguistique, la perception négative de la part des bénéficiaires en ce qui concerne le recours/besoin de soins ou le rôle des soignants, et enfin la discrimination du système (Hacker et al., 2015, Priebe et al., 2011, Satinsky et al., 2019, Suphanchaimat et al., 2015).

En France, des études sur l'accès aux soins des personnes exilées montrent que malgré une offre de soins importante et diversifiée (service public et associatif), l'accès aux soins de cette population reste insatisfaisant : les difficultés de coordination et d'orientation des services, les longues files d'attente et la sous-utilisation de l'interprétariat rendent complexe une orientation adaptée et rapide (Tortelli et al., 2020). Parallèlement, la gestion des questions de santé mentale est mise en avant comme la principale difficulté des équipes sociales des centres d'hébergement qui accueillent les personnes en situation de demande d'asile ou réfugiées (Siffert et al., 2018).

La promotion de la santé mentale des demandeurs d'asile nécessite une meilleure compréhension des besoins, des ressources et des attentes des réfugiés,

ainsi que de la nature des obstacles qui empêchent une orientation vers des soins accessibles et adaptés.

Dans cette étude, nous cherchons à mieux comprendre ces questions du point de vue des demandeurs d'asile et des professionnels non soignants qui les prennent en charge afin de pouvoir entamer une réflexion sur plusieurs niveaux :

- ▶ Comment améliorer l'identification des besoins des demandeurs d'asile, des points de fragilité et de leur évolution ?
- ▶ Comment favoriser l'accès à des soins adaptés, et dans une temporalité permettant de rétablir un équilibre ?
- ▶ Comment accompagner les demandeurs d'asile de façon à appuyer, au-delà des interventions de soins, le développement de leur résilience ?

OBJECTIFS

Objectif principal

Identifier les facteurs psychosociaux associés à la détresse psychologique et à la résilience des demandeurs d'asile ainsi que les barrières et les facilitateurs de leur accès aux soins de santé mentale.

Objectif secondaire

Comparer l'offre et les stratégies d'orientation entre région urbaine et région rurale, en termes de disponibilité des ressources pour la prise en charge de cette population.

MÉTHODOLOGIE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type focus groups (FG) avec des entretiens semi-directifs.

Lieux et Population concernée

Cette étude se déroule dans des dispositifs de type Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) et Structure de premier accueil pour demandeurs d'asile (Spada) gérés par l'association France terre d'asile (FTDA) en Île-de-France et dans le sud-ouest (Occitanie et Aquitaine).

Créée il y a 50 ans, France terre d'asile est une association de promotion des droits humains et de prise en charge des personnes en besoin de protection : demandeurs d'asile, réfugiés, mineurs isolés étrangers. Au quotidien, l'association accueille, informe, héberge et accompagne ces personnes dans leurs démarches administratives, sociales et d'insertion. Association majeure dans le secteur de l'asile, elle est présente dans

11 régions et 60 villes, à travers le pilotage d'une centaine de structures, établissements, dispositifs et plates-formes qui accompagnent plus de 12 000 personnes chaque jour en France.

La majorité des 33 Cada gérés par l'association (et tous ceux où s'est déroulée l'étude) proposent des hébergements « diffus », c'est-à-dire des places dans des appartements répartis sur le territoire d'implantation. Les demandeurs d'asile y sont pour la plupart en colocation avec d'autres demandeurs d'asile.

Les participants de l'étude sont :

- ▶ Des personnes hébergées dans des Cada ou accueillies en Spada.
- ▶ Des professionnels non soignants (travailleurs sociaux, juristes, éducateurs) de FTDA prenant en charge cette population.

> Centres participants

Région Île-de-France :

- ▶ Cada de Paris.
- ▶ Cada des Hauts-de-Seine (Châtillon et Asnières).

Région Aquitaine

- ▶ Cada de Bègles/Bordeaux.
- ▶ Spada de Bordeaux.

Région Occitanie

- ▶ Cada d'Auch et antenne de L'Isle-Jourdain.

> Recrutement

Le projet a été présenté aux professionnels des centres, qui ont pris la décision de participer aux FG entre eux. Le choix des demandeurs d'asile participants s'est fait en concertation avec les équipes des centres, en articulant plusieurs principes qui ont guidé l'échantillonnage argumenté :

- ▶ Une variation sur les origines, les raisons et les parcours de migration.
- ▶ L'inclusion de populations dont l'arrivée, les parcours et les conditions de migration ou d'accueil sont spécifiques.
- ▶ La constitution de focus groups selon les langues (une langue commune parlée par tous les participants, éventuellement avec l'introduction d'un interprète pour une langue).
- ▶ La disponibilité et l'adhésion des participants à l'idée du projet.

L'échantillon retenu n'est donc pas un échantillon représentatif dans le sens quantitatif du terme, mais établi en accord avec les critères de l'échantillonnage argumenté utilisé dans la recherche qualitative, à savoir inclure une variation de situations nécessaire pour explorer un phénomène complexe, considérer les facteurs pratiques (par exemple l'homogénéité des langues)

facilitant l'expression, et introduire des situations nouvelles dont la constellation pose de nouveaux défis.

> Critères d'inclusion et de non-inclusion

Inclusion : personnes de plus de 18 ans, parlant l'une des langues de l'étude (français, anglais, espagnol, arabe ou dari) et ayant donné leur consentement concernant leur participation.

Exclusion : problèmes cognitifs importants empêchant la communication et la compréhension.

Déroulement de l'étude

> Les focus groups

Les FG (composés de 4-6 personnes, la population cible et les équipes de manière séparée) ont été réalisés dans les centres et modérés par un investigateur dans le but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance (entretien semi-structuré). L'investigateur ayant mené les entretiens a bénéficié de l'aide d'un.e interprète le cas échéant, lequel avait également pour rôle de favoriser les échanges parmi les participants. Les entretiens ont été conduits entre juillet et septembre 2022. Les thèmes abordés étaient les suivants :

Pour les professionnels des centres

- ▶ Repérage de la détresse psychologique.
- ▶ Facilitateurs et barrières à l'accès aux soins de santé mentale.

Pour les hébergés

- ▶ Définition de la santé mentale et de la détresse psychologique.
- ▶ Identification des facteurs associés.
- ▶ Barrières et facilitateurs du recours aux soins de santé mentale.
- ▶ Stratégies de bien-être (résilience).

Consentement et approbation par le comité d'éthique de la recherche

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé sur la base d'une fiche d'informations rédigée dans une langue qu'ils maîtrisent (ou, pour le dari et l'arabe, sur la base d'une traduction réalisée au moment de l'information par un interprète professionnel). Les participants ont été informés de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude, mais également de l'anonymisation de leurs énoncés. Pour garantir l'anonymat des demandeurs d'asile et pour éviter une identification par croisement d'informations, nous avons fait le choix de ne pas citer le lieu ou la langue dans laquelle l'entretien a été réalisé dans les extraits cités concernant les demandeurs d'asile.

La méthodologie de l'étude a été soumise au Comité d'Éthique de la Recherche non-interventionnelle (CER) de l'Université de Toulouse et a obtenu un avis favorable (avis numéro 2022-53). La conformité du plan de traitement des données (anonymisation, stockage

et archivage des données) par rapport au RGPD¹ a été attestée par le DPO² de l'Université de Toulouse Jean Jaurès (fiche de traitement R-202207201429).

> Analyse thématique

Après transcription anonymisée des données, nous avons effectué une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives NVIVO-12. L'analyse thématique prévoit une analyse du corpus des données afin de repérer et de documenter les principales thématiques abordées par les participants. Dans une lecture transversale avec comparaison des passages codés sous une thématique, il s'agit de « tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou des divergences entre les thèmes » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.232). Pour illustrer le contenu des thématiques, nous citons des extraits de nos entretiens dans ce rapport. Pour faciliter la lecture, nous avons traduit les passages réalisés dans une autre langue que le français. Pour les entretiens réalisés en français, les transcriptions des citations ont été simplifiées (sans marquer les répétitions, etc.).

1. Règlement général sur la protection des données, en vigueur depuis 2018.

2. Délégué à la protection des données chargé de mettre en œuvre la conformité au règlement européen sur la protection des données.

RÉSULTATS :
PRÉSENTATION
DÉTAILLÉE



FOCUS GROUPS AVEC DES PROFESSIONNELLS

Trois focus groups ont été conduits à Paris et en région Île-de-France, et quatre dans le sud-ouest de la France (en Aquitaine et Occitanie). Au sein de ces groupes, nous avons examiné les difficultés et les ressources du processus de prise en charge des problèmes de santé mentale autour de deux dimensions :

1. L'identification des besoins.
2. L'orientation vers les soins.

Identification des besoins : des enjeux et des adaptations

> La perspective des professionnels de la Spada (Structure de premier accueil des demandeurs d'asile)

La première rencontre des demandeurs d'asile avec les professionnels accompagnant une demande d'asile a lieu dans les Spada. Ce premier entretien permet par la suite une prise de rendez-vous au Guichet unique pour demandeurs

d'asile (Guda), lieu où sont réunis les services de la préfecture et ceux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). C'est lors de ce rendez-vous au Guda que la demande d'asile est enregistrée. En fonction des propositions faites au cours de cet entretien, les demandeurs d'asile intègrent alors un centre d'accueil pour demandeurs d'asile ou sont domiciliés par la Spada si aucune proposition d'hébergement ne leur est faite. Dans ce cas, le suivi global (notamment administratif et social) est réalisé par l'équipe de la Spada.

Les premières rencontres en Spada se passent dans une temporalité bien particulière, normalement juste après l'arrivée des demandeurs d'asile en France, et en amont de l'intervention des différents acteurs qui permettent d'enregistrer la demande d'asile et de définir l'Offre de Prise en Charge (OPC) avec les conditions matérielles de l'accueil (CMA) pouvant inclure ou non une offre d'hébergement en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada). Les rendez-vous en Spada précèdent également les rendez-vous santé proposés par l'Ofii qui représentent l'occasion d'une orientation vers des soins par les médecins de l'Ofii. Ces premiers rendez-vous en Spada sont courts et ponctuels, car effectués en amont de la prise en charge par d'autres acteurs accompagnant la demande d'asile.

Ces premiers rendez-vous à la Spada constituent des moments délicats, dont la durée et les conditions d'entretien ne permettent pas toujours de détecter la détresse psychologique et les besoins des demandeurs d'asile.

“ Des fois, on perçoit les signes, mais il faudrait prendre la personne à part et prendre le temps de leur dire « Là, je vous vois, vous n'êtes pas bien, il faut que vous alliez à tel endroit ». Mais dans les faits, on n'a pas le temps de le faire parce qu'il y a tout le temps du monde, il y a tout le temps de l'action.

[FG professionnels CUA1]

Au cours de ce premier temps de rencontre à la Spada, les échanges concernant les questions de santé mentale restent donc très limités, et ne sont pas activement recherchés par les intervenants, en raison du temps restreint qu'ils peuvent accorder à chaque personne.

“ C'est une machine où on met le pied le matin, où on ne voit pas la journée passer et on n'a pas ce temps en fait de se dire « stop ! », où on va prendre la personne et on va dire « il faut que vous alliez voir quelqu'un ». On n'a pas le temps. Donc c'est plutôt les personnes qui à un moment donné disent « on veut aller voir un médecin » et ça nous force à nous arrêter et à prendre ce temps-là pour les orienter.

[FG professionnels CUA1]

Parfois, les intervenants se demandent aussi si l'expression d'une détresse psychologique est fondée sur un réel besoin de suivi ou plutôt sur l'espoir qu'un logement sera plus facilement accordé si un suivi psychologique est jugé nécessaire.

“ ... pour les primo-arrivants, les personnes qui viennent d'arriver, c'est vrai que c'est là que ça va arriver où elles vont nous dire « J'ai des problèmes de la tête », « Je veux voir un docteur », etc. Ce n'est pas toujours clair s'il n'y a pas un enjeu derrière, si vous voulez, parce qu'on sait aussi que, quand on a des soucis

de santé, enfin [...] le public sait également que des fois, ça peut être un levier pour avoir un hébergement plus rapidement.

[FG professionnels CUA1]

> La perspective des intervenants en Cada

Le public accueilli dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile y réside en général quelques mois, ce qui permet des conditions plus favorables pour l'identification des besoins des demandeurs d'asile au sujet de leur santé mentale.

Malgré la transmission des informations issues du premier rendez-vous avec l'Ofii, la description des besoins des demandeurs d'asile reste très sommaire, et dans la plupart des cas, aucune orientation n'a été mise en place en ce qui concerne d'éventuels problèmes de santé mentale.

Ainsi, les intervenants du Cada sont amenés à explorer ces questions au cours des entretiens d'instruction des dossiers avec les demandeurs d'asile.

> L'importance des observations tout au long du processus d'hébergement

Les questions de santé mentale sont abordées dès le début de la prise en charge dans les différents Cada. Néanmoins, les besoins des demandeurs d'asile évoluent tout au long de leur accueil dans les Cada, et demandent donc une attention particulière tout au long du processus.

“

... on parle à tout le monde de la possibilité d'avoir un suivi psy en expliquant ce que c'est. Après, la personne s'en saisit ou pas. Certaines personnes vont dire tout de suite oui, je le souhaite, j'en ai besoin. D'autres n'auront pas envie : dans ce cas, on n'en parle pas. Et après, pour d'autres personnes, la situation à l'extérieur nous paraît alarmante, mais la personne n'exprime pas le souhait. On essaye d'insister un peu plus, mais de toute façon, on fait forcément avec le consentement de la personne.

[FG professionnels CUP1]

“

Alors, des fois c'est vrai qu'on a l'information en amont donc... Des fois, lors du premier entretien déjà, on peut apercevoir... Soit la personne va parler de son passé ou elle va être très triste, elle va s'isoler, elle ne va pas vraiment parler ou elle va exprimer facilement son parcours qui a été difficile, et qu'elle a besoin d'accompagnement... Et des fois, on le découvre un peu après, donc avec les entretiens, les

accompagnements, les propositions...

[FG professionnels CUA2]

Cela ne signifie pas nécessairement que la souffrance des demandeurs d'asile est toujours détectée dès ces premières rencontres. Parfois, ce n'est qu'au cours de l'accompagnement que les demandeurs d'asile vont montrer leur détresse. C'est souvent au moment où les demandeurs d'asile sentent qu'ils peuvent « se poser » (lorsqu'ils sont accueillis au Cada ou lorsque leur demande d'asile reçoit une issue favorable, par exemple) qu'ils vont commencer à exprimer leur souffrance. L'équilibre psychique, quoique précaire, qu'ils avaient trouvé pour être en mesure de lutter pour leur survie, a tendance à se déliter au moment où leur situation de vie devient moins menaçante. Cette nouvelle donnée génère parfois des décompensations qui révèlent la précarité de l'équilibre psychique des hébergés en question.

“

Et nous, on voit quelqu'un quand il est dans ce mode-là d'adrénaline [de lutte pour sa survie], on dit « bon ça va quoi, il va bien, là il est dans une bonne dynamique », et en fait on se rend compte [après] que non il s'était mis en mode survie. Donc [au moment d'une certaine stabilisation de sa situation], il se dit : « c'est bon j'ai un toit et j'ai à manger donc... Je peux relâcher ». Et là, on voit que ça descend... On se dit « ah oui en fait non, il n'est pas du tout bien »!

[FG professionnels CUP3]

Ces moments de perte d'équilibre, voire de décompensation psychologique peuvent se manifester de différentes manières.

“

Quand la pression se relâche, après il y a des douleurs somatiques, après... Des nouvelles choses qui arrivent, il y a des grosses fatigues, des oublis... Des personnes d'habitude qui sont très rodées sur leur rendez-vous, les rendez-vous ils les oublient complètement et ils ne savent plus où ils sont en fait!

[FG professionnels CUP3]

Pendant le parcours de la demande d'asile, le travail de préparation du récit pour le rendez-vous à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) est un moment particulièrement délicat, car il implique très souvent l'évocation d'événements traumatiques et peut donc provoquer des moments de détresse psychologique importante. Les intervenants du pôle juridique qui réalisent ces entretiens doivent donc être préparés à détecter ces signes de détresse et les symptômes de troubles, notamment post-traumatiques.

“

Dans l'accompagnement juridique [...] les personnes vont devoir parler des raisons pour lesquelles elles sont parties [...] et donc là on va remuer vraiment les événements traumatiques [...] C'est des moments qui sont très difficiles pour beaucoup de personnes, surtout quand il y a du

stress, des stress post-traumatiques qui peuvent bien se voir avec des gens qui vont être en état dissociatif...

Qui vont avoir des moments où ils vont être complètement déconnectés de la réalité, et on le voit, il faut les faire revenir dans la réalité...

[FG professionnels CUP2]

L'évolution de la santé mentale est en lien étroit avec les temps forts de la demande d'asile, mais aussi avec les évènements qui peuvent se présenter dans la vie des demandeurs d'asile.

“

Moi, je vais faire plus attention à certains moments de la procédure de demande d'asile [...] Il y a des moments un peu clés où on fait un peu plus attention. Il y a l'entrée au Cada, forcément on fait attention.

C'est la première accroche [...] Puis il y a le moment de la réception du résultat de l'Ofpra. Si c'est une décision négative, il y en a qui, peu à peu, vont décompenser. Et si c'est une décision définitivement négative de la CNDA³, il y en a qui peuvent décompenser aussi [...] Et donc, il faut faire attention aussi à tout cela.

[FG professionnels CUA2]

Dans ces processus, ce sont parfois aussi les développements positifs, comme le fait d'être enfin hébergé, qui permettent aux demandeurs d'asile de montrer leur souffrance qu'ils n'ont pas pu extérioriser avant.

3. Cour nationale du droit d'asile.

“

... on a eu beaucoup d'admissions la dernière semaine et [...] moi, je suis à l'accueil, je leur fais des cafés et des thés, etc. Et un monsieur qui est venu [...] et qui a tout de suite [...] commencé à me parler d'idées suicidaires, comme ça tout de suite [...] Du coup des fois, une sortie de la rue au moment de l'admission peut être un moment très compliqué et chargé d'émotions.

[FG professionnels CUP3]

Au-delà de cette exploration lors des rendez-vous avec les intervenants du pôle santé, l'ensemble des intervenants du Cada cherche à repérer des signes d'une détresse psychologique, qui se manifestent souvent en dehors de ces rendez-vous.

“

La présence aussi sur la structure, l'investissement des résidents et résidentes sur les rendez-vous avec leurs intervenants et sur la structure en elle-même [sont également des indicateurs]. Il y a des gens qui étaient très investis au début sur les activités, si l'on vient pour les solliciter que d'un coup, cet investissement, ça n'existe plus. Ou alors ça n'a jamais été le cas. Voilà, tous ces éléments-là sont à prendre en compte aussi.

