



BÉNÉFICIER D'UNE PROTECTION INTERNATIONALE... ET APRÈS ?

**Pour une prise en charge effective
en santé mentale**

État des lieux sur l'accès aux soins
et la santé mentale des personnes
bénéficiaires de la protection internationale
en région Auvergne-Rhône-Alpes

Rapport réalisé par l'Orspere-Samdarra
2019

REMERCIEMENTS

À toutes les personnes exilées rencontrées, qui nous ont fait confiance et qui ont accepté de raconter et d'expliquer leurs parcours, ainsi que de réfléchir et d'imaginer des propositions pour que celles et ceux qui arriveront en France par la suite rencontrent moins de difficultés.

Aux professionnels et bénévoles engagés auprès des personnes bénéficiaires de la protection. Merci de nous avoir fait confiance, de nous avoir accueilli et mis en contact avec des personnes, d'avoir expliqué et questionné le fonctionnement de vos structures, d'avoir réfléchi à des propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

Aux membres du comité de pilotage, pour leurs remarques et conseils tout au long de cette étude.

À la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la Direction générale de la santé (DGS), nos financeurs, sans qui cette étude n'aurait été possible.

À Madame Pascale Guyot de Salins, cheffe du service Demande d'asile et intégration des populations étrangères à la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, pour son soutien et son engagement tout au long du projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION ET CONTEXTE	5
I. Contexte général sur l'accès aux soins en santé mentale 6	
II. Contexte général sur la migration 12	
III. L'étude 18	
PRÉSENTATION DES CONSTATS DE L'ÉTUDE	21
I. L'impact de la procédure asile sur le parcours d'intégration 21	
II. Obtention de la protection : les nouveaux défis 27	
III. Des publics spécifiques 48	
IV. Les bénéficiaires de la protection internationale : une catégorie opérante en santé mentale ? 62	
V. Orienter vers et accéder à la santé mentale 67	
VI. Une clinique spécifique aux personnes bénéficiaires de la protection internationale ? 81	
CONCLUSION	99
PRÉSENTATION DES PROPOSITIONS	100
I. Systématiser et renforcer l'accompagnement des bénéficiaires de la protection internationale et leur accès à l'information 100	
II. Renforcer la coordination entre les acteurs du social et du soin 103	
III. Sensibiliser, renforcer les compétences des professionnels 105	
IV. Renforcer et diversifier l'offre de soins en santé mentale 110	
V. Renforcer l'accessibilité à l'interprétariat 113	
VI. Tableau récapitulatif des préconisations 114	
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	116
ANNEXES	119
Annexe 1 Liste des structures et associations rencontrées 120	
Annexe 2 Typologie des dispositifs d'hébergement des personnes migrantes 122	
Annexe 3 Cartographie des PASS et des EMPP en région Auvergne-Rhône-Alpes 123	
Annexe 4 Cartographie des centres provisoires d'hébergement en région Auvergne-Rhône-Alpes 123	
Annexe 5 Répartition et typologie des centres provisoires d'hébergement en région Auvergne-Rhône-Alpes vis-à-vis du nombre d'admissions OFPRA et CNDA 124	
Annexe 6 Programmes d'intégration des réfugiés existants en région Auvergne-Rhône-Alpes 125	
Annexe 6 ^{bis} Déclinaisons départementales des PRIR 126	
Annexe 7 Le parcours d'une personne réfugiée d'un programme de réinstallation 127	
Annexe 8 Présence de psychologues dans les centres provisoires d'hébergement de la région Auvergne-Rhône-Alpes 128	
Annexe 8 ^{bis} Présence de psychologues dans quelques programmes de réinstallation de la région Auvergne-Rhône-Alpes 129	
Annexe 9 Exemples de dispositifs innovants en santé mentale 130	
Annexe 10 Présentation de centres de soins spécifiques dédiés aux personnes exilées 133	
Annexe 11 Cartographie des structures de soins spécifiques en région Auvergne-Rhône-Alpes 134	

GLOSSAIRE

A

ADA	Allocation pour demandeurs d'asile
ARS	Agence régionale de santé
ATSA	Accueil temporaire service de l'asile
AS	Assistant-e social
ASE	Aide sociale à l'enfance
AURA	Auvergne Rhône-Alpes

B

BPI	Bénéficiaire de la protection internationale
-----	--

C

CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAES	Centre d'accueil et d'examen de la situation
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAI	Contrat d'accueil et d'intégration
CAO	Centre d'accueil et d'orientation
CCAS	Centre Communal d'action sociale
CIR	Contrat d'intégration républicain
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIM	Classification internationale des maladies
CJM	Contrat jeune majeur
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique

D

DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DNA	Dispositif national d'accueil
DRDJSCS	Directions régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders

E

EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
------	-------------------------------------

F

FLE	Français langue étrangère
-----	---------------------------

G

GUDA	Guichet unique de demande d'asile
------	-----------------------------------

H

HCR	Haut-commissariat aux réfugiés
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile

M

MNA	Mineur non accompagné
-----	-----------------------

O

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFII	Office français d'immigration et d'intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OIM	Organisation Internationale des migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé

P

PADA	Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PFIDASS	Plate-forme d'Intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile
PRIR	Programme régional d'intégration des réfugiés
PTSD	<i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
PUMA	Protection universelle maladie

R

RSA	Revenu de solidarité active
-----	-----------------------------

S

SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SRADAR	Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés

T

TSPT	Trouble de stress post traumatique
------	------------------------------------

U

UE	Union Européenne
URPS	Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Au fondement de cette étude, un questionnement partagé par de nombreux acteurs émerge : que deviennent les bénéficiaires d'une protection internationale (BPI) une fois la protection obtenue ? Si de nombreuses études et actions portent sur les personnes en demande d'asile, elles sont moins nombreuses à se pencher sur celles qui l'ont obtenu. Comment « s'intègrent-elles » ?

Destinées à rester en France, ces personnes basculent dans le « droit commun » et sortent des dispositifs de prise en charge spécialisés. Les problématiques qu'elles peuvent rencontrer sont appréhendables, mais peu visibles.

Afin d'avoir une visibilité sur les problématiques d'accès aux soins ainsi que sur la santé mentale des bénéficiaires de la protection internationale, la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) a sollicité l'Orspere-Samdarra pour mener une étude sur la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2018. Dans le cadre de cette étude, une psychologue et un sociologue ont rencontré durant cinq mois les différents acteurs de la région en lien avec ce public. La méthodologie a consisté à suivre les « parcours » des personnes bénéficiaires de la protection internationale, de leur inscription dans la procédure de demande d'asile jusqu'à l'obtention de celle-ci. À chaque étape, l'étude pointe les défis rencontrés et les étudie en termes d'impact sur la santé mentale des personnes.

L'étude vise notamment à :

- comprendre comment les personnes bénéficiaires de la protection internationale accèdent aux soins après l'obtention de leur statut ;
- décrire les modalités d'accès aux soins en santé mentale de manière pratique sur le territoire régional ;
- valoriser les pratiques et dispositifs innovants qui prennent en compte la santé mentale de ce public.

L'étude a comme objectif de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge en santé mentale des personnes nouvellement arrivées sur le territoire d'Auvergne-Rhône-Alpes, notamment :

- en facilitant le repérage des dispositifs de santé mentale spécifiques et non spécifiques sur les territoires (notamment par un inventaire des ressources existantes) ;
- en identifiant les problématiques et notamment les freins rencontrés par les personnes réfugiées qui peuvent avoir comme conséquence de limiter leurs accès aux soins de santé mentale.

L'Orspere-Samdarra a rencontré des professionnels du soin et du social afin, d'une part, d'appréhender les problématiques rencontrées dans l'accès aux soins du public qu'ils accompagnent sur leurs territoires et, d'autre part, afin de partager les expériences qui fonctionnent et mériteraient d'être développées.

Nous avons également rencontré des personnes bénéficiaires de la protection internationale, afin de connaître les freins et les leviers qu'elles ont pu rencontrer à l'obtention de la protection, et d'identifier, grâce à leurs expériences, ce qui pourrait être amélioré ou créé afin de tenter de préserver une santé mentale positive tout au long de leurs parcours.

I. CONTEXTE GÉNÉRAL SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE

Nous proposons ici quelques éléments de contexte concernant la situation sanitaire et l'accès aux soins en santé mentale en France. Nous parlerons de la démographie médicale au niveau national et en région Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi que de la situation de la psychiatrie sur ce territoire. Nous aborderons ensuite la question de la « santé mentale » et des définitions que nous lui attribuons.

1 • Démographie médicale en France et en région

Afin de saisir le contexte global dans lequel s'inscrit cet état des lieux sur l'accès aux soins en santé mentale du public bénéficiaire de la protection internationale, il semble important de s'intéresser à la démographie médicale en Auvergne-Rhône-Alpes.

Comme nous le précise l'atlas de la démographie médicale 2018 du Conseil national de l'Ordre des médecins, 296 755 médecins, toutes disciplines confondues, sont inscrits à l'Ordre des médecins en France au 1^{er} janvier 2018¹. Ce chiffre compte 5781 médecins de plus qu'en 2017 (+ 2 %) et 35377 de plus qu'en 2010 (+ 13,5 %).

Le Conseil national de l'Ordre des médecins constate un vieillissement des médecins inscrits au tableau de l'ordre. Ainsi, l'âge moyen des médecins est estimé à 57 ans. Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 45 % de l'ensemble des inscrits et ceux de moins de 40 ans 17,6 %. Les médecins sont donc de plus en plus nombreux, mais ceci est majoritairement dû au nombre de médecins retraités et retraités actifs. Depuis 2010, « le nombre de médecins a augmenté de 11,9 % en faveur des retraités actifs qui ont augmenté de 67,6 %, tandis que les médecins en activité régulière ont diminué de 0,9 %². » Dans le même mouvement, notons que la population globale française a augmenté d'environ 5 % ces dix dernières années³.

La population des médecins en France est donc vieillissante et de moins en moins nombreuse par rapport à la population générale. Dans ce contexte, tous les territoires français ne sont pas égaux en ce qui concerne l'offre de soin.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, si la majorité des départements connaissent une augmentation générale du nombre de ses médecins ces dernières années, quatre départements sont plus spécifiquement touchés par la diminution de l'offre de soin sur leurs territoires. Nous pouvons citer les départements plutôt ruraux, tels que l'Ain, l'Allier, le Cantal et la Haute-Loire. Au niveau régional, cela nous permet d'entrevoir que l'offre de soin est caractérisée par des inégalités territoriales fortes.

La même tendance s'observe en ce qui concerne les médecins libéraux. Les rapports départementaux et régionaux produits par l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS)

Auvergne-Rhône-Alpes⁴ qui traitent de la démographie médicale des médecins libéraux généralistes, confirment la perte de médecins généralistes libéraux sur les territoires suivants :

- pour le territoire de l'Ain, - 3,3 % des effectifs en cinq ans (malgré une stabilité des effectifs constatée entre 2008 et 2012) ;
- pour le territoire de l'Allier, - 19,4 % des effectifs entre 2006 et 2018 ;
- pour le territoire du Cantal, - 17,1 % des effectifs entre 2006 et 2018 ;
- pour le territoire de la Haute-Loire, - 10,7 % des effectifs de 2006 à 2018.

À titre de comparaison, les effectifs de médecins libéraux généralistes dans le Rhône ont augmenté de 6,4 % ces cinq dernières années (l'effectif avait néanmoins baissé fortement entre 2008 et 2012, soit - 20,1 %). Pour la plupart des autres territoires de la région, l'URPS note une remontée des effectifs ces dernières années après une forte période de baisse.

Sur ces territoires, ce sont également les services de soins les plus vitaux tels que les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) qui sont difficilement mobilisables. Effectivement et à titre d'exemple, en Haute-Loire, 45,8 % de la population est à plus de 30 minutes d'accès d'un SMUR (Ain, 21,2 % ; Allier, 20 % ; Ardèche, 24,7 % ; Cantal, 23,1 % ; Drôme, 19,6 % ; contre seulement 3,2 % dans le Rhône)⁵.

En ce qui concerne les médecins libéraux, l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes a proposé une cartographie qui semble particulièrement instructive quant à la répartition des médecins généralistes et spécialistes sur la région. Celle-ci nous permet de comprendre les écarts qui existent entre les départements en termes d'offre de soin libéral⁶.

1 - Conseil national de l'Ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France*. Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

2 - Conseil national de l'Ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France*. Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

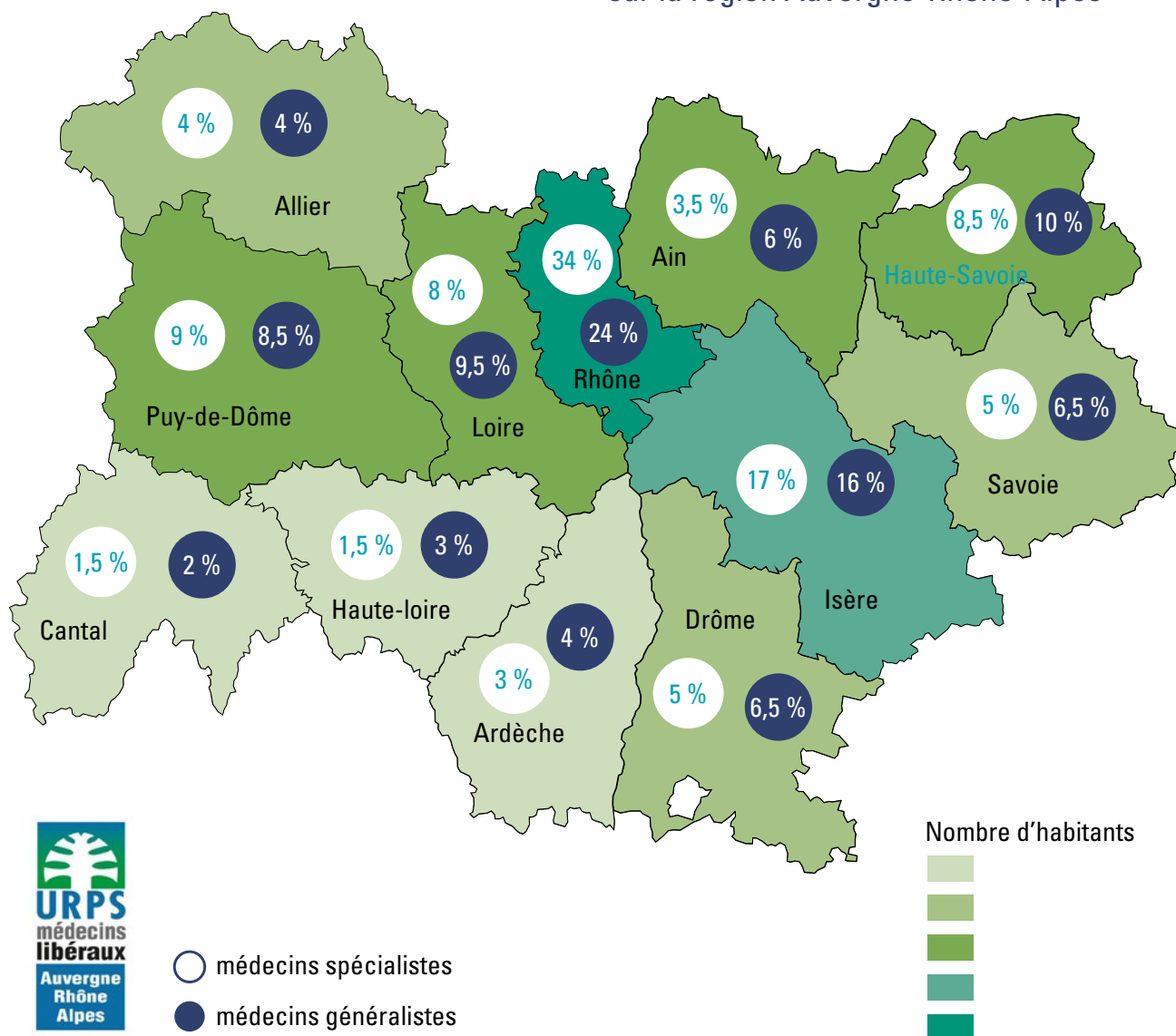
3 - INSEE. (2018). *Bilan démographique 2018. (1730)*. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693#documentation>

4 - URPS. (2018, avril). *Rapports départementaux et régional de la démographie médicale des médecins généralistes*. Repéré à <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>

5 - Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Observatoire Régionale de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2017, décembre). *Données de Santé PRS 2018-2028, Guide régionale stratégie et parcours*. Repéré à <http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/projet-regional-de-sante-auvergne-rhone-alpes-recueil-actes-administratifs-region-auvergne-rhone-alpes-14-juin-2018/>

6 - URPS. (2016, janvier). *Cartographie « Répartition des médecins généralistes et des médecins spécialistes libéraux (en %) sur la région Auvergne / Rhône-Alpes »*. Repéré à <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/auvergne-rhone-alpes/62>

Répartition des médecins généralistes et spécialistes libéraux en pourcentage sur la région Auvergne-Rhône-Alpes



Source : UPRS médecin libéraux Auvergne-Rhône-Alpes

Nous pouvons notamment constater que 24 % des médecins généralistes et 34 % des médecins spécialistes exercent leur activité dans le Rhône. Aussi, 40 % des médecins généralistes et 51 % des médecins spécialistes sont implantés dans les deux départements les plus peuplés de la région : le Rhône et l'Isère. Ainsi, nous observons, d'une part, les inégalités entre les départements en termes de nombres de médecins présents sur le territoire, et d'autre part, que les médecins spécialistes libéraux ont une forte tendance à s'installer sur les territoires les plus peuplés et notamment autour des grands pôles urbains (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand). Certains départements comme le Cantal, la Haute-Loire ou l'Ardèche sont quant à eux très faiblement dotés en termes d'offre de soins libérale spécialisée.

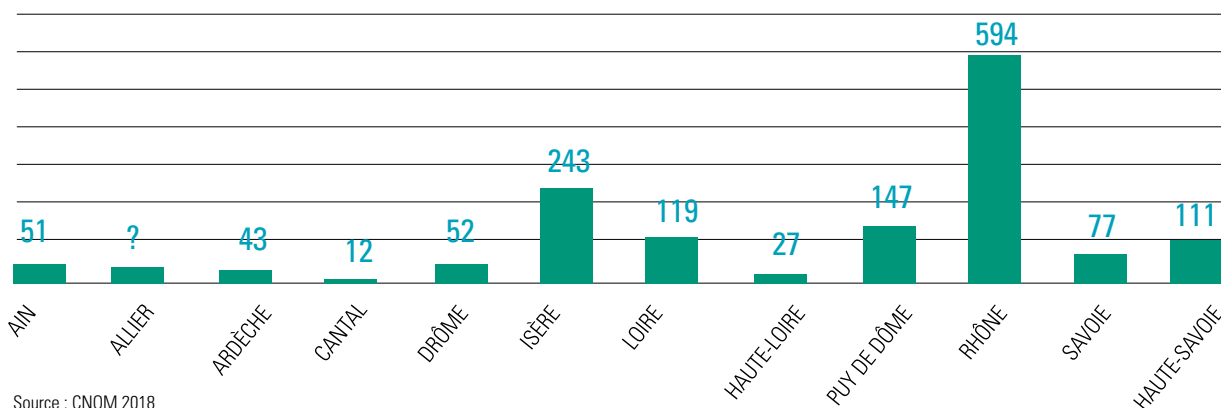
Ces différents éléments laissent entrevoir des médecins de plus en plus âgés et de moins en moins nombreux proportionnellement à la population générale. Effectivement, même sur les territoires bien pourvus en médecins comme le Rhône, l'évolution des effectifs est moins rapide que celle de la population générale, ce qui conduit à une diminution générale des possibilités de soins. Ainsi, il existe de fortes inégalités d'accès aux soins avec, d'un côté, des territoires à dominante urbaine et encore relativement bien dotés en termes d'offres de soins et, de l'autre, des territoires ruraux pour lesquels des manques significatifs peuvent être pointés.

2 • La psychiatrie sur le territoire régional

À ce jour, le Conseil national de l'Ordre des médecins a estimé que le territoire d'Auvergne-Rhône-Alpes comptait 1513 psychiatres, toutes activités confondues entre l'activité libérale, hospitalière et mixte⁷.

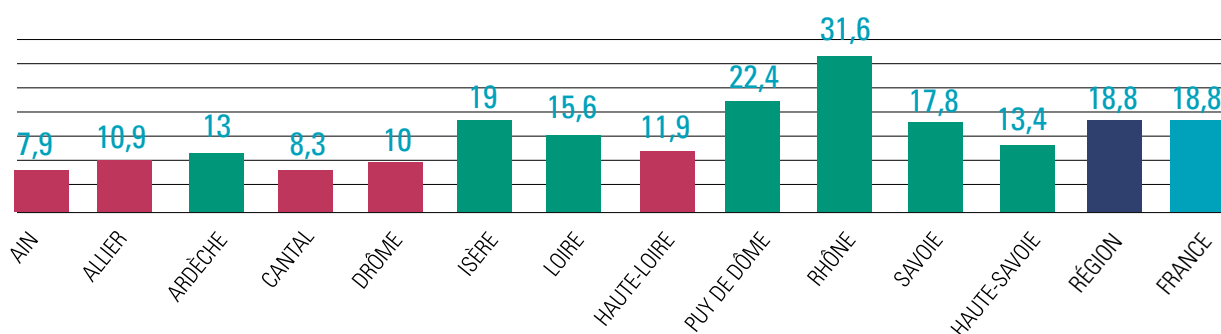
Les deux graphiques suivants présentent la répartition et la densité des psychiatres par département :

Nombre de psychiatres par départements



Source : CNOM 2018
Exploitation : Orspere-Samdarra

Densité de psychiatres pour 100 000 habitants par départements



Sources : CNOM 2018 / Insee estimation 2018
Exploitation : Orspere-Samdarra

Nous constatons que les départements de l'Ain, de l'Allier, du Cantal, de la Drôme et de la Haute-Loire ont une densité de psychiatres particulièrement faible par rapport à la population de leur territoire. L'écart apparaît d'autant plus criant en comparaison avec les départements du Rhône, du Puy-de-Dôme ou encore de l'Isère. À titre d'exemple, le Rhône dispose d'une densité de psychiatres quatre fois plus importante que l'Ain.

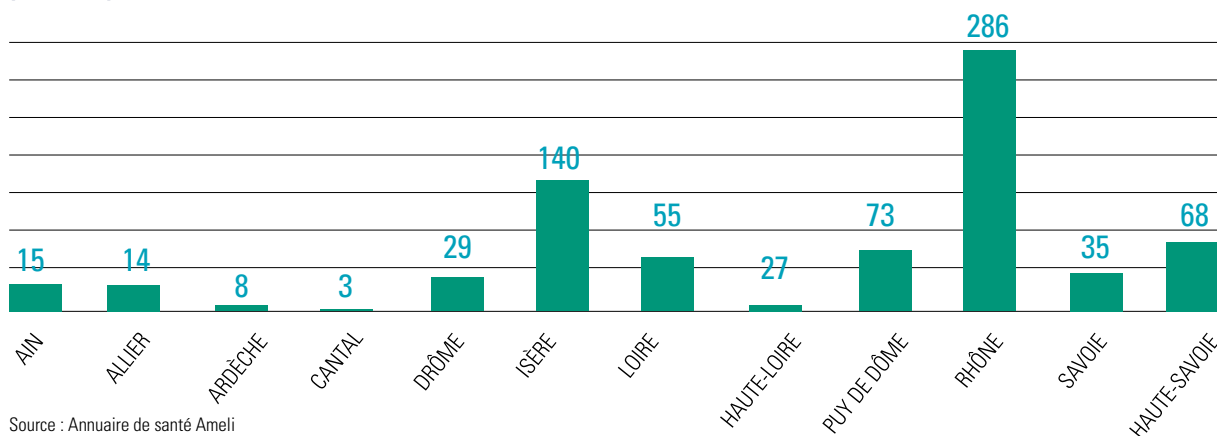
Il existe également des inégalités territoriales au sein même des départements. L'offre de soin en psychiatrie est souvent concentrée dans les plus grandes villes des territoires. Les espaces les plus ruraux ont donc des possibilités d'accès aux soins en psychiatrie très limitées.

⁷ - Bouet, P. (2018). *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1^{er} janvier 2018*. Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

La même tendance est observable chez les psychiatres libéraux qui sont très inégalement répartis sur le territoire d'Auvergne-Rhône-Alpes. Selon la base de données de l'annuaire de santé de l'assurance maladie,

735 psychiatres libéraux sont actuellement en activité au niveau régional⁸. Ils sont répartis de la manière suivante :

Nombre de psychiatres libéraux par départements

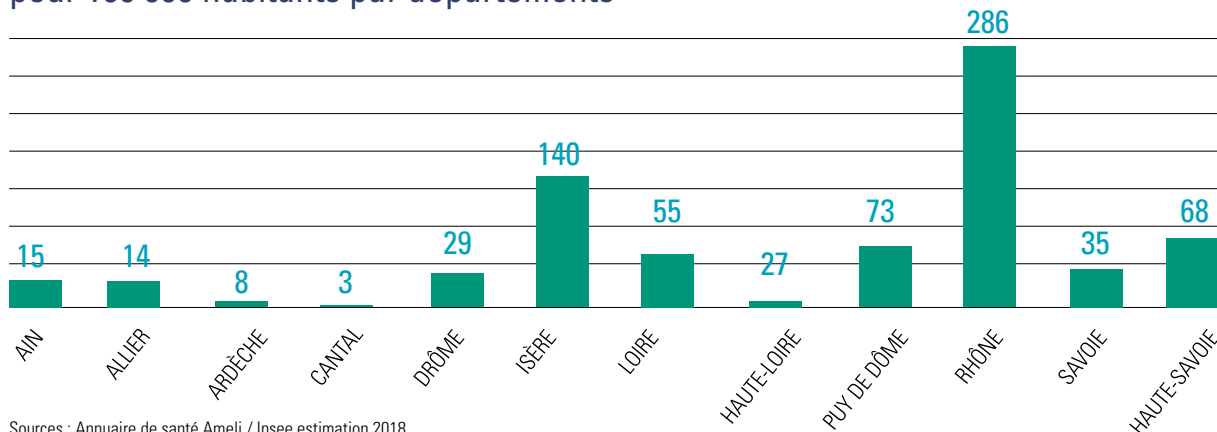


Source : Annuaire de santé Ameli
Exploitation : Orspere-Samdarra

Certains territoires sont largement dépourvus de psychiatres libéraux. C'est le cas, par exemple, des départements du Cantal, de l'Ardèche, de la

Haute-Loire, de l'Ain et de l'Allier. Les chiffres suivants indiquent la densité des psychiatres libéraux pour 100 000 habitants :

Nombre de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants par départements



Sources : Annuaire de santé Ameli / Insee estimation 2018
Exploitation : Orspere-Samdarra

Nous pouvons remarquer un écart significatif de densité des médecins psychiatres libéraux en fonction des départements. Ainsi, l'Ain, l'Allier, l'Ardèche, le Cantal et la Haute-Loire ont une densité de psychiatres libéraux particulièrement faible par rapport à la moyenne régionale (9,1 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants) et nationale (9,2 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants).

⁸ - Il semble important de préciser que les données présentées ici sont approximatives et variables et qu'elles représentent les effectifs des psychiatres libéraux à un moment précis. En effet, étant donné que de nouveaux médecins entrent en activité et que d'autres partent en retraite régulièrement, ces chiffres sont sans cesse en mouvement.

Nous observons également que les départements qui comprennent des grands pôles urbains, comme le Rhône avec Lyon et l'Isère avec Grenoble, ont une densité de psychiatres libéraux bien supérieure à la moyenne régionale et nationale. Il est intéressant de noter que la plupart des autres départements présentent une densité inférieure à cette moyenne. L'ex-région Auvergne est particulièrement impactée par le manque de psychiatres libéraux sur son territoire, en comptant trois départements sur quatre largement en dessous des moyennes régionales et nationales en termes de densité de psychiatres libéraux.

Il paraît important de préciser que les psychiatres libéraux ne se répartissent pas de manière homogène à l'intérieur d'un espace régional. Ainsi, si certains territoires apparaissent bien pourvus en psychiatres libéraux lorsqu'on les observe à l'échelle régionale, ce constat change lorsqu'on affine à l'échelle départementale. Nous pouvons notamment remarquer que les psychiatres libéraux sont principalement installés dans les grands pôles urbains du territoire. En effet, les trois quarts des psychiatres libéraux se trouvent à proximité des métropoles de Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Valence, Chambéry, Annecy, et un tiers des psychiatres libéraux de la région sont installés dans la ville de Lyon et ses proches agglomérations. Des contrastes importants existent donc dans l'implantation des psychiatres libéraux au sein des départements. À titre d'exemple, dans le Rhône, plus de 90 % des psychiatres libéraux sont installés à moins de 10 kilomètres du centre de Lyon. Il y a donc une centralisation extrême des psychiatres libéraux sur l'agglomération lyonnaise. Par conséquent, cela laisse à certains territoires assez peu de possibilités d'accès aux soins en psychiatrie libérale. Sur ce même département, le nord du territoire ou encore des villes relativement grandes comme Givors sont très mal pourvues en termes de psychiatrie libérale.