[FG professionnels CUP3]

“

Tout le monde ici au Cada accueille un peu en fonction des humeurs, des états de la personne, si

elle est en dépression, si elle est de bonne humeur, et ça dépend aussi de la procédure. Donc, ça va varier en fonction du temps, en fonction de la procédure...

[FG professionnels CUA2]

Pour faire face à ces situations, réagir d'une façon adaptée et orienter les personnes en détresse à une réponse pertinente, les intervenants s'appuient sur les connaissances acquises pendant les formations et les documents élaborés pour faciliter la détection des difficultés concernant la santé mentale.

“

... en interne, beaucoup de formations peuvent être proposées, notamment les formations sur les psycho-traumatismes, c'est le centre de formation de France terre d'asile où la plupart des gens est allée [...]

Il y a aussi beaucoup de fascicules maintenant sur ça, donc qu'on peut voir, feuilleter, et se servir peut-être pour percevoir les symptômes [...]

Quand je suis arrivé il y a un an et demi, même si j'avais un peu d'expérience avant [...] je n'avais pas été confronté à un public comme ça, donc forcément, il y a des choses qui se mettent en place au fur et à mesure. Il y a quand même beaucoup de symptômes qui sont présents chez tous les résidents, les repères se font plus facilement avec la pratique...

[FG professionnels CUP1]

Les intervenants des CADA développent également leurs compétences pendant

les réunions en équipe qui permettent de croiser les regards et de mettre en lien les observations qu'ils ont faites dans différents contextes. Ces réunions d'équipe jouent un rôle central de coordination, et permettent également de détecter des signes de détresse psychologique chez les demandeurs d'asile.

“

... tous les mardis après-midi, on a une réunion [d'équipe]. On met à l'ordre du jour les personnes dont on veut parler, et puis chacun exprime, s'il a vu quelque chose en particulier ou si on sait qu'il y a un suivi psy sur cette personne-là, est-ce qu'elle va à ses rendez-vous ou pas? Ou... Un évènement en particulier, s'il va à l'Ofpra ou à la CNDA, on le sait à ce moment-là.

[FG professionnels CUP2]

Ce travail d'identification des besoins demande donc des compétences complexes, mobilisées par chaque intervenant et mises en commun lors de la concertation en équipe. Une certaine connaissance des symptômes indiquant une détresse psychologique, notamment les troubles post-traumatiques, est requise. Le travail d'identification demande une compétence relationnelle permettant d'aborder ces problèmes, ainsi qu'une compétence interculturelle afin de détecter les obstacles à la formulation des besoins (comme les représentations concernant « la folie » pouvant amener les demandeurs d'asile à hésiter à exprimer leurs besoins).

> L'expression non verbale de la détresse

Dans ce contexte, la capacité d'observer et de repérer les manifestations non verbales d'une détresse psychologique joue un rôle très important. Faire la demande explicite d'un besoin reste l'exception. L'identification des besoins se réalise au travers d'une exploration tenant compte des énoncés des demandeurs d'asile, mais également des signes non verbaux de la souffrance.

“ ... c'est très rare quand on a des personnes qui viennent d'eux-mêmes vraiment dire « j'ai besoin de... ». C'est vraiment très, très rare. [FG professionnels CUA2]

“ ... la personne, elle va [...] se livrer, et du coup, là, la personne va tendre une perche et on va dire : « est-ce que vous avez besoin de parler des choses qui vous font mal ? ». Et on va peut-être parler de ce côté santé mentale. Mais ce n'est pas toujours le cas. [FG professionnels CUA2]

Vu les obstacles qui limitent parfois la possibilité de repérer les besoins et vulnérabilités des demandeurs d'asile, les intervenants du Cada vont diriger leur attention vers l'expression non verbale et le comportement de ces derniers. Dans ces situations, ce n'est pas uniquement le contenu du récit du demandeur d'asile qui indique la nécessité

d'explorer les besoins d'un soutien au niveau de la santé mentale, mais également l'expression ou l'absence d'émotions.

“ Quand on voit qu'il y a eu des sévices ou les personnes [ne] sont pas bien, elles s'effondrent en larmes, ou au contraire elles sont très fermées, c'est vrai qu'on [...] leur dit qu'il y a la possibilité de voir un psychologue. [FG professionnels CRO2]

“ Quelqu'un qui dit des choses pas très cohérentes, qui part un peu dans tous les sens, en général c'est comme ça qu'on voit [le besoin d'un soutien psychologique]. [FG professionnels CUA1]

Si ces signes sont observables pendant les entretiens et interprétables en cas de connaissance des troubles psychiatriques, d'autres manifestations de la détresse psychologique demandent une exploration active par les intervenants. Ceci est notamment le cas des troubles du sommeil. Aborder ce type de troubles et leur lien avec la détresse psychologique permet parfois d'ouvrir la porte vers une discussion sur la santé mentale et sur les possibilités d'avoir accès à des interventions adaptées.

“ Alors surtout au début [de l'entretien avec les intervenants du pôle santé], c'est vrai que c'est systématique de parler de la santé,

d'évaluer... Ça va être beaucoup par le sommeil. Parce que beaucoup [des demandeurs d'asile] ont des troubles du sommeil. Et on voit que c'est un petit peu plus facile [...] de dire [...] «vous pouvez peut-être en parler à un professionnel?», «peut-être qu'il y a des médicaments qui peuvent vous aider à dormir?» [...] C'est une bonne porte d'entrée généralement. Souvent, ils acceptent!
[FG professionnels CUA2]

Parfois, ce sont les observations des colocataires qui vont permettre de repérer des troubles du sommeil et l'éventuelle présence de cauchemars post-traumatiques chez des résidents pouvant alors faire l'objet d'une exploration lors des rendez-vous de santé.

“
... justement, par rapport au sommeil, il y a beaucoup de colocataires qui se plaignent mutuellement du mauvais sommeil de la personne qui réveille l'autre colocataire. Des choses comme ça.
[FG professionnels CUP1]

Le repérage de cauchemars, de ruminations et de reviviscences des événements traumatiques occupe une place particulièrement importante dans l'exploration de la santé mentale des demandeurs d'asile.

“
... et il y a les cauchemars! Ou des ruminations, voilà! Ou en fait, ce qui a pu se passer à un endroit particulier,

par exemple sur la route migratoire, reste extrêmement choquant [pour la personne]... par exemple dans le cadre de l'humiliation ou d'un travail forcé, etc. [...] ça se répète en boucle [...].
[FG professionnels CRO2]

D'autres problèmes somatiques ou de comportement alimentaire peuvent également jouer un rôle important dans la détection d'une souffrance psychologique qui n'est pas exprimée directement.

“
Moi, ça va être d'abord des symptômes un peu physiques qui vont m'alerter. Bon évidemment, si la personne a l'air très fatiguée, si elle rentre un peu plus blanc [pâle] que d'habitude, si d'elle-même, elle évoque un manque d'appétit ou l'arrêt total de la nourriture. Souvent, ils évoquent assez naturellement des problèmes de sommeil. Et puis après, généralement, ça engage une conversation. Je vais leur poser un peu des questions, comment est-ce qu'ils sentent leurs émotions, etc. Mais l'appétit et le sommeil, c'est souvent des portes d'entrée.
[FG professionnels CUP3]

Malgré l'expérience et la connaissance de signes-clés liés indiquant une détresse psychologique, l'absence de personnel soignant au Cada peut mettre les professionnels en difficulté, notamment lorsque cette souffrance s'exprime

par des manifestations atypiques. Ainsi, une intervenante raconte une situation où ces manifestations somatiques ont rendu le repérage difficile.

“ La première fois qu'on a vu cette dame, c'était lors [...] de la signature du contrat du séjour, donc elle était là depuis quelques jours. Et donc, elle a commencé à trembler, trembler vraiment beaucoup [...] On ne savait pas du tout [quoi faire], on pensait qu'elle allait convulser [...] Voilà, puis de toute façon [...], on n'est pas des médecins [...] Le SAMU⁴ qui est arrivé de suite a dit « mais tout va bien, les constantes sont bonnes. » [...] Et après, ça n'a cessé qu'une fois qu'elle était à l'hôpital...
[FG professionnels CRO2]

> Les observations lors des visites à domicile

Pour les demandeurs d'asile hébergés dans un centre à hébergement « dif-fus »⁵, les visites à domicile complètent celles effectuées lors des temps de rendez-vous ou d'activités au sein de la structure. Elles peuvent jouer un rôle très important dans le processus d'identification des problèmes de santé mentale des demandeurs d'asile.

4. Service d'Aide Médicale Urgente.

5. Dans la plupart des CADA de France terre d'asile, les demandeurs d'asile sont hébergés dans des appartements répartis sur les communes concernées. Les personnes y vivent dans la majorité des cas en colocation avec d'autres demandeurs d'asile.

“ Et nous, on s'en aperçoit quand on leur donne des rendez-vous le matin [...] en insertion, on leur donne rendez-vous le matin pour les habituer [...] à respecter un horaire matinal. Et là, on réalise qu'ils ont du mal, qu'ils ont du mal à se lever et on peut réaliser aussi pour certains qu'ils ont changé la nuit et le jour [et récupèrent le sommeil le matin].
[FG professionnels CRO2]

Ainsi, les visites à domicile permettent parfois de repérer des problèmes de santé mentale s'exprimant par des troubles du sommeil et qui n'ont pas été évoqués par les demandeurs d'asile.

“ On a un studio assez éloigné [...] et c'est une femme seule qui est dedans [...] Un jour, j'y vais pour la voir et en fait, elle ne se levait pas [...] Il était peut-être midi, une heure, et elle dormait toujours. Et donc j'engage la conversation avec elle, et elle me dit [...] qu'elle n'arrive pas à dormir [le soir]. Elle arrive à dormir, mais tard le matin en fait.
[FG professionnels CUA2]

Les visites à domicile sont également des moments privilégiés permettant l'établissement d'un lien de confiance qui facilite le repérage des difficultés.

“ ... ce qui peut nous permettre de jauger, c'est qu'on fait des visites à domicile, dans les logements

[...] Là, on est dans un autre cadre. Souvent, ils nous offrent un café, un thé, on s'assoit et du coup ça permet d'aborder des sujets qu'ils n'aborderaient pas forcément au bureau [...]

Dans certaines visites à domicile [...] au bout d'un moment [ils s'expriment] « ah ben je n'ai pas parlé de ça... c'est vrai que je n'arrive pas trop à dormir, je n'arrive pas trop à manger », des choses comme ça.

[FG professionnels CRO1]

> Les évènements de vie

Au-delà de l'impact de la temporalité de la demande d'asile, les évènements marquant la vie des demandeurs d'asile, les évènements se déroulant dans leur pays d'origine et les informations parfois inquiétantes concernant les proches peuvent avoir un effet déstabilisant sur la santé mentale des demandeurs d'asile.

“

Et après, il y a aussi la situation au pays. Une aggravation de la situation dans leur pays d'origine [...] L'année dernière avec les Afghans, la prise de Kaboul par les talibans, ça a été un moment vraiment compliqué à gérer parce qu'ils étaient tous effondrés, ils étaient sur les vidéos en permanence, ils recevaient des vidéos de leur famille, ils voyaient ce qui se passait en direct. Et ils montraient à l'équipe. C'était compliqué, et pour eux, et pour l'équipe.

[FG professionnels CRO1]

Parfois, ce ne sont pas les évènements extérieurs, mais les souvenirs traumatiques réactivés qui provoquent une décompensation.

“

Par exemple, j'avais une dame qui avait eu un évènement très traumatisant à une date particulière, et donc pendant peut-être cinq minutes, elle répétait la date, enfin elle hurlait en fait cette date-là et elle avait pris un stylo et un papier, et elle gribouillait sur le papier, de manière très violente et pendant peut-être quelques minutes, donc ça avait duré... J'avais l'impression que c'était très très long, ça durait très longtemps, et je ne pouvais pas la raisonner puisqu'elle hurlait cette date constamment, constamment, constamment, et elle gribouillait... Voilà ces émotions, en tout cas cette colère et cette tristesse, je pense que ça lui a permis d'évacuer ses émotions.

[FG professionnels CUP3]

Identifier les besoins des enfants : face au manque d'interlocuteurs

Si les intervenants du Cada s'estiment en mesure de repérer les besoins des adultes dans la plupart des cas, la situation des enfants est beaucoup plus inquiétante. La détection des problèmes de santé mentale demande une connaissance des manifestations de la détresse psychologique chez l'enfant, et également un temps plus important d'observation dont les intervenants ne disposent pas nécessairement.

“ Les parents, on a des rendez-vous, etc. Les enfants, je ne dirais pas qu'ils sont délaissés, mais ils sont moins impliqués dans les démarches, donc on les voit un peu moins souvent. Donc ça se fait plutôt [...] lorsqu'ils accompagnent les parents aux rendez-vous, donc ce sont des comportements. Ils vont être isolés, ils ne vont pas trop parler, pas trop communiquer. Le téléphone portable aussi ! Quand ils sont toujours accrochés à leur téléphone, donc là on commence aussi à se poser beaucoup de questions. [FG professionnels CUA2]

Parfois, ce sont les parents qui indiquent que leurs enfants ont des difficultés.

“ Alors, soit nous, on va le remarquer parce qu'un enfant, normalement, je

ne sais pas si on peut dire normalement, c'est... Joyeux, ça a envie de connaître plein de choses, et si on voit des enfants qui sont assez fermés, on voit qu'il y a un petit problème. Souvent, ce sont les parents qui nous en parlent. Dans la famille que j'ai en tête, c'est les parents qui nous ont dit : « ils ne vont pas très bien, soit ils sont devenus agressifs [...] soit à l'école il y a un problème, ou ils ne dorment pas beaucoup... Ils nous parlent peu... » Et là, on voit ce qu'on peut faire. [FG professionnels CUP3]

Les signes repérés par les parents concernent les changements dans le comportement, les expressions de l'anxiété, mais aussi des comportements régressifs révélateurs.

“ Et d'autres, effectivement, ça passe par les parents parce que c'est eux qui vivent, qui peuvent faire part des crises d'angoisse, de nuit, des choses comme ça, les enfants qui font encore beaucoup pipi au lit alors qu'ils ont 8 ans, 9 ans, 10 ans... C'est des signes ! [FG professionnels CUP3]

Par ailleurs, la capacité des enfants de s'adapter rapidement à un nouvel environnement et leur facilité d'apprendre le français peuvent amener les parents à s'appuyer régulièrement sur eux, notamment pour avoir du soutien en matière de traduction, ce qui est à même de transformer

la relation entre enfants et parents.

“ Et parfois [...] il y a un autre petit truc qu'on peut observer, c'est la parentification. Quand vraiment l'enfant est [...] utilisé comme interprète-traducteur. Il est posé là, c'est lui qui parle [...] Souvent, les parents aussi [...] s'adressent à leurs enfants quand ils ont une proposition de logement [...], mais alors [ils demandent] « qu'est-ce que vous en pensez » à des enfants qui parfois ont 12-13 ans en fait, et c'est eux qui [...] parlent le français et qui gèrent les affaires un petit peu courantes à la maison.
[FG professionnels CUA2]

“ ... il y a aussi [...] l'aide aux devoirs, où il y a certains enfants ados, qui peuvent venir d'eux-mêmes, et [...] on voit des enfants qui sont demandeurs perpétuellement, qui demandent de l'attention, des informations, qui sollicitent beaucoup... Plus que d'autres. Et effectivement, c'est assez révélateur, et après des fois dans l'échange, on sent bien que des fois [...] c'est de l'angoisse qu'ils nous transmettent, c'est plein de questions, c'est plein d'incertitudes, sur le devenir et... « Mes parents m'ont dit qu'on doit partir... Où est-ce qu'on va aller? ». Des fois, ils le verbalisent vraiment beaucoup.
[FG professionnels CUP3]

Dans ces situations, les visites à domicile peuvent aider les intervenants à se faire une idée du fonctionnement de la famille et de l'environnement de l'enfant.

“ On est effectivement, sur des visites, une fois tous les quinze jours, une fois par mois environ et là ça peut être des moments où justement on va avoir une petite photographie du fonctionnement familial, un petit peu ce qui se joue...
[FG professionnels CUA2]

“ C'est lors de l'accueil des enfants à l'aide aux devoirs qu'on peut détecter les comportements des enfants qui indiquent une souffrance psychique.
[FG professionnels CUP3]

Les parents ne repèrent pas toujours les difficultés de leurs enfants, notamment quand ils sont trop pris par leurs propres préoccupations et inquiétudes. Dans ces situations, les expressions de la détresse psychologique de l'enfant sont susceptibles de rester inaperçues.

En absence d'un dispositif d'évaluation des besoins des enfants, le repérage des difficultés concernant la santé mentale dépend fortement de la qualité des environnements scolaires et périscolaires qu'ils fréquentent. Parfois, c'est l'école qui fait remonter des besoins au Cada qui est alors en mesure d'en discuter avec les parents pour envisager une éventuelle évaluation professionnelle.

“ Et il faut dire que les écoles [...] sont aussi nos « yeux [...] sur place ».

Parce qu'eux, ils vont nous dire [...] « cet enfant il n'évolue pas, depuis qu'il est arrivé, il reste toujours dans son coin, il ne va pas jouer avec les enfants dans la récré », et là du coup on commence à [se poser des questions].
[FG professionnels CUA2]

Néanmoins, les équipes scolaires ne disposent pas toujours des moyens et de la formation nécessaires pour détecter les besoins des enfants.

“ *Et puis, je trouve que c'est limité [...] C'est rural ici ! Donc, les questionnements [des enseignants] ne sont pas forcément les mêmes que dans une grande métropole [...] On ne va pas forcément penser « psy », on va penser que l'enfant a un problème, d'éducation ! [...] Je pense à [nom de l'enfant], on m'a dit pour les trois enfants : « il faut dire à la mère que là, ça va pas du tout ». Oui, mais c'est la mère qui a un problème en fait, mais ça, on ne le comprend pas !*
[FG professionnels CRO2]

Cette absence d'une perspective psychologique en milieu scolaire est aggravée dans les situations où les établissements ne disposent pas de psychologue scolaire.

“ *... parce que les collégiens, ils ont [...] une psy qui passe au collège. En [...] primaire, non.*
[FG professionnels CRO2]

Orienter vers une prise en charge

Dans les situations où un besoin d'évaluation ou de soins au niveau de la santé mentale a été identifié, les intervenants des CADA cherchent à orienter les demandeurs d'asile vers les professionnels de santé pour pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée. Ce processus est loin d'être simple et met les intervenants face à une multitude de difficultés et obstacles.