Nous pouvons également préciser que les psychiatres libéraux présents sur la région ne relèvent pas tous de la même sectorisation⁹, ce qui implique des coûts de prises en charge différents selon les dépassements d'honoraires appliqués. Les choix de conventionnement des psychiatres libéraux révèlent également des différences très significatives entre les territoires. À Lyon, par exemple, près de 50 % des psychiatres libéraux sont conventionnés en secteur 2 et appliquent donc des dépassements d'honoraires. À titre de comparaison, à Clermont-Ferrand, presque tous les psychiatres libéraux sont conventionnés en secteur 1 et appliquent le tarif de base fixé par la Sécurité sociale.

Ainsi, nous constatons une saturation des dispositifs de psychiatrie et de fortes inégalités territoriales à l'échelle régionale, ce qui peut avoir pour conséquences de rendre l'accès à des médecins généralistes ou à des psychiatres.

Nous proposons maintenant de définir la santé mentale qui mobilise également d'autres acteurs que ceux que nous venons d'évoquer.

3 • La santé mentale

La santé mentale n'a pas de définition unanime. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹ donne toutefois des éléments de définition qui permettent de partager une représentation commune. Ce qui nous semble primordial dans la notion de santé mentale est qu'elle ne consiste pas simplement en une absence de troubles, notamment mentaux, ni de pathologies, mais qu'elle englobe une notion de santé mentale positive. Comme pour la santé physique, ne pas être malade ne veut pas dire être en bonne santé. Ce caractère non binaire nous semble essentiel.

L'OMS souligne la dimension positive de la santé mentale dans la définition de la santé figurant dans sa Constitution de 1946: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁰. »

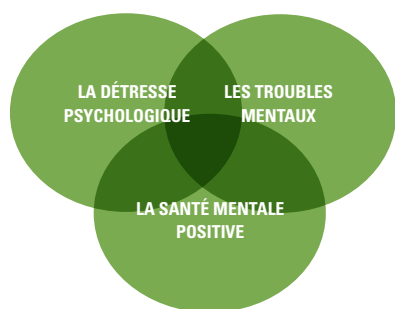
La santé mentale est également définie comme : « Un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »

Ainsi, la santé mentale évolue au cours du temps et des événements auxquels font face les individus. Elle ne concerne pas uniquement les troubles mentaux ni les personnes qui en sont atteintes, mais bien l'ensemble des individus.

9 - Il s'agit du type de conventionnement avec la Sécurité sociale.

10 - World Health Organization. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

11 - Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, (2), p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.



Source du schéma explicatif :
Pégon, G. (2011). *Santé mentale en contextes de post-crise et de développement*. Lyon : Handicap International.
Repéré à : http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

Trois dimensions sont à distinguer dans la notion de santé mentale¹²:

Les troubles mentaux, qui ne peuvent être caractérisés que par un diagnostic médical basé sur des manuels de référence¹³. Ils correspondent à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées, répondant à des troubles de durées variables, plus ou moins sévères et handicapants. Se manifestant sous différentes formes, ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi les différents troubles mentaux, nous retrouvons les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, ainsi que les troubles du développement, y compris l'autisme.

La souffrance psychique ou détresse psychologique, que l'OMS définit comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. C'est la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. »

Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la santé mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante). Elle peut se manifester par des états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, ou encore les troubles dépressifs. La souffrance

professionnelle, le stress, les troubles psychosomatiques, font partie des formes de mal-être incluses dans cette notion.

Lorsque cette détresse psychologique est liée à une causalité sociale, elle est appelée **souffrance psychosociale** (ou souffrance psychique d'origine sociale). La clinique psychosociale considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation.

La « clinique psychosociale » est à la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des objets sociaux (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : nous nous trouvons dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des « objets sociaux » et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

La santé mentale positive fait référence « soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie¹⁴. » C'est notamment dans cette dimension que les capacités d'adaptation ou de résilience individuelles, le sentiment de valeur personnelle, apparaissent.

Si pour les troubles mentaux un traitement psychiatrique est indiqué, pour ce qui est de la souffrance psychique, la détresse psychologique et la promotion d'une santé mentale positive, de nombreux dispositifs et acteurs sont amenés à intervenir et la réponse semble multimodale. Nous verrons par la suite comment elle concerne tout particulièrement le public cible de cette étude.

¹² - Il est précisé dans le rapport *La santé mentale, l'affaire de tous*. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, publié par le Centre d'analyse stratégique le 17 Novembre 2009, qu'une telle distinction fut établie lors de la première conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la santé des 52 États membres de la région Européenne de l'OMS.

¹³ - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV* ; Classification Internationale des Maladies - CIM10.

¹⁴ - Silvadon, P. et Duron, J. (1979). *La Santé mentale*. Privat. Cité dans : Centre d'analyse stratégique. (2009, 17 Novembre). *Rapport « La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie »*.

II. CONTEXTE GÉNÉRAL SUR LA MIGRATION

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) définit un « migrant » comme « toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace, ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour¹⁵. »

Selon les Nations unies, il n'y a jamais eu autant de personnes vivant dans un pays dans lequel elles ne sont pas nées qu'aujourd'hui. Nous comptons 258 millions de personnes migrantes dans le monde en 2017, alors qu'elles n'étaient que 173 millions en 2000. La proportion de migrants internationaux au sein de la population mondiale a augmenté, passant de 2,3 % en 1980 à 3,4 % en 2017¹⁶.

Les types et raisons de migrations sont diverses. Des personnes migrent volontairement pour trouver un travail, rejoindre leur famille, faire des études. Certaines migrent à cause de facteurs environnementaux tels que les catastrophes naturelles. D'autres migrent de façon contrainte, pour chercher la sécurité en fuyant des conflits, des persécutions, des violations des droits de l'Homme.

1 • La demande d'asile

L'asile est la protection qu'accorde un État d'accueil à un étranger qui ne peut, face à une persécution, bénéficier de la protection des autorités de son pays d'origine.

Lors d'une demande d'asile en France, c'est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) qui examine la demande en première instance. Après l'envoi d'un dossier expliquant les motifs de la demande d'une protection, les personnes sont convoquées pour un entretien avec un officier de protection. Lorsque la demande d'asile est rejetée par l'OFPRA, la personne déboutée peut faire appel de cette décision sous un mois devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDAs)¹⁸.

C'est à cette dernière catégorie de migrants que nous nous intéressons dans cet état des lieux, à savoir aux personnes venant de pays dans lesquels elles n'étaient plus en sécurité. Le Haut-commissariat aux réfugiés (HCR) indique que le nombre de personnes déplacées de force, à la fois à l'intérieur des pays et au-delà des frontières à la suite de persécutions, de conflits ou de violences généralisées, a augmenté de plus de 50 % au cours des dix dernières années, atteignant 68,5 millions de personnes à la fin de l'année 2017¹⁷. Ce même rapport indique qu'aujourd'hui 1 personne sur 110 dans le monde est déplacée. Toutefois, il est important de noter que la majorité des migrations forcées ont lieu à l'intérieur de leur propre pays : cela représente 58 % des 68,5 millions de personnes déplacées. Les 42 % restant comprennent 25,4 millions de réfugiés et 3,1 millions de demandeurs d'asile.

Nous allons tout d'abord revenir sur la demande d'asile, son processus et son application en France ainsi qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes, puis sur la situation des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

Situation en Europe

Entre 2016 et 2017, le nombre de primo-demandeurs d'asile¹⁹ enregistrés au sein de l'Union européenne a diminué de 46 % (passant de 1 206 120 en 2016 à 650 970 en 2017), ramenant à un taux de demande comparable à celui de 2014 selon Eurostat²⁰. En 2017, la France accueillait 14 % des premières demandes d'asile réalisées en Europe, derrière l'Allemagne (30,5 %) et l'Italie (19,5 %).

Lorsque nous comparons le nombre de primo-demandeurs d'asile à celui de la population nationale, les chiffres peuvent être analysés différemment. Si la France est le troisième pays européen dans le classement des premières demandes d'asile en valeur absolue, elle se retrouve en onzième place en termes de ratio vis-à-vis de sa population nationale. En effet, en 2017, 1 359 demandeurs d'asile étaient estimés pour un million d'habitants en France, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'Union européenne de 1 270 demandeurs d'asile pour un million d'habitants, laquelle va d'un ratio de 27 pour un million en Slovaquie à 5 295 pour un million en Grèce.

¹⁵ - Site de l'OIM. Repéré à <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>

¹⁶ - Site des Nations unies. Repéré à <http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/>

¹⁷ - UN. High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2018, 22 Juin). *Global Trends: Forced Displacement in 2017*. Repéré à <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>

¹⁸ - Pour plus d'informations sur la procédure de demande d'asile, voir le film d'animation de l'Orspere-Samdarra à ce sujet. Repéré à <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/ressources/films-d-animations/espace-multimedia-857/la-procedure-de-demande-d-asile-en-france-440.html?cHash=48d46cb718a026112d161e03bd701572>

¹⁹ - Entendu par Eurostat comme toute personne qui pour la première fois a introduit une demande de protection internationale ou a été incluse dans une telle demande comme membre de la famille

²⁰ - Office statistique de l'UE, cité dans : Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe*. France : Fouquet-Simonet.

Situation en France et en région Auvergne-Rhône-Alpes

En 2018, 123 625 demandes d'asile ont été faites à l'OFPPRA, parmi lesquelles : 91 918 premières demandes (hors apatrides), 420 demandes de statut d'apatride, 21 888 mineurs accompagnants, 9 106 demandes de réexamen, 293 réouvertures de dossiers clos²¹. Cela représente une augmentation de 22,7 % par rapport à 2017.

En 2017, les principaux pays d'origine de la demande d'asile sont l'Afghanistan (10 221 demandes), l'Albanie (8 261 demandes), la Géorgie (6 717 demandes), la Guinée (6 621 demandes) et la Côte d'Ivoire (5 256 demandes)²².

En 2017, l'OFPPRA a rendu un nombre record de décisions et les procédures se sont fortement accélérées. À l'OFPPRA, le délai moyen d'attente fin 2017 était de 114 jours. À la CNDA, le délai moyen constaté global est passé de 5 mois et 6 jours en 2017 à 6 mois et 15 jours en 2018. Il y a néanmoins toujours une tendance durable de réduction des délais de traitement qui étaient de 12 mois et 27 jours en 2010²³.

Le délai total de la procédure devant les instances d'asile s'élevait ainsi à environ 9 mois en 2017.

À ces délais d'instruction, entre l'enregistrement du dossier par les instances de l'asile et la date de leur décision, s'ajoutent des délais d'enregistrement importants. Ces délais sont notables entre la présentation du demandeur à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA) et le rendez-vous d'enregistrement de sa demande en préfecture, au guichet unique pour demandeurs d'asile (GUDA). Toutefois, des délais peuvent également s'ajouter avant même le premier accueil à la PADA, notamment dans certaines régions qui sont dotées de dispositifs de pré-pré-enregistrement.

Les procédures Dublin représentent 34 % des demandes d'asile en 2017 en France, en hausse de 62 % par rapport à 2016 et de 256 % par rapport à 2015²⁴.

En 2016, en Auvergne-Rhône-Alpes, 8 837 nouvelles demandes d'asile ont été adressées à l'OFPPRA (mineurs accompagnant compris), soit 11,4 % des demandes en France. En 2017, la région Auvergne-Rhône-Alpes regroupait 12,7 % des demandes d'asile en France (11 760 demandes)²⁵.

Nous allons maintenant voir ce qu'il advient des personnes qui obtiennent la protection au terme du processus de demande d'asile.

2 • Les bénéficiaires de la protection internationale

Au terme de la demande d'asile, lorsque celle-ci est acceptée, les personnes deviennent **bénéficiaires de la protection internationale (BPI)**. Ce terme regroupe les personnes ayant différents types de protection après une demande d'asile²⁶.

L'OFPPRA, après examen de la demande d'asile, peut attribuer le **statut de réfugié**, statut reconnu en application de l'article 1^{er} A2 de la **Convention de Genève** du 28 juillet 1951 qui stipule que : « le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. » Ce statut donne droit à une carte de résident de dix ans renouvelable de droit.



LE TERME « RÉFUGIÉ »

Le terme « réfugié » est utilisé dans le langage commun pour parler des personnes ayant dû fuir leur pays ou leur lieu d'habitation, pour échapper à des dangers pour leur vie, leur intégrité physique, leur liberté. Il est également utilisé parfois plus largement pour parler des « migrants », catégorie de population ayant quitté son pays quelles que soient les raisons. Dans le domaine juridique, ce terme « réfugié » a bien une signification spécifique, renvoyant à la *Convention de Genève* citée précédemment. « Réfugié statutaire » a alors être utilisé pour faire référence à cette dernière catégorie.

Les multiples sens recouverts par ce terme rendent souvent ce terme pour parler des migrants forcés en général et non spécifiquement de ceux ayant obtenu une protection.

21 - Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2019). *À l'écoute du monde : Rapport d'activité 2018*. Repéré à https://www.ofppra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/OFPPRA_ra_2018_web_pages_hd.pdf

22 - Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à https://ofppra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf

23 - Cour nationale du droit d'asile. (2018). *Rapport d'activité 2018*. Repéré à <http://www.cnda.fr/rapport-annuel/index.html>

24 - Ministère de l'Intérieur. (2018, 16 janvier). *L'essentiel de l'immigration : chiffres clés*, (2018-13). Repéré à <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/107306/852027/file/EM-2018-13-Les-eloignements-2017-au-16-janvier-2018.pdf>

25 - Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à http://www.ofii.fr/IMG/pdf/OFII_raa_2017.pdf

26 - Site de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. Repéré à <https://www.ofppra.gouv.fr>

La **protection subsidiaire** est accordée à une personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié mais qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou, s'agissant d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. Ce statut donnait jusqu'au 10 septembre 2018 droit à une protection d'un an renouvelable. Dans la nouvelle loi asile²⁷ les bénéficiaires de la protection subsidiaire se verront délivrer un titre de séjour pluriannuel d'une durée maximale de quatre ans dès la reconnaissance de la protection. La carte de résident (10 ans) est délivrée de plein droit aux bénéficiaires de la protection subsidiaire titulaires de la carte pluriannuelle justifiant de quatre années de résidence régulière en France. Les bénéficiaires de la protection subsidiaire devaient jusqu'alors justifier d'une présence de cinq ans pour accéder à la carte de résident.

Selon la *Convention de New York* du 28 septembre 1954, le terme **apatride** s'applique à « toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation ». L'apatridie repose sur l'absence de lien juridique entre un individu et un État. Lorsqu'une personne fait état d'absence de nationalité et de craintes de persécution en cas de retour dans son pays de résidence habituelle, si l'OFPRA statue positivement sur sa demande, elle bénéficiera du statut de réfugié-apatride et des mêmes règles de protection que celles des réfugiés statutaires.

La **réinstallation** est un dispositif spécifique existant depuis plusieurs années. Depuis 2008 et un accord-cadre²⁸ conclu par le ministère des affaires étrangères et européennes avec le HCR, la France réinstalle chaque année des personnes bénéficiaires de la protection internationale identifiées par le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Ce dispositif vise à transférer les réfugiés depuis leur premier pays d'asile – généralement un pays pauvre – vers un État tiers. Ce dernier s'engage auprès du HCR à les accueillir et à leur accorder un statut de résidence permanente ainsi que tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels liés.

Le HCR préconise la réinstallation des réfugiés les plus vulnérables, définis selon huit priorités :

- besoins de protection juridique ou physique ;
- personnes sans perspectives d'intégration locale ;
- victimes de violences ou de torture ;
- femmes vulnérables ;
- besoins médicaux ;
- réunification familiale ;
- enfants et adolescents ;
- personnes âgées.

Une centaine de dossiers de ménages ayant besoin d'être réinstallés sont présentés par le HCR aux autorités françaises chaque année. Les données sur le nombre de personnes effectivement réinstallées et leur répartition sur les territoires n'ont pu être consultées.

Cette procédure diffère de la *relocalisation*, qui consiste à déplacer les *demandeurs d'asile* des pays de l'Union européenne qui sont confrontés à une arrivée importante de demandeurs d'asile (tel que l'Italie et la Grèce) vers d'autres États membres de l'Union pour qu'ils demandent l'asile dans ces nouveaux pays. Seules les personnes qui ont demandé une protection internationale en Grèce ou en Italie peuvent prétendre à une relocalisation au sein de l'Union européenne. Ce système s'inscrit dans le cadre du principe de solidarité entre les États membres qui a été mis en place par une décision du Conseil de l'Union européenne de septembre 2015, en plein cœur de la « crise des réfugiés ». Le plan de relocalisation adopté par l'Union européenne prévoyait de relocaliser 106 000 personnes arrivées avant septembre 2017 depuis la Grèce et l'Italie. La France s'était engagée à relocaliser 19 714 personnes. Au 15 mai 2018, 5 029 personnes avaient été relocalisées majoritairement depuis la Grèce (3 404 personnes étaient déjà relocalisées à la même date en 2017)²⁹.

Le statut de réfugié et la protection subsidiaire, accordés au terme d'un parcours d'asile en France ou dans le cadre d'une procédure de réinstallation, donnent lieu à l'obtention de la **protection internationale**.

La protection internationale est un statut spécifique donnant accès « au droit commun » et ouvrant des droits facilités par rapport à d'autres titres de séjour. La protection internationale permet un accès immédiat au revenu de solidarité active (RSA) - au lieu d'une condition de résidence de cinq ans pour les étrangers primo-arrivants -, une procédure de rapprochement (« regroupement ») familial spécifique sans condition de ressources ni de durée de résidence, et la possibilité de demander l'accès à la nationalité française sans condition de durée de séjour en France³⁰.

27 - Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. Visible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/9/10/INTX1801788L/jo/texte>

28 - Accord-cadre de coopération entre le gouvernement de la République française et l'Office du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés, 4 février 2008

29 - Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe*. France : Fouquet-Simonet.

30 - Articles L. 314-11 (8°) et L. 313-13 (2° alinéa) du CESEDA.

Combien de bénéficiaires de la protection internationale en France et en Auvergne-Rhône-Alpes ?

En France, près de 43 000 personnes ont été placées sous la protection de l'OFPRA aux titres du statut de réfugié et de la protection subsidiaire (hors mineurs accompagnant) en 2017, soit une hausse de 17 % par rapport à 2016. Les premiers chiffres de l'OFPRA de 2018 indiquent que plus de 46 700 personnes (mineurs inclus) ont été placées sous la protection de l'OFPRA aux titres du statut de réfugié et de la protection subsidiaire, soit une hausse de 9 % par rapport à 2017³¹.

Le taux de protection³² s'élève à 26,6 % en 2018 à l'OFPRA (27,2 % en 2017) et à 35,9 % en prenant en compte les décisions de la CNDA. En 2017, le taux global de protection (OFPRA et CNDA) a baissé : il se situe à 36,2 %, contre 38,1 % en 2016.

En 2018, les principales nationalités donnant lieu à l'octroi du statut de réfugié ou d'une protection subsidiaire sont l'Afghanistan (20 % de l'ensemble des protections), la Syrie (13,9 %) et le Soudan (11,2 %).

En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de protection (OFPRA et CNDA) est de 2 929 personnes en 2016 et de 3 756 en 2017 (hors mineurs accompagnants) sur la région, augmentant ainsi de près d'un tiers le nombre de bénéficiaires de la protection internationale³³. Dans certains départements, leur nombre a plus que doublé en un an, comme dans le Cantal (+ 241,5 %) et en Savoie (+ 110,2 %). Les personnes bénéficiaires de la protection internationale résident toutefois principalement dans le Rhône et l'Isère.

Décisions prises par département de résidence en 2016 et 2017.

Rapport d'activité de l'OFPRA 2017

(Département de résidence : dernière adresse connue du demandeur d'asile)

DÉPARTEMENT	TOTAL ADMISSION OFPRA + CNDA 2016	TOTAL ADMISSION OFPRA + CNDA 2017	ÉVOLUTION 2016-2017
Ain	190	207	8,9%
Allier	208	342	64,4%
Ardèche	69	98	42%
Cantal	41	140	241,5%
Drôme	168	223	32,7%
Isère	482	600	24,5%
Loire	208	319	53,4%
Haute Loire	54	72	33,3%
Puy de dome	225	230	2,2%
Rhône	1013	1096	8,2%
Savoie	98	206	110,2%
Haute Savoie	173	223	28,9%
TOTAL AURA	2929	3756	28,2%
TOTAL FRANCE	26428	31734	20,1%

31 - Données provisoires 2018 de l'OFPRA, (mise à jour 2019, 15 janvier). Repéré à <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>

32 - Le taux global consiste à comparer le nombre total d'accords (OFPRA et CNDA) sur une année (31 853) à un nombre de décisions OFPRA hors mineurs accompagnants sur cette même année (88 050). Il indique une tendance davantage qu'une vérité statistique, de nombreuses annulations CNDA concernant des décisions rendues par l'OFPRA l'année précédente.

33 - Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à http://www.OFIL.fr/IMG/pdf/OFIL_raq_2017.pdf

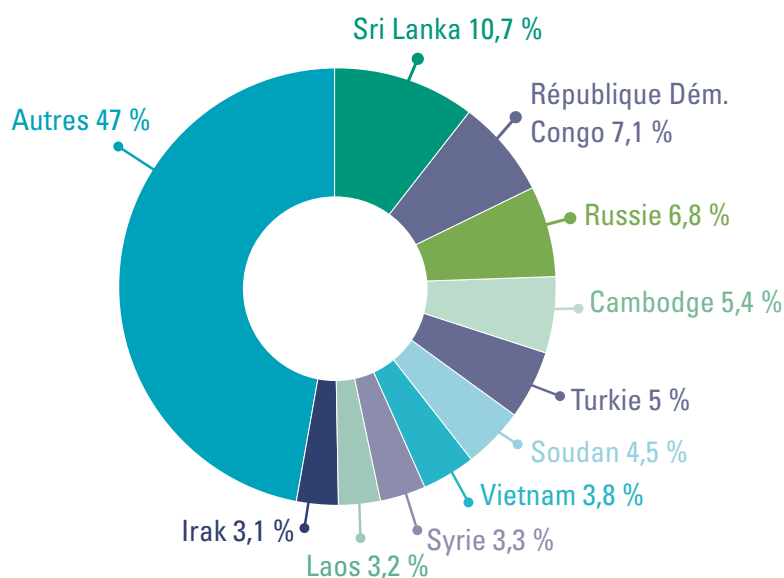
Combien de personnes protégées en France et en Auvergne-Rhône-Alpes ?

Concernant le nombre total de personnes bénéficiaires de la protection internationale en France, les données ne correspondent qu'à des estimations. En effet, l'OFPRA n'a pas nécessairement connaissance des « sorties de protection ». L'OFPRA explique dans son rapport d'activité 2017 que « si depuis avril 2014 l'Office est régulièrement informé des naturalisations par décret des protégés qui, dès lors, ne relèvent plus de sa protection, les autres cas d'accès à la nationalité française ou de décès des personnes protégées ne sont pas toujours transmis à l'Office. En conséquence, les chiffres donnés relèvent de l'estimation³⁴. » Les enfants mineurs de personnes bénéficiaires de la protection internationale, devenus majeurs, sont intégrés dans l'estimation du nombre de personnes placées sous la protection de l'OFPRA depuis 2009.

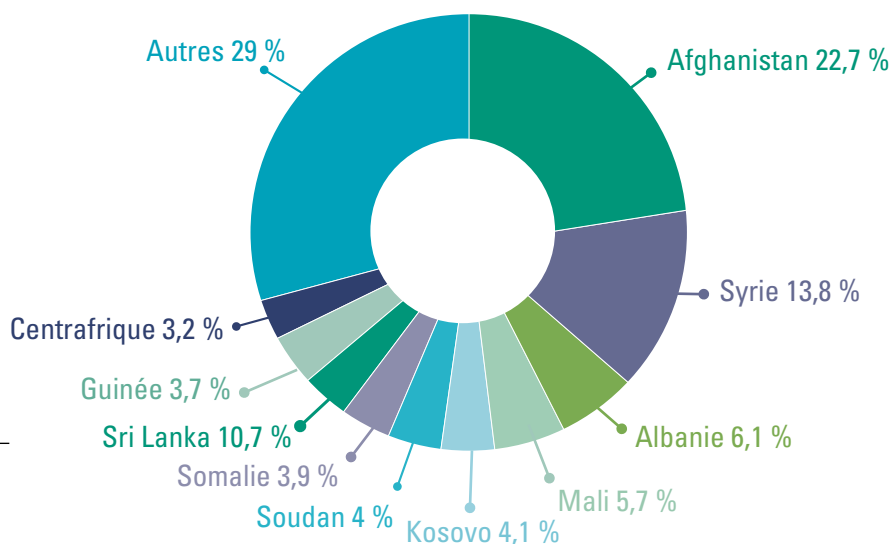
Au 31 décembre 2017, nous estimons à 252 402 le nombre de personnes protégées par l'OFPRA, dont 209 922 sous le statut de réfugié (83 % des personnes sous protection internationale), 41 055 bénéficiaires de la protection subsidiaire (16 %) et 1 425 apatrides (1 %). Comme les dernières années, les femmes représentent 40 % des personnes sous protection internationale. Le rapport d'activité de l'OFPRA précise que, comme les années précédentes, les personnes sous protection internationale sont principalement originaires du continent asiatique (40 %), puis d'Afrique (33 %), d'Europe (25 %) et d'Amérique (2 %). Les pays de provenance des réfugiés demeurent inchangés : le Sri Lanka, la République démocratique du Congo et la Russie sont les pays les plus représentés au sein de la population réfugiée.

Concernant la protection subsidiaire, les ressortissants afghans et syriens constituent les principaux bénéficiaires de la protection subsidiaire du fait des années de guerre cumulées. L'Albanie et le Mali arrivent en troisième et quatrième places.

Principales nationalités d'origine des réfugiés statutaires au 31 décembre 2017



Principales nationalités d'origine des bénéficiaires de la protection subsidiaire au 31 décembre 2017



³⁴ - Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf

Estimation du nombre de personnes protégées
selon leur département de résidence³⁵
au 31 décembre 2017
(hors mineurs accompagnants).
Rapport d'activité de l'OFPRA 2017

DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE	RÉFUGIÉS STATUTAIRES + APATRIDES ET INDÉTERMINÉS	PROTECTION SUBSIDIAIRE	TOTAL
AUVERGNE	2398	826	3224
Allier (03)	722	283	1005
Cantal (15)	179	122	301
Haute Loire (43)	376	66	442
Puy de Dôme (63)	1121	355	1476
RHONE ALPES	19073	3990	23369
Ain (01)	1356	375	1731
Ardèche (07)	359	179	538
Drôme (26)	913	323	1236
Isère (38)	2632	736	3368
Loire (42)	1902	393	2295
Rhône (69)	9188	1771	10959
Savoie (73)	692	179	871
Haute Savoie (74)	2031	340	2371
TOTAL AURA	21471	4816	26593

Ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes réinstallées, qui dépendent de programmes gérés au niveau national et non régional.

Ainsi, l'augmentation des demandes d'asile ces dernières années et, par conséquent, l'augmentation du nombre de personnes bénéficiaires de la protection internationale sur le territoire amènent à s'interroger sur l'intégration de ces personnes en France, au niveau institutionnel et politique.

³⁵ - Département de résidence : dernière adresse connue de la personne protégée.

III. L'ÉTUDE

1 • Objectifs

Pour rappel, l'objectif de cette étude, sollicitée par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS), est de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge en santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale nouvellement arrivées sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, notamment :

- en facilitant le repérage des dispositifs de santé mentale spécifiques et non spécifiques sur les territoires, (notamment par un inventaire des ressources existantes) ;
- en clarifiant les problématiques rencontrées par les personnes réfugiées, notamment les freins limitant un accès aux soins de santé mentale.

L'étude vise notamment à :

- comprendre comment les personnes bénéficiaires de la protection internationale accèdent aux soins après l'obtention de leur statut ;
- décrire les modalités d'accès aux soins en santé mentale de manière pratique dans notre territoire régional ;
- valoriser les pratiques et dispositifs innovants qui prennent en compte la santé mentale de ce public.

Un des enjeux de l'étude est de décrire du côté du public les épreuves traversées pouvant faire obstacle aux soins et à l'accès aux soins en France. Il s'agira de mettre en avant la diversité des « profils » des personnes bénéficiaires de la protection internationale et les obstacles propres à leur situation.

2 • Méthodologie

Ce projet d'état des lieux de l'accès aux soins, et notamment en santé mentale, des personnes bénéficiaires de la protection internationale a débuté au mois de septembre 2018 et a pris fin en février 2019. Il a eu lieu sur les 12 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous avons souhaité rencontrer des professionnels et bénévoles accompagnants les personnes bénéficiaires de la protection internationale ainsi que les personnes elles-mêmes, afin d'entendre leurs retours d'expériences et préconisations.

Les entretiens ont été réalisés par une psychologue et un chargé de mission en sociologie.

Les entretiens avec les professionnels et bénévoles

Notre démarche dans le cadre de cet état des lieux a été, dans un premier temps, de contacter le plus largement possible les acteurs de l'accompagnement social, du soin ainsi que les associations en lien avec le public bénéficiaire de la protection internationale sur chacun des territoires. L'objectif était de comprendre quelles étaient les éventuelles problématiques repérées sur les territoires en ce qui concerne l'accès aux soins en santé mentale, mais aussi de voir ce qui peut faire ressource et d'identifier les dispositifs de soins spécifiques qui fonctionnent.

69 entretiens ont été réalisés avec des professionnels de structures d'accompagnement social et des bénévoles en lien avec le public³⁶. Nous nous sommes déplacés sur les territoires pour certains entretiens tandis que d'autres ont été réalisés par téléphone. Dans la mesure du possible, nous avons favorisé les déplacements sur les dispositifs afin de rencontrer les acteurs directement. Certains territoires ont été plus réactifs que d'autres dans leur réponse à nos sollicitations. Cela explique le fait que certains départements soient plus représentés que d'autres dans les matériaux recueillis.

Les entretiens avec les personnes bénéficiaires de la protection internationale

Dans un second temps, nous avons cherché à rencontrer des personnes bénéficiaires de la protection internationale afin de comprendre leurs parcours, les difficultés rencontrées depuis leur arrivée en France, ce qui a fait soutien et plus généralement leur représentation du système de santé et du soin.

Notons tout d'abord que les entretiens avec les personnes bénéficiaires de la protection internationale ont été possibles par l'intermédiaire des différents acteurs de l'accompagnement social et du soin, qui nous ont fournis des coordonnées ou qui ont directement organisé les rencontres. En effet, il est difficile d'accéder directement aux personnes bénéficiaires de la protection internationale sans passer par les professionnels qui les accompagnent. Ceci constitue un biais que nous avons pris en compte dans le traitement des matériaux recueillis.

De manière générale, passer par des professionnels interroge plus largement le cadre de l'entretien, notamment la volonté des personnes à y participer et les raisons d'y participer. En effet, nous pouvons imaginer que certaines personnes sont dans une situation de dépendance par rapport à leurs accompagnants et qu'elles ne peuvent que difficilement refuser

³⁶ - Voir liste des structures rencontrées en annexe 1.



de répondre favorablement à leurs requêtes. Par ailleurs, certaines personnes semblaient ne pas avoir réellement compris les objectifs et le cadre de l'étude. Ce sont aussi parfois les dispositions pratiques des entretiens, pensées par les professionnels, qui ont rendu le bon déroulement de ceux-ci complexes, comme le fait de faire un entretien avec deux personnes dans un même bureau.

Pour citer d'autres biais, nous pouvons noter, par exemple, qu'un entretien d'une personne non hébergée a été réalisé en présence d'un travailleur social qui accompagnait la personne. Un autre entretien a été réalisé en présence d'un soignant, mais qui ne connaissait pas directement le patient.

De manière générale, nous avons apporté une vigilance particulière à présenter le projet le plus précisément possible tout en restant compréhensibles malgré des difficultés linguistiques de certaines personnes. Aussi, nous avons insisté à chaque fois sur le caractère non obligatoire de l'entretien, la possibilité d'y mettre fin à tout moment, ainsi que sur la garantie de l'anonymat des personnes rencontrées.

Dans le cadre de cet état des lieux, nous avons rencontré 25 personnes bénéficiaires de la protection internationale, soit :

- sept personnes rencontrées via les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) ;
- huit personnes rencontrées via des soignants, dont six par une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et deux par un psychiatre libéral ;
- trois personnes rencontrées via des programmes d'intégration spécifiques ;
- trois personnes rencontrées via un programme de réinstallation ;
- deux personnes rencontrées via des structures d'hébergement non spécifiques ;
- deux personnes rencontrées via des réseaux associatifs et militants.

Les personnes ont été rencontrées dans le Puy-de-Dôme (treize personnes), en Isère (six personnes), dans l'Allier (trois personnes), dans le Rhône (deux personnes) et dans le Cantal (une personne).

Parmi les personnes rencontrées, sept étaient des femmes et plusieurs avaient moins de 25 ans à leur arrivée sur le territoire.

Il nous semblait important de ne pas rencontrer uniquement des personnes francophones afin d'avoir une diversité de profils. L'étude comprenait donc un budget alloué spécifiquement à l'interprétariat téléphonique. Cependant, deux entretiens ont dû être annulés faute d'interprètes disponibles dans les langues des personnes.

Deux entretiens ont été réalisés en anglais avec deux couples, deux entretiens ont été réalisés en arabe, dont une fois avec un interprète par téléphone. Les autres entretiens ont été réalisés en français, parfois approximatif, ou en employant quelques mots d'anglais.

Le premier entretien réalisé avec un des couples nous a permis d'échanger réellement avec les deux personnes puisque la femme parlait et traduisait à son mari, qui ne parlait pas anglais. Lors du deuxième entretien réalisé avec un autre couple, la femme ne parlait pas anglais et l'homme ne lui traduisait que certaines questions de manière occasionnelle. L'homme ne traduisait les propos de la femme que lorsqu'elle insistait pour s'exprimer.

Nous avons veillé tout au long de l'étude à pouvoir rencontrer des personnes aux parcours différents et également des personnes « hors radar », c'est-à-dire qui n'avaient pas été en lien avec les structures d'accompagnement, ou peu, afin de pouvoir illustrer la diversité des profils.

Dans ce rapport, nous avons choisi de laisser une part importante à la parole des personnes rencontrées, professionnels, bénévoles et personnes bénéficiaires de la protection internationale.

Les extraits d'entretiens ont parfois été légèrement modifiés (suppression des tics de langage, remplacement des termes familiers (gens, mec, ...) par des termes proches, afin d'en faciliter la lecture, tout en veillant à ne pas changer la signification).

Tous les entretiens ont été anonymisés. Ainsi, les prénoms des personnes bénéficiaires de la protection internationale ont été changés, de même, nous avons apporté une vigilance particulière à ne pas mentionner des indications qui permettaient d'identifier les professionnels.

Un rapport de la situation départementale sur plusieurs départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, co-construit et validé avec les acteurs du territoire, sera indexé à ce document.



AVANT D'ALLER PLUS LOIN

Ce rapport tente d'apporter des pistes de compréhension, de réflexions et propositions d'actions.

Il s'intéresse notamment aux éléments pouvant faciliter ou provoquer des problématiques de santé mentale chez les personnes bénéficiaires de la protection internationale. Ainsi, l'étude porte sur les problématiques rencontrées au sein des structures dans la prise en charge de ce public, et non pas sur les structures en elles-mêmes.

Les entretiens ont été réalisés avec 69 professionnels et bénévoles, 25 personnes bénéficiaires de la protection internationale à un moment de leur vie. Leurs paroles ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des personnes bénéficiaires de la protection internationale. Rappelons que cette étude a eu lieu sur une période courte (d'une durée de six mois), sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes, soit 12 départements, qui présentent chacun leurs spécificités. Les constats avancés dans ce rapport ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des bénéficiaires de la protection internationale, ni à l'ensemble des structures, ni à l'ensemble des départements.

Toutefois, la plus-value était selon nous d'entendre ce que des personnes ayant vécu l'expérience de l'asile et du parcours d'intégration ont à dire, à préconiser, car elles n'ont que peu souvent l'occasion d'exprimer leur avis sur ces questions et nous avons donc peu de fois l'occasion d'apprendre de leurs expériences.

PRÉSENTATION DES CONSTATS DE L'ÉTUDE

I - L'IMPACT DE LA PROCÉDURE ASILE SUR LE PARCOURS D'INTÉGRATION

Si l'étude porte sur les personnes ayant obtenu la protection internationale, les entretiens réalisés mettent en avant l'importance de la procédure d'asile dans le futur parcours d'intégration ainsi que le parcours de soin.

La procédure d'asile en elle-même, les questions d'hébergement et de durées de procédures ont été particulièrement mises en avant dans les entretiens comme pouvant être déterminantes du futur parcours d'intégration, mais également de l'état de santé mentale des personnes.

1 • La demande d'asile

La procédure de demande d'asile impose aux personnes de justifier, d'expliquer, de prouver leurs persécutions et les raisons de leur départ. L'écriture du récit de vie, l'entretien à l'OFPRA, le passage à la CNDA, et les autres démarches, qui invitent les personnes à se remémorer des événements traumatiques, ne sont pas sans effets sur leur santé mentale. Ce que les individus tentaient potentiellement d'oublier, d'occulter, doit alors être écrit, dit, et répété devant des inconnus, de manière structurée afin qu'ils ne puissent être mis en doute, dans une temporalité et selon des modalités qui ne leur appartiennent pas. Cette procédure est une épreuve pouvant être pathogène pour les personnes qui, souvent, n'ont pas encore eu le temps d'encaisser les violences et traumatismes potentiels du voyage pour rejoindre l'Europe, sont encore dans un mode de « survie » psychique et se retrouvent contraintes de se remémorer les violences qui les ont poussés à quitter leur pays, réactualisant ainsi leurs possibles traumatismes.

Ainsi, cette période peut donc faire apparaître ou réapparaître de nombreux symptômes, comme l'explique Behrouz, suivi par une EMPP depuis plusieurs années, qui met en lien ses symptômes avec le début de la procédure :

« J'ai commencé à en avoir sur la mémoire. C'était quand ils m'ont expliqué les procédures et j'ai commencé à réfléchir sur la vie que j'avais avant, les situations qui m'étaient arrivées, les conditions dans lesquelles j'ai quitté le pays, me séparer brutalement de ma famille, mes enfants et mon pays. Brutalement traverser les histoires pour me retrouver ici et arriver ici. Ce n'est pas aussi peut-être ce que j'en avais comme idée, c'est encore une autre réalité qui n'était pas facile à affronter. Vraiment j'avais eu des problèmes, que je n'arrivais pas à dormir, ce n'était pas facile. Plus je ne dormais plus, plus je pensais beaucoup, j'avais des veines un peu tendues, j'avais des maux de tête qui avaient commencé et cela me dérangeait beaucoup. J'avais vraiment du mal. »

De plus, les symptômes du syndrome de stress post-traumatique sont de réels obstacles à l'obtention de la demande d'asile, qui exige de produire un récit de vie cohérent, chronologique, circonstancié. Le Centre Primo Levi constate ainsi que plus de 50 % de leurs patients, pourtant des personnes exilées victimes de tortures et de violences extrêmes, sont déboutés de leur demande d'asile³⁷. La prise en compte de la vulnérabilité des personnes durant la procédure de demande d'asile est en effet difficile³⁸.

Ainsi, la procédure de demande d'asile peut réactiver des traumatismes et leurs symptômes associés. Cela peut donc, en même temps, mettre en échec le bon déroulement de l'audition par les instances de protection et, en définitive, la possibilité même d'obtenir une protection.

2 • La durée des procédures

Comme expliqué précédemment, la procédure d'asile s'est fortement accélérée cette dernière année. Toutefois, l'accélération des procédures est récente, et parmi les personnes rencontrées, la majorité d'entre elles ont dû attendre nombreux mois, voire plusieurs années, avant d'obtenir la protection internationale. D'autres étaient placées en procédure Dublin, rallongeant ainsi la procédure de plusieurs mois avant de pouvoir demander l'asile en France. La procédure peut donc durer plusieurs années, comme l'explique Omar, ayant obtenu le statut de réfugié :

« Quand je suis venu en France, j'avais pas eu le logement tout de suite, non. J'étais hébergé par des compatriotes par-ci, par-là. Jusqu'à ce que, après un moment, ils m'ont donné le foyer. Donc le foyer c'était à... j'étais à Grenoble, ils m'ont donné le foyer à [ville]. Là c'était le foyer d'urgence. Après le foyer d'urgence, ils m'ont envoyé dans un CADA ici, à [ville], c'est à côté d'ici. C'est là où j'ai passé toutes mes démarches.

37 - Centre Primo Levi. (2016). *Persécutés au pays, déboutés en France. Rapport sur les failles de notre procédure d'asile*. Repéré à <https://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2016/11/Pers%C3%A9cut%C3%A9s-au-pays-d%C3%A9bout%C3%A9s-en-France-WEB.pdf>

38 - Sur la prise en compte des vulnérabilités lors de la procédure de demande d'asile, voir le schéma réalisé par l'Orspere-Samdarra : http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Images/Orspere-Samdarra/Ressources/Ressources_documentaires/Schemas_explicatifs/Vulnerabilites_et_demande_d_asile-web_pdf

Et puis j'ai été débouté, je suis sorti du foyer, je suis resté encore dans l'air comme ça : pas de foyer, pas de place pour dormir, appeler le 115, mais pour avoir une place aussi c'était difficile. Donc j'ai tourné en rond, je suis allé dormir chez les amis par-ci, par-là... dehors aussi des fois. Après j'ai fait la demande de réexamen de mon dossier de demande d'asile. Je suis passé à l'OFPPRA, elle l'a rejeté. Je suis repassé encore à la CNDA, pour la deuxième fois, et j'ai encore été reconvoqué, pour la troisième fois, et puis du coup ils m'ont donné le statut de réfugié. Ça a pris à peu près... je peux dire trois ans et demi hein [entre l'arrivée en France et l'obtention des papiers]. »

L'attente de la réponse sur l'obtention ou non d'une protection en France place les personnes dans une situation d'entre deux, dans un « temps suspendu ». Durant ce temps, elles créent des attaches, parfois fragiles, qui seront ensuite mises à mal du fait de la procédure. Même lorsque cela est souhaité par les personnes, l'impossibilité de travailler durant la procédure, le peu de revenus, la difficulté à accéder à des cours de français, rendent difficiles le quotidien et toute projection dans l'avenir. L'inactivité, l'attente, l'incertitude pèsent également sur la santé mentale des demandeurs d'asile. L'hébergement des demandeurs d'asile est également une question cruciale, ayant de forts impacts sur la santé et la santé mentale.

3 • L'hébergement des demandeurs d'asile

L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) coordonne la gestion de l'hébergement des demandeurs d'asile du dispositif national d'accueil (DNA)³⁹. Celui-ci regroupe différents types de structures d'hébergement, présentant des coûts journaliers et des taux d'encadrement différents et, donc, un accompagnement social variable⁴⁰.

En lien avec l'augmentation du nombre de personnes demandant l'asile, la capacité du dispositif national d'accueil a presque doublé depuis 2012. Au 31 décembre 2017, elle était de 80 221 places⁴¹. 4 000 places supplémentaires devaient être créées en 2018 et 3 500 places en 2019.

39 - « Le dispositif national d'accueil comprend différents types de lieux d'hébergement des demandeurs d'asile : Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), Accueil temporaire service de l'asile (ATSA), Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), Centres de transit auxquels se sont ajoutés en 2016 et 2017, les Centres d'accueil et d'orientation (CAO) ouverts pour les besoins de desserrement du Pas-de-Calais et de Paris et les centres relevant du Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (Pradha) pour mieux prendre en charge les demandeurs d'asile en procédure Dublin. Ces lieux d'hébergement sont répartis par les schémas régionaux d'accueil entre les contingents régional et national : dans le premier cas, les admissions sont prononcées à l'échelon régional tandis que pour le second, les orientations sont décidées au niveau national, au bénéfice de régions confrontées à des niveaux de pression élevés, des demandeurs d'asile relocalisés ou à des situations individuelles particulières. » OFII. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à http://www.OFII.fr/IMG/pdf/OFII_raa_2017.pdf

Au 31 décembre 2016, la région Auvergne-Rhône-Alpes était la deuxième région disposant du plus grand nombre de places après le Grand-Est, représentant 14 % de la capacité d'accueil nationale. La région Auvergne-Rhône-Alpes est celle disposant du plus grand nombre de places en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)⁴².

La capacité d'hébergement sur le dispositif asile en région Auvergne-Rhône-Alpes était de 11 674 places au 1^{er} décembre 2018 (dont 204 en centre d'accueil et d'examen de situation administrative (CAES), 1 209 en centre d'accueil et d'orientation (CAO), 10 261 réparties entre CADA, hébergement d'urgence pour demandeur d'asile (HUDA), programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRADHA), accueil temporaire service de l'asile (ATSA, Centre de transit). 31 % de ces places sont à gestion nationale. Au 30 novembre 2018, 4 776 personnes étaient en liste d'attente pour obtenir un hébergement en région⁴³.

Toutefois, et malgré la hausse importante de la capacité d'accueil du DNA, ce dispositif ne prend pas en compte toutes les personnes ayant demandé l'asile. Un rapport parlementaire indiquait qu'au 30 juin 2017, seulement 40 % des demandeurs d'asile en France étaient hébergés⁴⁴.

L'allocation pour demandeurs d'asile (ADA) devrait permettre aux demandeurs d'asile « qui n'ont pas accès à un hébergement ou un logement à quelque titre que ce soit » (et non plus tous ceux qui n'ont pas de place dans le DNA) de disposer d'un toit, mais son montant actuel de 7,40 euros par jour ne le permet pas.

De nombreuses personnes rencontrées lors de cette étude avaient eu, ou pour certaines avaient encore, un parcours de rue durant leur demande d'asile.

« On est resté deux mois à la rue avec ma famille : ma sœur, mes enfants et ma nièce. » Diana

40 - Voir le tableau des typologies d'hébergement en annexe 2.

41 - 54 145 places dans le DNA, auxquelles s'ajoutaient environ 10 000 places de CAO qui n'ont été intégrées au DNA qu'en 2017.

42 - Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe*. France : Fouquet-Simonet. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/content/download/4238/41636/version/1/file/Rapport+annuel+edition+2018.pdf>

43 - Données transmises par la DRDJSCS.

44 - Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe* (p. 138). France : Fouquet-Simonet. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/content/download/4238/41636/version/1/file/Rapport+annuel+edition+2018.pdf>

« Quand nous sommes arrivés ici, j'étais enceinte de sept mois. Nous avons appelé le 115 et ils ont dit qu'il n'y avait pas de place. Pendant un mois et demi nous avons été dehors, en novembre, il faisait comme maintenant, très froid. Nous n'avions pas de place. Ils nous ont donné sept jours dans un bungalow, des fois ils donnaient une place pour moi mais pas pour mon mari. (...) Si tu as un bébé, tu as de la place. Mais si tu es enceinte ou que tu as un enfant plus grand tu n'as pas de place. (...) Le docteur m'a donné une lettre disant que je devais avoir une place. Je l'ai donné au 115, mais ils n'ont pas trouvé de place pour moi. Ils ont dit qu'ils avaient perdu mon attestation. Je l'ai renvoyée et ils nous ont donné sept jours à l'hôtel. Après on a changé, changé, changé, puis on est resté dans cet hôtel. (...) On est resté deux ans à l'hôtel. Jusqu'à maintenant nous sommes à l'hôtel. » Roumissa et Georges, couple avec un enfant en bas âge, ayant obtenu le statut depuis trois mois, en France depuis deux ans.

L'absence d'hébergement ou les hébergements précaires empêchent les personnes de bénéficier d'un lieu sûr dans lequel elles puissent se sentir en sécurité, se poser et se reposer. L'énergie demandée pour tenter de combler les besoins les plus primaires épuise les personnes et a des conséquences sur leur santé, physique et mentale. Ce jeune, Behrouz, ayant obtenu le statut il y a peu de temps, exprime clairement le lien entre son état de santé et ses conditions d'hébergement. Il loge actuellement dans un dispositif d'urgence hivernal, un gymnase :

- « Est-ce que vous diriez que vous êtes en bonne santé ?

- Non.

- Pourquoi ?

- Parce que maintenant mes yeux ils demandent de dormir. Les lits au gymnase on ne peut pas se tourner, toujours on est comme ça [contractant son corps]. Parfois on ne prend pas la douche là-bas, les toilettes tout ça c'est sale, on va être malade. Moi je ne prends jamais de douche là-bas. (...) Je ne prends pas la douche là-bas c'est terrible là-bas. (...) Moi je ne reste pas là-bas. Par exemple des gens ils font bagarre là-bas, ils se frappent hein, ils se frappent. Hier il y avait quelqu'un il été exposé partout hein, il était blessé, il s'est battu avec quelqu'un après il était tout blessé hein. On voit ça après hein.

- Ça fait peur ?

- Bah oui hein, les gens ils se bagarrent dans le gymnase. »

Dans son récit, au-delà de l'épuisement, Behrouz évoque la peur qu'il ressent en parlant de l'endroit même dans lequel il dort. Si même dans le sommeil la sécurité n'est pas possible, nous pouvons imaginer que pour cette personne l'état de vigilance doit être constant et source d'épuisement.

Dans l'extrait d'entretien qui suit, Babacar nous explique le choc d'une situation de précarité dans un pays qui nous est inconnu, sans réseau social mobilisable :

« Je n'ai jamais vécu ça, je n'ai jamais connu ça [dormir dehors] dans ma vie. C'est ici pour la première fois. Et puis tu viens avec le froid, tu demandes là, où aller... et on ne peut pas aborder les gens comme ça dehors. Et moi en France je connaissais personne, dans tout le pays, ce n'est pas d'ici à Clermont ou à Paris ou ailleurs, non. Je n'ai pas de contacts de personne. »

Babacar

De plus, l'absence d'hébergement implique généralement des lacunes dans l'accompagnement social. En structure d'hébergement, selon le type de structure et le taux d'encadrement, des travailleurs sociaux peuvent accompagner les personnes dans leur demande d'asile, soit répondre à leurs questions, les orienter, expliquer et faciliter la compréhension du système français, les soutenir. Les personnes non hébergées n'ont qu'un accès partiel et restreint à l'information, dépendant souvent des rencontres, des compatriotes, des bénévoles. Même dans une démarche active, l'accompagnement social peut être difficile à trouver, comme l'explique Saber, jeune de moins de 25 ans :

- « Et pendant les 9 mois vous n'avez pas été hébergé, vous n'aviez pas demandé ?

- Non j'étais chez mon frère. Non, non, je n'ai pas demandé, en fait je ne pouvais pas parce que je n'avais pas d'assistante sociale. En fait je suis à [Ville] mais ils m'ont dit : "vous devez déjà donner un adresse et tout, pour l'instant pour toi c'est un peu dur parce que tu es déjà chez ton frère. Tu peux vivre avec lui. Et après quand tu reçois ton titre de séjour et tout, après tu demandes pour hébergement et tout ça." Bon après je restais là-bas et en fait je cherche beaucoup un assistant social, je n'ai pas trouvé. Et en fin de compte quand j'ai reçu le papier, c'est... tu sais que le gouvernement il aide les gens demandeurs d'asile, 300 et quelques euros : dès que j'ai reçu le papier j'ai rien reçu. »

Par ailleurs, l'accompagnement qui peut être mis en place en dehors de l'hébergement, par exemple via les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (PADA), peut sembler insuffisant et trop restreint, comme l'explique Seydou :

« (...) C'est [l'association gestionnaire] qui sont, pendant les procédures d'asile, qui sont là pour nous accompagner dans les démarches administratives. Mais moi personnellement pour être franc je dirais qu'ils ne m'ont pas vraiment du tout assisté, sauf qu'ils me prennent des rendez-vous, mon rendez-vous pour la

préfecture, et pour envoyer mon histoire à Paris quand on a rempli le... Mais quand il y avait d'autres choses, que je parlais auprès d'eux pour m'assister ou bien m'orienter, je n'ai jamais eu la solution chez eux, je me suis démerdé avec ça, comme ça. Moi personnellement je suis parti là-bas au moins deux ou trois fois pour certaines choses que je n'arrivais pas à les faire, il a fallu que je passe par eux, je n'ai jamais eu la solution quoi. »

De plus, à la différence des personnes hébergées, l'accompagnement physique est généralement inexistant, bien qu'il semble réellement important pour plusieurs des personnes que nous avons rencontrées.

Cette absence ou ce manque d'accompagnement social n'est souvent pas sans effet sur le parcours des personnes et rend difficile le recours aux droits dont les personnes n'ont pas connaissance. En effet, l'information concernant les démarches à réaliser, les droits des personnes, ne sont souvent pas accessibles à ce public qui dès lors se retrouve en situation de grande vulnérabilité : peu de supports d'informations traduits, peu d'informations diffusées selon les territoires sur les dispositifs accessibles, barrière de la langue. Dans ce contexte, il est très difficile pour les personnes d'être autonomes dans leur accès aux droits et de trouver seul les soutiens dont ils ont besoin à leur arrivée en France. L'accompagnement social est alors indispensable pour garantir aux personnes un accès aux droits et aux soins convenables.

L'hébergement en structure du DNA permet souvent le collectif, la création de liens, comme l'explique Djamel :

« Je ne me sentais pas un réfugié mais un être humain pour la première fois au CADA parce que je me suis fait des amis. On était un groupe, on mangeait ensemble. Ça c'est le genre de choses qui fait penser que ce n'est pas pour rien. On n'a pas perdu l'humanité. »

Cela peut être très bénéfique pour la santé mentale des personnes et permettre de lutter contre l'isolement.

Si l'hébergement limite le risque d'isolement social et de repli sur soi par la présence de travailleurs sociaux et de personnes hébergées attentives pouvant garantir un minimum de soutien social, l'accompagnement hors les murs semble mettre à mal ce soutien social par le peu de liens que cette modalité permet de créer entre les travailleurs sociaux et les personnes. Or, la qualité du support social constitue un facteur de risque ou de protection dans la survenue des troubles psychotraumatiques⁴⁵.

Par ailleurs, la modalité d'« aller vers » réalisée par les travailleurs sociaux lorsqu'ils identifient qu'une personne se replie sur elle-même, ne s'alimente plus, etc. est inexistante pour les personnes non hébergées et ne permet pas le repérage précoce de personnes en souffrance psychique.

Ainsi, l'absence d'hébergement met les personnes dans des situations de précarité extrêmes, ayant généralement une incidence importante sur leur santé mentale. De nouveaux traumatismes, créés par les conditions d'accueil, s'ajoutent aux traumatismes liés à l'exil. Nous allons voir que cela peut également impacter le parcours de soin.

4 • Le soin et l'accès aux soins durant la demande d'asile

Le cahier des charges des lieux d'hébergement des demandeurs d'asile⁴⁶ leur attribuent une mission d'accompagnement sanitaire et social. Il est précisé notamment que les travailleurs sociaux :

- « assurent les démarches d'ouverture des droits sociaux des personnes hébergées, notamment l'affiliation à la protection universelle maladie, lorsque celle-ci n'a pu être effectuée avant son admission dans le lieu d'hébergement ;
- informent les personnes hébergées sur le fonctionnement des systèmes de santé et veillent à la diffusion des règles de prévention en matière sanitaire. Ils assurent leur mise en relation avec les services de soins compétents, le cas échéant. Une visite médicale est systématiquement organisée dès l'admission par le gestionnaire ou dans le cadre du parcours santé migrant. »

Ces différentes démarches semblent notamment avoir lieu par l'accompagnement individuel. Certaines structures d'hébergement organisent des actions collectives concernant la santé, parfois en lien avec des partenaires du territoire.

Les principaux acteurs du soin de santé mentale pour les personnes en situation de précarité sont les EMPP et les permanences d'accès aux soins de santé psychiatriques (PASS Psy). Elles sont inégalement réparties sur le territoire⁴⁷.

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 6 PASS Psy, disposant d'une coordination régionale et 13 EMPP.

45 - Prieto, N. et Rouillon, F. (2012). Épidémiologie des troubles psychotraumatiques. *Confrontations Psychiatriques*, (51), 43-59.

46 - Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (J. O. 20 février 2019). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038143996&dateTexte=&categorieLien=id>

47 - Voir la cartographie en annexe 3.



PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PSYCHIATRIQUE – (PASS PSY)

Dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique adapté aux personnes en situation de précarité, qui « vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;

- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi. »

Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)



ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

Équipes pluridisciplinaires coordonnées par un psychiatre, les EMPP comportent au minimum un médecin et un cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues et un secrétariat. Elles ont pour mission, sans se substituer aux équipes de droit commun :

- « - d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologies mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;

- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité. »

Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Selon les territoires, certaines structures d'hébergement du DNA sont en lien avec les EMPP : elles les sollicitent lorsqu'un de leur résident présente des problématiques de santé mentale, et parfois, certaines EMPP tiennent des permanences au sein même des structures d'hébergement.

Pour les demandeurs d'asile hébergés dans le DNA, le premier accès aux soins peut avoir lieu à ce niveau, alors qu'il peut plus difficilement avoir lieu dans la rue. Par ailleurs, les conditions de vie précaire, l'absence d'hébergement, l'attente, l'inactivité dont nous avons parlé précédemment peuvent avoir des conséquences psychiques importantes sur la santé mentale des personnes.