> À partir des Spada

Le contexte d'accueil en Spada rend la détection des besoins très difficile, voire impossible. Les informations arrivant aux interlocuteurs qui prennent le relai dans le suivi des demandeurs d'asile restent donc très limitées, notamment en raison du manque de temps à accorder à chaque demandeur d'asile.

“ *Enregistrer un primo-arrivant, on va prendre 10-15 minutes, sachant qu'on a pas mal de démarches techniques à faire, à lui expliquer, à lui donner son rendez-vous à la préfecture, tout ça. Du coup, il ne reste pas énormément de temps, si vous voulez, pour ce genre de choses. Par contre, on va [...] renvoyer [tous les éléments de vulnérabilité repérés] aux interlocuteurs qui en auraient besoin. Notamment l'Ofii pour les héberger, etc.*
[FG professionnels CUA1]

Ces informations transmises à l'Ofii donnent une première orientation pour l'évaluation de la vulnérabilité et des besoins des demandeurs d'asile. Lors du rendez-vous au Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile, un rendez-vous santé (RVS) est proposé aux demandeurs d'asile, avec la possibilité d'établir un bilan de santé par un médecin de l'Ofii. Ces rendez-vous ont lieu dans un délai variable, entre une semaine et un mois après le passage au Guda, et permettent d'établir une première évaluation de la santé globale, y compris de santé mentale. Des premières orientations vers les soins peuvent être réalisées lors de ces rendez-vous.

Si les rendez-vous de santé sont d'ordre médical et soumis au secret professionnel, les rendez-vous au Guda donnent lieu à une évaluation générale de la vulnérabilité du demandeur d'asile. Transmises aux structures accueillant les demandeurs d'asile, ces informations sont susceptibles de donner une première orientation sur leur état de santé mentale.

“ ... au départ, les orientations des demandeurs d'asile aux Cada se font par le biais de l'Ofii qui donne toujours une petite description de base [...] sur le logiciel [...] Les difficultés de santé sont en général spécifiées, pas forcément détaillées, mais on a déjà un premier signalement. [...] Donc nous, ça nous donne déjà un premier indice...

[FG professionnels CUA2]

Pour les demandeurs d'asile passés par le dispositif du rendez-vous de santé, le constat de difficultés en termes de santé mentale est fréquent, et une première orientation vers un dispositif de soins peut être mise en place, notamment en cas de situation d'urgence. Néanmoins, dans la plupart des cas, aucun suivi concernant la santé mentale n'est mis en place. Ainsi, les intervenants du Cada sont amenés à explorer ces questions au cours des entretiens d'instruction des dossiers avec les demandeurs d'asile.

> À partir des Cada

Dans les situations où un besoin d'évaluation ou de soins de santé mentale a été identifié, les intervenants des Cada cherchent à orienter les demandeurs d'asile vers les professionnels de santé pour qu'une prise en charge adaptée soit mise en place. Néanmoins, ce choix dépend de différents facteurs et barrières :

Les représentations négatives du soin et la peur d'être stigmatisé

La toute première étape de l'accueil au Cada est celle d'un échange avec les demandeurs d'asile, qui implique très souvent un travail d'information leur permettant de se représenter la fonction des psychologues/médecins et leur potentiel apport vis-à-vis des difficultés qu'ils éprouvent. C'est à ce moment que certains demandeurs vont aborder les représentations culturelles liées à la maladie mentale et à la fonction des soignants. Parfois, ces représentations sont stigmatisantes et les font hésiter à chercher de l'aide auprès des professionnels de santé.

Les représentations culturelles liées aux perturbations de la santé mentale font souvent surgir une crainte d'être « pris pour un fou » et risquent de provoquer un sentiment de honte quand les demandeurs d'asile perçoivent un déséquilibre en termes de santé mentale. C'est pourquoi la première discussion sur un éventuel soutien psychologique représente l'occasion d'aborder et de surmonter ces représentations.

“ Et bien sûr, le côté culturel [...] Des fois, on parle de psychologue [...] C'est la honte parce que « je ne suis pas fou » [...] « Ma famille, qu'est-ce qu'elle va penser de moi ? » Donc il y a aussi cette thématique-là qui va rejoindre justement ce besoin d'accompagnement vers la santé mentale. [FG professionnels CUA2]

Accepter l'idée de voir un professionnel demande d'abord de dépasser les réserves basées sur les représentations erronées concernant leur rôle, mais aussi une prise de conscience et une acceptation des difficultés rencontrées.

“ [Parfois, il y a] la peur d'entamer un suivi, peut-être parce que [la personne] a des idées fausses aussi sur un suivi psychologique. Des fois, ce n'est pas forcément ce qu'on s'imagine et peut-être [...] des fois [...] la personne ne se rend pas compte elle-même de son état. Après, ça arrive que quand on parle avec elle et qu'on lui exprime un peu ce qui

nous semble urgent au niveau de sa situation, ça arrive qu'elle prenne un peu plus confiance et qu'après elle réfléchisse et qu'on revienne dessus et que là, elle accepte le sujet.
[FG professionnels CUP1]

D'autres craintes liées au suivi de santé mentale découlent de l'idée qu'il est nécessaire de s'engager dans un processus de longue durée ou qu'il ne sera pas possible d'arrêter. Les intervenants du Cada ont besoin d'échanger avec les professionnels de santé pour mieux se représenter les contours d'un éventuel suivi qu'ils pourront ensuite transmettre aux demandeurs d'asile.

“ ... je pense que ce qui les inquiète aussi, c'est de savoir comment ça se passe. Même au niveau de la durée, il y en a à qui ça peut faire peur [qu'ils se disent] « Si je commence un suivi, je ne pourrai pas m'arrêter. » [...] Il faut quand même l'expliquer parce que moi, j'avais eu ces questions-là aussi. Donc, cette notion-là [de la durée d'un suivi], je pense qu'il peut leur faire peur. [FG professionnels CUP1]

Surmonter les représentations négatives et convaincre de l'apport potentiel des soins peut être particulièrement difficile quand il s'agit d'intervenir en situation de crise, qui requiert une réponse en urgence et à un moment où le demandeur d'asile n'a pas forcément pu s'approprier l'intérêt d'une prise en charge.

“ [C’est particulièrement difficile] quand il y a eu déjà des tentatives de suicide, ou qu’ils en parlent ou qu’il y a déjà eu des propos menaçants, des choses comme ça [...] et eux-mêmes sont dans une démarche de refus de soin ! Que même si on leur propose [une orientation vers un professionnel de la santé mentale, ils disent] « non, moi je vais très bien, moi je n’ai pas besoin, moi je ne suis pas fou... ». Des choses comme ça, et donc c’est ça le gros point d’interrogation, vers qui on se tourne ?
[FG professionnels CUP2]

Au-delà des représentations stigmatisantes ou angoissantes des soins, certaines situations soulignent le besoin de s’approprier une démarche d’intervention de soins de santé mentale qui reste peu familière pour une partie des demandeurs d’asile. Ainsi, l’orientation implique aussi un soutien dans l’appropriation de la logique sous-jacente et de la temporalité des interventions thérapeutiques.

“ Et il y en a qui font la démarche d’y aller [...] mais qui n’adhèrent pas avec la méthode. C’est-à-dire qu’ils sont d’accord, de parler. Sauf qu’en fait, ils pensent qu’ils vont aller chez le psy et très rapidement, le psy va leur donner la solution à leurs problèmes. Ils ne comprennent pas qu’en fait, le but, c’est de parler, parler, parler, et que ça va venir avec le temps, que c’est toute une réflexion, c’est on cherche, on creuse et tout... Et eux, ils voudraient la solution de suite !
[FG professionnels CRO1]

Il s’agit dans les deux cas d’un véritable travail de médiation culturelle, reconnaissant le poids des représentations culturelles, mais également le besoin d’explicitier la logique sous-jacente des interventions des professionnels de santé.

Le recours à l’interprétariat et l’importance de la formation des interprètes

La possibilité de recours à l’interprétariat représente un enjeu majeur, non seulement dans l’identification des besoins, mais aussi dans l’orientation vers les soins.

“ On a été embêté longtemps parce que le problème qu’il y avait ici, ce n’est pas la prise en charge, c’est les interprètes [...] Il n’y avait jamais d’interprètes. Donc il y avait tout un panel de résidents qui ne parlaient pas français, qui n’avaient pas de prise en charge à cause de ça, alors qu’ils en auraient eu besoin.
[FG professionnels CRO2]

“ ... il n’y a pas de traducteurs là-bas [dans ce lieu de soins], donc c’est vraiment pour les personnes qui parlent français.
[FG professionnels CUP2]

“ On avait trouvé à un moment donné une petite brèche [un dispositif avec interprète] sur Toulouse, sauf qu’ils nous ont dit : « on ne peut pas, on a déjà tous les Toulousains, on ne

peut pas rajouter les Gersois, c'est pas possible».

[FG professionnels CRO2]

Pour résoudre cette situation, un des Cada a décidé de financer l'interpréteur par téléphone, pour rendre les soins accessibles à l'ensemble des résidents qui en ont besoin.

“

Le Cada a libéré des fonds pour payer des interprètes. Donc maintenant, on envoie au Centre Médico-Psychologique - CMP⁶ quand ils ont les droits CMU⁷ ouverts, et quand les droits de CMU ne sont pas ouverts, on dirige ou vers l'équipe mobile d'une clinique privée qui les reçoit, ou via une psychologue libérale que le Cada finance.

[FG professionnels CRO2]

Néanmoins, la qualité de l'offre est décrite comme hétérogène en ce qui concerne la formation et la sensibilisation des interprètes au sujet de la santé mentale et des dynamiques relationnelles et interculturelles à même de se présenter dans le travail avec les demandeurs d'asile.

“

Ce serait bien si l'interprète peut être un peu plus formé sur certaines questions [...] Il y a une dimension personnelle, culturelle [à considérer],

6. Centre Médico-Psychologique, structure du service public.

7. Couverture Maladie Universelle (ancienne dénomination), remplacé depuis 2016 par la protection universelle maladie (PUMA).

qui relève [du travail] de l'interprète, [ce] qui fait que des fois, il y a des choses qui sont compliquées.

[FG professionnels CRO2]

Les interprètes se retrouvent parfois en difficulté pour dépasser leurs propres opinions ou attitudes, mais également pour traduire certains propos des demandeurs d'asile, en raison de leur violence.

“

Moi, j'ai déjà eu des problèmes au téléphone avec des interprètes. Quand on parlait de deux personnes qui sont LGBT⁸, qui racontaient leur histoire, il y a déjà eu des difficultés. C'est heureusement une minorité [de situations]. On les fait remonter [...] Même à l'Ofpra [le travail d'interprète peut s'avérer difficile. Une fois, un demandeur d'asile s'est mis [...] à parler vraiment d'actes [de violence sexuelle] de façon un peu crue [...] Et je voyais bien que l'interprète était vraiment super mal à l'aise et qu'il n'avait plus du tout envie d'être là à ce moment-là.

[FG professionnels CUP3]

8. Sigle utilisé pour désigner l'ensemble des personnes non strictement hétérosexuelles et cisgenre, en regroupant les lesbiennes (d'où le L), les gays (G), les bisexuel·les (B) et les trans (T).

Le choix de la structure pour l'orientation

> Le choix de l'accessibilité plutôt que de la pertinence

Les critères pour choisir une structure plutôt qu'une autre dépend souvent de facteurs très pratiques (en termes d'accessibilité géographique, linguistique, rendez-vous proche, etc.) et pas forcément de l'expertise de la structure ou de sa mission première. Les structures disposent de caractéristiques différentes, et dans la mesure du possible, les intervenants du Cada cherchent à établir une coopération proche avec elles afin de mobiliser ces ressources en fonction de chaque situation.

“ Souvent, moi déjà, je demande s'ils sont à l'aise avec le fait d'être suivi de près. Certains peuvent avoir rendez-vous ici ou à l'extérieur. Quelles sont leurs capacités aussi de mobilisation sur cette question ? [Est-ce qu'ils] préfèrent que ce soit ici parce qu'ils sentent que c'est moins loin, ils connaissent le trajet, etc. ? Il y a Parcours d'Exil⁹ qui intervient désormais ici tous les mardis. Sinon, on propose aussi CAPSYS¹⁰. Sur la thématique de la maternité, on a orienté quelques fois vers TRACES¹¹.
[FG professionnels CUP3]

9. Structure associative proposant une prise en charge sociale et psychologique.

10. Structure du service public proposant une prise en charge psychiatrique et médico-sociale.

11. Structure associative proposant une prise en charge sociale et psychologique.

“ L'EMPP¹², ils viennent ici une fois tous les quinze jours. Pour l'instant, il y a peu de personnes qui sont suivies, parce que ça s'est arrêté à un moment donné. C'est en train de reprendre doucement. Après... il y a le CAPSYS sur Paris, donc ils doivent aller jusqu'à Paris, où il y a les traducteurs. Et il y a aussi les CMP, mais les CMP pour avoir une place, ça prend beaucoup de temps [...] L'EMPP, ils se déplacent, ils viennent [...] surtout pour les personnes qui sont en manque d'autonomie et qui ont du mal à se déplacer un peu à droite, à gauche.
[FG professionnels CUP2]

“ Donc ils viennent ici, et comme ça il y a une prise en charge qui se fait ici, un vendredi sur deux. Le CAPSYS, c'est pour les personnes qui ne parlent pas français et qui peuvent quand même se déplacer, prendre le métro et être autonomes.
[FG professionnels CUP2]

“ ... on a une rencontre avec l'hôpital psychiatrique [...] qui a ouvert [récemment]. [On ne les connaissait pas], du coup ils sont venus nous voir... Parce qu'ils ont ouvert une unité post-traumatique ! Donc... C'est eux qui nous ont sollicités pour nous informer que ça existait pour avoir de nouveaux patients. Donc on est contents.
[FG professionnels CRO1]

12. Structure du service public proposant une prise en charge psychiatrique et médico-sociale.

> L'orientation vers les structures publiques : les barrières de l'actuelle organisation des soins

Depuis sa création dans les années 60, l'offre publique de soins en psychiatrie en France est organisée sur la base de structures sectorisées, en fonction de l'adresse du lieu de vie de la personne. Dans ce contexte, les structures de proximité de soins sont les CMP pour les adultes et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)¹³ ou les CMP enfant pour les enfants. Pour les personnes sans adresse fixe, l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) se déplace afin de faire des évaluations et d'orienter les personnes vers des secteurs « attribués ».

Dans les entretiens avec les professionnels, les structures du service public sont perçues comme « non spécialisées » ou « peu attentives » aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile. S'ajoutent la difficulté d'avoir accès à l'interprétariat et les longs délais d'attente. Par ailleurs, on observe une difficulté de réaliser les missions et les modes d'intervention prévus en raison d'un manque d'effectif et d'une surcharge (notamment pour les équipes des CMP et l'EMPP). Ces limites provoquent un déplacement concernant les missions entre les différents dispositifs. Autrement dit, malgré un système de soins qui définit, en théorie, des missions et des périmètres d'interventions

très organisés et clairement articulés, la pratique montre une autre réalité, avec des contours d'offre de soins très variables en fonction des localités et des équipes.

“ Avant, on travaillait beaucoup avec le CMP, qui [...] prenait en charge l'interprétariat, etc. Et ça marchait plutôt bien ! [Après], je pense qu'il y a eu plus de demandes [de notre part] parce que le nombre de demandeurs d'asile aussi a augmenté. De leur côté, [ils avaient] plus de mal à avoir aussi du personnel [et il n'y avait plus de psychiatre dans l'équipe] et donc ça a été de plus en plus compliqué et jusqu'à ce qu'ils ne nous prennent plus personne !

[FG professionnels CRO1]

En revanche, dans les situations où la coopération avec les structures du service public fonctionne, l'orientation s'avère beaucoup plus facile.

“ On a beaucoup de chance ici, parce que [...] nous, on a le CMP ici [...] qui a toute confiance en nous. C'est-à-dire que quand on appelle et on dit « voilà, elle, elle ne va pas bien » [...] ils nous croient. On n'a pas besoin de monter des dossiers, qui sont étudiés, qui sont machins... Non, le Cada a appelé, voilà, et donc eux, ce qu'ils font, c'est qu'ils prennent le numéro de la personne [...] Si elle est d'accord, on appelle le CMP, ou ensemble ou si on n'a pas pu les

13. Centre Médico-Psycho-Pédagogique, structure du service public s'adressant aux enfants et familles.

joindre, moi je réessaye plus tard. Et par contre, c'est le CMP qui rappelle la personne, pour être sûr et pour convenir d'un rendez-vous avec la personne, que ce soit quand même de son initiative.

[FG professionnels CRO2]

À cause de ces disparités, les besoins en termes de prise en charge pèsent parfois sur les dispositifs créés pour l'intervention psychiatrique en situation de précarité.

“

L'EMPP explique qu'eux interviennent maintenant et travaillent avec les Cda parce qu'ils sont conscients que les CMP ne peuvent pas prendre en charge tous ces suivis. Mais à la base, effectivement l'acteur du secteur c'est le CMP [...] L'EMPP devrait venir vraiment en second lieu parce que théoriquement ils interviennent « hors les murs », donc en équipe mobile, mais [...] en fait le fonctionnement [...] est complètement biaisé [par le déplacement des fonctions].

À la base ça devrait être le CMP [qui intervient], et là l'EMPP intervient en lieu et place du CMP.

[FG professionnels CU2]

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est mentionnée dans certaines localités comme jouant un rôle important, notamment dans la toute première période d'accueil des demandeurs d'asile. L'ouverture des droits au remboursement des soins n'étant pas accessible avant les trois mois de séjour

révolus, c'est souvent la PASS qui est sollicitée pour intervenir.

“

... alors après on s'arrange, on se connaît [...] C'est un médecin de l'hôpital qui [...] est un super relai, c'est dommage qu'elle ne soit pas psy [...] Parce qu'il y a ça [...] aussi [...] des médecins qui n'ont pas [...] envie d'aider les personnes que nous accueillions [...] Donc la PASS, oui, c'est [...] une demi-journée par semaine.

[FG professionnels CRO1]

> L'orientation vers le secteur associatif : disparités d'offre entre les centres urbains et ruraux

Nous constatons donc un certain « effet domino » provoqué d'une part, par les limites de capacité des CMP qui n'arrivent pas à répondre de façon adaptée aux besoins du secteur, et d'autre part, par les limites des associations qui cherchent à fonctionner au mieux via un financement par projet. Alors que les dispositifs du secteur public sont repartis de manière égalitaire, l'offre de soins de l'associatif se concentre surtout dans les grandes villes, et notamment en Île-de-France.