« On met ces gens dans des situations tellement d'insécurité. Un des facteurs c'est quand même le logement. Il y a 10 ans on était scandalisé quand on savait qu'une famille était à l'hôtel, et là on se dit : on serait tellement content de savoir que cette famille est à l'hôtel. Il y a une sorte de dégradation comme ça. C'est le contexte politique, c'est voulu. Mais je pense... je pense qu'on crée des gens qui sont dans des états mentaux psychiques terribles. » Travailleuse sociale

L'absence d'hébergement et d'accompagnement social, souvent liés, se ressentent sur les possibilités réelles d'accès aux soins de ces personnes, alors placées en situation de précarité extrême. Omar, resté plusieurs années à la rue, suivi par un professionnel de santé mentale explique :

« Les gens par exemple, ils savent bien, ils sont dans la précarité : ils ne travaillent pas, ils ont un souci, ils n'ont même pas de transports pour aller voir le médecin, ils n'ont même pas quelque chose à manger. Aller voir le médecin : il n'a pas de quoi le payer. Ça c'est un blocage. C'est un grand blocage ça. Puisque je n'ai même pas de toit, je n'ai même pas de maison, je ne sais même pas où dormir ; j'ai trop de problèmes dans la tête : les problèmes des papiers, les problèmes des... tout, tout, tout. Donc il faut d'abord... pour aller voir le médecin, il faut que tu fraudes le bus, après ça tu as une contravention ; arrivé chez le médecin tu n'as pas de quoi payer, et le médecin te consulte ; aller en pharmacie, il faut donner une part... Si tu ne travailles pas d'où vient tout ça ? Donc tu mets aussi les gens dans une situation qui plus tard donc il va tomber, il va devenir fou, il va devenir fou. Parce que tout ne marche pas. (...) Bon, pour moi ce qu'il faut faire, il faut que l'État soutienne aussi, comme dans le domaine de la santé, les gens qui sont dans la précarité. Il faut que l'État les soutienne, qu'il les soutienne. Au niveau de l'accompagnement, au niveau des médicaments, au niveau des soins... donc il faut que l'État les soutienne. »

Dans le témoignage d'Omar, comme dans d'autres recueillis lors de cette enquête, l'accès effectif aux soins ne dépend pas uniquement des possibilités réelles d'accès aux soins (en termes d'offre de soins accessible), mais également, et parfois uniquement des possibilités psychiques de penser le soin alors que toute l'énergie est mise sur la survie et la difficile gestion du quotidien (se nourrir, dormir dans un endroit dans lequel on puisse se sentir à minima en sécurité, se laver, et autres besoins élémentaires.). Pour des personnes en situation de précarité, étrangères ou non, la santé ne fait généralement pas partie des priorités.

Si la question de l'accès aux soins durant la demande d'asile est également déterminante pour la suite du parcours, ce sont surtout les conditions d'accueil ou de non-accueil et leurs conséquences sur la santé mentale des personnes qui semblent primordiales. Il ne s'agit pas uniquement de la prise en charge de personnes déjà traumatisées, mais également des traumatismes créés par la situation de précarité en France. Un professionnel de santé mentale explique :

« Le truc principal c'est que quand on veut soigner une brûlure on retire la main du feu avant de mettre la crème... du coup il faudrait peut-être juste éteindre le feu. Ce qui fait le plus mal aux gens ce n'est pas l'absence de soins c'est la malveillance du système d'accueil, ou au minimum l'absence de bienveillance. Si, on peut dire la malveillance, sur la politique de découragement et le traitement des gens dans les circuits administratifs, et l'insécurité, l'instabilité qui en résulte, sans parler des discours de rejets, etc. Ce serait ça la première préconisation de n'importe quoi qui parle des exilés aujourd'hui : arrêter de leur taper sur la gueule avant de vouloir les soigner ou d'imaginer des dispositifs pour les soigner. »

Comme nous le verrons par la suite, le début du parcours en France a des incidences importantes sur le parcours après l'obtention du statut. Estelle d'Halluin explique que « la santé mentale [des demandeurs d'asile], tout comme leur santé, est une production intimement liée à leurs conditions de vie passées et présentes, à leur expérience objective et subjective d'une violence dans le pays d'origine ou au cours de leur fuite, mais aussi à une violence structurelle dans le pays d'accueil⁴⁸. »

Après plusieurs mois ou plusieurs années dans la rue en étant inscrit dans la procédure de demande d'asile, ces personnes, qui n'étaient pas prioritaires pour accéder à une place dans le DNA, se retrouvent en situation de grande précarité, exposées à de nouveaux traumatismes alors même que les anciennes blessures n'ont pas été prises en charge et extrêmement vulnérabilisés par les conditions de vie précaires subies. Mais comme nous le verrons, cette vulnérabilité « acquise » en France ne sera que difficilement prise en compte dans la suite de leur parcours.

L'intégration, les leviers et difficultés rencontrées par la personne nouvellement protégée, semblent en effet se dessiner bien en amont de l'obtention de la protection, quasiment dès le début de la demande d'asile. Les parcours des personnes à l'obtention du statut prennent souvent la même forme que leurs parcours durant la demande d'asile.

⁴⁸ - D'Halluin, E. (2012). La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes & migrations* (1282), 66-75. Repéré à <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/447>

II - OBTENTION DE LA PROTECTION : LES NOUVEAUX DÉFIS

L'obtention d'une protection internationale marque la fin d'une période de transition : les personnes sont autorisées à rester en France, la question de « l'intégration » se pose donc parmi tant d'autres. En basculant dans le droit commun, les personnes doivent réaliser de nombreuses démarches administratives. Il s'agit ensuite d'accéder à un logement, à un emploi ou à une formation, ainsi qu'aux soins.

Dans son rapport annuel sur la demande d'asile, Forum Réfugiés nomme les facteurs concourant avec efficacité à l'intégration des personnes bénéficiaires de la protection internationale : la globalité de l'accompagnement réalisé par des professionnels spécialistes, le travail en réseau, la prise en compte de l'hétérogénéité du public, l'apprentissage de la langue comme un levier d'intégration. Ce rapport explique également « qu'on ne peut comprendre le parcours, ou le cheminement, d'un bénéficiaire de la protection internationale, en n'en regardant que le point de départ et le point d'arrivée. Il s'agit de l'envisager au regard de multiples facteurs, interdépendants, mais aussi au regard de multiples acteurs, tout aussi interdépendants, et donc comme un processus dynamique. (...) Il existe des trappes dans le parcours du réfugié, des séquences de son parcours où le sol se dérobe et, qui au mieux, mettent en suspens le processus, au pire l'arrêtent⁴⁹. »

Dans une vision centrée sur la santé mentale, il nous semble important d'avoir conscience de ces « trappes » possibles, ces étapes pouvant mettre à mal le parcours des personnes bénéficiaires de la protection internationale. Dans cette partie, nous proposons de dérouler le parcours des personnes bénéficiaires de la protection internationale et de voir en quoi les nouveaux défis qu'elles ont à relever peuvent agir sur leur santé mentale.

1 • Le parcours administratif

De nombreuses démarches administratives

Plusieurs étapes administratives doivent être réalisées lors de la reconnaissance de la protection internationale (communiqué par courrier par l'OFPPA, après des délais pouvant être très longs, ou par affichage par la CNDA, trois semaines après l'audience). Ces nombreuses démarches sont souvent peu compréhensibles pour les personnes qui n'ont pas nécessairement l'accès à l'information et ne savent pas par où commencer. La lenteur des démarches et les blocages administratifs sont mis en avant par les personnes rencontrées. Parmi la multitude de démarches à réaliser, plusieurs étapes ont été avancées comme pouvant mettre en difficultés les personnes :

49 - Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe* (p. 158). France : Fouquet-Simonet. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/content/download/4238/41636/version/1/file/Rapport+annuel+edition+2018.pdf>

50 - Taché, A. (2018, Février). *Rapport au premier ministre. 72 propositions pour une politique ambitieuse d'intégration des étrangers arrivant en France*. Repéré à <http://aurelientache.fr/wp-content/uploads/2018/02/72-propositions-pour-lint%C3%A9gration.pdf>

51 - Rapports d'activités 2017 et 2018 de l'OFPPA, précédemment cités.

L'obtention du titre de séjour

Dès l'obtention du statut, le récépissé de demande d'asile est changé en récépissé provisoire de réfugié indiquant la possibilité de travailler. En attendant la délivrance d'un titre de séjour de dix ans ou d'un an selon son statut, la personne nouvellement protégée se verra délivrer un récépissé provisoire.

Aurélien Taché, député, précise dans son rapport que l'obtention d'un titre nécessite toujours en moyenne 3,7 passages en préfecture, alors même que deux tiers des titres étrangers en France sont des titres de séjour de dix ans⁵⁰. Pour Bouchra, hébergée en centre provisoire d'hébergement (CPH) :

« J'ai eu mes papiers il y a un an et ma carte est arrivée seulement il y a un mois. »

Le titre de séjour ne peut être réalisé qu'après l'obtention du certificat de naissance établi par l'OFPPA et après avoir réalisé l'entretien avec l'OFII. Une adresse personnelle doit également être fournie. Les domiciliations sont normalement acceptées mais avec beaucoup plus de difficultés.

Le renouvellement de la carte doit être demandé au plus tard deux mois avant l'expiration du titre. Tout retard ou toute erreur dans le renouvellement de celui-ci entraîne alors en cascade la suspension du dossier Pôle emploi, des droits CAF, etc. Pour les personnes ayant une protection subsidiaire, valable un an, les démarches s'enchaînent donc entre les délais d'attente et la nécessité de renouvellement du titre de séjour.

Les documents d'état civil

À l'obtention de la protection, l'OFPPA devient la Mairie des réfugiés, des personnes ayant obtenu la protection subsidiaire et des apatrides. L'OFPPA, après enquête s'il y a lieu et envoi d'une fiche familiale de référence à compléter aux personnes nouvellement protégées, reconstitue les documents d'état civil pour le réfugié, le bénéficiaire de la protection subsidiaire et l'apatride : les actes de naissance, de mariage, de décès. L'OFPPA délivre également les livrets de famille. Le délai de délivrance des premiers actes d'état civil est de 3,8 mois en moyenne en 2017, et de 4,6 mois en 2018⁵¹. Toutefois, ce délai peut aller jusqu'à plus d'un an, pouvant entraîner l'arrêt des droits au revenu de solidarité active (RSA) et d'aide personnalisée au logement (APL). Adel, bénéficiaire de la protection internationale depuis 8 mois, explique dans un entretien :

- « Par exemple pour la CMU, je n'ai pas encore la carte. Mais j'ai l'attestation. Maintenant ils disent que l'OFPRA doit me donner un [cherche ses mots]... »
- Certificat de naissance ?
- Voilà, on doit me donner ça. Mais ça fait depuis que j'ai ça, jusqu'à présent je n'ai pas ce statut-là. Et même la CAF (Caisse d'allocations familiales) me demande ça aussi. Mais jusqu'à présent je ne l'ai pas. Donc c'est un peu lent quoi. »

L'arrêt de l'allocation pour demandeur d'asile, l'ouverture du revenu de solidarité active

L'allocation temporaire d'attente, qui était jusqu'alors versée aux demandeurs d'asile, s'arrête à la fin du mois suivant la décision de protection. Les réfugiés, apatrides et bénéficiaires de la protection subsidiaire peuvent théoriquement demander à bénéficier du RSA dès la reconnaissance de leur statut. Pour cela, la personne doit dans un premier temps faire une domiciliation et ouvrir un compte bancaire. Sans ces deux éléments, il n'y a pas de possibilité de bénéficier du RSA.

Le contrat d'intégration républicain (CIR) et la visite médicale OFII

À l'obtention du récépissé de protection, la préfecture informe l'OFII qui convoque la personne nouvellement protégée pour une visite médicale et la signature du contrat d'intégration républicain (CIR)⁵².

Après un entretien avec un officier de l'OFII, le CIR est signé pour une durée d'un an, comprenant une session « Principes, valeurs et institutions de la république française » de 6 heures, une session « Vivre et accéder à l'emploi en France » de 6 heures également, ainsi qu'un test de français. Suivant le niveau de français, une formation maximale de 200 heures est prescrite.

La part des réfugiés croît parmi les signataires du CIR, passant de 20 % en 2016 à 29 % en 2017⁵³. Le délai moyen entre l'obtention du titre de séjour en préfecture et la convocation à l'OFII pour signer le CIR est de deux mois et demi. Le délai moyen entre la signature du CIR et l'entrée effective dans les cours de français est lui de 40 jours en moyenne.

⁵² - « Le contrat d'intégration républicaine (CIR) est conclu entre l'État français et tout étranger non européen admis au séjour en France souhaitant s'y installer durablement, sauf exceptions. Le signataire s'engage à suivre des formations pour favoriser son insertion dans la société française. La formation civique est obligatoire. Une formation linguistique peut être prescrite en fonction du niveau en français. » Repéré à <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17048>

⁵³ - DGEF. (2017, Octobre). *Infos migrations*, (91).

La réunification familiale

Les personnes sous protection internationale peuvent demander à bénéficier de leur droit à être rejoint au titre de la réunification familiale. Elles ne se voient pas opposer de conditions de délai de séjour, de ressources et de logement, contrairement aux autres catégories de personnes migrantes. Hasan explique :

« Avant moi je pensais que si peut-être je suis réfugié ici en France, et peut être que si tu besoin, la famille vient te visiter, c'est facile. Et si tu as besoin que ta femme ou ta copine elle vienne te visiter par exemple une semaine, je pensais que c'est facile, mais ce n'est pas facile ça. Au Soudan c'est difficile, mais ici aussi c'est difficile. Si tu veux faire un visa, ou pour un mois, c'est difficile. Vraiment c'est difficile. Moi je pensais ça, mais ce n'est pas ça. Ce n'est pas ça. Si tu veux faire venir la famille c'est difficile et ta copine c'est difficile. Tout est difficile. Tu attends beaucoup, beaucoup pour faire ça. Tu attends beaucoup, beaucoup pour faire ça. Moi ça fait sept ans et un peu plus que je n'ai pas vu ma famille. Sept ans, sept ans que je n'ai pas vu ma famille, je n'ai pas vu ma copine, ça vraiment c'est difficile, très difficile. »

La procédure de réunification familiale, très importante pour les personnes qui n'ont souvent pas vu leur famille depuis de nombreuses années, comme c'est le cas dans cet extrait, semblent complexes pour les personnes et peuvent durer plusieurs mois.

Et une entrée difficile dans le « droit commun »

La majorité des personnes rencontrées nous ont parlé des démarches administratives et des difficultés que cela représentait pour elles, quelle que soit leur situation à l'obtention du statut (hébergé ou ayant été hébergé, francophone ou non francophone). Une fois le statut obtenu, ces difficultés continuent d'exister sur le long terme. Ainsi, des personnes réfugiées depuis plus d'un an ont exprimé être toujours en difficulté avec leurs démarches administratives. Pour Bouchra, hébergée en CPH :

« C'est compliqué les papiers. On ne comprend pas comment faire les papiers, c'est dur. Moi c'est la première fois que je fais la demande d'asile, je ne connais pas ça avant. Je ne connais pas comment faire les papiers, ouais c'est pour ça je ne connais rien. Il y a beaucoup de choses différentes ici à connaître, il y a besoin de quelqu'un pour expliquer : tu fais ça comme ça, il y a besoin pour expliquer, nous on ne connaît pas. »

« Pôle emploi, l'actualisation, la CAF, tout ça c'est difficile. Les démarches administratives c'est toujours pas facile. »

L'obtention d'une protection marque le passage dans « le droit commun » et souvent la fin de l'accompagnement spécialisé tel qu'il pouvait exister au sein de l'hébergement du DNA ou en externe, par exemple via les PADA. Saber, jeune de moins de 25 ans et bénéficiaire de la protection internationale :

« En fait quand tu es en demande d'asile, tu es à [nom d'une structure d'hébergement], il y a une assistante sociale pour t'aider avec les papiers. Si tu vas là-bas quand tu as reçu le papier, si tu reçois ton titre de séjour, ils ont tout de suite bloqué, ils disent : "Tu reçois et maintenant tu dois te débrouiller tout seul." Et après moi j'ai trouvé quelqu'un pour m'aider et tout, quelqu'un qui comprend un peu les papiers administratifs et les papiers un peu importants. Et par exemple je connais une amie, je lui montre et elle va faire sur internet, et parfois envoyer directement les papiers. Jusqu'à maintenant je me débrouille comme ça. J'en ai besoin parce que je ne comprends pas beaucoup par rapport à... l'écriture et tout... »

C'est maintenant à la personne de construire son réseau d'accompagnement, de solliciter les différents professionnels alors qu'un intervenant référent social centralisait jusque-là toutes les démarches la concernant. Les personnes doivent dès lors être « proactives », sans savoir nécessairement vers quels acteurs s'orienter. Ce professionnel de soin intervenant en résidence sociale explique :

« Dans les CADA, en fait chaque demandeur d'asile a un référent social qui l'accompagne dans toutes ses démarches. Et une fois qu'ils obtiennent le statut en fait cet accompagnement se termine. Donc on leur dit : "Ben merci, voilà maintenant vous allez habiter comme tout le monde dans un appartement ou en résidence sociale." Mais à ce moment-là c'est fini l'intervenant social. Et c'est dans ce cadre-là que je les rencontre. Ils viennent me voir en me disant : "Ben moi jusqu'ici on m'accompagnait et aujourd'hui il faut que je me débrouille tout seul et je n'y arrive pas..." »

La question de l'autonomie dans les démarches n'ayant pas nécessairement été travaillée en amont, comme l'explique une soignante intervenant en structure d'hébergement, l'arrêt de l'accompagnement peut être très délicat pour les personnes et être à l'origine d'auto-exclusion⁵⁴. Cette soignante intervenant en structure d'hébergement affirme :

⁵⁴ - Où les personnes se coupent d'elles-mêmes pour ne pas souffrir plus et donc de ne plus être en demande de soin. Sur ce sujet, voir : Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion: Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup*. Paris: Éditions Rue d'Ulm.

« Quand ils sont dans les CADA, ils ont des intervenants sociaux qui font tout à leur place. Et je trouve qu'ils ne les incluent pas dans tout ce processus. Ils ne sont pas acteurs, ils sont spectateurs et complètement passifs. Et quand ils ont leur statut, d'un coup ils sont lâchés et il n'y a plus rien. Et soit, ils courent à droite à gauche pour chercher à faire valoir leurs droits, soit ils sont en auto-exclusion. Il n'y a pas de transition. Néant complet. »

Les personnes nouvellement réfugiées ont maintenant les assistantes sociales de secteur, les référents RSA, comme premiers interlocuteurs du droit commun. Ces travailleurs sociaux ne sont toutefois pas nécessairement formés aux spécificités de ce public, et beaucoup moins disponibles pour un accompagnement renforcé comme ce que pouvaient leur proposer les intervenants sociaux. Un professionnel de santé d'une équipe de médiation explique :

« Les travailleurs sociaux, les assistantes sociales de secteurs (...) ils ne sont pas du tout, du tout formés à ces publics-là, mais c'est un truc de fou quoi. Et ça fait partie, ça aussi, de la santé au sens large, parce que si les gens vont là-bas... (...) Pour avoir un rendez-vous - je parle pour quelqu'un qui parle bien, lambda, bien installé en France et tout - il faut limite faire un dossier comme ça pour avoir un rendez-vous. Alors les réfugiés... En plus, c'est vrai que les déclarations RSA, un mois sur deux ils oublient donc paf : plus de RSA. »

Par ailleurs, le passage dans le droit commun peut amener les personnes à être confrontées à des services qui ne sont pas bienveillants. Djamel explique comment l'accueil dans les services administratifs le met en difficulté :

« Quand tu dois traiter le dossier administratif tu te sens jugé. Je ne sais pas s'il y a eu des trucs dans le passé, mais chaque personne est différente. De là où tu pars on te montre tout le temps du doigt. C'est aussi pour ça que tu ne dors pas, que tu es angoissé. »

Ainsi, l'accompagnement n'a pas toujours lieu et les personnes protégées reviennent fréquemment voir leurs anciens accompagnateurs pour être aidées dans leurs démarches, ou alors cherchent des soutiens dans les réseaux bénévoles ou amicaux, non professionnels, au risque que tout ne soit pas fait comme il le faudrait. Hassan, bénéficiaire de la protection internationale « hors radar » qui n'a pas eu d'accompagnement social autre que bénévole affirme :

« Moi j'ai reçu les papiers de dix ans, c'est mieux [si j'avais eu] une assistante sociale, parce qu'elle comprend bien, c'est son travail. (...) Et si moi je ne comprends pas, ou quelqu'un, n'importe qui, viens avec moi peut être que lui non plus il ne comprend pas les papiers, il fait juste la traduction, mais il ne sait pas comment faire les papiers. Pour ça, c'est mieux si tu

as une assistante sociale en premier quand tu reçois les papiers. (...) Moi j'ai attendu six mois. C'est pour ça qu'il y a beaucoup de fautes dans mes papiers, j'ai fait beaucoup de fautes parce qu'il y a des gens qui ne comprenaient pas, moi j'ai fait beaucoup de fautes dans mes papiers. Après pour réparer... c'est compliqué. »

Il est difficile, voire impossible pour les personnes, d'être autonomes dans leurs démarches dès l'obtention de la protection. Aucun document officiel existant ne précise les différentes démarches à réaliser lors de l'obtention de la protection internationale et les supports ne sont pas adaptés comme l'exprime cette responsable d'agence sociale immobilière ayant un volet d'accompagnement global pour des personnes bénéficiaires de la protection internationale. Une responsable d'agence sociale immobilière explique :

« Normalement c'est l'assistante sociale (AS) de secteur qui s'occupe de ces personnes mais cela se passe difficilement. Le droit commun ne répond pas aux besoins de ces personnes, les AS sont démunis. On essaye chacun de faire un peu, mais nous on ne peut pas faire l'accompagnement social de tout le monde si on ne nous donne pas les moyens. C'est sûr qu'il y aurait des besoins plus importants. Il manque un accompagnement soutenu global pendant un temps, six, sept, huit mois ce serait intéressant. L'accompagnement ne doit pas spécifiquement être très long, mais assez soutenu sur les premiers mois. Parce qu'aujourd'hui on voit bien que le droit commun ce n'est pas possible : ils doivent prendre rendez-vous en préfecture pour renouveler leur titre de séjour, il est à prendre en ligne, ces personnes ne savent pas lire le français : qui les accompagne sur ce volet ? L'AS ne va pas pouvoir être dispo tout le temps. (...) C'est du droit commun on vous dit. C'est compliqué. Même le livret de l'OFII est en français, on leur dit de faire les démarches en ligne, c'est très compliqué. »

Cette difficulté à pouvoir être autonome dans les démarches est également fortement exprimée par les personnes rencontrées, comme Hassan :

- « D'autres choses qui ont été difficiles quand tu as eu le statut ?
- Juste c'est compliqué pour faire les papiers, pour les rendez-vous, pour tout ça c'est compliqué. Je vais au rendez-vous, si moi je demande un rendez-vous par exemple pour faire quelque chose, aussi c'est compliqué. Tu y vas, mais tu dois prendre rendez-vous par exemple par téléphone, c'est compliqué aussi : tu dois chercher quelqu'un pour appeler. Pour écrire les messages aussi. Par exemple si je dois écrire un message à Pôle emploi, je ne sais pas écrire, c'est compliqué aussi. C'est un peu compliqué. »

Les difficultés de réalisation de ces démarches et la difficile autonomie peuvent être dévalorisantes pour la personne.

Lorsque les personnes sont hébergées en CPH ou suivies, l'ouverture de droits est souvent faite par les travailleurs sociaux de la structure. Par ailleurs, des actions collectives d'informations et d'explications peuvent être réalisées dans certaines structures. Une fois encore, les personnes qui n'étaient pas dans le système d'hébergement ont du mal à récupérer le droit commun et à accéder à un accompagnement social ou même à l'information, comme l'explique Behrouz :

- « L'État vous donne de l'argent tous les mois ou vous n'avez pas du tout de revenu ?
- Non, j'étais à l'OFII mais maintenant ça coupe je pense.
- Donc là vous n'avez aucune ressource ?
- Oui. Je ne sais pas, il n'y a personne qui me dit.
- Là qui vous accompagne au niveau social, vous travaillez avec qui ?
- Personne.
- Sur les papiers, les démarches, qui vous accompagne ?
- Personne. »

Nous voyons dans cet extrait d'entretien l'absence d'information qu'a le jeune sur les étapes et démarches qui suivent l'obtention de la protection internationale. Nous constatons également qu'il n'a pas identifié d'interlocuteur qui pourrait lui apporter des explications.

Comme nous le voyons, la bascule dans le droit commun peut être très compliquée et anxiogène pour les personnes qui peuvent se retrouver sans accompagnement pour faire face à des démarches qu'elles ne maîtrisent et ne comprennent pas nécessairement, sans savoir vers qui s'orienter.

2 • Accéder à un hébergement ou un logement

Un accès difficile au logement

L'accès à un logement ou même à un hébergement peut être une étape délicate à l'obtention de la protection internationale. Accéder à un logement nécessite d'avoir passé les étapes administratives que nous avons vu précédemment, d'avoir ses droits ouverts et tous les documents nécessaires, ce qui peut déjà demander un certain temps. Si les personnes hébergées dans les structures du DNA ou qui sont accompagnées par des services en externe peuvent être épaulées dans les démarches, une fois encore, les personnes non accompagnées au niveau social risquent de rencontrer davantage de difficultés pour réaliser ces démarches de recherche de logement.

Les personnes n'ayant pas été hébergées durant leur demande d'asile rencontrent d'importantes difficultés pour accéder à un logement et demeurent souvent en situation de précarité malgré l'obtention de leur statut de réfugié. Seydou, en France depuis deux ans et quatre mois, a obtenu son statut depuis sept mois. Il reste sans hébergement, mis à part le 115, et explique :

« Rien n'a changé, ça évolue toujours pareil. Depuis que j'ai eu mon statut, le problème de logement jusqu'à présent ça n'a jamais été résolu. Il y a eu des propositions de logement mais qui ne correspondaient pas à mes attentes quoi. Donc c'est un peu ça qui me dérange. Je suis encore sur les urgences du 115. C'est ça qui n'était pas facile avec les stages que j'ai, la formation, les stages : dormir dans le 115 c'est vraiment... Bon, j'essaie de faire avec en tout cas, mais ce n'est pas facile. C'est plus, je n'ai pas de logement et plus surtout dans les moments où j'étais en stage, il a fallu trouver un endroit pour dormir, pour aller au stage à cinq heures du matin, ce n'était pas facile. J'essaie toujours de me battre, de faire avec. »

L'absence de logement stable peut avoir des conséquences importantes sur d'autres champs de l'insertion tels que l'emploi, comme l'explique Bheyrouz, réfugié, toujours sans hébergement :

« Si je trouve un contrat, si je n'ai pas de logement... S'il n'y a pas de logement, on ne peut rien faire. »

Selon les territoires, trouver un logement alors que le parc public est saturé peut prendre de nombreux mois. Un responsable de structure d'hébergement explique :

« Le logement est la difficulté numéro un. (...) C'est une vraie difficulté, les bailleurs publics sont extrêmement sollicités, ils ne peuvent pas répondre dans le temps qui est le nôtre, et ça oblige finalement à élargir sur les bailleurs privés, et là c'est plus compliqué parce que vient dans le pot la représentation. Il faut convaincre et les histoires de défiscalisation ne suffisent pas, parce que les démarches administratives sont trop compliquées. Nous on propose au propriétaire de faire les démarches à sa place, mais normalement ce n'est pas notre métier. »

Généralement sans garants, n'ayant pas encore trouvé un emploi, maîtrisant mal le français et donc étant difficilement autonomes pour réaliser leurs propres démarches administratives liées au logement, les personnes nouvellement réfugiées ne semblent pas représenter les locataires idéaux. À cela nous pouvons également additionner le fait qu'elles font le plus souvent face à des interlocuteurs qui méconnaissent le statut de réfugié et leurs droits.

De plus, les propositions de logement qui peuvent être faites ne correspondent pas toujours aux attentes des personnes, qui patientent parfois depuis plusieurs mois avant d'avoir un logement. Au vu des réalités du logement sur certains territoires, les propositions de logement peuvent en effet inclure des colocations ou encore la nécessité de séparer des membres d'une famille dans le cas de familles nombreuses. Seydou explique ses décisions de refus des propositions d'hébergement :

« Ils veulent le truc de colocation, où on doit cohabiter au moins avec trois personnes. Pour un peut-être bien, je préfère être dans mon coin tranquille que d'être avec des gens. Ce n'est pas que je déteste les gens, non, mais le problème c'est de cohabiter avec des gens que tu ne connais pas, et surtout c'est des colocations où vous partagez la même salle de bain, la même cuisine... Ce domaine-là de la maison je préfère avoir un endroit pour moi-même seul. Pas de colocation, ça met trop de problèmes. Je n'ai jamais cohabité avec des gens comme ça dans ma vie. (...) À présent je vois que leurs propositions c'est toujours que des colocations et moi je trouve que ça ne correspond pas à mes attentes. (...) J'étais toujours en difficulté à être à la hauteur de certaines choses parce que je n'avais pas un endroit sûr pour dormir. Quand j'entends des SIAO⁵⁵ pour des propositions de maisons, ces colocations qui ne correspondaient pas : quand j'ai accumulé tout ça les deux semaines passées j'étais vraiment... Ça a commencé encore à me donner des insomnies, j'avais peur d'avoir encore les angoisses. »

Seydou explique bien comment la recherche et l'attente d'un logement adapté le préoccupe. Face à ces difficultés, l'accès au logement semble être facilité par une démarche proactive des personnes. Ainsi, Omar, non-hébergé, a sollicité un dispositif étatique d'accompagnement des réfugiés à l'obtention de son statut. Il a été placé sur liste d'attente, non prioritaire, pour entrer dans le programme. Il explique donc ses démarches pour trouver un logement :

- *« Le logement je l'ai eu comment ? J'ai fait des demandes, il n'y avait pas de solution, je suis parti voir la députée de la région : c'est elle qui a fait la lettre, qui l'a envoyée chez les bailleurs et du coup les bailleurs m'ont appelé. C'était comme ça.*

- D'accord. Il a fallu que tu ailles voir jusqu'à la députée de ta région pour...

⁵⁵ - Les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), définis par les circulaires des 8 avril et 7 juillet 2010, constituent un élément structurant du service public de l'hébergement et de l'accès au logement. Ils sont la plate-forme qui doit permettre, sur chaque territoire, de mettre en relation la demande et l'offre d'hébergement et d'apporter à chaque demande la réponse la plus adaptée, que celle-ci relève de l'hébergement, du logement accompagné ou du logement ordinaire.

- Ben oui, tu vas là-bas ils te disent : "Non, on va t'appeler... Il faut attendre la RSA, tout, tout, tout..." des choses comme ça. Et puis du coup je n'avais pas de logement. Je n'avais pas là où dormir, donc je dormais ici, par-ci, par-là... dehors, mais j'avais mon statut. Donc c'était compliqué. »

Nous pouvons noter ici comment Omar a fait preuve de persévérance dans sa démarche pour trouver un logement en allant frapper à toutes les portes pour trouver des solutions. On peut imaginer que cette démarche proactive peut ne pas être possible pour des personnes moins autonomes et notamment pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale. Ainsi, ce sont les personnes les plus vulnérables qui risquent d'être le plus en difficultés dans l'accès à un logement.

Si la recherche de logement semble plus compliquée pour les personnes non hébergées, de nombreuses difficultés sont également rencontrées pour les personnes dans le DNA.

L'hébergement pour les personnes dans le dispositif national d'accueil

Les personnes hébergées dans le DNA qui obtiennent la protection internationale disposent d'un délai de trois mois, renouvelable une fois, pour quitter la structure d'hébergement. En 2017, le délai moyen de sortie des personnes bénéficiaires de la protection internationale du DNA en région Auvergne-Rhône-Alpes était de 154 jours, soit équivalent à la moyenne nationale de 157 jours⁵⁶.

Toutefois, en France 13 000 personnes bénéficiaires d'une protection restent aujourd'hui hébergées dans des structures pour demandeurs d'asile, faute de solution de sortie et de réelle insertion sociale et professionnelle⁵⁷. Sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, fin 2017, les personnes bénéficiaires de la protection internationale en présence indue représentaient 12 % du public hébergé dans le parc asile sur le GUDA de Lyon, 8 % sur le GUDA de Grenoble et 4 % sur le GUDA de Clermont-Ferrand⁵⁸. En décembre 2018, 1 575 réfugiés étaient dans le DNA en Auvergne-Rhône-Alpes (soit 14 % du DNA), dont 677 (6 %) depuis plus de six mois, donc en présence indue⁵⁹. Les réfugiés peuvent par ailleurs être hébergés dans les structures d'hébergement généralistes (tels que les CHRS) : en décembre 2018 ils étaient 340 en région.

56 - Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe*. France : Fouquet-Simonet. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/content/download/4238/41636/version/1/file/Rapport+annuel+edition+2018.pdf>

57 - Information du 2 octobre 2017 relative aux appels à projet départementaux pour la création de 3 000 places de CPH en 2018.

58 - Schéma régional d'accueil des réfugiés et demandeurs d'asile en région Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2019.

59 - Données communiquées par la DRDJSCS.

L'arrêt de l'hébergement dans le DNA et la difficulté à trouver un logement peuvent encore une fois mettre à mal la santé mentale des personnes. Djamel n'était pas hébergé au début de sa procédure asile. Il a ensuite pu bénéficier d'une place en CADA du fait de sa vulnérabilité. À l'obtention de son statut, il explique sa difficulté à trouver un hébergement :

« Le CADA quand tu es réfugié c'est maximum 3 mois, deux fois. On arrête directement l'ADA au BPI, il n'y a plus du tout d'aide. Tu dois chercher une maison que tu n'as pas les moyens de payer. Moi j'avais moins de 25 ans. Je suis devenu à ma charge, on ne m'a même pas appris. La seule solution c'était la mission locale. J'avais 21 ans. Super, super compliqué pour avoir un appartement. J'ai fait une formation, un stage à la mairie (...). La recherche d'appartement était très compliquée parce que je n'avais pas de revenu stable. La seule solution c'était la cité U. Ça m'a pris plusieurs mois de quitter le CADA. Et tu dois payer au CADA quand tu es bénéficiaire de la protection internationale, direct après le statut. Des fois tu dors affamé, des fois tu ne manges pas. Après j'étais au Crous. »

L'accès au logement pour les jeunes de moins de 25 ans, qui ne bénéficient pas de ressources comme nous le verrons par la suite, est encore plus compliqué.

Face à ces difficultés de logement dans le droit commun, une seule structure spécialisée existe pour les personnes bénéficiaires de la protection internationale, les CPH.

Une seule structure d'hébergement spécialisée : les CPH

Les structures spécifiques pour les personnes ayant obtenu la protection subsidiaire sont les **centres provisoires d'hébergement**, ayant pour vocation à héberger (en collectif ou en diffus) et à accompagner dans leur parcours d'intégration les bénéficiaires de la protection internationale qui ne sont pas en mesure d'accéder à un logement autonome par leurs propres moyens. Ces centres sont plus particulièrement dédiés à l'accueil et l'accompagnement des réfugiés les plus vulnérables (familles, personnes présentant des problématiques sociales ou sanitaires importantes, et depuis 2017 les jeunes de moins de 25 ans). La prise en charge est de neuf mois, et peut être prolongée de trois mois supplémentaires. En 2016, la durée moyenne de séjour en CPH était de 327 jours et de 340 jours en 2017. Cette durée varie quelque peu selon les territoires et les possibilités locales d'accès au logement.

Les CPH ne font pas partie du DNA mais sont considérés comme des CHRS. Ces structures historiques, ayant précédé les CADA, n'existent apparemment pas dans d'autres pays européens dans lesquels les

personnes bénéficiaires de la protection internationale restent dans les centres de demandeurs d'asile (comme en Belgique, en Autriche, en Suède et en Norvège, avec ou sans limitation de durée) et ce sont les municipalités qui sont chargées de fournir des logements sociaux aux réfugiés (en respectant un quota de logements à mettre à disposition comme aux Pays-Bas ; ou incitées par les aides financières de l'État versées aux municipalités en Belgique, au Pays Bas, en Norvège et en Suède⁶⁰).

Début 2015, un rapport de la Commission des finances dresse un constat sans appel sur les CPH : « les réfugiés, une fois leur demande d'asile acceptée, ne sont ni accompagnés ni suivis dans leur processus d'intégration. » Celui-ci pointe notamment l'insuffisance de l'offre d'hébergement, l'absence de référentiel commun et le manque d'harmonisation des pratiques entre les différents CPH⁶¹.

En 2015, la base légale des CPH a été élargie dans le cadre de la réforme de l'asile avec l'objectif d'harmoniser les pratiques des différents centres (leurs conditions de financement et de fonctionnement sont maintenant fixées par décret et non plus par les préfetures) mais également d'élargir leurs missions en leur confiant la coordination des actions visant les bénéficiaires de la protection internationale à l'échelle des départements, plaçant ainsi les CPH non plus uniquement comme des structures d'hébergement mais comme des outils de la politique d'insertion nationale⁶².

Au 31 décembre 2017, le dispositif se composait de 42 centres pour une capacité globale d'accueil de 2 264 places. L'analyse de leur fonctionnement en 2017 met en évidence ce qui suit⁶³ :

- 2 007 réfugiés ont été admis en CPH contre 1 544 en 2016, soit une augmentation de 30 %. Cette progression est portée par la création de 7 nouveaux CPH et l'extension des capacités de 9 autres, soit 606 nouvelles places ;
- les ressortissants syriens (15,7 %), afghans (19,1 %) et soudanais (13,5 %) représentent 48,3 % des entrants en CPH ;
- 75,1 % des réfugiés admis en CPH sont des familles ;
- 31,4 % sont des familles composées d'au moins 5 personnes.
- La part des isolés est élevée uniquement dans deux régions, soit la Normandie (57,1 %) et le Pays de la Loire (43,8 %).

Malgré l'augmentation des capacités d'accueil en CPH, qui a continué par la suite, nous verrons que seule une faible partie des personnes nouvellement protégées accèdent à ce dispositif d'hébergement.

La capacité des CPH est restée inchangée pendant près de 20 ans, puis a été augmentée de 606 places entre 2016 et 2017, auxquelles devaient s'ajouter 3 000 places en 2018⁶⁴. Entre 2004 et 2013, le nombre d'obtentions de la protection internationale et le nombre d'entrées en CPH étaient globalement stables et environ 10 % des réfugiés bénéficiaient d'un hébergement en CPH⁶⁵. En juin 2015, 28 CPH proposaient un total de 1 136 places, soit environ 10 % des bénéficiaires de la protection internationale.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le parc d'hébergement des personnes ayant obtenu la protection internationale a augmenté de 82 % en deux ans entre 2015 et 2017⁶⁶. Le nombre de CPH au niveau régional était limité à trois depuis les années quatre-vingt-dix et est de 12 en 2019, implantés dans 10 départements (l'Ardeche et la Haute Loire ne disposent pas de CPH)⁶⁷.

Le tableau en annexe V permet de mettre en perspective le nombre de places d'hébergement en CPH par département et le nombre de personnes ayant obtenu la protection dans ce même département. Ainsi, au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 807 places existent en CPH au 31 décembre 2018, dont 106 places à gestion nationale, pour 3 756 personnes ayant obtenu le statut en 2017 dans la région. Les places de CPH en gestion régionale permettent d'héberger environ 18,6 % des personnes nouvellement bénéficiaires d'une protection⁶⁸.

Entrée en centre provisoire d'hébergement : l'écart se creuse, priorité aux réfugiés en présence induite dans le dispositif national d'accueil

En 2017, 80 % des réfugiés admis en CPH en France proviennent de centres d'accueil du DNA et 8,1 % des hébergements d'urgence du droit commun. Ce faible taux de présence de personnes « hors radar » s'explique par deux principales raisons : afin de diminuer ce taux de présence induite dans les structures du DNA, ce sont les personnes déjà hébergées au sein du DNA qui ont le plus de probabilités d'accéder à un hébergement en CPH.

60 - Karoutchi, R. (2014, 12 novembre). Les centres provisoires d'hébergement : remettre l'accueil et l'intégration des réfugiés au cœur de la politique d'asile. *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances*, (97). Repéré à <http://www.senat.fr/rap/r14-097/r14-0971.pdf>

61 - Karoutchi, R. (2014, 12 novembre). *Les centres provisoires d'hébergement : remettre l'accueil et l'intégration des réfugiés au cœur de la politique d'asile. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances*, (97). Repéré à <http://www.senat.fr/rap/r14-097/r14-0971.pdf>

62 - Loi 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile. NOR : INTX1412525L. Art. 31.

63 - Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). Rapport d'activité 2017. Repéré à http://www.OFIL.fr/IMG/pdf/OFIL_2017.pdf

64 - Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). Rapport d'activité 2017. Repéré à http://www.OFIL.fr/IMG/pdf/OFIL_2017.pdf

65 - Karoutchi, R. (2014, 12 novembre). Les centres provisoires d'hébergement : remettre l'accueil et l'intégration des réfugiés au cœur de la politique d'asile. *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances*, (97). Repéré à <http://www.senat.fr/rap/r14-097/r14-0971.pdf>

66 - Schéma Régional d'Accueil des Réfugiés et Demandeurs d'Asile en région Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2019.

67 - Voir la carte des CPH en région en annexe 4.

68 - Données fournies par la DRDJSCS.

Par ailleurs, les personnes non hébergées ne sont généralement pas accompagnées et ont donc moins de probabilité de réaliser une demande d'admission en CPH à l'obtention de leur statut qu'une personne hébergée au sein du DNA. Un intervenant en CPH explique :

« 98 % viennent de structures d'hébergement. C'est l'OFII qui pilote, mais dans la réalité sont prioritairement orientées les personnes qui sont dans les structures d'urgence et CADA. À part la création de places, je ne vois pas bien ce qu'on peut faire. On met en concurrence des populations. Qui est le plus urgent : celui qui est à la rue ou celui qui est en CAO et qui va voir son CAO fermer ? »

Après l'obtention de la protection internationale, l'écart continue donc de se creuser entre les personnes ayant été prises en charge au sein du DNA et les autres, les personnes « hors radar », pouvant difficilement rejoindre les CPH et ayant davantage de probabilités de rester dans une situation précaire.

Un accompagnement global pendant neuf mois

Le passage en CPH permet un accompagnement global pendant neuf mois. L'accès au logement, à l'emploi ou la formation, l'ouverture des droits sociaux et toutes les autres démarches pourront être réalisées par des travailleurs sociaux spécialisés. Si l'accès à l'interprétariat est souvent moins important que dans les structures du DNA⁶⁹, il est encore souvent possible, ce qui n'est généralement pas le cas dans les structures de droit commun telles que les CCAS ou Pôle emploi. Le passage en CPH représente alors souvent un sursis avant le passage effectif dans le droit commun et l'accompagnement généraliste.

L'hébergement et l'accompagnement proposés par les CPH sur la région AURA semblent très divers. Certains CPH sont dans des zones urbaines, où les transports en communs sont accessibles. D'autres sont en campagne ou en montagne, peu ou pas desservis par les transports en commun. Certaines structures proposent un hébergement en structure collective, d'autres des appartements en logement diffus, en colocation ou non. Au sein des CPH, les taux d'encadrement sont également variables.

Des temps collectifs sont proposés dans certaines structures, traitant de différents thèmes tels que sur économie d'énergie, maintien dans le logement, atelier avec le médiateur de la poste pour expliquer son fonctionnement. Les intervenants sociaux expliquent

toutefois avoir des difficultés à capter une partie du public lors des ateliers, certains ayant déjà entamé les cours de français de l'OFII ou les différentes démarches administratives. Le taux d'encadrement très faible dans certains CPH ne permet pas aux travailleurs sociaux d'animer des temps collectifs, comme en témoigne une travailleuse sociale en CPH :

« Concrètement c'est une mission du CPH d'organiser des temps collectifs, mais on n'en est pas encore là. On va être obligé de passer par des temps d'échanges, des temps collectifs, mais on n'en est pas encore là. Faire des temps d'échanges et de rencontre de notre public, on peut imaginer des groupes de parole, plein de choses, mais ça n'est pas prioritaire. »

Ainsi, les ateliers réalisés dépendent des structures, aucune animation systématique n'est réalisée au niveau régional.

Un risque de rupture de liens

L'admission en CPH est validée par l'OFII et l'orientation peut être nationale, c'est-à-dire que les personnes peuvent être orientées dans n'importe quelle région, y compris très loin de là où la procédure a été réalisée. Le délai moyen d'accès au CPH s'établit à 181 jours. Ce délai varie en fonction du profil et des territoires : 206 jours pour les isolés et 232 en Île-de-France⁷⁰.

Une orientation vers un CPH étant une proposition d'hébergement, les personnes ne peuvent la refuser, au risque de devoir quitter le DNA. Durant l'étude, plusieurs acteurs des CPH ont mis en avant le manque d'information des personnes sur leur destination d'arrivée, notamment pour les CPH situés en zones rurales ou montagneuses, éloignées des villes, comme l'explique une intervenante sociale :

« La plupart des personnes arrivent quand même de grandes villes, et pour la plupart ce n'était pas leur choix de venir à [ville de territoire rural]. La plupart acceptent la proposition sans grande conviction. Et les travailleurs sociaux leur disent que c'est juste pour quelques mois, qu'ils vont aller à Paris ou à Lyon. Sauf que nous on déconstruit en leur disant : on vous accueille neuf mois maximum, on va vous aider à trouver un appartement mais en quelques mois pour Paris ou Lyon ça ne marchera pas. Ils avaient un réseau, tout ça. On a une dame du [pays], de Paris, c'est la seule en Auvergne. Elle est très isolée du coup. Je suis obligée de leur expliquer qu'en neuf mois il ne sera pas possible de trouver un appart à Paris. Mais les gens pleurent, craquent. Les débuts c'est très difficile. Après ça va mieux. »

⁶⁹ - Certaines personnes rencontrées lors de cet état des lieux pensent que les personnes réfugiées sont censées avoir appris (ou apprendre) la langue française, notamment dans une optique « d'intégration », et que le recours à l'interprétariat n'est donc pas ou peu nécessaire.

⁷⁰ - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (2017). Rapport d'activité 2017. Repéré à http://www.OFII.fr/IMG/pdf/OFII_raq_2017.pdf

Fouzia, bénéficiaire de la protection internationale avec ses enfants, affirme :

« Après le CADA à Paris on est arrivé à [ville d'Auvergne]. Il n'y avait pas eu de traduction au CADA quand ils ont expliqué, je n'avais pas compris. Ils m'ont dit que je n'avais pas le choix, que si je n'allais pas à [ville de territoire rural] personne ne nous aiderait. J'ai tout laissé à Paris et je suis venue ici. »

Par ailleurs, ce changement de ville ne semble pas toujours cohérent dans le parcours des personnes, qui pour certaines étaient depuis plusieurs années dans leur précédente ville, avaient commencé à créer des réseaux, des liens, voire à chercher du travail. Ce changement de territoire risque alors d'amener une rupture de liens, qui avaient parfois été difficilement construits et risquent de favoriser l'isolement social des personnes, comme le constate cette travailleuse sociale :

« On a des orientations moins locales, donc des personnes qui ont moins de réseau aussi, avant elles s'appuyaient sur un réseau d'amis, de compatriotes, là leur réseau est sur Lyon, pas sur Saint Etienne, ce qui peut aussi avoir des incidences au niveau des personnes qui ne se sentent pas bien, ballotées, au-delà de leur histoire et de leurs parcours. »

L'entrée en CPH peut ainsi parfois avoir des effets négatifs sur les possibilités de soutien des personnes.

Logement et santé mentale : des liens étroits

Comme nous l'avons vu, l'obtention du statut ne modifie pas nécessairement la situation de précarité, l'accès à un logement peut être encore long, et les conditions de vie précaires continuent à impacter la santé mentale. Les effets de la précarité sur l'accès aux soins et l'observance des traitements restent donc identiques, comme l'explique Seydou, bénéficiaire de la protection internationale, suivi en psychiatrie, lorsque nous lui demandons ce que l'obtention du statut a changé pour elle :

« Bon c'est que, le logement est primordial aussi parce qu'il y avait des médicaments où il fallait que j'ai où dormir pour les prendre, et quand je ne les prenais pas il y'avait cette carence là en moi... Par exemple une fois j'ai... j'ai été obligé de les prendre dans la rue, j'ai tellement dormi qu'on m'a dérobé mon sac. »

De plus, les problématiques de santé mentale peuvent également faire obstacle à un accès au logement. Un travailleur social chargé d'accompagnement vers le logement explique :

« Les gens qui ont "un petit problème psychologique" on va trouver des solutions mais effectivement on a des freins, on a toutes les personnes qui ne peuvent pas aller sur un quartier dit sensible parce qu'elles sont trop fragiles. Ce sont des gens qui vont rester un petit peu plus dans notre liste d'attente, parce qu'il faut trouver le bon logement. Effectivement y'a des gens qui ne peuvent pas habiter [nom de quartier dit « sensible »], ce n'est pas possible pour eux, psychologiquement c'est trop compliqué. On a, à la marge, (...) des gens qui ne peuvent pas rentrer dans un ascenseur, par rapport à leurs traumatismes qu'ils ont eu dans leur parcours de vie. Du coup quand on cumule ça avec un problème de : "Je ne peux pas monter plus du deuxième étage." Ben après il faut cibler, il faut trouver le deuxième étage... »

Ainsi, l'absence d'hébergement peut être à l'origine de problématiques de santé mentale, et celles-ci peuvent rendre difficile l'accès à l'hébergement. Nous le verrons également par la suite, l'accès ou l'arrêt d'un hébergement peuvent également avoir des impacts importants sur l'accès aux soins.

Depuis plusieurs années, les programmes de Logement d'abord et Chez soi d'abord se développent pour accompagner les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale.

RÉTABLIS TOIT (CLERMONT-FERRAND)

<https://teroloko.com/le-contexte/>

Programme financé par la DIHAL dans le cadre de la mise en place du Logement d'abord à Clermont Ferrand. Mis en place par le Centre hospitalier Sainte-Marie et les services d'intermédiation locative.

Le projet Rétablis ToiT a pour objectifs :

- d'accompagner vers le logement des personnes présentant des troubles psychiques graves ;
- de permettre le maintien de cette population dans le logement grâce à un accompagnement spécifique intensif ;
- de permettre le rétablissement des personnes prises en charge.

Le projet Rétablis ToiT, lancé début 2019 à Clermont Ferrand, est une expérimentation à la croisée du « **Housing first** » et du Logement d'abord. Ainsi, en plus des personnes présentant des troubles psychiques graves et ayant un parcours d'errance long ou sortant de détention, le programme accepte également les personnes présentant des troubles psychiques graves sortants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ainsi que les personnes bénéficiaires de la protection internationale afin de leur éviter de connaître un parcours d'errance (leur parcours antérieur ayant déjà été perturbé par la pathologie psychique). La psychiatre coordinatrice du dispositif explique :

« Nous avons pris le parti de dire que si les réfugiés qui ont une forte pathologie psychiatrique ne sont pas accompagnés dans un accès au logement avec un gros volet psychiatrique, ils vont se faire exclure de partout et avoir au bout du compte un parcours d'errance. »

Il est proposé un accompagnement intensif, assuré par le Centre hospitalier Sainte-Marie, et un volet accès au logement, assuré par les services d'intermédiation locative.

L'équipe est composée d'un médecin coordinateur (0,1 ETP), de deux ETP infirmiers, d'un travailleur social pour une capacité de vingt personnes accueillies.



À la suite de l'admission d'une personne, décidée par une commission, une prise en charge pluri-acteurs est organisée lors d'une réunion de synthèse avec le patient. Celles-ci auront lieu à plusieurs reprises et autant que nécessaire lors de l'accompagnement.

L'association en charge de l'intermédiation locative, qui peut être une sous-location ou un bail glissant, rencontre la personne pour définir son projet de logement et l'accompagner dans les différentes démarches liées au logement (ouverture des compteurs, assurance, ameublement, et autres).

L'équipe accompagne la personne dans l'aménagement et l'entretien du logement, dans les démarches diverses, mais également dans les relations familiales, sociales et citoyennes, en fonction des besoins et souhaits de la personne, et en lien avec des associations partenaires.

L'équipe organise la coordination des soins somatiques et psychiques et anticipe la gestion des éventuelles situations de crise.

Des rencontres régulières entre le patient et les différents membres de l'équipe Rétablis ToiT sont organisées (fréquence en fonction de la stabilité clinique, de l'autonomie du patient, de sa capacité à « habiter », soit de deux fois par jour à une fois par semaine au minimum) par le biais de visites à domicile ou sur les lieux de soins de l'établissement. Des ateliers thérapeutiques ont également lieu. Les premiers lancés en mars 2019 sont des ateliers de cuisine et dégustation, ainsi que des randonnées.

3 • Accès à l'emploi

Un des autres enjeux se posant à l'obtention de la protection est la question de l'accès à l'emploi et/ou à la formation. Le statut de demandeur d'asile n'autorisant pas de travailler, l'autorisation accolée au titre de séjour a généralement été attendue depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. L'inactivité contrainte étant terminée, les personnes bénéficiaires de la protection internationale avec qui nous avons échangé nous semblaient avoir beaucoup d'attentes concernant l'accès à l'emploi, tout en rencontrant néanmoins de nouvelles difficultés.

Il est extrêmement complexe d'obtenir des données sur le taux d'emploi des personnes bénéficiaires de la protection internationale en France, mais également dans les autres pays européens. Comme pour d'autres thématiques, les statistiques différencient généralement les immigrés des non immigrés, mais ne distinguent pas le type de migration⁷¹.

Une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2015 citée dans le rapport d'Aurélien Taché montre que le taux d'emploi des migrants primo-arrivants (non spécifiquement personnes bénéficiaires de la protection internationale) est de 25 % inférieur à celui des personnes nées dans le pays, contre un écart de 12 % en moyenne en Europe⁷². Ce taux d'emploi n'atteint que 35 % : parmi les étrangers présents depuis moins de cinq ans en France en âge de travailler, seul un sur trois est en emploi.

Selon l'enquête emploi continu de 2015, le taux de chômage des personnes non-immigrées en France est à 9,1 %. Il est légèrement plus élevé, à 10,9 % pour les immigrés nés dans un pays de l'Union européenne. En revanche, il atteint les 20,8 % pour les immigrés nés hors de l'Union européenne.

71 - Nous reprenons les définitions de l'INSEE : « Selon la définition adoptée par le Haut conseil à l'intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restants étrangers. Les populations étrangères et immigrées ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. » Repéré à <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

72 - OCDE/Union Européenne. (2015). *Les indicateurs de l'intégration des immigrés 2015 : Trouver ses marques*. Paris : Éditions OCDE.

73 - DRDJSCS. (2018). *Panorama statistiques jeunesse, sport, cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes 2017*. Repéré à http://auvergne-rhone-alpes.drddjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drddjcs.gouv.fr/IMG/pdf/panorama_statistique_20179.pdf

74 - *Labour market integration of refugees: strategies and good practices* (mars 2016), cité dans : Réseau européen des migrations (REM). (2016, mars). *L'intégration des bénéficiaires de la protection internationale sur le marché du travail : politiques et bonnes pratiques*. Repéré à https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/98868/776839/file/7_Rapport_de_synthese_du_REM_Integration_des_BPL_FR.pdf

75 - Le contrat d'accueil et d'intégration (CAI) a été remplacé par le contrat d'intégration républicaine (CIR) par la loi relative au droit des étrangers en France du 7 mars 2016. Il est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2016.

Ces fortes disparités de taux de chômage entre les personnes immigrées et non immigrées se retrouvent également au niveau régional. En région Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de chômage global de la population âgée de 15 ans et plus est de 11,9 %, allant selon les départements de 9,1 % (Cantal) à 14,1 % (Drôme). Ici encore, ce taux est différent nettement entre les personnes immigrées et non immigrées. Pour les personnes non immigrées, le taux de chômage est de 10,8 % au niveau régional, allant selon les départements de 8,3 % (Savoie) à 13,4 % (Allier) selon les départements. Pour les personnes immigrées, le taux de chômage double : 21,9 % pour la région, allant de 30,3 % (Allier) à 16,1 % (Ain) selon les départements⁷³.

Concernant l'intégration professionnelle des personnes bénéficiaires de la protection internationale en Europe, un module spécial de l'enquête emploi dans l'Union européenne en 2014 constate que, par rapport à d'autres groupes de migrants, la participation des bénéficiaires est, de manière générale, inférieure et à la traîne : il y a un faible taux d'emploi des bénéficiaires de la protection internationale (27 %) et des familles de migrants (31 %) après quatre ans ou moins en France. Ce taux se rapproche progressivement, au bout de 20 ans ou plus, du niveau d'emplois des autres catégories de migrants. Ces résultats mettent en avant la longue temporalité nécessaire aux bénéficiaires d'une protection internationale pour intégrer le marché du travail par rapport aux migrants venus pour travailler ou étudier sur des migrations « non forcées »⁷⁴. Le rapport précise que si le temps d'adaptation au marché du travail est plus long pour les bénéficiaires que pour les ressortissants de pays tiers, avec suffisamment de temps et des mesures d'accompagnement renforcées, le fossé se réduit entre les deux catégories et le succès de l'intégration sur le marché du travail est mieux assuré.

En France, la seule enquête permettant d'obtenir quelques données sur les bénéficiaires de la protection internationale date de 2014. Elle a été menée par l'OFII. Parmi les 3 168 bénéficiaires de la protection internationale signataires du contrat d'accueil et d'intégration (CAI)⁷⁵ joints au bout de trois mois, 1 787 ont répondu à l'enquête portant sur leurs activités. Les résultats ont montré que :

- 397 (22 %) suivaient une formation ;
- 1 542 (86 %) étaient inscrits à Pôle emploi ;
- 293 (16 %) avaient un emploi avec, pour une importante partie d'entre eux (39 %), un contrat à durée déterminée.