Offre de soins du secteur associatif en Île-de-France

En Île-de-France, il existe une offre de soins associative très importante et ancienne, qui occupe une place de première ligne. L'ensemble de ces prestations est gratuit pour le patient, ne

dépend pas d'une domiciliation sur un secteur spécifique ni d'une ouverture des droits au remboursement par la sécurité sociale. Les centres cités sont le Centre Françoise Minkowska¹⁴, le COMEDE¹⁵, le Centre Primo Levi¹⁶, la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN)¹⁷, et plus récemment les associations TRACES et Parcours d'Exil.

“ On a la chance d'être en Île-de-France [...] Il y a des facilités d'orientation [...] parce qu'il y a quand même beaucoup de structures spécialisées [...] Avec France terre d'asile, on a la chance d'avoir des partenariats [...] récemment avec Parcours d'exil. Aussi, on a pu nouer un partenariat pour ça. C'est précieux pour faciliter l'orientation. [FG professionnels CUP1]

Pour les centres en Île-de-France, les soins proposés par ces structures associatives jouent un rôle important, en raison de leur expertise dans la clinique de l'exil et de leurs compétences concernant la clinique interculturelle.

14. Centre médico-psychologique Françoise Minkowska, structure publique gérée par l'association Françoise Minkowska proposant des suivis médico-psychologiques et sociaux.

15. Structure associative assurant un suivi médico-psychologique et social.

16. Structure associative assurant un suivi médico-psychologique et social.

17. Mutuelle générale de l'Éducation nationale, structure proposant un dispositif de suivi psychothérapeutique en Île-de-France.

“ Il y a une famille qui est suivie au centre « Primo Levi ». Depuis très très très longtemps... Ils ont vraiment tous les traumas qui puissent exister... Donc, ils ont un suivi, vraiment, dans je pense que toutes les institutions qu'il y a, qui sont reliées en tout cas au [département] 92, ils ont un dossier chez eux. [FG professionnels CUP2]

Dans certains cas, il existe un partenariat, ce qui facilite l'accès aux soins, par exemple à travers une permanence.

“ Là, ça a été mis en place avec Parcours d'Exil, mais finalement, à la rentrée, on va changer de dispositif. Ils vont être dans un endroit fixe [...] dans le 18^e [arrondissement]. [FG professionnels CUP1]

Ou aussi, des structures qui se sont adaptées aux besoins du public.

“ Et puis après, il y a d'autres personnes qui sont suivies par la MGEN, c'est un vieux partenariat avec France terre d'asile. Ils sont basés dans le 15^e arrondissement et du coup, ils ont aussi créé une expertise. Si ce n'est pas leur champ de compétence initialement l'exil, mais en tout cas, ils ont créé une expertise aussi. [FG professionnels CUP3]

Au-delà de ces structures associatives spécialisées dans l'accompagnement psychologique des demandeurs d'asile, d'autres associations jouent un rôle en raison de leur expertise concernant une problématique spécifique. Ceci est notamment le cas pour les problématiques psychologiques liées aux atteintes de la santé sexuelle et reproductive. Dans ces situations, le Réseau de Santé Sexuelle Publique (RSSP)¹⁸ s'avère un lieu de référence permettant l'orientation de certains demandeurs d'asile.

“

Après il y a tout le volet [qu'on adresse] à des sexologues [...] aussi. Il y a l'hôtel-Dieu [avec] le RSSP, oui, c'est les principaux partenaires où l'on adresse [pour ces situations].

[FG professionnels CUP1]

Le secteur associatif dans les centres du sud-ouest

Dans les petites villes du sud-ouest, très peu d'orientations sont faites vers les associations, lesquelles interviennent dans les villes à une ou deux heures de train des centres d'accueil. Les équipes spécialisées dans la prise en charge des demandeurs d'asile existent seulement à Bordeaux, mais dépendent de financements insuffisants pour répondre de façon adaptée aux besoins des Cada. Dans ce contexte, les Cada des petites villes dépendent très fortement de l'offre de soins proposée par les

structures publiques de santé mentale, mais qui souffre d'une désertification de l'offre de soins psychiatriques, psychologiques et pédopsychiatriques.

La précarité de l'offre de soins amène les intervenants des Cada à négocier chaque intervention. Souvent, ils sont amenés à faire «au mieux», à se débrouiller avec l'offre de soins accessible. La situation semble marquée par une double évolution : d'une part, le nombre de demandeurs d'asile dans les petites villes a augmenté, la répartition des demandeurs d'asile sur tout le territoire étant au cœur de la politique publique d'accueil, provoquant par là même un besoin plus important en termes d'évaluations et de suivis psychologiques et psychiatriques; d'autre part, les institutions du champ médico-social et psychiatrique ont rencontré des difficultés liées à l'évolution des équipes. Cette double évolution provoque des difficultés importantes en termes d'orientation.

En ce qui concerne la coopération avec les associations spécialisées dans le suivi des personnes en exil à Bordeaux, sont citées les associations Ethnotopies¹⁹, AMI²⁰ et La maison d'Ella²¹.

18. Structure associative proposant des consultations et interventions favorisant l'accès aux soins spécialisés en sexologie à l'hôpital Hôtel Dieu.

19. Structure associative proposant des suivis psychothérapeutiques et de la consultation transculturelle du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

20. Structure associative proposant des suivis psychothérapeutiques et des médiations interculturelles.

21. Structure associative proposant des consultations et interventions thérapeutiques s'adressant aux femmes victimes de violences.

“

L'AMI [...] des fois, on essaie d'orienter aussi pour les médiations familiales parce que là aussi on a un gros besoin de thérapies familiales et on n'a pas malheureusement de partenaires là-dessus [...] Et là, ils ont des créneaux avec le CCAS²², où il y a des permanences tous les jeudis après-midi, où l'AMI intervient au CS²³ de Bègles.

[FG professionnels CUA1]

“

Un autre partenaire, « Ethnotopies » [...] anciennement « Mana », on travaillait un peu plus étroitement avant avec eux, et là aussi on est maintenant sur des délais très longs et une approche différente [...] Des critères aussi ! [...] Il y avait un projet spécial [...] pour un financement [...] alors qu'avant, on pouvait orienter vraiment [des personnes] de toutes nationalités, de toutes origines, et du coup ça limite aussi un peu l'accès à ces séances-là !

[FG professionnels CUA1]

Ponctuellement, des situations ont pu être orientées vers les Centres d'Information sur les droits des femmes et des familles ou vers des associations proposant des consultations psychologiques pour la communauté LGBT, mais ces centres disposent de moyens limités en termes de disponibilité et en raison des besoins spécifiques des demandeurs

d'asile. La question des langues se pose notamment, car ces lieux ne visent pas un public plurilingue et les équipes ne sont pas préparées à travailler avec l'aide d'un interprète.

Vers des soins privés

Là où le service public est inaccessible et les prestations par l'associatif absentes, certaines équipes ont établi un partenariat avec des psychologues en libéral afin de faciliter l'accès aux soins psychologiques. Cette situation amène certains Cada à payer les charges de psychothérapie, ainsi que celles liées à l'interprétariat par téléphone qui s'impose pour une partie des patients suivis. Ces missions ne sont pas incluses dans le cahier des charges des établissements et ne peuvent se faire que ponctuellement et localement en fonction des budgets et des arbitrages des financeurs.

“

Il y avait eu ce partenariat avec la psychologue. C'est quand même quelque chose qui est à la charge du Cada, donc c'est le Cada qui va payer les séances, qui va payer les traductions parce que du coup cette psychologue, ce qui est quand même pas mal, travaille avec un interprétariat téléphonique pour justement accompagner vraiment les personnes au mieux.

[FG professionnels CRO1]

Cette solution est certainement intéressante pour compléter les ressources en termes d'orientation dans un paysage où l'offre de soins est très restreinte.

22. Centre Communal d'Action Sociale (de Bordeaux).

23. Centre Social.

Toutefois, elle ne remplace pas l'accès aux institutions publiques. Les intervenants font part de la position intenable dans laquelle ils se trouvent : en l'absence d'accès aux soins et aux prestations d'évaluation par des professionnels de santé mentale, ils sont contraints de sélectionner eux-mêmes les demandeurs d'asile qui seront orientés vers la psychologue disposant d'un nombre de places très limité et insuffisant pour répondre aux réels besoins des hébergés au Cada.

“ On est obligé [...] de se faire une liste, comme une liste d'attente et de prioriser [...] C'est six personnes [...] deux lundis par mois. Mais comme [la psychologue] fait un suivi [...] avec eux [...] c'est tellement lourd qu'il y a vraiment un suivi qui s'installe [dans le temps] et du coup c'est six personnes sur les 150 qu'on a ici...
[FG professionnels CRO1]

> Les situations d'urgence

En ce qui concerne l'orientation des situations d'urgence, la situation reste très insatisfaisante.

“ Ce qui pose souci, c'est sur les urgences. Mais on n'en a pas trop... Nous ça va. On n'en a pas trop [d'options] quand ils sont en crise... À part appeler les pompiers! Enfin, c'est compliqué [...] on ne sait pas qui appeler en fait! On nous dit « vous appelez les pompiers ».

Oui, on appelle les pompiers, mais les pompiers ils ne se déplacent plus maintenant!

[FG professionnels CRO2]

“ Normalement, il faut passer par les urgences normales de l'hôpital! Où il y a potentiellement un infirmier psy qui peut faire une première évaluation, et qui en fonction du diagnostic de la gravité, va orienter vers l'hôpital spécialisé... Mais concrètement, c'est arrivé peut-être 2 fois que ça marche! [...] Quand on les appelle, ça nous arrive qu'ils nous raccrochent au nez!

[FG professionnels CRO1]

Pour ces situations, les difficultés d'orientation sont particulièrement importantes. Ponctuellement, l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) a pu être mobilisée pour des évaluations, mais sans pouvoir s'engager systématiquement dans la gestion des situations d'urgence.

“ Et après, il y a l'équipe mobile aussi [...] On a pu les solliciter [...] plus pour de l'évaluation, sur des situations un peu... De crise, mais... Qui n'intervient pas en urgence non plus...

[FG professionnels CRO1]

“ ... la dernière fois [le SAMU n'a] pas voulu se déplacer, on avait été obligés d'appeler la police qui s'était déplacée et qui a vu effectivement

que la personne qui était dans nos locaux n'était pas bien, et donc [...] c'est la police qui avait appelé le 15 pour qu'ils se déplacent! [...] En cas vraiment d'urgence, on appelle les pompiers, la police, pour qu'il y ait une prise en charge, par ce biais-là, sinon c'est compliqué!
[FG professionnels CRO1]

des enfants plus grands [...] dès qu'il y a un enfant de moins de trois ans [...] Et les parents s'y rendent, enfin les mamans, parce qu'on a beaucoup de mamans seules, [elles] se rendent aux rendez-vous et ça aussi, ça fonctionne plutôt bien! C'est une ressource importante aussi!
[FG professionnels CUA2]

> L'orientation des enfants

Nous avons déjà mentionné les difficultés de repérage des besoins en termes de santé mentale chez les enfants et les temporalités concernant la prise en charge qui sont souvent inadaptées pour un accompagnement des enfants.

L'accessibilité des lieux ressources dépend de l'âge de l'enfant et varie en fonction de la qualité des structures de soins pour l'enfance présentes sur le territoire.

Pour les enfants en bas âge, les centres de protection maternelle et infantile représentent des lieux ressources très importants.

“ On travaille aussi beaucoup avec les PMI²⁴ et avec l'ASE²⁵. On oriente à chaque naissance, et puis aussi s'il y a

Les structures de la guidance infantile²⁶ jouent parfois un rôle semblable. Néanmoins, ces propositions se heurtent à la difficulté d'intervenir dès qu'il y a une nécessité de coopérer avec un interprète.

“ Parce que la guidance, c'est top [...] Elle vient en plus au domicile des familles, pour voir comment ça se passe dans l'environnement, les réactions de l'enfant, et puis elle vient toutes les semaines [...] C'est l'accompagnement aussi des parents là-dedans, pour faire face aux crises de l'enfant qui... Qui exprime sa détresse comme ça, en fait! Voilà, 0-3 ans, c'est des caprices, ils tapent, on en a des petits qui sont violents! Mais le problème, c'est l'interprétariat, parce que là, on ne peut pas [le financer], il y aurait trop de budget à investir dans cet accompagnement-là.

[FG professionnels CRO2]

24. Protection Maternelle et Infantile, service public en accès gratuit s'adressant aux enfants de 0 à 3 ans et leurs parents.

25. L'Aide Sociale de l'Enfance (ASE) est un service départemental qui propose un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants et à leur famille rencontrant des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

26. Centre de guidance infantile, service public fonctionnant sur le modèle de la consultation médicale. Il a pour objectif de venir en aide aux enfants ayant des problèmes affectifs et à leur entourage.

Dans certaines situations, l'accès aux soins est compliqué, car les parents sont réfractaires à la mise en place d'un suivi. L'acceptation des soins pour l'enfant implique une prise de conscience des difficultés de l'enfant et confronte souvent les parents à des sentiments d'impuissance ou de culpabilité susceptibles de provoquer toute sorte de réactions, y compris le déni des difficultés de l'enfant. Parfois, ces dynamiques rendent l'orientation des enfants difficile. Dans d'autres situations, les parents peuvent avoir peur que leur enfant soit stigmatisé s'ils acceptent son engagement dans une prise en charge psychologique.

Dans le cadre de ces situations, un travail patient avec les parents s'impose afin de créer la confiance nécessaire pour aborder l'intérêt d'un suivi pour l'enfant. Là encore, une bonne communication et une bonne compréhension des freins et obstacles à l'établissement et à l'acceptation d'un projet de soins pour l'enfant sont indispensables.

L'effet des difficultés éprouvées sur les équipes

Comme nous avons pu le voir, les intervenants des dispositifs d'accueil pour demandeurs d'asile sont confrontés à des tâches très complexes, disposent de peu de moyens pour répondre aux besoins des demandeurs d'asile et sont contraints de s'adapter constamment à un environnement médico-social en changement.

Ceci ajoute une pression supplémentaire dans une vie professionnelle déjà complexe, confrontant les intervenants à des situations parfois très lourdes.

“

... Les équipes sont jeunes, très investies, très dynamiques, mais elles s'épuisent très vite. Et on le voit, on a plusieurs arrêts... Enfin, on en a eu [...] dans les derniers mois, qui sont vraiment tout à fait en lien avec cette activité-là, qui épuise. Et pourtant, voilà parfois avec juste une ancienneté de 2 ans, 3 ans, mais... C'est trop lourd [...] On a vraiment des situations très délicates humainement...

[FG professionnels CUA2]

Le travail des intervenants s'avère particulièrement délicat lorsque les demandeurs d'asile présentent des troubles importants. Il les contraint à porter des responsabilités lourdes sans y être nécessairement préparés, et surtout

sans pouvoir compter sur un soutien suffisant pour répondre aux besoins des demandeurs d'asile en termes de santé mentale.

“

... les intervenantes, elles ont de plus en plus de responsabilités, de plus en plus de choses à gérer. Et du coup, l'accès aux formations, c'est normal [qu'ils fassent les formations], mais en même temps, faudrait des professionnels [donc c'est difficile de les libérer], donc il y a un peu ce piège, je trouve [...] Ça se voit beaucoup dans le manque de fluidité, finalement de relai. Tout passe toujours par les intervenantes sociales [...] C'est un frein, je trouve, du coup. Je trouve, il y a un véritable frein sur le manque de professionnels en lien avec les besoins détectés. C'est-à-dire que si on a besoin d'un psy, c'est un psychologue et ce n'est pas un intervenant social.

[FG professionnels CUA2]

LES ENTRETIENS AVEC LES DEMANDEURS D'ASILE

Nous avons réalisé 6 focus groups et 2 entretiens en individuel avec des demandeurs d'asile accueillis dans la Spada et les six Cada et leurs antennes qui ont participé à notre étude.

Île-de-France

1 focus group (2 femmes, 2 hommes), en Cada (Châtillon) en langue dari en présence d'un interprète professionnel.

1 focus group (3 hommes, 1 femme) en Cada (Paris), en français.

2 entretiens individuels en Cada (Asnières) en français, à la suite de l'absence de deux participants.

Aquitaine/Occitanie

1 focus group en Cada (Bordeaux) en langue française et arabe à l'aide d'un interprète professionnel (1 femme, 3 hommes).

1 focus group en Cada (Isle Jourdain) en français (1 femme, 2 hommes).

1 focus group en Cada (Auch) en anglais (1 homme, 3 femmes).

1 focus group en Spada (Bordeaux) en espagnol (1 homme, 2 femmes).

Il nous semble important de souligner que la coopération avec les équipes des Cada a permis une excellente adhésion des participants aux focus groups. Malgré la vulnérabilité et la mobilité de cette population et l'impact des changements liés au processus de la demande d'asile, les groupes ont pu être réalisés, en respectant les principes définis à l'avance : entre trois et cinq participants, à l'aide d'un interprète si besoin. Des improvisations de dernière minute ont dû s'imposer pour répondre aux aléas de la vie des demandeurs d'asile. Pour un site, par exemple, seulement deux participants se sont présentés. Par respect du principe de la méthode des

focus groups (qui demande à minima trois participants pour fonctionner), nous avons fait le choix de transformer le recueil de données en entretien individuel pour ces deux personnes.

Les entretiens avec les demandeurs d'asile ont abordé les thèmes suivants :

1. La façon dont les demandeurs d'asile conçoivent et perçoivent leur état de santé mentale.
2. Les facteurs qui impactent la santé mentale de façon négative.
3. Les facteurs qui permettent de renforcer la résilience.
4. La façon dont les demandeurs d'asile perçoivent l'offre de soins concernant la santé mentale.

À continuation, nous allons présenter les thématiques ressorties des entretiens, en tâchant de montrer la façon dont se manifeste l'intrication entre les quatre dimensions mentionnées.

Perception de la santé mentale : un équilibre complexe

Au cours des entretiens, les participants ont partagé une conception globale de la santé mentale ne se réduisant pas à la question de la présence ou de l'absence de symptômes psychopathologiques, mais reflétant un bien-être global quant aux différentes dimensions de la vie :

“ *La santé mentale dépend de facteurs externes et internes : facteurs externes comme la situation financière, facteurs internes comme la façon dont on se perçoit soi-même. Pour moi, la santé mentale est une question d'équilibre entre ces facteurs*²⁷.

“ *... avoir la santé mentale, ça serait d'avoir une vie tranquille, le mental tranquille, être relaxé, être en paix avec toi-même.*

En même temps, les demandeurs d'asile sont très conscients du fait que la santé mentale peut avoir un impact sur leur capacité de faire face à leur situation.