Au bout de six mois, 1 324 bénéficiaires du même échantillon ont répondu et révélé que :

- 271 (20 %) suivaient une formation ;
- 1 129 (85 %) étaient inscrits à Pôle emploi ;
- 296 (22 %) avaient un emploi avec, pour plupart (39 %), un contrat à durée déterminée⁷⁶.

Les personnes bénéficiaires de la protection internationale que nous avons rencontrées ont pour la plupart eu des difficultés, une fois la protection acquise, d'une part, à faire reconnaître les diplômes obtenus dans leur pays et, d'autre part, à trouver un travail en lien avec ce diplôme. En effet, la plupart du temps, la reconnaissance des diplômes obtenus dans les pays d'origine des personnes est difficile et une équivalence est très rarement proposée. Les personnes doivent alors refaire les dernières années de leurs cursus, ou refaire entièrement les études en question pour pouvoir accéder aux diplômes et aux métiers qu'ils avaient acquis dans leur pays. La migration induit donc très souvent une forme de déclassement. Ashkan explique :

« La première fois il n'y a pas de problème parce que ici j'ai aucune expérience. Et après peut-être que je travaille dans l'administration, soit... ressource, si je peux, parce que j'ai travaillé en Afghanistan dans les ressources humaines, logistiques, des choses comme ça. Mais ici il n'y a pas de problème si je trouve du travail dans n'importe quoi... »

Aussi, les personnes, une fois leurs protections obtenues souhaitent souvent travailler le plus vite possible afin de trouver une certaine indépendance et autonomie :

- *« J'aimerais bien faire une formation là où y a une demande quoi, du travail. J'ai le niveau bac, j'ai eu mon bac au pays. Donc je faisais un peu de plomberie et taxi, mais plutôt... Ici je cherchais quelques renseignements, ici avec mon ami là, il m'a dit dans le truc du plafonnage là, des réparations de maisons, isolation, des choses comme ça. Il me dit qu'il y a de la demande.*
- Mais du coup ça vous intéresse quand même ou c'est vraiment pour travailler le plus vite possible ?
- *Oui ça m'intéresse un peu, mais plutôt encore... Vous voyez, quand déjà aussi on t'a accepté, que tu es là, tu as vu aussi... Maintenant si on te donne déjà le droit, t'as envie aussi de contribuer à quelque chose aussi quoi. Être indépendant aussi. Voilà, je n'ai pas envie de chercher, faire un métier là où il faut attendre pour trouver du travail, je cherche quand même à peu près là où il y a de la demande, là où y a la demande quoi parce que... C'est ce que je cherche. »*

Il y a donc souvent une volonté de subvenir avant tout à ses besoins pour trouver une certaine indépendance. La question de l'envie et du choix n'est alors que secondaire et il s'agit de se former dans des secteurs porteurs. Il est intéressant de voir que, dans cet extrait, il est aussi question pour cette personne d'être utile et de contribuer à la société d'accueil.

Pour beaucoup de personnes bénéficiaires de la protection internationale, la volonté de trouver du travail prend une place très importante. Pour cette personne qui a obtenu son statut de réfugié depuis un an et demi et qui est inscrit à Pôle emploi depuis lors, le travail constitue la principale préoccupation :

« Le seul problème que j'ai aujourd'hui c'est travailler, soit quelque chose professionnel pour moi quoi... Parce que je n'ai pas d'expérience... Si je trouve du travail c'est mieux, sinon une formation ou quelque chose comme ça... pour être mieux. C'est la seule chose que je cherche vraiment. »

En un an et demi cette personne n'a obtenu aucun entretien d'embauche.

Il existe également souvent des difficultés pour les personnes à savoir comment chercher du travail. Pour Hassan :

« Intérim ? Avant moi je ne connaissais pas. Ça c'est le problème, quand quelqu'un ne connaît pas quelque chose ça c'est vraiment le problème. (...) On m'a expliqué Pôle emploi, mais moi je n'ai jamais entendu « interim ». C'est [une de ses amies françaises] qui m'a expliqué l'intérim. Après l'école je vais le faire, parce que avant je ne connaissais pas. Il y a des choses si tu ne connais pas tu restes comme ça. »

Mais c'est aussi le niveau de français qui peut fermer très vite les possibilités d'embauche et notamment des secteurs d'activité où la langue prend une place importante :

« Non. Ressources humaines c'est compliqué. Parce que... moi je parle français mais ce n'est pas le niveau pour que je travaille dans les ressources humaines, je n'ai pas le niveau pour ça maintenant. »

Le racisme ou la méconnaissance du statut de réfugié font également partie des obstacles rencontrés par les personnes bénéficiaires de la protection internationale en recherche d'emploi, comme l'explique cette personne :

« Je cherche du travail, on me demande : "c'est quoi ça comme titre de séjour. Réfugié ? Ah non ce n'est pas possible." Déjà je me demandais si c'était juste parce qu'il y a écrit réfugié sur la carte. On m'a dit de travailler dans le bâtiment, mais ça ne va pas m'aider... »

⁷⁶ - DARES. (2018, août). *Les réfugiés en France : des travailleurs étrangers (presque) comme les autres ?* Repéré à : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-037.pdf>

Cet extrait d'entretien met également en avant la déqualification sociale qui est proposée à ce jeune qui souhaite être ingénieur. Semblant dépité par cet épisode, il nous explique avoir par la suite travaillé dans une association qui l'avait aidé auparavant à trouver un premier travail en France.

Nous pouvons identifier que des liens étroits existent entre l'inactivité et la santé mentale des personnes. Ainsi, l'accès à l'emploi, porteur de beaucoup d'espoirs, est une étape délicate pour les personnes bénéficiaires de la protection internationale. La non-maitrise de la langue, la déqualification proposée, le racisme parfois rencontré peuvent avoir d'importants effets sur la santé mentale des personnes, notamment sur leur estime d'eux même.

Plusieurs personnes rencontrées ont évoqué l'importance en termes de bien-être de travailler, d'avoir une activité, comme Hassan qui a obtenu la protection internationale il y a un an mais n'a toujours pas trouvé d'emploi :

« Si tu travailles peut-être tu oublies beaucoup de choses mais si tu ne travailles pas tu restes à la maison. Toujours à la maison, manger dormir, ça ce n'est pas bon. Si tu travailles tu vas rentrer du travail très fatigué après tu vas dormir, mais si tu n'as pas de travail c'est très compliqué. Moi je n'aime pas rester à la maison beaucoup, moi j'aime travailler, comme ça c'est mieux pour moi. Si je travaille c'est bon, parce que rester beaucoup à la maison c'est pas bon, beaucoup penser, beaucoup faire des chose bizarres : boire par exemple, boire. Avant moi je n'avais jamais bu jusqu'ici en Europe. Je n'avais jamais bu. Parce qu'ici si tu ne bois pas, après c'est compliqué. Mais pour ça, boire pour oublier, quelque chose comme ça. Mais aussi c'est de rien faire, après c'est la même chose, toujours, c'est comme ça. »

Dans cet extrait d'entretien, l'absence de travail et mis en lien avec l'ennui et avec les problématiques de santé mentale. L'ennui, l'inactivité sont évoqués comme des sources de mal être. Le travail, par la régularité de vie qu'il peut aider à mettre en place, peut avoir un effet très positif sur la santé mentale des personnes, notamment après de nombreuses années d'activités forcées lors de la demande d'asile.

Face à ces problématiques, des initiatives sont développées çà et là pour faciliter un accès à l'emploi, telle que Tero Loko à Grenoble.

TERO LOKO (GRENOBLE)

<https://teroloko.com/le-contexte/>

Tero Loko est une association d'initiative citoyenne, forte de quatre salariés permanents. Elle porte un projet d'insertion globale de personnes bénéficiaires de la protection internationale et d'habitants du territoire ; notamment soutenu par Emmaüs France et le Réseau Cocagne.

La création du projet part de l'envie de créer un « espace ressourçant », dans lequel les personnes réfugiées puissent se reconstruire.

« Nous voulions proposer un temps où les personnes puissent se reconstruire, se ressourcer, rencontrer du monde, tout en travaillant leur projet professionnel et leur projet de vie en France. »

Pour les membres de l'association, l'intégration des personnes réfugiées en France dépend de nombreux facteurs qui nécessitent d'être pensés dans leur intrication et leur dépendance mutuelle (comme le montre l'image ci-dessous).

Ainsi, l'association propose un projet multidimensionnel pour l'intégration de personnes réfugiées, en lien avec une réelle ouverture sur le territoire.

Concrètement, le projet consiste à accueillir dans un village rural (Notre-Dame-de-l'Osier) des personnes réfugiées (venant souvent de réseaux d'accueil, des CADA ou des CPH) et leur famille, en se centrant sur trois axes :

- **l'accès à l'emploi** : contrats de travail en insertion (CDDI) de maraîchage et boulangerie, en chantier d'insertion (ACI). Le CDDI et l'ACI sont des dispositifs d'emploi destinés aux personnes en difficulté sociale. Les salariés peuvent aussi être des personnes en situation de précarité présentes sur le territoire ;
- **l'accès au logement** : habitat partagé à proximité du lieu de travail, où les familles des salariés sont également accueillies. Le lieu permettra un équilibre entre vie familiale et accès au collectif, par la proposition d'appartements familiaux et l'animation d'espaces communs favorisant la rencontre et le vivre-ensemble ;
- **le lien social** : accompagnement d'une dynamique citoyenne d'échanges de savoirs et de savoir-faire, favorisant la rencontre et l'enrichissement mutuel entre les habitants du village et les personnes accueillies : cours de langues, sensibilisation aux questions de migration.

*Rencontre
avec Adeline Rony,
co-fondatrice de l'association*



Ces trois axes sont mis en place par une préoccupation transversale : « le respect de la personne dans un environnement bienveillant, favorisant la résilience », considérant que la création de liens permet une insertion globale et durable.

Tous les membres sont invités à participer à la gouvernance du projet, renforçant le « pouvoir d'agir » des personnes accueillies. Enfin, le projet est pensé dans le respect de l'environnement, la production de légumes et de pain étant effectué selon les règles de l'agriculture biologique et les produits étant vendus en circuit-court.

En participant à la vie du village, les actions de Tero Loko doivent aussi permettre de participer à répondre aux besoins du territoire : lien social entre les habitants, commerce de proximité, rénovation de bâti, mobilité.

Ainsi, Tero Loko propose d'envisager l'intégration des personnes réfugiées par un projet sur-mesure, par la prise en compte de divers aspects de ce qui peut être un accueil global. L'association envisage l'essaimage du projet si celui-ci porte ses fruits.

4 • Accéder à un accompagnement

Nous l'avons vu, de nombreuses démarches sont à faire lors de l'obtention de la protection internationale, qu'elles concernent l'ouverture de droits, la recherche de logement ou l'accès à la formation ou à un emploi. La poursuite ou la mise en place d'un accompagnement à l'obtention de la protection internationale peut être déterminant dans le parcours d'intégration, comme l'ont exprimé à de nombreuses reprises les professionnels et les personnes réfugiées. Une personne bénéficiaire de la protection internationale explique :

« Le fait d'avoir le statut ça déclenche pas tout, il y a toujours des difficultés. Comme je vous dis... Pour certains qui parlent un peu français, qui se débrouillent, là ils peuvent se débrouiller, aller dans les bureaux, faire... Mais pour ceux qui ne parlent pas le français, qui ne comprennent pas, il faudrait un accompagnement, même si tu as le statut de réfugié. Même si tu as le statut de réfugié c'est pas dit que tout de suite tu as le statut de réfugié tout de suite tu parles français. Donc il faut qu'il y ait des accompagnements jusqu'à ce que... avant que tu prennes un peu d'autonomie, après ils vont te laisser. Tu peux avoir le statut de réfugié, tu es ici à la maison, il faut... t'as un problème avec le EDF, tout, tout, tout : il faut le travailleur social. »

Les personnes bénéficiaires de la protection internationale passent maintenant dans le droit commun, comme nous l'avons vu précédemment. Face aux difficultés pouvant être rencontrées, pour accompagner les personnes nouvellement réfugiées dans leur parcours d'intégration, plusieurs programmes ont été mis en place à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes⁷⁷. Parmi eux, le programme régional d'intégration des réfugiés (PRIR). Ces programmes proposent majoritairement un accompagnement décrit comme « global », centré sur l'emploi et le logement. La durée de ces accompagnements est généralement limitée à un an.

⁷⁷ - Voir l'annexe 6.



<http://www.forumrefugiés.org>

Le programme régional d'intégration des réfugiés existe depuis 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et est piloté par Forum réfugiés-Cosi. Initialement mis en place dans l'Allier en 2016, il a été étendu dans l'Ain et le Puy-de-Dôme en 2017 puis dans le Cantal en 2018.

Un PRIR a été mis en place en Savoie en 2018, coporté par l'association FOL 74 pour l'accompagnement socio-professionnel et l'association La Sasson pour l'accompagnement au logement.

Le PRIR propose aux personnes ayant obtenu la protection internationale depuis moins d'un an et résidant sur un des territoires, d'être accompagné dans leur parcours d'intégration, avec notamment un accueil et un accompagnement social individualisé. Les personnes sont accompagnées sur l'ouverture et le maintien des droits, les liens avec l'OFPRA et l'OFII dans le cadre du contrat d'intégration républicain. Les deux axes du PRIR sont l'accès et le maintien dans le logement et l'accès et le maintien dans l'emploi (dont la formation professionnelle) :

L'accès et le maintien dans le logement

Le projet promeut l'accès au logement en bail direct pour tous les bénéficiaires. Cela permet aux bénéficiaires de la protection internationale de mettre un terme à leur parcours d'hébergement en accédant à un logement dans lequel ils peuvent se projeter :

- une phase d'accès au logement : il s'agit de préparer l'emménagement du ménage, de la visite de l'appartement et la signature de bail à l'entrée effective dans le logement ;
- une phase de maintien dans le logement : l'accompagnement est personnalisé en fonction de problématiques de chaque ménage, il combine rendez-vous mensuel et au moins une visite à domicile. Il permet l'appropriation du logement et l'identification des ressources du quartier d'installation.

L'accompagnement vers et dans la formation et l'emploi

L'accompagnement doit permettre aux bénéficiaires de s'insérer durablement sur le marché du travail, de mettre en place un parcours d'insertion professionnelle :

- une phase de rendez-vous administratifs : permettant l'accès aux droits (RSA, état civil auprès de l'OFPRA, titres de séjours auprès de la Préfecture, etc.) ;
- une phase d'accompagnement personnalisé : permettant la découverte du marché du travail et de l'environnement administratif de l'emploi, la construction et l'actualisation d'un projet professionnel réaliste, le développement des techniques de recherche d'emploi, le maintien dans l'emploi et/ou dans la formation.

Des programmes aux possibilités de prises en charge limitées

Une saturation à venir des dispositifs

Dans certains départements, les programmes spécifiques ont vocation à prendre tous les bénéficiaires de la protection internationale en charge. Une responsable d'un programme d'intégration visant à prendre en charge toutes les personnes bénéficiaires de la protection internationale du département explique :

« C'est toute notre difficulté, qui peut avoir un peu le côté angoissant, c'est que je ne sais pas qui va obtenir aujourd'hui une protection. S'il y en a 20 qui obtiennent une protection aujourd'hui, ben lundi j'aurais 20 fiches, plus les 20 d'hier, plus les 20 de demain... enfin voilà. En fait on n'a pas de limites. On s'est posé la question à un moment puisqu'on a rencontré des difficultés de ressources humaines, de volume. »

Dans d'autres, le nombre de salariés ne permet pas de prendre toutes les personnes en charge, comme l'exprime cette responsable d'un programme d'intégration :

« Au niveau de la PADA il y a une tendance à nous saisir quand quelqu'un a le statut de réfugié, et c'est là que je crie un peu au secours. Il y a bientôt que 2,5 ETP et c'est difficile d'assumer la PADA, les sorties de structure. Aujourd'hui on est dans l'accompagnement, ce n'est pas juste un service où elles reçoivent en un entretien, elles font un dossier RSA et elles orientent et ne revoient plus les personnes. C'est un accompagnement de trois à six mois, donc quand elles sont en charge d'un accompagnement elles ne peuvent pas en prendre 10 en même temps. Aujourd'hui c'est la difficulté avec l'accélération des procédures, soit il faut repenser ce dispositif, au niveau des PADA il y a peut-être des choses qui vont s'orienter de manière différente avec ouverture de droits et un versant intégration mais là on ne peut pas prendre du tout-venant dès que la personne a un statut. »

Comme pour les demandes de CPH, les personnes hébergées en structure ont plus de probabilités d'accéder à un programme d'hébergement spécifique car elles sont davantage accompagnées. Plusieurs personnes « hors radar » rencontrées ont exprimé avoir eu des difficultés à pouvoir bénéficier de cet accompagnement. C'est le cas d'Omar :

« Si tu es hors du CADA, tu n'es pas pris en charge. Parce que eux ils travaillent en communication avec le CADA. Donc si tu n'es pas au CADA c'est difficile. Pour les personnes comme nous, je ne suis pas le seul, il y en a beaucoup qui sont dans les difficultés parce qu'ils ne bénéficient pas de l'aide de l'accompagnement de [association gestionnaire]. Puisqu'après le CADA c'est

[même association gestionnaire] qui prend le relai, donc si tu n'es pas dans le CADA... t'es mort. Et pourtant, tu bénéficies d'une même protection, des mêmes droits, mais... Faut qu'ils revoient le système là, ce n'est pas... ce n'est pas bien. »

Plusieurs structures expliquent vouloir continuer à prendre en charge les personnes non hébergées mais elles rencontrent des difficultés face à l'augmentation du nombre de demandes d'accompagnement. Une responsable de programme d'intégration précise :

« C'est vraiment notre bataille de ne pas enlever les hors-centres. Peut-être de faire un accompagnement un peu moins bon hein, enfin voilà à un moment quand il y a trop de volume, mais c'était quand même de se dire : on fait rentrer tout le monde, quitte à sortir un peu plus rapidement les gens mais au moins on aura checké tout le monde et on se sera assurés qu'il y a eu les choses a minima qui ont été proposées. »

La récente accélération des procédures d'asile a eu un impact important sur ces dispositifs d'intégration. En effet, les personnes accompagnées ont maintenant passé moins de temps en France, maîtrisent moins la langue, connaissent généralement moins le système et le fonctionnement. Un responsable de programme d'intégration note :

« On se rend compte que l'accélération des procédures a des incidences sur le dispositif : on a plus de flux, de roulement. Il y a beaucoup de personnes non francophones. Pour nous c'est ça aussi la grosse différence, avant les personnes pouvaient rester en structure deux ou trois ans pour attendre l'asile. C'était trop et pas forcément humain. Mais les personnes maîtrisaient plus le français à la sortie, tandis qu'aujourd'hui si elles ne restent même pas six mois en CADA, ce n'est pas là où elles auront appris le français donc elles sortent un peu plus démunies. »

L'accélération des procédures est évidemment positive pour la santé mentale des personnes, mais les acteurs de l'intégration constatent que cela peut rendre les démarches d'insertion plus complexes, les personnes étant présentes depuis moins longtemps qu'avant sur le territoire.

Des programmes d'intégration pouvant difficilement prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité

Les programmes d'intégration, majoritairement centrés sur l'accès au logement et à l'emploi, peuvent ne pas être adaptés à des personnes ayant des problématiques de santé mentale, même légères. Une travailleuse sociale d'un PRIR explique :

« Le PRIR n'est pas destiné à des gens vulnérables. Nous ne sommes pas calibrés pour accompagner des gens en situation de vulnérabilité, entendu comme des troubles

psy importants, ou un cumul de différentes fragilités qui font qu'on a besoin d'être hyper accompagnés. C'est pour ça que dans le PRIR on est peu amenés à faire un accompagnement santé, normalement on n'en fait même pas. »

Un travailleur social d'un autre dispositif explique :

« Il faut que ce soient des personnes avec lesquelles on puisse travailler l'insertion professionnelle et par le logement. Donc c'est vrai qu'une personne avec une grosse problématique de santé mentale, qui est hébergée chez la famille où il n'y aura pas de projets de logement ou professionnel dans un premier temps, cela ne relève pas forcément du dispositif. Après on essaye de répondre au max à la demande, on a refusé deux, trois situations notamment celle d'un monsieur avec un problème de santé mentale important. »

Du côté des personnes rencontrées, le manque d'accompagnement est mis en avant par plusieurs personnes, notamment l'accompagnement physique en ce qui concerne les démarches administratives ou médicales. Omar, par exemple, parle de son accompagnement par un dispositif étatique :

« L'accompagnement avec eux ce n'est pas... ce n'est pas juste - comment je peux dire... Bon, ce sont aussi des accompagnements qui sont basiques, ce n'est pas vraiment les vrais, vrais, vrais accompagnements, non. Et tu vas là-bas au bureau et ils demandent : "Et on fait ça, on fait ça..." Mais sur le terrain ils n'y sont pas. (...) Ils t'aident à faire juste comment monter les papiers, comment remplir les dossiers : ils te remplissent les dossiers, tu te présentes là-haut dans un bureau pour expliquer mais... le problème, quand tu as un accompagnement - accompagnateur - il faut qu'il t'accompagne là où il y a les problèmes. Donc moi je vais te voir au bureau pour expliquer, mais là où y a les problèmes, dans la base : qu'est-ce que je vais dire ? Il faut que j'ai l'accompagnement. C'est là où y a les problèmes. Par exemple, comme je vous dis chez le médecin, c'est l'exemple. »

Ainsi, si ces dispositifs permettent un accompagnement vers l'emploi et le logement des personnes, ils peuvent ne pas être adaptés pour les personnes les plus en difficulté nécessitant un accompagnement plus renforcé.

Une durée limitée

La majorité des programmes d'intégration ont une durée limitée, souvent d'un an. Si pour certaines personnes cette durée est suffisante, elle peut être trop courte pour d'autres.

Durant cette étude, de nombreux acteurs ont parlé des contraintes temporelles pouvant être imposées aux bénéficiaires de la protection internationale, à une période où comme nous le verrons par la suite, de nombreux éléments se jouent psychologiquement.

Un responsable de structure d'hébergement explique :

« Pour nous cela paraît simple, mais c'est comme si nous en quatre mois il fallait qu'on parle arabe. Souvent je dis aux gens : "Imaginez-vous arriver avec votre famille et trois valises en Syrie et puis qu'on vous dise voilà un appartement, apprenez vite l'arabe, allez travailler." Il se passe beaucoup de choses. Nous en un an il faudrait qu'ils soient intégrés, soignés, qu'ils parlent français, qu'ils aient un boulot... Pff doucement quoi... Même si effectivement il faut les faire avancer... »

Ainsi, la temporalité administrative se heurte potentiellement à la temporalité psychique, ce qui peut renforcer les difficultés rencontrées par les personnes. Lorsqu'ils en ont la possibilité, les travailleurs sociaux essayent de mettre la personne dans un autre dispositif afin de pouvoir continuer à l'accompagner s'ils en ressentent le besoin.

Un accompagnement centré sur l'emploi et le logement, quid de la santé et de la santé mentale ?

Les programmes d'intégration de type PRIR sont tous en région centrés sur le logement et l'emploi. La santé est prise en charge par les intervenants sociaux, notamment pour l'ouverture de droits. Toutefois, contrairement au domaine de l'emploi, pour lequel de nombreux dispositifs ont recruté des conseillers d'insertion professionnelle, il n'y a pas de professionnels de santé qui interviennent dans ces dispositifs d'intégration. Une responsable d'un programme d'intégration l'exprime en ces termes :

« La question de la santé est partout mais n'apparaît nulle part. La santé est pensée en termes d'accès aux droits, pas de prise en charge santé. »

L'axe sanitaire est toujours sous-entendu, en filigrane, réalisé de fait par les professionnels lors de leur accompagnement, mais jamais directement nommé comme un axe spécifique, nécessitant des compétences et un temps de travail spécifiques.

Il en est de même pour la question de la vie sociale, qui est travaillée au sein de certains dispositifs, selon les professionnels présents et les moyens dont ils disposent. Pourtant, l'isolement et les problématiques de santé mentale sont avancés comme pouvant être des freins à l'accès à l'emploi et au logement, comme l'explique ce travailleur social :

« L'isolement crée des problématiques psychologiques aussi. C'est un cercle infernal. Pas d'emploi donc ça joue sur la santé mentale, et si on n'est pas bien moralement on ne peut pas trouver un travail, et après on laisse de côté toute la partie santé, etc. Nous on n'a pas les outils et le temps nécessaire pour les orienter, et si on les oriente vers qui on les oriente ? »

En structure du DNA, en CPH, ou accompagné par un programme d'intégration, un demandeur d'asile ou une personne bénéficiaire de la protection internationale n'est pas systématiquement accompagnée dans la santé et l'accès aux soins.

Nous allons maintenant voir ce qu'il en est de l'accès aux soins des personnes nouvellement bénéficiaires de la protection internationale.

5 • Accéder aux soins

Nous allons maintenant voir si l'obtention de la protection internationale entraîne des effets spécifiques sur l'accès aux soins des personnes. Nous verrons également ce qu'il en est des représentations des personnes bénéficiaires de la protection internationale rencontrées.

L'obtention de la protection internationale : des changements dans l'accès aux soins ?

Bénéficiaire de la protection internationale : un accès aux soins facilité ? La question de l'ouverture des droits

L'obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire n'implique pas forcément des possibilités plus importantes d'accès aux soins en santé ni en santé mentale pour les personnes. En effet, nous retrouvons les mêmes problématiques d'accès aux soins et d'orientation vers le soin pour les intervenants sociaux chez le public bénéficiaire de la protection internationale et chez le public demandeur d'asile. Ces deux publics disposent effectivement des mêmes droits ouverts (protection universelle maladie (Puma) / couverture maladie universelle complémentaire – CMU, CMU-C) et donc des mêmes possibilités théoriques d'accès aux soins avant l'obtention de leur statut et après celle-ci.

Comme l'explique Omar, qui a été suivi en santé mentale, dans cet extrait d'entretien l'obtention du statut de réfugié et la bascule dans le droit commun n'a pas changé ses problématiques d'accès aux soins :

« Donc pour aller chez le médecin, même avoir le statut ou ne pas avoir le statut, donc la seule chose... D'abord faut avoir ton CMU, si tu n'as pas le CMU c'est difficile, déjà pour... pour la santé mentale déjà c'est difficile puisque... Sauf il y a des docteurs qui acceptent, d'autres qui n'acceptent pas, ils refusent. (...) Si tu appelles : "Je veux voir un psychiatre..." Si tu n'as pas le CMU ou tu n'as pas le chèque c'est difficile pour qu'ils t'acceptent. Et il y a une part que tu vas donner si tu n'as pas le CMU... Donc tu ne travailles pas, tu n'as pas de sous... Alors là, par là que tu vas donner tu vas avoir ça où ? Au pharmacien aussi c'est un problème : il faut payer médicaments. Tu n'as pas de sous, tu vas faire comment ? Donc c'est difficile pour avoir les soins. »

Pour les personnes, c'est la question de l'ouverture des droits, et donc de l'accompagnement, qui permet un meilleur accès aux soins plutôt que la question de l'obtention du statut en lui-même.

Continuité ou ruptures de soins ?

Pour les personnes ayant déjà entamé un processus de soin, déjà suivies, l'obtention du statut de réfugié n'a pas nécessairement de conséquences sur leurs possibilités d'accès aux soins. Les équipes soignantes continuent d'accompagner leurs patients ou les orientent vers de nouveaux professionnels.

« Je dirais, par rapport à la santé, depuis que j'ai eu mon statut... Rien n'a changé, c'est presque pareil. Parce que pour les traitements, par exemple ici je respecte mes rendez-vous, je viens à mes rendez-vous, j'explique et ils voient eux-mêmes, ils savent, comme eux ils sont du domaine, par rapport à mon état, comment est l'évolution. Ils me prescrivent des médicaments, je pars les prendre à la pharmacie avec mon CMU sans problème, je prends mes médicaments à la maison, quand c'est fini je reviens à mon rendez-vous. »
Une personne suivie par une EMPP

Pareillement, il semble que l'obtention du statut de réfugié n'ait pas d'impact sur l'accès aux soins des personnes n'ayant pas préalablement de suivi ou de lien avec de structures de soins. Aucune présentation du système de soins ni d'accompagnement vers le soin n'est prévue jusqu'à l'obtention du statut, mis à part la visite de l'OFII pour qu'un changement puisse s'effectuer entre le statut de demandeur d'asile et celui de bénéficiaire de la protection internationale.

Pour les personnes en structures ou les personnes « hors radar », la mise en place, la continuité ou l'arrêt d'un accompagnement à l'obtention du statut peuvent cependant avoir des effets importants sur l'accès aux soins, comme nous allons le voir par exemple avec les CPH.

Sortie du dispositif national d'accueil et/ou entrée en centre provisoire d'hébergement : un impact sur le soin

Concernant la santé et la santé mentale, les déménagements créés par l'entrée ou la sortie d'une structure d'hébergement peuvent également créer des ruptures dans les soins ayant été engagés au préalable.

Les vulnérabilités des personnes et notamment les problématiques de santé mentale ne sont pas forcément toujours prises en compte au moment de l'orientation vers un CPH. Ainsi, certaines orientations mettent en difficulté les personnes ainsi que les structures.

Une psychologue de structure d'hébergement nous a raconté la situation d'une femme qui a refusé l'orientation proposée par l'OFII pour une place en CPH. En effet, il s'agissait d'un appartement au 14^e étage, alors que la personne en question avait des idées suicidaires. La psychologue explique que la personne aurait été expulsée du CADA à la suite de ce refus. En effet, décliner une proposition d'hébergement amène à une fin de la prise en charge de la personne bénéficiaire de la protection internationale par le CADA.

« Cela peut être une vraie violence. Lorsqu'ils refusent une place en CPH ils sont obligés de quitter le CADA. Nous avons eu une orientation pour une dame suicidaire, le seul appart qu'on avait était au 14^e étage. Le CADA a mis la personne dehors. » Psychologue d'une structure d'hébergement

Une responsable d'un autre CPH parle d'une situation où la continuité des soins de santé mentale a également été mise à mal par l'orientation en CPH :

« Alors là c'était du n'importe quoi. Elle était à Paris, suivie par une psychologue à Paris. Ils nous l'orientent ici mais sans nous le dire, enfin c'est-à-dire qu'on n'avait pas... on savait qu'elle avait des problèmes psy, mais on ne savait pas que c'était aussi grave. Et donc du coup elle a été hospitalisée ici [en urgence, hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)]. [Les professionnels du soin] ne pouvaient pas travailler avec elle parce qu'il n'y avait pas d'interprète dans cette langue. (...) Et donc là j'ai fait une demande à l'OFII pour un transfert de CPH en expliquant la situation. Elle a été transférée dans un CPH pour qu'elle puisse continuer à avoir ses soins sur Paris. Mais là c'est vrai que ça c'est du n'importe quoi de faire ce qu'ils ont fait, de nous orienter des familles avec ces gros problèmes sachant que sur [ville d'Auvergne] on ne pourra pas les faire suivre. »

Face à l'impossibilité de remettre en place un suivi adapté dans leur nouvelle région, certaines personnes continuent leur suivi auprès des structures qui les recevaient préalablement, malgré la distance géographique. Ainsi, Bouchra, hébergée dans un CPH en milieu rural, nous explique qu'elle a pris des rendez-vous de suivi à Paris avec un spécialiste somatique face à l'impossibilité de mettre en place une continuité de soin dans la région. Bouchra, bénéficiaire de la protection internationale, nous dit dans un entretien :

« [L'intervenante sociale] aussi elle a fait tous ses efforts, elle a appelé, elle a appelé partout. Même je lui avais dit : "Vous pouvez même essayer d'appeler à Paris à l'hôpital X.". Elle a appelé et... cela n'a pas bien marché. Après elle a appelé à l'hôpital Z... à l'hôpital Z de Paris. Après elle a appelé à l'hôpital de la V de [banlieue parisienne] là, là où j'étais hébergée, ce n'était pas passé. Et la dernière fois, on était parties

avec elle et... oh c'était loin hein ! À deux heures de temps, le retour deux heures de temps aussi : c'était très loin. Elle m'a aidée beaucoup. Et après, comme ça avait encore recommencé [ses problèmes de santé], je lui avais expliqué... elle a appelé encore, elle a trouvé maintenant à Paris, à X.

- À Paris ?

- Voilà, à Paris, à X. Elle a fait tout, elle m'a fait un itinéraire... et je suis partie là-bas, oui.

- Pour aller voir le médecin ?

- Oui.

- Ah oui c'est loin. Mais parce que il n'y avait rien ici, ce n'était pas possible de trouver... ?

- Oui mais pour... mais pour prendre les nouvelles personnes qui viennent [de nouveaux patients], ici c'est après un an, après un an. Mais j'ai mal. Je ne peux pas attendre jusqu'à un an, ça ne marche pas. »

Dans ce cas, comme dans d'autres, la continuité des soins est extrêmement fragile et le risque de rupture des soins est bien réel. Concernant les soins en santé mentale, la réorientation est encore davantage difficile.

Bien que pouvant être à l'origine de rupture de soins, ou de difficultés dans le parcours de soins, l'entrée en CPH peut également être une porte d'entrée vers le soin et le soin de santé mentale pour certains, qui n'avaient, par exemple, pas pu bénéficier dans le passé d'un accompagnement social incluant la dimension sanitaire.

Au niveau des CPH de la région, l'accompagnement vers la santé mentale est variable selon le type de structure et les possibilités locales. Certaines structures travaillent en lien avec des EMPP qui interviennent régulièrement ou peuvent être sollicitées. D'autres ont décidé d'embaucher des psychologues sur des temps partiels, majoritairement avec une mission de « réorientation » dont nous parlerons davantage par la suite. Pour d'autres structures, la question de l'accès aux soins de santé mentale ne s'est pas posée, ou aucune solution n'a été trouvée, comme l'explique une travailleuse sociale dans un CPH :

« J'ai des situations de personnes en souffrance mais soit je n'en suis pas encore à l'étape d'orienter, soit c'est vraiment du bricolage, des connaissances, un réseau qu'on a pu se créer mais qui n'est pas formalisé. L'EMPP je ne les ai pas encore sollicités. J'ai en tête quelque part de les appeler mais je n'ai pas le temps d'appeler. On n'a pas le temps de se structurer nous pour sécuriser dans tous les sens du terme les situations qu'on accompagne. »

Sur des actions collectives préventives, si certains CPH nous ont indiqué mener des actions de sensibilisation et d'information en santé, aucun ne semble le réaliser de manière systématique : cela dépend des travailleurs sociaux, de la présence éventuelle de bénévoles. L'absence d'outils d'animation a également été mise en avant par les travailleurs sociaux. De plus, les personnes hébergées en CPH étant majoritairement issues de structures d'hébergement, de nombreux professionnels partent du principe que les informations sur l'accès aux soins et la santé ont été transmises en CADA.

Ainsi, même après l'obtention du statut de réfugié, et de nombreuses années sur le territoire, un grand nombre de personnes peut ne jamais avoir bénéficié d'une information formelle sur la santé et la santé mentale, quand d'autres auront été accompagnés dès le début de parcours vers le soin. Les représentations et les préjugés sur la santé et sur la santé mentale sont donc souvent toujours bien présents.

Des représentations opaques du système de soin

Les intervenants sociaux et soignants en lien avec ce public mettent en avant le rapport à la santé des personnes bénéficiaires de la protection internationale et plus généralement des personnes migrantes qui peut être très particulier.

« Le rapport qu'ils ont à la santé est catastrophique... Ils sont capables de nous griller tous les médecins. Ils ont une représentation de la santé c'est open bar. Ils ont des courbatures : ils vont voir le médecin. Ils n'honorent pas forcément leurs rendez-vous. Même en ayant passé un an en CADA ils ont des pratiques... Ils prennent plus rendez-vous que besoin, ou ils prennent rendez-vous et ils n'y vont pas... »

Un PRIR en Auvergne

Les personnes peuvent donc être dans des représentations et des préjugés qui les amènent dans une consommation excessive de soins. À l'inverse, certaines personnes n'auront que très peu recours aux soins ou uniquement dans des cas extrêmes, comme le constate cet intervenant social :

« Le fait de se dire je peux aller voir un médecin mais ce n'est pas non plus... Enfin voilà : aller à l'hôpital ça ne veut pas dire qu'on va être amputé, comme l'image qu'ils peuvent avoir dans leur pays d'origine. Quand on va vraiment à l'hôpital c'est que quand on revient on a un membre en moins parce qu'on y est allé quand c'était la limite. Et je pense qu'il y'a quelque chose autour de ça qu'il faudrait - alors c'est pas tous hein - autour du soin et peut-être aussi de se dire que le soin c'est... Enfin voilà, qu'aller à l'hôpital ce n'est pas forcément pour des choses extrêmement graves et qu'on peut y aller avant que ça devienne grave. »

Tout au long de l'étude, il nous est apparu que les personnes bénéficiaires de la protection internationale ont une méconnaissance importante du système de soin et de son fonctionnement en France.

« Ils n'ont pas d'idée de ce qui est normal ou pas normal : par exemple quelqu'un qui a été emmené à l'hôpital avec les pompiers, le fait qu'ils ne vont pas nous le ramener, pour nous c'est normal. Pour quelqu'un qui ne connaît pas le système, non. J'ai dû intervenir parce qu'ils voulaient porter plainte », explique un intervenant social de CPH.

Plusieurs personnes rencontrées ont exprimé avoir été méfiantes, inquiètes sur le système de soin en France à leur arrivée et notamment au sujet des professionnels de santé mentale. Une personne rencontrée explique :

« Quand tu es réfugié, même demandeur d'asile déjà, il y a une grande chose qui est vraiment difficile : c'est la peur. Déjà, avec tout le système, avec tout ce qu'on a vécu là-bas au pays, c'est difficile pour retrouver la confiance. Tu as peur, tu ne sais pas... Peut-être que même quand tu vas chez le médecin tu as peur : peut-être que ce que tu vas dire au médecin ça va tourner mal pour toi. Donc il faudrait qu'il y ait vraiment une équipe qui dise aux gens que vous êtes ici en France, ce n'est pas comme votre pays, ici c'est le pays des droits, tout, tout, tout, il faut bien expliquer. Que même quand vous allez chez le médecin, il ne faut pas avoir peur, donc c'est pour votre bien. Quand la peur domine donc... Parce que tu ne sais pas : même si je parle avec le docteur, peut être que le docteur va parler aux... demain ils vont m'arrêter encore, tout ça. Donc il faudrait vraiment qu'il y ait une bonne équipe pour travailler sur ça. (...) Donc ça m'angoissait de parler, en fait je ne parlais pas de tout avec le médecin. Surtout avec le psychiatre je ne parlais pas trop. » Personne bénéficiaire de la protection internationale

Ainsi, le système de soin en France peut paraître obscur, mais également menaçant. Certaines personnes ont pu vivre des tortures et des violences infligées volontairement par l'humain, comme dans leurs pays d'origine ou sur la route migratoire, où la trahison a joué un rôle important. Les principes tels que le secret médical ne sont pas nécessairement évidents pour les personnes.

Afin que les personnes puissent acquérir des connaissances sur le système de soin, mais afin de lever leur préjugés et sentiment de méfiance, l'accès à l'information est nécessaire. Cela ne semble pas avoir été le cas, pour un certain nombre de personnes rencontrées, au cours de leurs parcours en France, comme l'explique Omar :

- « Et sur le système de soins en général, est-ce qu'on t'a expliqué un peu comment ça fonctionnait en France, ou parlé de la santé : vous en parliez un peu au CADA ou pas du tout ?

- Non, non.

- Et ça t'a manqué ça ?

- Ben oui. Quand tu ne connais pas... Tu vas quelque part... On te fait pas montrer un nom : pour si t'as un problème j'appelle la gendarmerie, si tu es malade tu appelles l'ambulance... quand on ne t'explique pas, comment tu vas savoir ? »

Les soignants sont rarement présents dans les structures d'hébergement du DNA. Les travailleurs sociaux qui accompagnent les personnes migrantes ne sont pas spécifiquement formés sur les questions de santé et de santé mentale. Par conséquent, ils ne savent pas nécessairement comment mener des actions collectives pour traiter de ces sujets avec les personnes hébergées. De plus, leur charge de travail ne leur permet pas toujours de le faire.

Par ailleurs, cette explication du système de soin doit pouvoir s'expérimenter, s'affiner avec le temps.

« Ils ne comprennent pas forcément le système de soin. Il y aurait de l'info à faire en individuel ou en collectif sur ce qu'est la sécurité sociale, la mutuelle. (...) Même les personnes qui travaillent, sur la fin de la CMU, et qu'elles vont devoir payer une mutuelle. Il faut réexpliquer plusieurs fois ce n'est pas en une fois qu'on va comprendre tout le système. » Une responsable de CPH

De la même manière, certaines personnes ont du mal à se faire à leurs nouveaux droits et peuvent être ainsi dans une sous-consommation de ceux-ci. Ainsi, un travailleur social d'un programme d'intégration constate :

« Eux ils sont dans le droit commun, ils sont considérés comme n'importe quel français. Des fois ils pensent qu'ils ont moins de droits que nous. Parfois on a beau expliquer les choses, ils ne nous croient pas, ils ont besoin de s'acclimater et de s'y confronter pour nous croire. »

Cette personne bénéficiaire de la protection internationale, en France depuis quelques années et suivie en santé mentale, explique :

« Comme je n'ai pas eu vraiment (...) d'autres choses [que les problématiques de santé mentale pour lesquelles il est suivi], pour être franc je ne suis pas trop, trop allé demander si peut-être ça ou ça : non je n'ai pas demandé. Peut-être que si j'ai mal à quelque chose, c'est là où je me lève et je vais chercher, à savoir qu'est-ce qu'il faut faire pour trouver la solution, mais dire que j'ai déjà un peu une idée générale sur le fonctionnement de certaines choses de la santé ici : non, pour être franc. Je n'ai pas vraiment eu le temps de demander ou de

faire des recherches sur ça. Mais peut-être avec le temps je pourrais le faire, comme vous venez de me le dire aussi, ça peut m'interpeller de le faire demain ou après-demain ou à la longue, à savoir un peu. »

Personne bénéficiaire de la protection internationale

Nous voyons dans cet entretien l'intégration du fait que la démarche doit venir de la personne, qu'elle doit être active pour chercher les informations dans un système qu'elle ne connaît pas ou peu. Cette recherche d'information nécessite des compétences et n'est pas réalisable pour tout le monde, notamment pour les personnes en souffrance psychique. Il est intéressant de constater que tout au long du parcours de demande d'asile les personnes manquent d'information et de connaissance du système de soin et de son fonctionnement. Cela implique donc qu'une fois que les personnes bénéficient de la protection internationale, et alors même qu'elles disposent des droits et des possibilités d'accès aux soins, elles ne puissent toutefois pas en faire usage du fait de leur méconnaissance.

Si les représentations du soin et du système de soin sont floues, les préjugés peuvent être très affirmés concernant la santé mentale et la psychiatrie. Une responsable associative constate :

« On est sur un positionnement où (...) les personnes qui ont un statut quel qu'il soit, on considère qu'elles ont des devoirs, mais on n'aborde absolument pas la notion de droits. Notamment les informer sur comment on fonctionne dans le monde occidental, les différentes organisations. Dire par exemple à des personnes, (...) c'est quoi la psychiatrie, comment ça fonctionne en Europe et quel sens ça peut donner, déjà cela dédramatiserait beaucoup de situations. Alors que là ils arrivent souvent avec leurs propres représentations de comment ils voient la psychiatrie. »

L'obtention de la protection ne semble pas avoir un impact sur les représentations du soin et du système de soin qui sont toujours présentes, mais les personnes ont, en revanche, moins de probabilités de pouvoir être accompagnées. Les bénéficiaires de la protection internationale relèvent maintenant du « droit commun », dans lequel les professionnels n'ont plus pour mission d'expliquer le fonctionnement du système de soins, aussi illisible qu'il puisse être, par exemple pour des personnes allophones.

Comme nous avons pu le voir, l'obtention de la protection internationale amène donc de nombreux défis, surmontés avec plus ou moins de difficultés selon les personnes. Pour certains publics, des problématiques spécifiques peuvent être rencontrées.

III - DES PUBLICS SPÉCIFIQUES

Comme nous l'avons vu, le public bénéficiaire de la protection internationale est hétérogène et varié. Nous avons choisi de faire un focus sur trois catégories de ce public qui nous semblent confrontées à des enjeux spécifiques : les 18-25 ans, qui de par leur âge ne peuvent bénéficier que de peu de ressources en France ; les enfants et les familles ; ainsi que les personnes ayant bénéficié d'un programme de réinstallation et qui sont donc des personnes primo-arrivantes sur le territoire français, mais qui bénéficient de la protection internationale.

1 • Les bénéficiaires de la protection internationale âgés de 18 à 25 ans

Si la majorité est synonyme d'autonomie, pour les jeunes exilés, cette autonomie peut amener davantage de difficultés que d'émancipation.

Un statut administratif potentiellement incertain à la majorité

Concernant le statut administratif des jeunes étrangers à leur majorité, pour les mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) avant leurs 15 ans, ceux-ci peuvent obtenir la nationalité française par simple déclaration avant leurs 18 ans. Pour les jeunes pris en charge après 15 ans, il n'y a aucune garantie d'obtenir un droit au séjour à la majorité. L'accompagnement de l'ASE cesse une fois que la personne devient majeure, ce qui peut marquer une rupture nette. Une prolongation de prise en charge⁷⁸, ou une mise sous protection judiciaire jusqu'à 21 ans peut être éventuellement demandées au juge des enfants⁷⁹.

La **demande d'asile** est possible pour les mineurs non accompagnés (MNA), qui restent avant tout considérés comme des mineurs en danger au regard de leur minorité et de leur isolement. Ils restent, à ce titre, éligibles au système de protection de l'enfance de droit commun et leur statut de demandeur d'asile n'a pas d'incidence sur leur prise en charge. En tant que mineurs, ils ne peuvent pas être hébergés au sein des CADA, ni bénéficier de l'ADA, mais relèvent de l'ASE.

Toutefois, bien qu'en augmentation depuis cinq ans, les demandes d'asile des MNA restent minoritaires parmi le nombre de MNA pris en charge par les conseils départementaux. En 2017, seulement 591 mineurs ont demandé l'asile⁸⁰, soit une progression de 24,7 % par rapport à 2016 (474 demandes) et de 61 % par rapport à 2013 (367 demandes). Le Rhône fait partie des trois départements de résidence du plus grand nombre des demandeurs d'asile mineurs. En 2017, 30,1 % des demandeurs mineurs isolés en France viennent d'Afghanistan, 12,4 % du Soudan, 9,3 % de la République Démocratique du Congo et 6,4 % de la Guinée. Cette même année, le taux de protection par l'OFPRA des mineurs isolés étrangers est de 67,4 % en 2017 (73,8 % en comptant les protections obtenues à la CNDA)⁸¹.

Ainsi, une rupture peut s'effectuer au moment de la majorité. Tout comme pour les citoyens natifs français de cette tranche d'âge, peu de dispositifs permettent aux bénéficiaires de la protection internationale de moins de 25 ans d'accéder à des ressources minimales.

Absence de ressources et d'hébergement

Les jeunes majeurs se heurtent, comme beaucoup de personnes en situation de précarité, à la difficulté de l'hébergement. En effet, la majorité des places du parc d'hébergement social sont destinées à des familles, il est donc difficile pour une personne seule d'y accéder⁸². L'absence de ressources financières ne leur permet pas de trouver un logement dans le privé. Une information du 2 octobre 2017 place les bénéficiaires de la protection internationale de moins de 25 ans prioritaires pour accéder au CPH, mais là encore la prise en charge en CPH est limitée à neuf mois, pouvant être renouvelé trois mois.

Jusqu'au projet de loi de finances 2017, il existait l'allocation temporaire d'attente (ATA), une allocation destinée notamment aux bénéficiaires de la protection subsidiaire. Elle permettait aux bénéficiaires, sous réserve de ressources mensuelles inférieures au montant du RSA, de toucher un montant qui était défini annuellement⁸³. Cette ressource existait sans conditions d'âge. Pour compenser sa suppression, Pôle emploi propose de s'orienter vers deux dispositifs : le RSA et la Garantie jeunes.

Le versement du **RSA** n'est accessible qu'à partir de 25 ans, sauf dans certaines conditions rarement remplies par les bénéficiaires de la protection internationale : avoir un enfant à charge ou avoir exercé une activité professionnelle pendant deux ans lors des trois dernières années.

78 - InfoMIE. Fiche VII : *l'arrivée à la majorité*. Repéré à <https://www.infomie.net/IMG/pdf/autonomie-guide-fiche8.pdf>

79 - InfoMIE. (mise à jour 2018, 27 Août). *Les dispositifs de soutien de l'Aide Sociale à l'Enfance ouverts aux jeunes majeurs isolés étrangers*. Repéré à <https://www.infomie.net/spip.php?article1656>

80 - Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à http://www.OFIL.fr/IMG/pdf/OFIL_001_2017.pdf

81 - Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (2018). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à https://OFPRA.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf

82 - Forum Réfugiés-Cosi. (2016, 31 Octobre). *Intégration des réfugiés : les moins de 25 ans en marge des dispositifs*. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/integration-des-refugies-les-moins-de-25-ans-en-marge-des-dispositifs>

83 - Pôle emploi, l'allocation temporaire d'attente : <https://www.pole-emploi.fr/candidat/allocation-temporaire-d-attente-ata-@/article.jspz?id=60952>

Le **contrat jeune majeur (CJM)** est un dispositif qui peut permettre une transition en douceur dans la majorité. Destiné aux 18-21 ans en situation de difficulté d'insertion sociale, « il comprend un soutien matériel, éducatif et psychologique similaire à celui proposé aux mineurs adolescents, mais avec une attention plus particulière portée à l'autonomisation⁸⁴. » Ce contrat permet l'accès à un suivi éducatif, social et/ou psychologique, une aide financière et un hébergement. Cependant, les jeunes n'ayant pas été pris en charge par l'ASE ont des difficultés à y accéder.

Toutefois, le contrat jeune majeur est un dispositif facultatif et son application réelle est soumise à l'appréciation du président du conseil départemental, selon les dispositions budgétaires du territoire. En 2016, 20 900 jeunes bénéficient du CJM (soit 9 pour 1 000 jeunes âgés de 18 à 21 ans)⁸⁵. Le nombre de contrats jeunes majeurs a par ailleurs tendance à se réduire (21 500 contrats en 2007).

L'Observatoire national de la protection de l'enfance et le Conseil économique, social et environnemental proposent de systématiser ce contrat et de l'uniformiser sur le territoire français. Un avis du Conseil économique, social et environnemental qui date de 2015 recommande d'intégrer ce contrat à la Garantie jeunes.

La principale ressource publique financière destinée à cette tranche d'âge, pour les français comme pour les personnes de nationalité étrangère est la **Garantie jeunes**. Destinée aux 16-25 ans, l'éligibilité à cet accompagnement repose sur l'intégration d'un parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie. Ce n'est pas un droit ouvert, mais un dispositif avec un nombre de places limitées. Il s'agit d'un contrat signé par le jeune avec un conseiller de la mission locale, qui fait un « diagnostic » de la situation du demandeur. La Garantie jeunes permet de toucher une allocation d'un montant maximum de 484,82 euros par mois. Elle comporte également divers accompagnements, sociaux et professionnalisants⁸⁶. Mais, les jeunes exilés présentent des problématiques spécifiques pouvant restreindre l'accès à cette aide : « la maîtrise de la langue pour participer aux ateliers, la sélection des dossiers, le nombre de places étant limité, et l'absence de prise en compte du récépissé "constatant la reconnaissance d'une protection internationale"

dans l'attente de l'obtention de la carte de résident pour accéder à la Garantie jeunes⁸⁷. » La Garantie jeunes pourrait combler le manque de contrats jeunes majeurs dans certains départements, mais elle n'est orientée que vers la professionnalisation. Or, un accompagnement psychologique, éducatif et à l'intégration semble aussi nécessaire, en-dehors de la formation professionnelle.

Ainsi, un dispositif expérimental a été mis en place en région Auvergne-Rhône-Alpes : la **Garantie jeunes réfugiés**. Ce projet est développé à Lyon depuis mai 2017 par Forum réfugiés-Cosi. Il est conçu spécifiquement pour des réfugiés de moins de 25 ans, sans ressources, n'ayant aucune expérience du monde du travail en France et ayant un niveau de français trop faible pour intégrer un emploi ou une formation qualifiante. Depuis 2018, ce dispositif est également expérimenté à Valence⁸⁸. Il associe la Garantie jeunes classique à un cursus intensif de français langue étrangère (FLE).

Les paroles de Behrouz, jeune de 19 ans, bénéficiaire de la protection internationale depuis quelques semaines, illustrent ces difficultés spécifiques. Il est à la rue depuis sa majorité après une fin de prise en charge par l'ASE :

« Je suis arrivé en France en aout 2015, j'avais 15 ans. Maintenant j'ai 19 ans. D'abord j'étais dans un hôtel, après je suis allé dans un foyer. (...) Et puis le logement c'est terminé aux 18 ans. Ils m'ont dit : "attends que l'OFII te donne quelque chose", après l'OFII ne m'a rien donné. J'ai eu 18 ans, après c'est fini. Après j'ai fait la demande d'asile. J'étais avec des amis français, je reste chez lui parfois. (...) Quand j'appelle le 115 ils ne me donnent pas, je dors dans la rue, la nuit jusqu'au matin (...) à droite, à gauche, jusqu'à maintenant on ne dort pas, c'est comme ça. (...) J'étais mineur, je n'avais pas le droit à la demande d'asile, ils m'ont dit comme ça, mais je ne sais pas... Je vois des mineurs qui sont demandeurs d'asile, qui sont mineurs. Il y a des gens qui sont dans la même situation et ils ont droit et il y a des gens qui sont dans la même situation mais ils n'ont pas le droit, je ne sais pas pourquoi. Il y a des lois que pour quelques personnes, il y a des lois. Les situations c'est les mêmes mais les lois ça change, je ne sais pas. »

84 - France Terre d'Asile. (2016, Septembre). Les jeunes réfugiés. *La lettre de l'asile et de l'intégration* (76). Repéré à http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/Lettre_de_l_asile_et_de_l_int_gration_n_76.pdf

85 - Bourguignon, B. (2018, 11 Juillet). *Assemblée nationale : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer l'accompagnement des jeunes majeurs vulnérables vers l'autonomie*. Repéré à <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1150.pdf>

86 - Service public, Garantie jeunes : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32700>

87 - France Terre d'Asile. (2016, Septembre). Les jeunes réfugiés. *La lettre de l'asile et de l'intégration* (76). Repéré à http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/Lettre_de_l_asile_et_de_l_int_gration_n_76.pdf

88 - Voir la fiche dédiée à la suite du rapport.

Cette précarité administrative de cette tranche d'âge peut avoir des effets sur la santé mentale, comme l'explique une psychologue d'une structure d'hébergement :

« Il y a beaucoup d'inquiétudes pour les jeunes, surtout de moins de 25 ans, énormément d'anxiété sur l'avenir. Ce sont des jeunes qui n'ont pas été scolarisés, à qui on demande d'apprendre la langue. Et du coup et à travailler, vu qu'ils ont moins de 25 ans ils n'ont le droit à aucun revenu et ça ils en ont bien conscience. Tant qu'ils sont là quelque part ils sont un peu protégés, ils ont un peu des revenus et un logement, mais ils ont bien compris que leur situation était précaire et que les choses n'étaient pas réglées. Cela les inquiète énormément, parce qu'ils pensaient tous que c'était fini en arrivant ici. »

LA GARANTIE JEUNES RÉFUGIÉS

La Garantie jeunes est un dispositif d'aide de l'État proposant un accompagnement vers l'emploi aux jeunes âgés de 16 à 25 ans, en situation de précarité depuis un an, pas ou peu diplômés, qui ne sont ni en cycle d'études, ni en formation et dont les ressources ne dépassent pas le plafond du RSA. Ce contrat, conclu entre une Mission locale et un jeune, donne accès à un accompagnement, des formations et à une allocation mensuelle.

Plusieurs départements français, dont les départements du Rhône et de la Drôme, ont mis en place une variante de ce dispositif, spécifiquement destinée aux jeunes réfugiés, pour qui la Garantie jeunes présentait des barrières (notamment linguistiques). Ce dispositif comprend un accompagnement collectif et de mise en situation professionnelle accélérée, avec, pour objectifs, de permettre une entrée rapide en formation qualifiante et la mise en œuvre de leur projet professionnel.

La Garantie jeunes réfugiés à Valence :

Rencontre avec Mélanie Dimino, référente du projet

Dans la Drôme, c'est la mission locale de Valence qui est porteuse de ce projet, depuis la fin de l'année 2018. 12 jeunes, âgés de 18 à 25 ans et ayant obtenu le statut de réfugié, bénéficient d'un accompagnement collectif et individuel. La phase d'ateliers collectifs qui est habituellement de quatre semaines, est rallongée à 10 semaines. En plus des cours de FLE, de nombreux ateliers sont mis en place, tels que :

- un atelier cuisine du monde, permettant de travailler les normes d'hygiène, mais également le partage de recettes interculturelles et françaises ;
- des ateliers « où sont mes racines » en lien avec le centre de santé de Valence, animés par un psychologue ;
- un atelier théâtre et art graphique ;
- un atelier d'art thérapie ;
- un espace de parole sous forme de contes (dont l'animatrice est victimologue et éducatrice).
- des ateliers avec une assistante sociale, la Maison pour tous (MPT) du Petit Charran, permettant le repérage des associations qui pourraient être utiles pour la santé, l'alimentation, les vêtements, le bien être ;
- des ateliers d'écriture, animés par le référent « jeunesse » de la MPT du Petit Charran ;
- des ateliers de photolangage, animés par une psychologue de la MPT du Petit Charran ;
- des ateliers sur l'interculturalité, animés par Romans international
- des ateliers santé, animés en partenariat avec le Centre de santé jeunes et une équipe de services civiques impliqués sur le projet Re'pair santé ;
- des ateliers « logement » (recherche, maintien, dédite).