“ *... bon, je pense qu'être en bonne santé mentale veut dire aussi qu'on a toutes ses facultés mentales de raisonner normalement. On voit les choses positivement aussi.*

27. Pour respecter la confidentialité, nous avons fait le choix de ne pas citer les centres où ces entretiens ont été réalisés ni les langues auxquelles on a eu recours. Pour les passages en anglais et en espagnol, les traductions ont été réalisées par les chercheurs.e.s. Pour les échanges en dari et en arabe, nous citons les traductions en français réalisés par l'interprète.

“ Sans la santé mentale, tu ne peux rien faire, si tu as des problèmes de santé mentale, ça devient un très grand problème pour tout ce que tu vas pouvoir faire.

La dimension émotionnelle, parfois abordée à travers l'expression « avoir le moral », ainsi que son impact sur les possibilités d'agir et d'interagir avec les autres ressortent également des échanges avec les demandeurs d'asile.

“ Il faut avoir le moral premièrement [...] donc si physiquement ça va et que le moral n'est pas bon, ça ne marche pas. Donc, le problème, c'est d'abord d'avoir la santé mentale pour avoir le moral [...] donc ça veut dire qu'il faut d'abord dans la tête, dans le cerveau, dans l'esprit [...] il faudra que ça puisse être calme. Quand l'esprit n'est pas posé, là, moralement, ça ne va pas marcher. Même si tu essaies de faire quelque chose, ça ne va rien donner...

Cette perception globale de la santé mentale qui ressort des entretiens comporte également une dimension sociale.

“ La santé mentale, pour moi, c'est un certain équilibre émotionnel, physique et tout, ce qui est après peut-être un bien-être [global] qu'il soit sexuel, financier, professionnel [...] Tout ça contribue à avoir une certaine santé mentale adéquate

qui nous permet de pouvoir nous exprimer et d'être en bonne interaction avec les autres personnes.

Les signes du déséquilibre

Quand les demandeurs d'asile évoquent les problèmes de santé mentale, ils mentionnent souvent un état de stress provoqué par un ensemble de facteurs liés au passé, à la demande d'asile, aux soucis concernant la famille, et aussi à l'incertitude quant à l'avenir. Pour les interviewés, ce stress ressenti est à la base d'une multitude de symptômes, qui sont très gênants.

“ Il y a trop de stress [...] c'est un peu difficile pour moi, j'ai toujours des maux de tête et ce n'est pas facile de supporter quand on ne dort pas et on n'arrive pas à se sentir bien dans la tête, moralement, et tout. Ça pèse, ça pèse trop!

Les demandeurs d'asile évoquent fréquemment des troubles du sommeil liés aux cauchemars ou aux ruminations, lesquels provoquent une fatigue importante pendant la journée.

“ ... je n'arrive pas à dormir... Et dès que je me couche la nuit [...] tout ce que j'ai traversé, ça revient, je passe toute la nuit à penser, à penser, ça fait partir le sommeil et tout [...]

Je n'arrive pas à dormir, je n'arrive pas à faire partir le stress.

“ *Pour moi, quand je sens que ça va pas mentalement, en général j'arrive pas à dormir [...] Je reste au lit toute la journée, sans avoir quelqu'un à qui parler, même le téléphone, j'en ai marre de ça. Bon, je reste au lit sans dormir, sans rien du tout. Et là, c'est comme ça quand je me sens mal.*

“ *Au niveau mental, et psychologiquement aussi, je me souviens très bien comment j'ai souffert de troubles de sommeil [...] d'insomnies...*

Ils évoquent également une grande instabilité émotionnelle, avec des moments d'angoisse aigüe et d'autres moments où ils sont submergés par la détresse.

“ *Hier [on a regardé] la télé ici [dans la salle de convivialité], une femme, elle a pleuré. Quand elle a commencé par pleurer, je ne peux pas me retenir, moi aussi je vais pleurer parce que ça me fait penser à mon passé, à tout ça.*

“ *Tout ce qui s'est passé est quelque chose qui m'a beaucoup affecté, je passe la journée entière à pleurer pour tout ce qui s'est passé pour moi. Si je pense à mes problèmes, je me mets à pleurer. Parfois, ça me coûte.*

Les «idées sombres», voire suicidaires, sont également évoquées fréquemment. Les demandeurs d'asile vont parfois en parler quand ils évoquent des périodes particulièrement difficiles de leur parcours.

“ *Alors moi, si vraiment, vraiment ça va pas, ça vient jusqu'à la crise d'angoisse [...] c'est vraiment quand ça va pas. [Je vais] pleurer, je vais avoir des idées suicidaires, voilà. J'ai été hospitalisé pour ça.*

“ *La santé mentale est importante, si tu n'as pas la santé mentale, tu vas te suicider.*

“ *Quand tu es très seul, là, c'est pas bien, c'est pas bien, parce qu'on dit que lorsque tu es seul, ça te pousse à faire certaines choses, tu peux aussi avoir des pensées, peut-être des pensées négatives, peut-être des idées qui te poussent à te suicider...*

“ *Il y a cinq jours, un ami s'est suicidé et après tout le monde s'est dit qu'il avait demandé de l'aide [qui n'était pas venue].*

Les périodes de stress aigu provoquent également d'autres manifestations du déséquilibre au niveau de la santé mentale. Ainsi, certains mentionnent les difficultés qu'ils ont rencontrées pour maintenir un équilibre au niveau des comportements alimentaires.

J'ai le stress qui m'empêche de dormir, qui me rend plus grosse tous les jours. Parce que quand j'ai le stress, ça me fait que manger, manger [...] maintenant je vais dans une clinique aussi pour mon poids.

... oui pour moi, ça m'est arrivé souvent, je ne mangeais pas... Même au Cada [...] j'ai fait plus d'une semaine, je ne mangeais pas, je ne mangeais pas. Je n'avais pas l'appétit. Ça arrive souvent de ma part [...] parce qu'il y a vraiment trop de choses... Et donc c'est trop chargé, tellement je pense les moments du passé, au présent, je vois le futur, ce qu'on ne connaît pas encore.

Les demandeurs d'asile évoquent également des troubles de la mémoire, susceptibles de provoquer des conséquences très gênantes pour la vie quotidienne, comme des oublis de rendez-vous, mais aussi des situations pouvant s'avérer dangereuses.

“ Moi par exemple, une fois, j'étais en train de préparer [le repas], mais après j'avais oublié que j'avais mis la marmite sur le feu et ça avait cramé.

Les problèmes de santé mentale vont souvent amener les demandeurs d'asile à s'isoler, ce qui les prive d'une ressource importante pour retrouver un meilleur équilibre.

“ Il y a la fatigue physique, et il y a la fatigue mentale aussi, dans le sens que j'ai pas envie de parler avec quelqu'un, je suis fatiguée, dans le sens que j'ai pas envie de sortir avec des amis.

L'ensemble de ces facteurs peut potentiellement provoquer une certaine forme de perte de contrôle et de possibilité d'agir pour améliorer la situation éprouvée par le demandeur d'asile.

“ Tu perds le contrôle sur ta vie, tu perds tout pouvoir d'agir... Ce sentiment que tu portes [comme un poids] sur tes épaules...

Les représentations

Les représentations jouent un rôle important par rapport à la perception de la santé mentale et à l'idée que les demandeurs d'asile se font de leur état et des possibilités à leur portée pour améliorer leur santé mentale.

Ainsi, certains évoquent certaines représentations de « la folie » qu'ils essaient d'écarter. La prise de conscience des problèmes et la recherche d'aide passent donc par un processus de redéfinition de la santé mentale.

“ *Ce qu'il y a, ça aussi, il y a cette connotation de folie.*

“ *Dans mon pays, les psychologues, c'est pour les fous.*

“ *Dans mon pays c'est un peu un tabou de parler de la santé mentale, mais ici ce n'est pas tout à fait un tabou, ça joue un rôle.*

Dans un premier temps, certains demandeurs d'asile vont essayer de faire face à leurs problèmes en essayant d'être forts ou patients, mais souvent ils ressentent que cette démarche ne permet pas de répondre à leurs difficultés.

“ *Dans nos pays, quand il y a un problème, les gens vont dire « ça va passer », mais il y a des gens qui ne supporteront pas.*

“ *Soit je prends un médicament, soit je dois rester très forte, donc c'est-à-dire positive [...] Les femmes [du pays d'origine] sont très fortes dans la vie, on a beaucoup, beaucoup de problèmes du fait [de la situation politique].*

Ce qui impacte la santé mentale : facteurs associés

Conçue comme un équilibre délicat entre les facteurs de vulnérabilité et de résilience, la santé mentale se trouve impactée par des facteurs protecteurs, mais également par des facteurs augmentant la vulnérabilité psychique. Dans les entretiens, nous avons trouvé un grand nombre de facteurs de vulnérabilité, qui peuvent être regroupés en trois dimensions : l'impact des épreuves du passé, l'impact de la situation actuelle avec sa dimension administrative, sociale et économique, et le défi de l'adaptation dans un nouvel environnement dont il faut comprendre les codes.

> Les épreuves du passé

Dans l'ensemble des groupes, les demandeurs d'asile ont évoqué des moments où les souvenirs du passé pèsent particulièrement sur leur santé mentale. Ces souvenirs, parfois traumatiques, peuvent être très présents, notamment au cours de périodes où la vulnérabilité psychique se trouve

aggravée par le stress. Les souvenirs peuvent s'imposer sous la forme de reviviscences, de cauchemars répétitifs, ou encore provoquer des ruminations²⁸.

“ Les moments... Il y a toujours des moments difficiles dans la journée, même si tu regardes la télé pour essayer d'oublier. Tu vas être un peu ailleurs, mais le moment le plus difficile, c'est quand tu vas mettre ta tête sur l'oreiller, quand tu vas dormir. Et dans ce moment-là, ça commence, la guerre à l'intérieur, tu vas, tu vas te rappeler des souvenirs, tu vas penser au futur, tu vas te blâmer. Pourquoi j'ai fait ça ? Pourquoi j'ai pas fait ça ?

Tu vas penser à tous les moments négatifs, à tous les moments difficiles.

Ça commence des scénarios, et parfois, tu commences à imaginer quelque chose qui peut arriver. Et dans ce cas-là, tu peux rester des heures et des heures ailleurs et généralement, ça finit pas bien du tout.

Ces « mauvais souvenirs », souvent traumatiques, affectent toutes les dimensions de la vie quotidienne, y compris les relations avec les autres, et la possibilité de faire confiance à autrui.

“ ... quand tu as rencontré des personnes qui te font mal, c'est difficile de reconnaître les gens qui te veulent du bien, c'est difficile de faire confiance.

Pour ceux qui viennent d'arriver, mais aussi pour ceux qui préparent leur témoignage pour l'Ofpra, les souvenirs traumatiques peuvent être très présents, occuper l'esprit et perturber la santé mentale.

“ ... pour moi, c'est difficile de raconter ce qui s'est passé pour moi... J'ai perdu ma mère en raison de tout ce qui s'est passé. J'étais arrêté pendant trois jours, et ils m'ont torturé. Ils ont appelé ma mère en lui disant que je n'allais jamais sortir vivant de là.

Parfois, les souvenirs traumatiques concernent des situations qui se sont passées après l'arrivée des demandeurs d'asile en France. Souvent, il s'agit d'expériences de discrimination ou de non-assistance dans un moment de grande vulnérabilité.

“ Moi, j'ai été opérée [...] J'étais enceinte, le bébé n'était pas en bonne position. Les ambulanciers qui sont venus me chercher dès qu'ils ont vu mon signe avec mon récépissé, ils ont dit « regarde-moi ça, elle est demandeuse d'asile en plus » [...] Il y avait du sang dans... Dans tous mes intestins. Je devais mourir même, j'avais mal et il y avait du sang qui coulait sur moi, du sang sur moi [...] J'avais appelé le SAMU, ils sont venus après 40 minutes. La voisine qui a entendu mes cris a appelé les pompiers.

28. Toutes ces manifestations font partie des symptômes de stress post-traumatique.

Les pompiers sont venus, mais [...] ils n'étaient pas gentils du tout, parce que je suis une demandeuse d'asile.

> La situation actuelle : la dimension administrative

Les préoccupations concernant la demande d'asile et la régularisation de la situation administrative prennent une place très importante dans les entretiens des demandeurs d'asile. Ils évoquent les moments particulièrement éprouvants de cette démarche, notamment le passage à l'Ofpra, l'attente des résultats, l'éventuel passage à la CNDA, puis l'attente encore...

“ ... il n'y a rien de pire que l'attente [...] Au début, on passe par l'Ofpra et peut-être, on va se faire rejeter par l'Ofpra et passer à la CNDA. Puis, on ne sait pas ce qui va arriver après, si tu vas réussir ou pas. Après, si ça ne marche pas, la CNDA, on va avoir une OQTF [Obligation de Quitter le Territoire Français]. Du coup, tu ne sais pas où tu vas partir, qu'est-ce..., comment tu vas vivre ? [...] Les risques et les dangers, si tu vas rentrer avec une OQTF, déjà si tu es un demandeur d'asile [...] Tu vas avoir des crises d'angoisse. Tu vas être dégoûté de tout.

“ C'est une période de vie qui est un peu dure, choquante [...] la peur du résultat [de la demande d'asile] des souvenirs [...] un incident que

tu as vécu une première fois [...] un changement de vie. Ce sont généralement des choses qui peuvent peser sur la santé mentale.

“ ... la période d'attente, c'est un peu trop long... Pendant ce temps-là, le demandeur d'asile se considère comme résident qui a une certaine stabilité, une situation sociale. Il est capable de construire une vie ici, alors après cette attente, si la réponse est négative, c'est vraiment la cata. Ça peut provoquer beaucoup de pensées sombres... Cette période joue un rôle très important dans le bien-être du demandeur d'asile. On peut attendre une courte durée [...] Mais si l'on parle d'une famille, avec l'école et tout cela, c'est très lourd [d'être rejeté après une période prolongée d'attente].

> La situation actuelle : la dimension socio-économique

Au cours des entretiens, les demandeurs d'asile ont mentionné le poids de la situation sociale et économique rencontrée en France. Parfois, cette dernière et la précarité dont ils ont fait l'expérience lors de certaines périodes de leur vie en France contrastent de façon importante avec la situation qu'ils ont vécue avant la migration.

“ Quand j'étais en [...], j'étais chef d'un tribunal. Je travaillais pour le gouvernement de l'époque [...] J'avais des gardes de corps, j'avais

une belle vie [...] et tout d'un coup, le gouvernement est tombé et je me trouvais tout seul et la famille était menacée [...] Donc voilà.

“ *J'ai eu une entreprise, une bonne vie, mais il est impossible de retourner. Je suis ici, parce que si je rentre, ils vont me tuer. Ils m'ont menacé, comme ils ont menacé également... [membre de sa famille].*

La situation est particulièrement dure pour les personnes ayant passé des périodes sans hébergement. Les demandeurs d'asile parlent des effets nocifs pour la santé mentale, et même au-delà, d'une atteinte à leur dignité.

“ *En tant que demandeur d'asile, quand tu viens en France [...] quand tu n'as pas d'appartement, tu dois appeler le 115. Je me prends comme exemple... Quand on te dit qu'il n'y a pas de solution... Quand tu as traversé tout ça, et si tu n'avais aucun problème de santé mentale avant, tu auras des problèmes de santé mentale...*

“ *Moi aussi, j'ai dû vivre dans la rue. À mon âge, dans la rue! Je n'aurais jamais pensé que j'allais vivre ça, être dans la rue, avec la faim, les moustiques, la peur que quelqu'un te fasse du mal...*

La précarité du tissu social représente un autre élément pesant sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Souvent, ils parlent du poids de la solitude et de la difficulté de porter les responsabilités tout seul.

“ *Je suis toute seule avec ma fille, c'est pas facile [...] d'avoir des problèmes et tout et de surmonter tout, toute seule, c'est pas facile. Être tout le temps avec ta fille, t'as pas quelqu'un qui va te soutenir et qui va t'aider des fois [...] Tu vas occuper une lourde responsabilité [...] Tu vas éduquer ta fille, tu dois l'éduquer, lui donner à manger et tout, et puis il y a bien d'autres choses, qui pèsent aussi...*

Dans certaines situations, les rôles familiaux se transforment et il devient difficile pour certains de garder la place qu'ils occupaient dans la famille de façon satisfaisante.

“ *Ma mère [...] habite avec ma sœur à [...] Donc voilà, elle est là. Ma mère est déprimée, elle est triste [...] à l'âge de 70 ans [...] elle veut qu'on vive ensemble. Dès qu'elle me voit, dès qu'elle voit mes enfants, là, elle est contente. Mais là, malheureusement, elle est triste parce qu'elle habite à [...] et c'est un peu loin [pour aller la voir régulièrement].*

> L'adaptation à un nouvel environnement

Lors des entretiens, les demandeurs d'asile ont également fait référence aux défis liés à l'adaptation dans un nouvel environnement culturel. Ils ont notamment exprimé leur volonté d'apprendre rapidement les codes culturels et la langue, tout en étant conscients du fait que ce processus est long et demande un véritable investissement.

“
Même si tu n'as plus de problèmes par rapport à ta demande d'asile, ça va être difficile, car dans ton pays, les choses sont faciles, car tu sais comment les choses fonctionnent. Donc c'est facile d'évoluer. Dans un pays étranger, c'est difficile, il faut commencer à partir de zéro. Il faut comprendre la culture, c'est un défi. Ça prend du temps de s'intégrer, surtout pour les personnes un peu plus âgées, pour les enfants c'est plus facile.

Parfois, les demandeurs d'asile parlent des formations dans lesquelles ils sont très investis et qui peuvent constituer un élément très stabilisant pour la santé mentale. Néanmoins, cet engagement demande des efforts importants.

“
Je faisais des formations parce que je tenais beaucoup à mes études. Vous avez tout l'esprit qui est occupé à travailler, et voilà, ça m'a beaucoup aidé...

“
J'ai un ordinateur aussi, et je suis en train d'apprendre mon code de la route. Je [...] me connecte, je partage de la connexion sur mon ordinateur, et j'apprends mon code de la route...

L'adaptation des demandeurs d'asile au Canada les confronte à un environnement marqué par la cohabitation entre personnes de différentes origines, langues, cultures et religions. Parfois, cette cohabitation s'avère difficile en raison de tensions entre les différents habitants.

“
C'est un peu compliqué, surtout pour vivre avec des gens que vous ne connaissez pas avant, chacun a sa nationalité, chacun a sa manière de vivre, chacun a son comportement, son éducation. Souvent, tu vois qu'on n'est pas de la même religion, mais on peut se comprendre. Chacun n'a pas la même compréhension [...] Donc c'est un peu compliqué.

Ce qui permet de cultiver le bien-être et la résilience

Face aux différents facteurs mentionnés qui accentuent la vulnérabilité psychique des demandeurs d'asile, ces derniers mettent en place des stratégies visant à rétablir un équilibre psychique. Pour ce faire, ils s'appuient sur un certain nombre d'activités proposées par le Cada ou par des associations, mais ils font également des démarches plus personnelles, en cultivant des liens avec des proches, ou en s'engageant dans des activités dont ils ont repéré les bienfaits pour leur santé mentale. Ces différentes activités complètent les démarches de soins sans les remplacer. Ils mobilisent des ressources associées à la résilience : le soutien social et le lien avec les autres, la créativité et l'expression de soi, la mobilisation du corps, le contact avec la nature, la spiritualité et l'engagement dans le collectif.

> Les sorties

Les sorties organisées par le Cada occupent une place importante pour les demandeurs d'asile. Elles représentent l'occasion de prendre une certaine distance par rapport aux soucis, d'être avec les autres dans une ambiance plus détendue. Parfois, les sorties vont également permettre aux demandeurs d'asile de renouer avec des expériences positives et de se sentir moins exposés à l'impact des souvenirs traumatiques.

“ On a fait la sortie la dernière fois à la plage de Dieppe. Voilà. J'ai vu que maintenant ça se passe mieux [...] j'ai pu voir la mer d'une autre façon. Donc ça m'a fait vraiment du bien, j'ai vu que la peur était vraiment passée maintenant, parce que j'étais dans des conditions pas du tout faciles.

Au-delà des sorties organisées par le Cada, les demandeurs d'asile citent également le fait de sortir du Cada, d'aller se promener et de changer d'ambiance dans une démarche individuelle. Ces sorties semblent importantes pour se changer les idées, et pour avoir la force d'affronter les soucis qui reviennent à leur esprit quand ils retournent dans leurs appartements.

“ Pour moi, je peux dire, bon, chez nous, ce n'est pas comme chez les filles, chez les hommes c'est un peu différent (rire) chez nous, les hommes, c'est toujours un peu différent [...] Quand il y a du stress, tu sors [...] Peut-être, tu pars dans le parc te promener, les autres, ils partent faire du sport, disons qu'on est comme ça. Mais quand on rentre les soirs maintenant chacun a son coin. Il est en train de penser maintenant à sa vie, c'est comme ça.

> Le sport

Le sport apparaît comme une ressource importante pour beaucoup des demandeurs d'asile interviewés. Faire du sport est vu comme une activité permettant de se changer les idées, de renouer avec le corps, mais également de se retrouver avec d'autres personnes.

“ Il y a un programme du Cada, juste pour les femmes. On fait du vélo, ça me fait beaucoup de bien [...] J'ai fait du vélo quand j'étais en [...] je faisais du vélo, le football aussi. En [...], j'étais avec l'équipe internationale, donc voilà [...] je fais du vélo, je laisse mon fils et je prends ma fille, on fait du vélo [...] C'est ce qu'elle aime faire pour se distraire.

Si le sport s'avère une ressource très importante qui permet de se sentir mieux et de surmonter parfois les moments de tristesse, il ne remplace pas les soins. Ainsi, les troubles du sommeil indiquent la présence d'une détresse psychologique qui reste importante.

“ Encore une fois, comme je dis, je suis sportif [...] Je fais du vélo, je fais du yoga. Je sais comment je dois me débrouiller tout seul, comment je peux chercher une solution quand je suis triste. Donc voilà et pour l'instant, ça va pour moi. Mais le problème de sommeil, des fois, je n'arrive pas à dormir.

“ À chaque fois que je ressens la panique, je sors pour marcher [...] Parfois, je vais pour des activités que le Cada propose. Parfois, je n'arrive pas à trouver la joie. Quand on fait le sport ensemble, je ressens la joie. Mais quand je rentre, j'ai du mal à dormir, je suis obligé de prendre des médicaments.

> Le contact avec la nature

Les sorties dans la nature constituent une autre ressource importante, permettant parfois aux demandeurs d'asile de retrouver une certaine sérénité. Pour les jeunes demandeurs d'asile, les sorties dans la nature représentent également des occasions de rencontre avec des amis qui leur permettent de renforcer les liens avec leurs pairs français.

“ ... la nature, ouais! [...] Parce que là j'ai des amis français, on m'aide parfois et on sort ensemble. Parce qu'ils savent que moi, j'aime la nature, ça m'aide beaucoup d'aller dans [...] la nature pour voir, pour me soulager un peu [...] et si ça ne va pas, je me réfugie dans un parc ou à côté d'un lac, pour regarder la nature...

> La créativité

Dans certains Cada, des activités d'expression créatrice sont proposées aux demandeurs d'asile. Celles-ci peuvent prendre la forme d'ateliers de peinture ou de création. Dans un des centres, une art-thérapeute propose des séances individuelles d'art-thérapie qui ont pu être financées dans le cadre d'un projet. Les demandeurs d'asile de ce centre que nous avons rencontrés semblent apprécier ces interventions. Aussi, ils semblent avoir intégré la spécificité de ces ateliers, qui sont thérapeutiques sans s'inscrire explicitement dans une démarche de soins.

“ Les choses importantes [...] pour moi c'est l'art-thérapie. Ouais, ça aide beaucoup aussi parce que l'art-thérapeute, elle est un peu comme un psychologue... Donc on parle, on parle aussi, on ne fait pas juste des dessins, et elle connaît le problème mental, donc elle comprend [...] Elle me conseille, et elle m'indique aussi quand il y a des choses dont je pourrais parler avec mon psychiatre, mon psychologue aussi.

Parfois, ce n'est pas tant le fait d'être créatif, mais plutôt de se faire porter en ayant accès à des productions culturelles qui représente une ressource importante. Par exemple, le fait d'écouter de la musique pour se sentir mieux apparaît régulièrement dans les entretiens.

> Le lien avec les autres, le soutien social

Le lien social occupe une place très importante dans les énoncés des demandeurs d'asile. Maintenir le lien avec les proches quand c'est possible s'avère une ressource très importante.

“ Souvent, je téléphone à ma famille, on a un petit groupe avec mes frères et sœurs, souvent je les appelle. On commence en rigolant, on parle de mes enfants, des trucs comme ça. Souvent, quand j'ai envie de partager quelque chose, je préfère appeler ma famille. Je partage avec eux, parce qu'eux, ils ne vont jamais me vendre [trahir] [...] Donc, si ça ne va pas, j'appelle sur le groupe, peut-être il y a quelqu'un qui est connecté. On est cinq, on commence à causer et je demande [des nouvelles]. Je commence à demander comment allez-vous, la famille, comment? Et on rigole un peu [...] Les moments comme ça, c'est ça qui me soulage.

Pour certains, ce sont les membres de la famille, et tout particulièrement les enfants, qui leur donnent le sentiment d'être entourés et d'avoir une raison d'être.

“ [C'est] ma fille qui me rend heureuse, de rester avec elle, que je la vois... Le fait de sortir aussi, [vous] avez tout l'esprit qui est occupé à travailler, et voilà, ça m'a beaucoup aidé.

Les moments de convivialité avec les autres hébergés sont également des moments de soulagement pour certains.

“
... souvent, on s'assoit au salon avec les autres pour regarder la télé, c'est pour oublier les soucis un peu. Parce que les soucis, on ne peut pas vraiment les oublier, mais souvent tu peux te poser. Même cinq minutes ou dix minutes, il faut vous poser.

Néanmoins, ces mêmes moments sont parfois difficiles à vivre, en raison du calme dont les demandeurs d'asile ont besoin. S'il est important de se sentir entouré, il est tout aussi important de se sentir respecté dans ses besoins de calme et de recueil, et parfois même d'un certain repli sur soi.

“
... si une personne ne se sent pas bien dans sa peau [...] il y a des moments où elle veut rester toute seule, et pas être dérangée. Elle veut réfléchir, parce que [...] tu ne peux pas être disponible tout le temps pour les gens. Donc il y a un temps pour la réflexion et un temps pour rire [...] Donc c'est aux gens qui sont autour de toi de comprendre qui tu es, donc moi, j'ai mes logiques, vous aussi vous avez vos logiques, je ne peux pas être derrière vous, parce que vous, vous n'allez pas changer, c'est votre comportement, moi c'est pareil.

Quelques-uns ont décidé de participer à des activités de bénévolat, lesquelles leur permettent de s'engager dans une activité qui structure leur journée, de rencontrer d'autres personnes et de se sentir utiles, au service des autres.

“
Je faisais le bénévolat aussi, avec [...], j'étais en cuisine pour préparer de la nourriture pour 150 personnes, tous les dimanches. Les gens que j'y ai rencontrés sont très bien parce que quand j'étais hospitalisé [...] ils venaient toujours à l'hôpital avec quelque chose dans la main pour me rendre visite. Ils m'ont tellement soulagée.

> La spiritualité

La spiritualité apparaît comme une ressource importante pour certains, surtout dans les moments de désespoir et de solitude. Elle prend parfois une forme très intériorisée.

“
Quand je me sens angoissé et triste, je prie tout simplement. Mon refuge est la spiritualité [...] La nature joue un rôle important dans cette perspective spirituelle, parfois quand on se promène à côté de la rivière, cette beauté fait partie aussi de cette spiritualité qui m'aide à me ressourcer.

Dans d'autres situations, elle apparaît comme une pratique qui les rapproche des autres, qui permet de rencontrer d'autres personnes et de s'unir autour d'un lien marqué par la spiritualité partagée.

“ *Quand je pense à la famille, commence à pleurer, je vais prier, et me confier à Dieu [...] J'ai des amis qui me sortent et m'amènent à l'église.*

Les prières et la pratique religieuse apparaissent également comme une source permettant de garder espoir.

“ *Donc, je suis là, je prie Dieu, je croise les bras... Peut-être... Comme mon histoire, c'est une histoire qui est vraiment réelle, donc, je pense que Dieu va m'aider... Ça m'aide... Ça va marcher.*

La perception de l'offre de soins de santé mentale

Si les demandeurs d'asile cultivent des activités permettant de favoriser le bien-être ou au moins de limiter la souffrance, ils sont conscients de la nécessité de voir un professionnel de santé mentale quand les problèmes de ce type se posent.

> L'accès aux consultations avec un professionnel

Dans les CADA qui disposent d'un réseau de professionnels à même de répondre aux besoins des demandeurs d'asile, une forme de soutien psychologique est souvent proposée de façon systématique, afin de permettre aux demandeurs d'asile de considérer cette option. Cette démarche active d'un « aller vers » semble faciliter l'accès aux soins et surtout permettre aux demandeurs d'asile de s'informer, de réfléchir sur leurs besoins et de revenir vers ces propositions lorsqu'ils se sentent dépassés par les problèmes d'ordre psychologique.

“ *... dans un premier temps, c'est de savoir ce qui ne va pas au moins après le premier temps. Et puis d'essayer de mettre tout en ordre. Voilà, donc c'est important dès qu'il y a un petit souci donc d'aller voir un psychologue qui peut un peu aider.*

Néanmoins, et malgré les informations données, la démarche d'aller vers un professionnel de santé mentale ne va pas toujours de soi pour les demandeurs d'asile. Parfois, l'idée d'aborder les souvenirs traumatiques peut faire peur, car les demandeurs d'asile savent que cela risque de provoquer un mal-être important, voire d'aggraver certains symptômes comme les reviviscences ou les ruminations.

“ ... moi, je voulais oublier mon passé [...] Avec une psychologue, il faut que tu dises ce qui t'est arrivé, donc ça me mettait hors de moi. Dès que je parle avec une psychologue, je retourne en arrière encore des années en arrière, j'avais des maux de tête, je ne me sentais pas bien, j'ai fait que pleurer, tout ça [...] Avec mon psychologue de [...] on a commencé depuis à l'âge de quand j'avais 10 à 12 ans que je me rappelle. On commence à parler de ça petit à petit [...] Mais quand on arrivait aux moments difficiles que j'ai vécus qui m'ont fait fuir [...] Vraiment, je ne voulais pas parler de ça, parce que dès que je commence à parler, je ne me sens pas bien, je vois, je tremble, j'ai des sueurs partout [...] Mais tu vois que maintenant, même si ça me fait mal, je sais que c'est mon passé et je souhaite plus que ça revienne encore [...] Donc quand j'ai commencé à parler [...] je sens que... il faut aller en avant.

> L'apport du suivi

Le processus permettant la prise de conscience des problèmes de santé mentale et l'acceptation d'un engagement dans les soins demande souvent une réévaluation des représentations culturelles concernant la santé mentale et les soins associés. Dans les entretiens que nous avons menés, cette réévaluation apparaît très clairement, mais ils montrent également que les demandeurs d'asile arrivent à s'investir dans des soins sur la base d'une confiance dans les professionnels.

“ ... dans mon pays [...] j'ai refusé pas mal de fois de consulter un psychologue, un psychiatre. C'est une question de confiance [...] une question de confiance par rapport à ma famille, par rapport à mon histoire, par rapport à mon entourage. Ce psychiatre peut être un voisin. S'il va garder un secret ou pas [...] Mais en France, ici, c'est la première chose qu'ils m'ont proposé que j'aie acceptée. Et c'est la première fois. La première séance aussi que j'ai senti que je peux parler sans limites, je n'ai rien à perdre, rien ne me fait peur. Avant, c'était par rapport à ma famille, etc. Mais maintenant, je peux parler.

Pour ceux qui ont pu s'appuyer sur un suivi, celui-ci est souvent présenté comme un soutien important permettant de sortir des ruminations et des effets délétères de la détresse psychologique sur le bien-être global.

“ ... la pensée... Psychiquement, physiquement, ça va aller de pire en pire. Déjà de parler à un psychologue, un psychiatre, c'est la solution la plus efficace. J'ai vécu comme tout le monde beaucoup de mauvaises histoires, mais c'était franchement la meilleure solution.

En revanche, ils soulignent le besoin d'être rassuré par rapport à la confidentialité des entretiens, en ce qui concerne le psychologue autant que l'interprète.

“ ... avec mon passé, j'avais toujours peur que les gens vont me juger. À une certaine période, j'ai eu des attaques de panique et des idées suicidaires. Mais je voulais rester en vie [...] Donc on m'a envoyé vers un psychologue [...] Parfois, quand on parlait, tout revenait. Je continuais à y aller, mais je ne me sentais pas mieux, donc j'ai changé de psychologue [pour une psychologue qui travaille avec interprète]. Maintenant, ça va mieux [...] l'espoir est revenu.

L'interprétariat est aussi perçu comme un facilitateur de l'expression de l'intime.

“ ... Je peux m'exprimer en français souvent, aussi en anglais [...] Mais avec les émotions, je préfère la langue maternelle [...] parce qu'il y a plein d'émotions, je ne peux pas exprimer [en français]. Parce qu'on m'avait demandé l'anglais, le français,

et j'ai dit non, le [...] parce que je voulais parler jusqu'aux profondeurs.

Néanmoins, les demandeurs d'asile ne savent pas toujours si un interprète va être disponible dans le lieu de soins.

C'est difficile de trouver un interprète [...] La dernière fois, j'ai pris un rendez-vous à [...], mais je savais que c'est très loin. Donc après, je me disais si je vais à cet endroit et peut-être, il n'y a pas d'interprète, c'est difficile, car je dois déposer et récupérer mes enfants à l'école. C'est un peu difficile, donc.

Dans certaines situations, la sensibilité (et la formation) des psychologues aux difficultés liées à une problématique spécifique peut être rassurante pour les demandeurs d'asile concernés.

“ ... quand je discutais avec la psy, elle me citait un peu les autres associations avec qui elle travaillait [...] Déjà j'avais ce petit problème où... Déjà, bon c'est un problème un peu général dans la communauté LGBT où il faut trouver un psy qui comprenne réellement la thématique, qui... S'il aide la communauté [il va être] encore plus accessible et plus ouvert à comprendre certaines choses parce que... C'est tout une mixture d'orientations sexuelles diverses, de genres différents, et tout et tout. Et avoir quelqu'un qui puisse brasser un peu tout ça, facilite un peu la discussion en fait.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS



Dans cette étude, nous avons exploré les perceptions liées aux besoins de santé mentale et au recours aux soins, à travers des focus groups organisés avec des demandeurs d'asile et des professionnels non soignants.

Le déroulement dans différents lieux (Cada/Spada) et régions (Île-de-France, Aquitaine et Occitanie) a permis, d'une part, d'observer des discours similaires des demandeurs d'asile/professionnels sur le repérage de la souffrance psychique et le besoin de soins et, d'autre part, de constater un écart entre l'offre de soins des grandes villes (Paris, Bordeaux) ou région (Île-de-France) et des petites villes.

Identification des besoins

En ce qui concerne le repérage de la souffrance psychique, trois thématiques ressortent :

> La temporalité

L'identification des besoins est soumise à deux types de temporalité :

En premier lieu, celle du contact avec la personne. On constate que les intervenants de la Spada qui rencontrent les personnes dans un moment de vulnérabilité très importante ont des conditions particulièrement inadaptées au repérage des problèmes de santé mentale. La situation est particulièrement inquiétante concernant les personnes

qui n'auront pas accès aux Cada, et dont les besoins ne seront pas nécessairement repérés dans la suite de leur parcours. Le seul recours, ce sont les transmissions à l'Ofii sur la vulnérabilité psychique identifiée.

Ensuite, dans les Cada, celle du processus de la demande d'asile. Les besoins de soins de santé mentale semblent être liés non seulement aux expériences vécues avant ou pendant la migration, mais également au processus de la demande d'asile qui s'étale sur tout le temps de leur accueil dans les centres. Pour y arriver, les intervenants des Cada cherchent à assurer une observation sur la durée et à favoriser des moments d'échange permettant de repérer les besoins tout au long de l'accompagnement des demandeurs d'asile. Ce processus d'accompagnement est structuré par les temps forts de la demande d'asile (l'arrivée en France, l'enregistrement de la demande d'asile, l'entrée au Cada, l'entretien à l'Ofpra, puis l'issue de la demande d'asile et la préparation du départ du Cada), mais également par les événements marquant la vie des demandeurs d'asile (des nouvelles inquiétantes concernant des proches, des informations concernant la situation globale dans leur pays d'origine, ou encore des éléments tels que les « dates anniversaires » d'événements traumatiques qui accentuent la vulnérabilité des demandeurs d'asile à un moment donné).

> Le processus de repérage



De façon plus générale, nous avons pu observer les effets positifs des formations qui permettent aux professionnels d'avoir des repères pour identifier les besoins des demandeurs d'asile. Néanmoins, l'apport de ces formations dépend ensuite de la disponibilité de professionnels de soins à même de compléter cette première étape d'identification des besoins.

Le repérage se fait au cours des temps formels, tels que l'entretien avec les différents professionnels (notamment le référent santé) et entre professionnels, pendant les temps d'échange formels (réunion) et informels. Il peut aussi avoir lieu lors des visites à domicile et des activités de loisirs. Ce repérage est possible grâce aux formations en interne et à travers la manifestation de signes directs ou indirects de la souffrance psychique.

Parmi les signes de repérage de la souffrance psychique, la baisse de la qualité de vie et d'autonomie liée aux troubles de la concentration, du sommeil (et cauchemars) ou de l'appétit ou à une tristesse parfois envahissante est mise en avant lors de la demande ou de l'orientation vers des soins psychiatriques. Ces variations d'état de santé mentale sont plutôt associées à la procédure de la demande d'asile et à ses conséquences (refus, longues attentes, inactivité, cohabitation, isolement) qu'aux événements traumatiques vécus lors du parcours migratoire.

La présence de psychologues dans le centre représente pour les professionnels un atout important dans le cadre du repérage, de la prise en charge et de l'orientation, et pour les demandeurs d'asile, un accès rapide et sécurisé à l'écoute.

L'interprétariat est perçu comme un facilitateur du repérage et de l'accès aux soins, souvent inaccessible dans le service public, mais aussi dans l'offre associative. Des questions sur le financement et la formation des interprètes se posent toutefois.

> Le repérage chez les enfants



Les professionnels expriment une grande inquiétude au sujet de la détresse psychique des enfants, plus difficile à repérer, car les signes sont plus complexes et ils ont moins de contact direct avec eux.

La détection des besoins des enfants reste donc souvent insuffisante, ce qui est particulièrement inquiétant en raison des effets qu'une absence de réponse adaptée provoque sur leur développement. Globalement, l'orientation des enfants s'avère presque impossible même dans les grandes villes.

L'orientation

La proposition de soins dès l'arrivée semble être bien acceptée par les hébergés et leur donne la possibilité de s'en saisir à n'importe quel moment. C'est utile également pour les professionnels, qui peuvent évoquer de nouveau les soins s'ils constatent le développement d'une détresse pendant le séjour. De même, la pratique d'échanges entre les professionnels au cours de moments institutionnels ou informels permet d'avoir un meilleur aperçu de la situation.

En ce qui concerne l'orientation vers les soins, cette étude fait apparaître des défis spécifiques liés aux besoins particuliers de cette population (interprétariat notamment), mais aussi en lien avec les ressources disponibles (ou non), que ce soit à l'intérieur des structures d'accueil et d'hébergement ou dans l'environnement extérieur en fonction de l'offre de soins disponible.

Deux thématiques s'en dégagent :

> Des orientations impactées par la disparité de l'offre et les besoins spécifiques



La disparité de l'offre de soins sur le territoire français semble être associée à deux principaux facteurs : un service public présent, mais inadapté ; un secteur associatif plus adapté, mais présent surtout en Île-de-France, où se concentrait historiquement cette population.

En ce qui concerne le service public, deux principales barrières sont mises en avant : les longs délais pour un premier rendez-vous au CMP et l'absence de recours systématique à l'interprétariat. S'y ajoute un transfert de la mission du CMP (soins ambulatoires) vers l'EMPP (évaluation et orientation), en conséquence d'une instabilité d'hébergement en fonction des droits et de la durée de la procédure, incompatibles en pratique avec les règles de sectorisation (à savoir avoir une adresse depuis au moins 3 mois). Une preuve de domiciliation est souvent demandée : pour nombre de demandeurs d'asile, cette dernière correspond à leur adresse postale, mais pas nécessairement à leur lieu de vie. Enfin, les situations d'urgence, bien que rares, semblent cristalliser ce manque de concertation, mettant les équipes des centres en grande difficulté face à des personnes en état de crise.

En ce qui concerne le secteur associatif, perçu comme plus adapté et accueillant pour cette population mais avec moins de moyens (peu de prescripteurs, pas de lits d'hospitalisation), on observe une disparité de l'offre en fonction de la géographie (grande ville vs petites villes), mais également une forte spécialisation (LGBT, torture, femme victime de violence, etc.).

Ainsi, l'orientation vers les soins semble plutôt soumise à des facteurs logistiques et organisationnels qu'à des critères basés sur la gravité ou la nature des symptômes, autrement dit, sur la nécessité ou non d'une prise en charge médicale, notamment psychiatrique.

Ces facteurs contribuent aux barrières d'accès aux soins adaptés, pourtant existants, chez une population à haut risque de développement de troubles psychiatriques. Les conséquences de cette organisation (ou plutôt le manque) sont multiples : des dispositifs surchargés, des équipes démunies, des patients non orientés.

> L'orientation des enfants



La situation des enfants inquiète particulièrement les équipes, dû à l'absence ou à l'inaccessibilité de lieux et de professionnels pour le repérage de la détresse psychologique, et la quasi-indisponibilité de soins publics ou associatifs. En raison des ressources limitées dont disposent les lieux de soins publics, les temps d'attente sont beaucoup trop importants pour permettre aux enfants des demandeurs d'asile d'y accéder.

La santé mentale vue par les demandeurs d'asile

Les thématiques suivantes ont été mises en avant :

> La santé mentale et son déséquilibre



Avoir une bonne ou une mauvaise santé mentale semble être souvent lié à la gestion de la vie quotidienne et à la capacité d'interaction avec l'autre. Le mal-être passe aussi par le corps : le sommeil, la fatigue, le manque d'appétit et les émotions négatives (perte d'intérêt, idées noires), les peurs. Les termes médicaux ne sont pas mentionnés (p.e. dépression), mais les symptômes le sont, ce qui rassure le repérage de la souffrance psychique dans le dialogue/perception entre professionnels et demandeur d'asile. L'impact de la dimension culturelle agit surtout sur l'interprétation de l'état de mauvaise santé mentale, notamment la peur d'être fou (dans le sens de perdre à jamais ses capacités) ou d'être stigmatisé, ce qui risque de constituer un frein à la demande ou à l'acceptation de soins.

> Ce qui impacte la santé mentale



La santé mentale des demandeurs d'asile apparaît comme le résultat d'un équilibre entre les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de résilience qui s'organisent autour de facteurs individuels liés à l'histoire spécifique de chaque demandeur d'asile et de

facteurs extérieurs pouvant renforcer la vulnérabilité ou au contraire apporter un soutien.

Les facteurs individuels et intrapsychiques sont marqués par le parcours des demandeurs d'asile, des adversités vécues dans le passé, mais aussi de leur constitution psychique et de leurs ressources intérieures.

Les facteurs « extérieurs » concernent la situation sociale et administrative, mais aussi la qualité du soutien social et les facteurs facilitant une appropriation des logiques culturelles et institutionnelles du nouvel environnement.

Enfin, les stratégies de bien-être sont naturellement recherchées par les hébergés, démontrant leur capacité d'être acteurs dans la prise en charge de leur santé mentale. La spiritualité, les activités sportives et culturelles sont mises en avant en tant qu'espaces-temps psychiques où il est possible de vivre le moment présent, diminuer son stress, améliorer son sommeil et sortir de l'isolement.

> Les barrières et les facilitateurs de l'accès aux soins



Une réticence existe par rapport aux soins en soi, liée à la peur d'aggraver les symptômes en évoquant des événements traumatiques et à la peur d'être dépendant des médicaments. Aussi, les demandeurs d'asile soulignent le besoin d'être rassurés par rapport à la confidentialité des entretiens, en ce qui

concerne le psychologue, mais aussi l'interprète.

Néanmoins, l'offre de soins semble être acceptée par une grande proportion de demandeurs d'asile, car elle est proposée dans un rapport de confiance. Ceux qui ont fait l'expérience d'un suivi soulignent que cette démarche leur a apporté un soulagement important.

Toutefois, l'efficacité des interventions dépend des conditions du suivi, notamment de la possibilité de parler dans un cadre confidentiel, dans une langue maîtrisée par le demandeur d'asile (donc souvent à l'aide d'un interprète), et par des professionnels ayant une bonne connaissance des leurs difficultés spécifiques.

DISCUSSION



Les résultats de cette étude sont en accord avec la littérature qui indique non seulement l'impact sur la santé mentale des facteurs de stress vécus avant et pendant la migration, mais également de ceux vécus dans le pays d'accueil, notamment en rapport à la procédure de demande d'asile (Riley et al., 2017, Spiritus-Beerden et al., 2021). En effet, les observations faites par les équipes professionnelles, tout comme celles apportées par les demandeurs d'asile soulignent la présence de ces facteurs, souvent cumulatifs, et ayant un impact direct sur leur bien-être.

Ce constat est aussi conforme aux données scientifiques des dernières décennies sur l'étiologie des troubles psychiatriques mettant en avant l'interaction gène-environnement, où le risque de développement chez un individu est le résultat d'une prédisposition génétique et des expériences (intensité, quantité) de facteurs de risques et de protection psycho-bio-sociaux tout au long de sa vie (Mothersill and Donohoe, 2016).

Cette étude suggère une prévalence importante de la détresse psychique chez les demandeurs d'asile, laquelle se traduit par des signes et des symptômes rapportés par les personnes concernées et par les professionnels, mettant en avant un besoin d'évaluation et d'orientation, en raison du risque élevé d'impact négatif sur la santé mentale à moyen et long terme en cas de non-intervention (Bogic et al., 2015, Dawson et al., 2015).

Enfin, les constats sur la difficulté d'accès aux soins sont compatibles avec des études menées en France et dans d'autres pays européens signalant des barrières d'accès aux soins (Satinsky et al., 2019, Tortelli et al., 2020, Sandhu et al., 2013).

À ce sujet, deux points importants nous semblent importants à discuter afin de mieux réfléchir sur la prise en charge de la détresse psychologique des demandeurs d'asile :

> Le premier, celui sur l'offre de soins de santé mentale.

Cette étude met en évidence des limites de l'accès aux soins, associées à des contradictions inhérentes à l'organisation de l'offre de soins pour cette population en France.

Cela provient d'un côté, d'un service public présent sur tout le territoire et disposant de moyens, en revanche moins adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile, et d'un autre côté, d'un secteur associatif, présent essentiellement dans les grandes villes, bénéficiant de moyens plus adaptés mais limités et dépendants de financements non pérennes, moins médicalisés et parfois fléchés sur une sous-population spécifique, ce qui entraîne une certaine surspécialisation (Fassin, 2000, Chambon and Le Goff, 2016, Rechtman, 2000).

En effet, le service public, présent sur tout le territoire à travers le secteur psychiatrique, n'est pas en mesure de proposer une réponse adaptée aux besoins des demandeurs d'asile, notamment dû au recours inégal à l'interprétariat, au changement de secteur à chaque changement d'adresse, aux temps d'attente et aux limites en termes de disponibilités de rendez-vous qui retardent la mise en place de soins, y compris pour les situations d'urgence. À noter, un glissement des missions des CMP (soins) vers l'EMPP (évaluation et orientation), limitant le recours aux traitements thérapeutiques nécessaires (pharmacologique ou psychothérapeutique). Enfin, l'absence

de dispositifs de repérage et d'orientation dédiés aux enfants et adolescents, alors que le risque accru de mauvaise santé mentale est constaté (Pacione et al., 2013, Roze et al., 2016).

En raison de ces limitations observées, peu de demandeurs d'asile de notre étude semblent être orientés vers le service public. Par conséquent, l'accès aux soins de santé mentale reste dépendant de la présence et de l'offre inégale du secteur associatif.

Ceci peut être problématique à plusieurs titres : en l'absence d'une possibilité d'orientation vers les services publics, les intervenants des CADA se retrouvent dans la position difficile de faire un choix parmi des lieux d'intervention spécialisée (en rapport avec les violences contre les femmes ou la présence de psychotraumatismes par exemple), sans qu'un diagnostic professionnel soit fait en amont.

Aussi en découle, pour les mêmes raisons, une inégalité de l'accès aux différentes propositions thérapeutiques, notamment pharmacologiques, en conséquence directe de la sous-médicalisation de l'offre de soins du secteur associatif et des difficultés d'accès au service public. Ce faible recours aux traitements pharmacologiques représente un frein important à une prise en charge rapide et efficace des troubles psychiatriques. Même si sur le plan scientifique, on note une efficacité comparable entre les traitements pharmacologiques et certaines méthodes psychothérapeutiques pour les troubles les plus prévalents chez les

demandeurs d'asile (anxiété, dépression, TPST), en pratique, le délai d'action et d'efficacité du traitement pharmacologique est moins dépendant de facteurs contextuels tels que le délai du début de la thérapie, le type de psychothérapie et son adaptation par rapport aux troubles, ou encore la fréquence des séances (Nickerson et al., 2011, Martin et al., 2021, American Psychological Association, 2019, Davidson, 2010, Dwight-Johnson et al., 2000).

> Le second point à prendre en compte est celui des facteurs de risque et de résilience.

De nombreuses études montrent l'impact des conditions de vie globales, des activités promouvant la résilience et du soutien des relations sociales sur le développement et l'évolution des troubles psychiatriques des exilés (Laban et al., 2005, Bogic et al., 2015, Bhugra et al., 2011, Jannesari et al., 2020, Davydov et al., 2010, Behrendt et al., 2022). De même, l'impact des activités physiques et de loisirs et du développement du capital social semble jouer un rôle central pour la santé mentale des demandeurs d'asile (De Silva et al., 2005, Rocco and Suhrcke, 2012, Tortelli et al., 2017, Björkman and Ekblom, 2021).

En ce sens, il sera important de compléter l'offre de soins avec des interventions promouvant la résilience. Au cours de cette étude l'étude, nous avons observé un grand nombre d'initiatives intéressantes proposées par les équipes.

Enfin, il s'agit aussi d'alerter les instances concernées de l'impact de l'organisation actuelle de la procédure de la demande d'asile sur la vulnérabilité psychique de cette population : les longues périodes d'attente accentuant le sentiment d'insécurité et d'absence de contrôle sur sa vie, les conditions d'hébergements marquées par la cohabitation (quand ce n'est pas l'errance résidentielle ou la rue) et la difficulté de trouver un accès aux loisirs qui pourraient aider à se ressourcer sont autant de facteurs accentuant la vulnérabilité de cette population. On pourra également mentionner l'impossibilité d'accéder à l'emploi et à la formation, ce qui limite les stratégies promouvant la résilience.

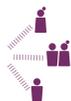
RECOMMENDATIONS



À partir de ces constats, des suggestions d'amélioration de la prise en charge en santé mentale des demandeurs d'asile sont proposées. Il est question, sur le principe, de pouvoir accéder à l'offre de soins la plus efficace en fonction de la clinique, des souhaits et des conditions de vie de l'individu. Aussi, au-delà des soins psychiatriques, il s'agit d'identifier et de coordonner avec la personne les actions qui semblent les plus pertinentes afin d'améliorer sa qualité de vie.

Ce travail ne peut être accompli qu'à travers une collaboration étroite entre les structures de soins et celles du social (Puchner et al., 2018, Siffert, 2020, Tortelli and Mercuel, 2022).

> En ce qui concerne l'identification



- ▶ Former les équipes non soignantes aux signes et facteurs associés à la détresse psychologique, ainsi qu'aux dispositifs existants, à travers la mise en place de formations de type « Premiers Secours en Santé Mentale » par exemple.
- ▶ Organiser des espaces d'analyse de pratiques.
- ▶ Mettre à disposition des personnes exilées des documents sur la détresse psychologique et l'offre de soins disponibles.
- ▶ Présence/permanence de psychologue/équipe de soins dans les lieux dédiés à cette population (hébergement, centre d'accueil, etc.) pour l'accès rapide à une évaluation/orientation/prise en charge spécialisée de la détresse psychologique.

- ▶ Promouvoir l'évaluation et la prise en charge de la détresse psychologique par les médecins généralistes, mieux identifiés par les demandeurs d'asile, et en mesure de prescrire un traitement dans le cadre de pathologies non sévères.
- ▶ Renforcer les liens entre les différents acteurs rencontrant les enfants des demandeurs d'asile : les parents, les professionnels des équipes scolaires, les équipes des centres d'hébergement, et si besoin les acteurs du système de soins.

> En ce qui concerne l'offre de soins



- ▶ Proposer systématiquement un suivi couplé à une explication du fonctionnement des services existants afin de déstigmatiser le recours aux soins de santé mentale.
- ▶ Prendre en compte dans les conditions de vie, l'instabilité des droits et d'hébergement, ainsi que la dimension familiale de la détresse (même parcours, mêmes conditions de vie).
- ▶ Favoriser « l'aller vers » dans le premier contact avec le système public de soins de santé mentale, notamment par un assouplissement des règles de sectorisation, ainsi que par le recours systématique à l'interprétariat.
- ▶ Clarifier les missions des CMP et des EMPP dans ces contextes complexes afin de ne pas exclure du système de soins des personnes à haut risque de développement de troubles psychiatriques, surtout

dans des endroits où l'offre de soins associative est pauvre.

- ▶ Développer des dispositifs « mixtes » associant la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte afin de faciliter la prise en charge de la famille, notamment des enfants et adolescents.
- ▶ Réfléchir à une meilleure coordination et peut-être « hiérarchisation » (de type rapport coût/bénéfice des traitements thérapeutiques) de l'offre de soins existante (publique et associative), afin de faciliter l'accès à la prise en charge la mieux adaptée à chaque situation et éviter les longues files d'attente et les doublons de prise en charge. Le développement de collaborations interdisciplinaires effectives entre le secteur public et associatif permettra l'accès aux différents types de propositions thérapeutiques et de support social ainsi que le maintien dans le droit commun. Une attention particulière devrait être portée sur les réponses à donner aux situations d'urgence et de crise.
- ▶ Repenser le recours à l'interprétariat afin de le rendre plus accessible et de bonne qualité : des formations qualifiantes, la fonction de médiation, le recours aux entretiens par visioconférence. Enfin, réfléchir aux bénéfices d'un service public d'interprétariat.
- ▶ Promouvoir la participation des pairs, dans le support, l'éducation, mais également dans les interventions psychosociales.

> En ce qui concerne les actions favorisant la résilience et le rétablissement



- ▶ Faciliter l'accès des demandeurs d'asile à des activités de bien-être et d'intégration.
- ▶ Développer des espaces d'activité communs afin de faciliter l'échange et agir sur l'isolement.
- ▶ Renforcer le travail en réseau permettant l'accès à des outils d'intégration sociale, tels que l'apprentissage de la langue et les groupes d'entraide.

CONCLUSION



Des facteurs multiples sont à l'origine de la détresse psychologique des personnes exilées et des besoins de soins sont constatés par les demandeurs d'asile et par les équipes socio-éducatives qui les prennent en charge. Néanmoins, on note globalement un accès difficile au système public, ainsi qu'une offre associative inégale sur le plan des soins en fonction de la localisation géographique (zone urbaine vs rurale). La quasi-absence d'offre de soins pour les enfants est constatée en général.

Des axes d'amélioration sont proposés pour une meilleure organisation du repérage et de l'offre de soins, concernant notamment la réflexion sur les missions du service public et une meilleure coordination avec l'offre du secteur associatif. La promotion des activités de bien-être et d'intégration sociale est encouragée.

Enfin, dans une perspective plus large, un questionnement s'impose au sujet des effets des politiques migratoires et de leur articulation avec les politiques de santé publique, afin d'éviter des répercussions négatives sur la santé de la population des territoires. Dans ce cadre, la mise en place de politiques de prévention par rapport aux facteurs de stress impactant la santé mentale des demandeurs d'asile serait à envisager.

De plus, l'instauration d'un délai de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile entraîne des retards de prise en charge, d'autant plus délétère en termes de santé mentale.

RÉFÉRENCES

- ▶ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION 2019. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Am Psychol.*, 74, 596–607. doi: 10.1037/amp0000473.
- ▶ BEHRENDT, M., LIETAERT, I. & DERLUYN, I. 2022. Continuity and social support: A longitudinal study of unaccompanied refugee minors' care networks. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 20, 398–412.
- ▶ BHUGRA, D. 2004. Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-58.
- ▶ BHUGRA, D., GUPTA, S., BHUI, K., CRAIG, T., DOGRA, N., INGLEBY, J. D., KIRKBRIDE, J., MOUSSAOUI, D., NAZROO, J., QURESHI, A., STOMPE, T. & TRIBE, R. 2011. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10, 2–10.
- ▶ BJÖRKMAN, F. & EKBLÖM, Ö. 2021. Physical Exercise as Treatment for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mil Med*, 26.
- ▶ BOGIC, M., NJOKU, A. & PRIEBE, S. 2015. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, 15, 29.
- ▶ CHAMBON, N. & LE GOFF, G. 2016. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue Française des Affaires Sociales* 2, 123-140.
- ▶ COLDEFY, M., LE FUR, P., LUCAS-GABRIELLI, V. & MOUSQUES, J. 2009. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*, 145, 1-8.
- ▶ DAVIDSON, J. R. 2010. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *The Journal of clinical psychiatry*, 71, 27767.
- ▶ DAVYDOV, D. M., STEWART, R., RITCHIE, K. & CHAUDIEU, I. 2010. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479–495.
- ▶ DAWSON, K. S., BRYANT, R. A., HARPER, M., TAY, A. K., RAHMAN, A., SCHAFFER, A. & VAN OMMEREN, M. 2015. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for

- common mental health problems. *World Psychiatry*, 14, 354.
- ▶ DE SILVA, M. J., MCKENZIE, K., HARPHAM, T. & HUTTLY, S. R. 2005. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59, 619-27.
 - ▶ DWIGHT-JOHNSON, M., SHERBOURNE, C. D., LIAO, D. & WELLS, K. B. 2000. Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of general internal medicine*, 15, 527-534.
 - ▶ FASSIN, D. 2000. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L'Homme*, 153, 231-250.
 - ▶ GANDUBERT, C., SCALI, J., ANCELIN, M. L., CARRIÈRE, I., DUPUY, A. M., BAGNOLINI, G., RITCHIE, K., SEBANNE, M., MARTRILLE, L., BACCINO, E., HERMÈS, A., ATTAL, J. & CHAUDIEU, I. 2016. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiology of stress*, 3, 61-67.
 - ▶ HACKER, K., ANIES, M., FOLB, B. L. & ZALLMAN, L. 2015. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*, 8, 175-83.
 - ▶ HALLAS, P., HANSEN, A. R., STAEHR, M. A., MUNK-ANDERSEN, E. & JORGENSEN, H. L. 2007. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* [Online], 7. Available: <http://europepmc.org/abstract/MED/17931414>
 - ▶ JANNESARI, S., HATCH, S., PRINA, M. & ORAM, S. 2020. Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.*, 22, 1055-1064. doi: 10.1007/s10903-020-01025-2.
 - ▶ LABAN, C. J., GERNAAT, H. B. P. E., KOMPROE, I. H., VAN DER TWEEL, I. & DE JONG, J. T. V. M. 2005. Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193, 825-832.
 - ▶ MARTIN, A., NAUNTON, M., KOSARI, S., PETERSON, G., THOMAS, J. & CHRISTENSON, J. K. 2021. Treatment guidelines for PTSD: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 4175.
 - ▶ MOTHERSILL, O. & DONOHOE, G. 2016. Neural effects of social environmental stress—an activation likelihood estimation meta-analysis. *Psychological medicine*, 46, 2015-23.

- ▶ NICKERSON, A., BRYANT, R. A., SILOVE, D. & STEEL, Z. 2011. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399–417.
- ▶ PRIEBE, S., SANDHU, S., DIAS, S., GADDINI, A., GREACEN, T., IOANNIDIS, E., KLUGE, U., KRASNIK, A., LAMKADDEM, M., LORANT, V., RIERA, R. P., SARVARY, A., SOARES, J. J., STANKUNAS, M., STRASSMAYR, C., WAHLBECK, K., WELBEL, M. & BOGIC, M. 2011. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187.
- ▶ PRIEUR, C., DOURGNON, P., JUSOT, F., MARSAUDON, A., WITTEWER, J. & GUILLAUME, S. 2022. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. *Questions d'économie de la santé*, 8p.
- ▶ PUCHNER, K., KARAMAGIOLI, E., PIKOULI, A., TSIAMIS, C., KALOGEROPOULOS, A., KAKALOU, E., PAVLIDOU, E. & PIKOULIS, E. 2018. Time to rethink refugee and migrant health in Europe: moving from emergency response to integrated and individualized health care provision for migrants and refugees. *International journal of environmental research and public health*, 15, 1100.
- ▶ RECHTMAN, R. 2000. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & Migrations*, 1225, 46-61.
- ▶ RILEY, A., VARNER, A., VENTEVOGEL, P., TAIMUR HASAN, M. & WELTON-MITCHELL, C. 2017. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural Psychiatry*, 54, 304–331.
- ▶ ROCCO, L. & SUHRCKE, M. 2012. *Is Social Capital Good for Health? : A European Perspective*, WHO Regional Office for Europe Copenhagen.
- ▶ ROZE, M., VANDENTORREN, S., VUILLERMOZ, C., CHAUVIN, P. & MELCHIOR, M. 2016. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 38, 51–60.
- ▶ SANDHU, S., BJERRE, N. V., DAUVVIN, M., DIAS, S., GADDINI, A., GREACEN, T., IOANNIDIS, E., KLUGE, U., JENSEN, N. K., LAMKADDEM, M., PUIGPINOS I RIERA, R., KOSA, Z., WIHLMAN, U., STANKUNAS, M., STRASSMAYR, C., WAHLBECK, K., WELBEL, M. & PRIEBE, S. 2013. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 105-16.

- ▶ SATINSKY, E., FUHR, D. C., WOODWARD, A., SONDORP, E. & ROBERTS, B. 2019. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123, 851–863. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.02.007. Epub 2019 Feb 22.
- ▶ SIFFERT, I. Accueillir et soigner les demandeurs d'asile : recompositions territoriales et enjeux de coordination médico-sociale. CIST2020-Population, temps, territoires, 2020. 484-488.
- ▶ SIFFERT, I., CORDONE, A., RÉGINAL, M., LE MÉNER, E. & (2018). L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France. In: PARIS., O. D. S. D. (éd.).
- ▶ SPIRITUS-BEERDEN, E., VERELST, A., DEVLIEGER, I., LANGER PRIMDAHL, N., BOTELHO GUEDES, F., CHIARENZA, A., DE MAESSCHALCK, S., DURBEEJ, N., GARRIDO, R. & GASPAR DE MATOS, M. 2021. Mental health of refugees and migrants during the COVID-19 pandemic: the role of experienced discrimination and daily stressors. *International journal of environmental research and public health*, 18, 6354.
- ▶ SUPHANCHAIMAT, R., KANTAMATURAPOJ, K., PUTTHASRI, W. & PRAKONGSAI, P. 2015. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*, 15, 390.
- ▶ TORTELLI, A. & MERCUEL, A. 2022. Agir pour l'accompagnement psychiatrique et social des personnes migrantes. *Rhizome*, 83, 50-60.
- ▶ TORTELLI, A., PERQUIER, F., MELCHIOR, M., LAIR, F., ENCATASSAMY, F., MASSON, C., K'OURIO, H., GOUREVITCH, R. & MERCUEL, A. 2020. Mental Health and Service Use of Migrants in Contact with the Public Psychiatry System in Paris. *International journal of environmental research and public health*, 17, 9397.
- ▶ TORTELLI, A., SAUZÉ, D. & SKURNIK, N. Capital social, santé mentale et immigration. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2017. Elsevier, 573-576.
- ▶ VANDENTORREN, S., LE MENER, E., OPPENCHAIM, N., ARNAUD, A., JANGAL, C., CAUM, C., VUILLERMOZ, C., MARTIN-FERNANDEZ, J., LIORET, S., ROZE, M., LE STRAT, Y. & GUYAVARCH, E. 2016. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *European journal of public health*, 26, 71-6.

CODES CENTRES

CUA1 Centre urbain Aquitaine 1 (Spada de Bordeaux)

CUA2 Centre urbain Aquitaine 2
(Cada de Bègles)

CRO1 Centre en zone rurale Occitanie 1 (cada d'Auch)

CRO2 Centre en zone rurale Occitanie 2 (Cada d'Auch, antenne de
L'Isle-Jourdain)

CUP1 Centre urbain Paris et Île-de-France 1 (Cada d'Asnières)

CUP2 Centre urbain Paris et Île-de-France 2 (Cada de Châtillon)

CUP3 Centre urbain Paris et île de France 3 (Cada de Paris)

LISTE DES ACRONYMES

ASE Aide sociale à l'enfance, service départemental qui propose un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants et leur famille rencontrant des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. Cette prise en charge est temporaire.

Cada Centre d'accueil pour demandeurs d'asile, établissement spécialisé d'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande. Le Cada relève de la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux, soumis au Code de l'action sociale et des familles quant à son régime juridique et à la définition de ses missions.

CMU Couverture maladie universelle (ancienne dénomination), depuis 2016 remplacé par la protection universelle maladie (PUMA), garantie de base pour la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie. Toute personne travaillant ou résidant en France « de manière stable et régulière » y a droit « tout au long de sa vie », y compris les demandeurs d'asile.

CNDA Cour nationale du droit d'asile, juridiction française de l'ordre administratif qui statue sur les recours formés contre des décisions rendues par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) en matière d'asile.

Guda Le guichet unique des demandeurs d'asile est le second interlocuteur des réfugiés qui entrent sur le territoire français (après l'accueil à la Spada).

Ofii Office français de l'immigration et de l'intégration, opérateur principal de la direction générale des étrangers en France (DGEF) qui conçoit et pilote les politiques d'immigration et d'intégration en France.

Ofpra Office français de protection des réfugiés et apatrides, établissement public administratif sous tutelle du ministère de l'Intérieur, avec une mission de protection juridique et administrative à l'égard des réfugiés statutaires, des apatrides statutaires et des bénéficiaires de la protection subsidiaire.

OQTF Obligation de quitter le territoire français, pouvant être adressée aux personnes étrangères, notamment en cas de refus de délivrance de titre de séjour ou de séjour irrégulier. Elle oblige la personne concernée à quitter la France dans un délai de 30 jours.

Spada Structures de Premier Accueil pour Demandeurs d'Asile, dispositifs gérés par des associations par délégation de l'Ofii. Les demandeurs d'asile doivent s'y présenter pour initier la demande d'asile et obtenir un rendez-vous en guichet unique pour demandeurs d'asile. Elles sont également chargées de la domiciliation et de l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile non hébergés dans le dispositif national d'accueil.

PRÉSENTATION DES STRUCTURES D'ORIENTATION POUR SUIVI MENTIONNÉES DANS LES ENTRETIENS

Structures du service public

CAPSYS La Consultation d'Accompagnement Psychiatrique et Social pour migrants en Île-de-France (CAPSYS) est une unité du Pôle Psychiatrie Précarité du Groupe Hospitalier Universitaire Paris (GHU) créée en 2021 et qui a pour mission de faciliter l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires des populations migrantes en situation de précarité en Île-de-France. Il s'agit d'un dispositif de 2^e ligne, accueillant des patients orientés par des équipes en amont de l'accès aux soins psychiatriques.

CMP Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont des structures de consultation ambulatoire du secteur psychiatrique public et regroupent des équipes pluridisciplinaires. Les CMP pour les adultes accueillent des personnes à partir de 16 ans, les soins proposés sont gratuits, car intégralement pris en charge par la sécurité sociale.

CMPP Les CMPP sont des structures équivalentes du CMP pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Les soins proposés au CMPP sont gratuits, car intégralement pris en charge par la sécurité sociale.

EMPP Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont été créées à partir de 2005 pour adapter l'offre de soins aux personnes en précarité et ayant des difficultés pour accéder aux prestations des autres institutions du système de la santé. Elles ont pour mission d'aller vers les personnes en situation de précarité et d'exclusion pour faciliter le repérage et l'accès aux dispositifs de soins. Elles ont également pour but de former et de soutenir les acteurs de première ligne (travailleurs sociaux, associations) et d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales.

La guidance La guidance infantile désigne une structure de soins fonctionnant sur le modèle de la consultation médicale. Elle a pour objectif de venir en aide aux enfants qui ont des

problèmes psychologiques, ainsi qu'à leur entourage.

PASS Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, ayant pour objectif de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

PMI Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Le service de PMI organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Structures associatives

AMI L'association Accompagnement psychologique et Médiation Interculturelle (AMI) a été créée au milieu des années 2010 à Bordeaux. Elle propose des consultations psychologiques individuelles, de couples et familiales pour un public issu de l'immigration et des quartiers prioritaires de la ville. L'association AMI propose également des formations interculturelles, des séminaires, un café psycho et des analyses, régulations et supervisions d'équipes.

Centre Françoise Minkowska Fondé en 1962, le Centre médico-psychologique Françoise Minkowska est situé à Paris et constitue la plus ancienne des associations spécialisées dans la prise en charge médico-psychologique des migrants. Il assure des consultations de psychiatrie transculturelle pour les migrants (adultes et enfants de toute l'Île-de-France). Il allie des pôles de soin, de formation et d'enseignement-recherche.

COMEDE Le Comité médical pour les exilés a été créé en 1979 par la Cimade, Amnesty International et le Groupe accueil solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France. L'Association a pour but, entre autres, d'assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate et d'agir en faveur de celle-ci.

Centre Primo Levi Le Centre Primo Levi a été fondé en 1995 par cinq associations engagées dans le domaine de la santé et de la défense des droits humains : Amnesty International France, Médecins du Monde, l'Action des Chrétiens pour l'abolition de la torture (ACAT-France), Juristes sans frontières et Trêve. Il s'agit d'une association spécifiquement dédiée au soin et au soutien des personnes victimes de torture et de violence politique. Le centre propose des suivis, mais assure également des formations adressées aux professionnels de soin ainsi qu'une activité de publication et d'organisation d'événements pour sensibiliser et diffuser son expertise concernant la prise en charge des victimes de violence politique.

Ethnotopies L'association Ethnotopies a été créée en 2018, prenant la suite de l'association Mana établie sur Bordeaux depuis les années 2000. L'association Ethnotopies propose un soutien et un accompagnement psychologique aux populations exilées ayant vécu des traumatismes. Le volet clinique des interventions de l'association Ethnotopies est réalisé en coopération avec le CHU de Bordeaux, via la consultation transculturelle qui accueille des publics migrants particulièrement affectés par la précarité, les violences intentionnelles et le défaut d'accès à des soins de qualité du fait de la barrière linguistique. La consultation transculturelle propose des soins médico-psychologiques selon une méthodologie pluridisciplinaire alliant la médecine et les sciences humaines, d'après une pratique alliant psychothérapie et ateliers à médiations culturelles et corporelles.

La Maison d'Ella La Maison d'Ella est un lieu sécurisé proposé par le Centre Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS) à Bordeaux. Il regroupe des salariés et des bénévoles, soignants, travailleurs sociaux et accompagnants en un seul lieu pour soutenir les femmes victimes de violences. Cette équipe multiprofessionnelle permet un accompagnement global, en s'appuyant sur le rythme et les ressources de la femme, afin de permettre une meilleure prise en charge du psychotraumatisme.

MGEN La MGEN est une mutuelle de santé française proposant, à Paris, un dispositif spécifique d'intervention pour les migrants en Île-de-France.

Parcours d'exil L'association Parcours d'Exil a été fondée en 2001. Elle propose des soins gratuits au sein de son centre de soins basé à Paris, en collaborant avec l'ensemble des acteurs de terrain (associations, acteurs de santé) et institutionnels. Parcours d'Exil offre une prise en charge globale, physique et psychologique aux personnes migrantes par un médecin généraliste et une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues et ostéopathes. L'Association Parcours d'Exil propose également des formations et des analyses de pratique aux équipes travaillant avec des personnes en situation d'exil.

RSSP Le Réseau Santé Sexuelle Publique a été fondé en 2017 par des acteurs de soins spécialisés en sexologie, dans l'objectif de faire évoluer l'accompagnement des santés sexuelles, affectives et reproductives par une coordination facilitant l'accès aux soins et à l'information. Il s'agit aussi de surmonter les difficultés des sexologues lors de consultations en sexologie auprès de populations rencontrant des difficultés d'accès à ce type de soins.

TRACES L'association TRACES - Réseau clinique international a été fondée en 2006. Elle propose des suivis cliniques, à partir d'un positionnement qui articule la clinique avec l'engagement et la dénonciation des atteintes aux droits humains. L'équipe mène régulièrement des actions de soutien et de sensibilisation à l'intention des professionnels. En 2017, deux consultations spécifiques s'adressant aux mères et enfants exilés ont été ouvertes en région Île-de-France.

Création graphique et correction :
Ophélie Rigault, www.oedition.com



Siège social

24, rue Marc Seguin

75 018 PARIS

Tél. : 01 53 04 39 99

Fax : 01 53 04 02 40

e-mail : infos@france-terre-asile.org

www.france-terre-asile.org

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Prix des droits de l'homme de la République française, 1989

Grande cause nationale fraternité 2004

Caractère de bienfaisance reconnu par arrêté préfectoral du 23 février 2006

Mention d'honneur 2010 de l'UNESCO -

Prix pour la promotion d'une culture universelle des droits de l'homme