Les activités sont toutes en lien avec le parcours d'insertion. Les jeunes réfugiés peuvent apprendre le français en imaginant une situation de logement où, par exemple, il est nécessaire d'envoyer un papier à la CAF après la réception d'un courrier de leur part. Ils apprennent ainsi à manier conjointement le vocabulaire et des situations domestiques de la vie courante.

Les premiers retours sur cette Garantie jeunes réfugiés sont très positifs :

« Je me rends bien compte qu'ils arrivent avec leurs lourds bagages et sac à dos, ils font le choix de dépasser et d'aller vers la vie. »

L'étayage collectif prend de multiples formes et permet à chacun, à travers cette Garantie jeunes sur mesure, de trouver ou de retrouver sa place et son identité. Les outils de médiation permettent de favoriser l'expression des jeunes.

« Nombre d'entre eux se sont saisis de ces espaces de parole et ont compris que ça pouvait faire du bien. »

Toutefois, malgré le bon fonctionnement des expériences collectives, le besoin d'espaces de parole individuels est mis en avant. Les jeunes ont parfois besoin de se raconter au singulier et la référente met en avant la nécessité d'une articulation des différentes médiations collectives et d'un suivi individuel.

Garantie jeunes réfugiés Rhône :

Rapport d'activité de Forum réfugiés-Cosi 2017

Pendant un an, les jeunes suivent un parcours composé de deux mois (soit 243 heures) de face à face pédagogique intensif alternant des temps de formation en FLE et de construction du projet professionnel, suivis de dix mois d'accompagnement individuel par un référent Garantie jeune-Mission locale, avec un appui renforcé sur le démarchage des entreprises, ainsi que trois heures de FLE hebdomadaire. Une contrepartie financière est perçue par le jeune, qui peut ainsi s'investir dans la durée sans être contraint de se mettre dans une logique de survie alimentaire.

En 2017, 27 jeunes ont bénéficié du projet, avec des résultats très satisfaisants. Sur les 13 jeunes de la première promotion et après seulement six mois :

- 100% ont eu au moins une situation de stage ou d'emploi ;
- 10 ont un emploi en cours (dont un CDI et un contrat de professionnalisation de 12 mois) ;
- 2 ont suivi une formation visant à la signature d'un contrat de professionnalisation ;
- 8 ont eu accès/sont en cours d'accès à un logement autonome.

Tous ont progressé d'un niveau dans la maîtrise de la langue française.

Un public qui nécessiterait un accompagnement spécifique

En plus de la spécificité des droits, les jeunes (entendus ici plus largement que la catégorie 18-25 ans) constituent un public pouvant présenter des difficultés spécifiques dans leurs parcours d'intégration. L'obtention d'une protection amène la possibilité de se poser, de s'installer. Mais, pour des jeunes ayant quitté leur pays et leurs familles depuis parfois plusieurs années, ce temps du « repos » laisse également entrevoir le manque de repères auquel ils peuvent être confrontés. Les travailleurs sociaux expriment les difficultés rencontrées dans leur accompagnement d'une partie de ce public. L'un d'entre eux nous confie :

« On a des gamins qui ne savent pas vraiment pourquoi ils sont partis, ils ont traversé les pays, les squats, etc. Ils ne savent pas pourquoi ils sont partis mais ils sont hyper reliés au pays. Des gamins de 25 ans, qui n'ont pas eu d'adolescence, ils nous pètent une crise d'adolescence à 25 ans. Ils ne peuvent pas être traités par la psychiatrie. Il y a des constructions identitaires compliquées. »

Au-delà d'une problématique de santé mentale spécifique, les acteurs mettent en avant le manque de repères, la construction identitaire délicate, les difficultés d'appréhension des codes sociaux que peuvent rencontrer certains jeunes accompagnés. Une responsable d'un programme Garantie Jeunes Réfugiés explique :

« Qu'est ce qui se joue et comment on se construit quand on n'a pas d'adultes autour ? (...) La question qu'on se pose c'est est-ce que, à un moment, il n'y a pas besoin d'une figure parentale à 18 ans, pour arriver à avancer un peu ? Est-ce que le fait que ça soit des très jeunes... ? Ils sont partis très jeunes de leur pays d'origine, on a les parcours d'exil qui sont beaucoup plus compliqués et qu'on ne va pas forcément raconter à ceux qui sont restés au pays. On a le passage par Calais pour certains, ou porte de la Chapelle, etc. qui esquintent aussi beaucoup... Tout ça à des âges où ils ne sont peut-être pas totalement construits psychologiquement. Donc, à la fois on a des gens qui sont très matures sur un tas d'aspects et on le voit dans les Garanties jeunes réfugiés : les taux de sortie sont dix mille fois plus élevés que les Garanties jeunes, on va dire "classiques", parce qu'il y a une maturité, enfin voilà il y a un moment où ils n'ont pas le choix, ils y vont. Et, à côté de ça, il y a des fois où ils sont très immatures et on a envie de leur dire : "mais si j'étais ta mère je te donnerais un coup de pied au cul et je te dirais un peu autrement comment..." et voilà. »

Dans ce contexte de perte de repères, les personnes sont particulièrement vulnérables. Plusieurs professionnels ont évoqué les problématiques d'addictions dans lesquels certains de ces jeunes tentent alors parfois de se réfugier.

Les dispositifs existants peuvent alors être mis en difficultés. Une structure nous donne l'exemple de la Garantie jeunes réfugiés, que plusieurs jeunes refusent malgré le fait que ce dispositif semble être un réel atout pour l'accès à la formation et à l'emploi de cette population n'ayant pas de ressources. Une responsable d'un programme Garantie Jeunes Réfugiés constate :

« On n'y arrive pas, mais ce n'est pas comme avec les autres adultes qui, à un moment, on va les confronter à la réalité, revenir et puis, petit à petit, construire le projet professionnel en allant toucher différentes limites et puis on construit le projet pro. Avec ces jeunes-là ça ne marche pas, ça bloque et ça ne bouge pas d'un iota. »

Ce public semble ainsi nécessiter parfois un accompagnement spécifique, y compris au niveau de la santé mentale.

2 • Les enfants et les familles

Au cours de l'étude, la question des enfants et des familles n'a été que très peu abordée. Nous avons rencontré beaucoup de personnes isolées, peu de familles.

Conscient que ce public est souvent « oublié » lorsque nous parlons de l'accès aux soins de santé mentale, nous souhaitons tout de même mettre en avant les réflexions portées par les acteurs intervenant auprès d'eux.

Maternité et grossesse en situation de migration

La maternité dans un pays qui n'est pas le nôtre et dont on ne connaît pas les codes peut être particulièrement éprouvante, d'autant plus en situation de précarité⁸⁹. Claire Mestre, Estelle Gioan et Bérénice Quattoni notent que « les femmes migrantes cumulent plusieurs obstacles, dont certains sont communs avec les autres femmes (les facteurs socioéconomiques) et d'autres sont plus spécifiques. La vie en situation migratoire est grevée de grandes difficultés, du fait de nouvelles contraintes liées au manque de personnes et de ressources culturelles, et de difficultés de relations aux institutions⁹⁰. » Les difficultés liées à la situation migratoire et/ou à la situation de précarité peuvent impacter fortement la santé mentale des femmes, mais également des bébés.

Sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes, un réseau expérimente une prise en charge globale et précoce de ces femmes particulièrement vulnérables.

89 - Sur cette thématique, voir notamment Davoudian, C. (2017). La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions. *Cahiers de Rhizome, Cliniques et migrations*, (63). Lyon : Orspere-Samdarra.

90 - Mestre, C., Gioan, E., Quattoni, B. (2009). Mères en exil : soins et travail en réseau. *Rhizome*, (37). Lyon : Orspere-Samdarra. Repéré à <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n37-de-l-exil-a-la-precarite-contemporaine-difficile-parentalite/meres-en-exil-soins-et-travail-en-reseau-1363.html>

LE RÉSEAU VALÉRIANE (VALENCE)

Valériane (vulnérabilité, Valence, accueil, lien, écoute, réseau, identité, accompagner, naissance, enfance) est un réseau qui travaille sur « la prise en charge précoce et globale en réseau de soin personnalisé ville-hôpital des femmes enceintes et nouveaux nés en situation de vulnérabilité dans le bassin valentinois. » Il s'agit d'un projet expérimental, implanté dans la Drôme, financé par l'Agence régionale de santé. Débuté en 2017, le projet a déjà permis à 400 personnes d'être prises en charge dans un parcours de soin.

L'équipe composée de sages-femmes, psychologues et médecins, propose diverses modalités de soins, telles que l'observation partagée, l'écoute des parents, la psychomotricité, les médiations corporelles et les groupes. Les interventions de l'équipe prennent forme dans des consultations à domicile, dans l'unité de soins ou dans d'autres lieux. Par le travail en réseau, la prise en charge peut avoir lieu 7 jours sur 7.

Les sagefemmes et assistantes sociales travaillent en binôme. Une réunion a lieu de façon hebdomadaire et regroupe tous les acteurs pluridisciplinaires impliqués dans la prise en charge des patientes. La prise en charge souhaitée est globale, incluant les dimensions médicales, sociale et psychologique.

Il y a plusieurs objectifs à cette prise en charge globale :

- éviter la répétition des troubles de l'attachement ;
- permettre que la grossesse et la naissance soient un moment privilégié pour soutenir et faire progresser parents et enfants ;
- influencer des soins périnataux sur le développement ;
- prendre en compte l'importance des facteurs éthiques et humains : ne pas stigmatiser pour ne pas aggraver l'exclusion ;
- maitres mots : bienveillance, écoute, respect, estime de soi.

L'entrée dans le dispositif dépend de critères de vulnérabilité (tels que les addictions, déni de grossesse) et de précarité (comme l'isolement, la barrière linguistique). Les patientes sont souvent orientées par la protection maternelle infantile (PMI), la PASS ou des médecins libéraux.

*Entretien avec Elsa Étienne,
sage-femme coordinatrice*

L'équipe de Valériane est aussi en lien avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Drôme Vivarais, les PMI, la psychiatrie adulte, le pôle mère-enfant, les acteurs du logement, les crèches et pouponnières.

L'accompagnement des femmes et nourrissons en situation de vulnérabilité s'adapte aux besoins et aux situations des personnes. Le lien de confiance est primordial, tout comme le travail en réseau, pour permettre une prise en charge adaptée. Pour Elsa Étienne, sage-femme coordinatrice :

« Si en tant que professionnel de santé, professionnel médical, on bascule sur le social, les patientes nous fuient. Donc, dans un premier temps, on explique qu'on va se mettre en lien avec des professionnels médicaux pour elles et pour leur bébé, qu'on va partager des informations si elles sont d'accord, que c'est un parcours de soins particulier et qu'on se rend disponibles pour elles un peu plus que pour les autres patientes. Ça se traduit notamment par le fait que si elles n'honorent pas leur rendez-vous, je les rappelle et les voit. J'ai un planning particulier, j'ai des plages de rendez-vous tous les jours et je me rends disponible peu importe le moment auquel les personnes arrivent. Donc, si elles ne viennent pas le lundi je les rappelle, je leur dis que ce n'est pas grave, l'objectif c'est qu'elles soient vues, est-ce qu'elles veulent venir aujourd'hui ? Demain ? »

L'adhésion aux soins peut être difficile, nécessiter du temps, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Elle poursuit :

« On s'en occupe aussi bien que les autres même si elles n'adhèrent pas. Ça sous-entend que je leur cours beaucoup après, je les appelle, je leur envoie des sms. »

Le réseau Valériane a eu une file active de 160 situations suivies en 2017.

La santé mentale des enfants et des familles

Concernant la santé mentale des enfants, les problématiques sont elles aussi bien présentes, même si elles peuvent être moins verbalisées et exprimées.

Hélène Asensi, pédopsychiatre proposant des consultations de psychiatrie transculturelle à Clermont-Ferrand que nous présenterons un peu plus loin dans cette étude, explique⁹¹ :

« Il n'existe actuellement aucune étude sur la santé mentale des enfants réfugiés sur notre territoire. Les observateurs, dont nous faisons partie, ont cependant la certitude :

- *d'une incidence de trouble bien supérieure à la population ordinaire ;*
- *de survenue de troubles bien plus intenses que sur une population ordinaire de consultation en pédopsychiatrie ;*
- *de difficultés parfois insurmontables pour une mise en place ordinaire de soins.*
- *Il ne s'agit pas d'une clinique exceptionnelle mais d'une clinique de l'exceptionnel : la gravité des événements de vie, la gravité des troubles, la précarité des conditions de vie, le pourcentage de parents eux-mêmes bien malades, la difficulté des consultations en lien avec les langues et l'intensité émotionnelle sont omniprésentes dans ces consultations. »*

Le repérage des problématiques de santé mentale des enfants semble plus difficile pour les professionnels non spécialisés dans l'enfance. Le rôle des parents dans le repérage est primordial et l'accès aux soins des enfants dépend donc également des représentations des parents sur la santé mentale en France. Lorsque le repérage a eu lieu, l'accès aux soins est extrêmement difficile. Les délais d'attente en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) sont très longs et il peut être compliqué d'accéder à des soins généraux, comme en témoigne cette travailleuse sociale d'une structure d'hébergement ayant accueilli des personnes réinstallées :

« J'ai été en lien avec la PMI pour que les enfants puissent avoir un bilan médical. La PMI a dit qu'ils étaient débordés, qu'ils ne donneraient pas de rendez-vous avant trois mois, sauf s'ils avaient des nouvelles de l'agence régionale de santé pour leur dire que c'est prioritaire. »

Une responsable de structure sociale accueillant des familles s'inquiète de l'impossibilité d'accéder à des soins de santé mentale adaptés pour les enfants en situation de migration :

« Les enfants qui vont avoir des difficultés scolaires parce qu'ils sont préoccupés psychologiquement par d'autres choses. (...) Il y a un vrai enjeu, et il faut absolument, absolument qu'on entende ça, il y a un vrai enjeu et un vrai enjeu de société pour ces enfants-là, mais aussi pour nous avec eux, c'est-à-dire demain comment on va être ensemble. Si ces personnes, en plus, la seule possibilité qui leur reste c'est de continuer à développer, mettons, des rites de soins psychiques comme c'est chez eux, donc complètement décalé par rapport à ce qu'on fait nous, encore plus loin de nos manières d'être, de nos manières de faire... On est en train d'initier une société dans laquelle il y a des gens qui vont être vraiment très, très à part. »

Toutefois, les possibilités de prises en charge cliniques existent dès lors que les moyens sont donnés, comme l'explique Hélène Asensi :

« Malgré l'obstacle de la langue et de la situation transculturelle, le diagnostic des troubles présentés par ces enfants n'est pas une difficulté surajoutée par rapport à nos consultations ordinaires. Les réelles difficultés résident dans le manque de dispositifs dotés de moyens indispensables, tels que la présence d'interprètes professionnels et les innombrables obstacles aux soins liés à la précarité des conditions de vie de ces enfants. »

De plus, la migration en général mais également le parcours d'intégration, peuvent amener des modifications dans les rôles et structurations familiales⁹². Le récit de la migration ou les non-dits peuvent mettre à mal la structuration familiale et la santé mentale de ses membres. Un psychologue rencontré explique :

« Il faudrait que les familles qui sont dans ce processus-là [d'intégration] aient accès à un endroit où il y a un facilitateur pour faire circuler la parole dans la famille sur pourquoi vous êtes partis, etc. Parce qu'on constate tout le temps qu'il y a de gros déficits de transmission et que ça peut gangrener. Cela peut aussi se transformer en un truc formidable où il y a une sublimation de cela, mais il y a un potentiel de douleur qui est inutile. Il est très difficile dans les conditions, de par la régression sociale, de par les stratégies mises en place du côté du clivage, etc. que la parole circule. Alors que si on le disait... On voit ça en consultation : "Ah bon, on est parti pour ça mais je croyais ça. Ah ben je comprends mieux, je t'en veux moins peut être, ou je te considère moins comme un incompetent notoire parce que tout le monde autour de toi, te renvoi que tu parles comme un enfant et que tes diplômes ou ton travail que tu faisais là-bas ici on en veut pas et je sors de la honte." Il y aurait un potentiel soignant dans un dispositif comme ça qui me semble inestimable. »

91 - Orspere-Samdarra. (2019). Actes de la journée d'étude Partir, grandir, devenir : la santé mentale des enfants et des adolescents à l'épreuve des parcours migratoires et du pays d'accueil. 4 décembre 2018, Clermont Ferrand, Lyon.

92 - Métraux, J.-C. (2016). Les liens familiaux à l'épreuve de la migration. *Pediatrica*.

Il n'existe, à l'heure actuelle, que deux dispositifs d'écoute transculturelle spécialisés qui permettent la prise en charge en santé mentale des enfants migrants et de leur famille en région Auvergne-Rhône-Alpes (ces dispositifs seront également détaillés par la suite).

Face à ce manque de structures spécialisées, des dispositifs tentent de favoriser des espaces permettant à chaque membre de la famille de retrouver une place.

LA MAISON DES FAMILLES (GRENOBLE)

La Maison des Familles est un dispositif qui existe depuis 2009, financé par le Secours Catholique et les Apprentis d'Auteuil.

« La Maison des Familles s'est créée sur un constat assez simple (...) : la précarité impacte lourdement l'éducation et la question n'est pas tant la présupposée incompetence des parents à s'occuper de leur enfant, c'est plutôt la question de la précarité qui va créer chez eux de l'empêchement. Notre objectif ici est plutôt de lever quelques empêchements liés à la précarité pour leur permettre d'être dans une démarche parentale comme tout un chacun. »

Le lieu est animé par un éducateur, une directrice de structure salariée et de dix-huit bénévoles. Leur mission première est d'assurer un accueil sécurisant et bienveillant afin de ne pas alimenter l'insécurité créée par la précarité.

« L'idée c'est que ces parents puissent trouver une espace où se poser. Même si on leur dit d'emblée que ce lieu est un lieu pour échanger sur l'éducation, on ne va pas intervenir frontalement là-dessus. On sait qu'il faut du temps et on va prendre le temps qu'il faut pour établir une relation de confiance avec les personnes. Nous on prend notre temps pour en gagner. »

La porte d'entrée est collective, mais l'individuel est également possible par la suite. Les familles arrivent dans ce lieu de socialisation par le bouche-à-oreille, par les acteurs sociaux, mais également par les acteurs du soin (orientation du CMP par exemple).

La maison des familles propose un accueil libre du mardi au vendredi. En fonction de ce que souhaitent les parents, des ateliers sont mis en place. Pour ne pas empêcher les personnes ayant un rapport au temps instantané, souvent créé par la précarité, aucune inscription n'est nécessaire pour y accéder : si elles passent, elles peuvent rentrer.

Voici quelques exemples d'activités :

- un groupe de travail d'une heure et demie, deux heures se réunit une fois par mois afin d'échanger sur les manières d'articuler, d'adapter entre le modèle d'éducation du pays d'origine et le modèle d'éducation ici en France ;
- des ateliers de yoga, mis en place à la demande des parents ;
- depuis un an et demi un groupe ado se réunit tous les vendredis ;
- un temps « papa » existe également ;
- les temps de fête tels que Mardi gras, Pacques ou l'Aïd, sont l'occasion de se rassembler.

« L'ensemble de nos propositions n'ont aucune visée thérapeutique, mais on voit bien que c'est très thérapeutique. (...) On voit des gens complètement se transformer. Un des facteurs qui fait que les gens se transforment c'est qu'ils font ici en permanence l'expérience de la parole. »

Entretien avec Elisabeth Michel, directrice de la Maison des Familles de Grenoble

Les échanges autour des temps de cuisine, des repas partagés ou des activités permettent d'en apprendre un peu plus sur le fonctionnement en France, sur le système de santé, la scolarisation, mais aussi la retraite, le droit du travail, et autres thématiques utiles dans la vie quotidienne.

« On a une sorte de volonté, aussi, de tenter de rendre le monde lisible et intelligible pour ces personnes (...) parce qu'en fait, surtout pour les personnes en migration, c'est illisible ce monde, illisible. »

Les échanges ont lieu en français, même si des traductions sont faites entre les personnes :

« Il y a autour de la table des Albanais, Marocains, Algériens. Donc le minimum commun c'est la langue française. (...) Notre deuxième souci c'est de ne pas développer des groupes communautaristes. Ici, le commun entre les personnes qui sont là c'est le fait qu'ils sont parents. C'est tout. »

Pour autant, il n'est pas question d'assimilation, mais bien d'intégration :

« Un des enjeux importants sur la santé psychique des personnes en migration, pour un certain nombre, c'est quand même la rigidification des repères et en particulier des repères liés à leur pays qui sont inopérants ici. Notre job à nous c'est de les assouplir en leur faisant vivre des expériences qui leur font se rendre compte que ce n'est pas si dangereux que ça. (...) Plutôt dans une logique de dire, de faire vivre, (...) qu'il n'y a pas un choix unique, que quand on est dans une phase comme ça, d'intégration avec des nouveaux codes, on peut jouer avec les codes et qu'il faut qu'on sache qu'il y a des endroits les codes sont comme ça, ailleurs ils sont autrement. Nous on ne leur demande pas de choisir. »

En 2018 :

- 110 familles connues ;
- 83 familles accompagnées (venues au moins trois fois) ;
- 30 familles qui ont des soucis d'hébergement, qui ont été mises en lien avec des réseaux de citoyen ;
- 40 familles qui sont en CHRS, en hébergement temporaire et une 40n qui sont en logement locatif social.

UNE COLLECTION : UN LIVRE POUR TOI

Afin d'offrir aux parents en situation d'exil et de grande précarité un outil pour raconter à leurs enfants leurs parcours, leurs histoires, leurs racines, la Maison des familles leur propose la réalisation d'un livre. Une écrivaine publique, un recueil de témoignage au fil de rencontres régulières, un climat de confiance et beaucoup d'échanges permettent la création de ces petits livres que les parents remettront lorsqu'ils le souhaitent à leurs enfants.

« On voulait absolument qu'ils puissent vivre l'expérience qu'il n'y avait rien de honteux là-dedans. C'est compliqué, difficile, mais pas honteux. »

3 • Les personnes réinstallées

La réinstallation est un processus particulier, permettant le transfert de réfugiés identifiés depuis le HCR dans leur premier pays d'asile vers un État tiers qui s'engage à les accueillir et à leur accorder un statut de résidence permanente ainsi que tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels liés⁹³.

La nouvelle loi asile et migrations de septembre 2018 a pour la première fois donné un cadre légal au programme de réinstallation française. Avant cela, le seul cadre légal existant était la loi cadre entre le HCR et la France en 2008, prévoyant une soumission de 100 dossiers de réinstallation par an. La France accueille prioritairement les personnes « vulnérables ».

En Auvergne-Rhône-Alpes, il existe plusieurs programmes de réinstallation, portés par plusieurs opérateurs et organisés de manières très diverses. Toutefois, plusieurs difficultés et questionnements semblent ressortir de l'accueil des personnes réinstallées.

Les personnes sont réinstallées en famille ou isolées. Des jeunes isolés de 18 à 25 ans font également partie des programmes de réinstallation, malgré les difficultés précédemment évoquées concernant cette population spécifique. Un travailleur social explique :

« Le pire c'est qu'on va les chercher [des jeunes de 18 à 25 ans réinstallés]. Ils n'ont pas de ressources, pas de possibilités d'hébergement, ils sont bloqués en CPH. C'est une usine à SDF qu'on est en train de faire. On est venu les chercher mais dans un an ils sont à la rue. »

Les personnes réinstallées ont attendues plusieurs mois, plusieurs années, une réponse à leur demande de réinstallation et n'ont parfois connu leur pays de destination que quelques temps avant leur départ. Certaines étaient dans le premier pays d'accueil depuis plusieurs années et avaient commencé à s'y intégrer. Un responsable d'un programme de réinstallation nous confie :

« Alors les familles qu'on a sur le programme [d'une certaine nationalité], il faut savoir qu'elles n'ont pas forcément choisi de venir en France et encore moins de venir à [ville en territoire rural]. On a pu s'apercevoir que les familles qui venaient de Turquie ça a été beaucoup plus difficile pour elles puisque la plupart s'étaient réfugiées en Turquie depuis plusieurs années; elles avaient réussi à retrouver un travail, elles avaient un logement, elles avaient en fait finalement plutôt une bonne situation. Et arrivées ici ben elles ont parfois un logement social qui n'est pas forcément adapté à la composition familiale, faut tout recommencer, elles connaissent personne, elles n'ont plus de travail. »

Les personnes réinstallées sont primo-arrivantes sur le territoire et pour autant déjà bénéficiaires de la protection internationale. Elles ne connaissent pas le pays et ses coutumes et doivent pourtant déjà s'y intégrer. Pour cela, différentes modalités d'accueil sont organisées.

Des programmes de réinstallation différents

Les programmes de réinstallation ont des fonctionnements très divers la région : les populations sont accueillies par groupes variables en termes de tailles (de six à soixante-dix personnes réinstallées au même moment selon les programmes) et de nationalités. Les conventions peuvent être spécifiques à certaines nationalités, les moyens attribués aux structures gestionnaires sont divers et différencient les prises en charge. Un travailleur social d'un programme de réinstallation affirme :

« Par rapport aux [nationalité de réinstallés] y a une convention qui a été faite entre l'État et les gestionnaires. Il y a dedans un certain nombre de points sur ce qui doit être mis en place sur la santé, l'accompagnement, les animations, l'accueil. L'accueil diffère de notre accueil standard, notamment parce qu'il y a cette convention. On doit par exemple les orienter vers des centres dédiés à la prise en charge du psychotrauma. »

Les modalités d'accueil sont parfois directement en logement autonome, parfois en passant par un centre de transit.

Passage par un centre collectif

En Auvergne-Rhône-Alpes, plusieurs structures collectives accueillent des personnes réinstallées. Certains CPH, tel que celui de Haute-Savoie, disposent de places dédiées pour les personnes réinstallées. Elles se retrouvent alors avec des personnes réfugiées ayant réalisées leurs démarches en France. Les personnes peuvent également être accueillies en résidence sociale.

D'autres structures sont spécifiquement dédiées à l'accueil de personnes réinstallées. Parmi celles-ci, nous pouvons citer le centre d'accueil des réfugiés réinstallés (CARR) à Pessat Villeneuve, où soixante-dix personnes arrivent tous les quatre mois. Ces personnes viennent des camps en Libye et ont été placées sous protection au Tchad et au Niger. Elles sont principalement Somaliennes, Érythréennes, Centre Africaines et Nigériennes. À leur arrivée en France, elles sont prises en charge par un centre pendant quatre mois. Une responsable de programme de réinstallation affirme :

« L'idée c'est de changer le paradigme de l'intégration, l'intégration va se passer le plus longtemps possible dans l'appartement, au plus près de la vie d'avenir et du logement d'avenir. Elles sont reçues pendant quatre mois sur le centre pour poser les bases du projet, et lever tous les freins qui pourraient se présenter. »

⁹³ - Voir le schéma de la procédure de réinstallation en annexe 7.

Ensuite, elles accèdent à un logement pérenne et l'accompagnement se poursuit durant huit mois.

Au centre de transit pour réfugiés de Bourg-en-Bresse, où soixante personnes sont arrivées, le projet théorique était de les héberger quatre mois. quatre mois. L'hébergement peut être prolongé jusqu'à six mois en cas de nécessité, avec une continuité de suivi pendant un an.

La difficulté à trouver des logements peut toutefois rallonger les délais de séjour dans le collectif.

Certains centres défendent le passage par le collectif avant d'accéder en logement seul comme un « sas » nécessaire, permettant de poser les bases de la vie en France tout en étant entouré de la communauté. Une psychologue dans un centre accueillant des personnes réinstallées explique :

« Tant que les personnes sont en centre, elles sont un peu en communauté du coup, elles ne sont pas si bouleversées que ça mine de rien. Elles refont un petit peu leur petit monde, ça leur fait une transition plus douce que d'arriver directement en logement. »

D'autres défendent au contraire l'arrivée directement dans un logement à soi.

Arrivée directement en logement

Dans certains programmes, les personnes arrivent directement en logement, souvent par le biais d'intermédiation locative. Une responsable de programme de réinstallation explique :

« La décision de faire du diffus c'est vraiment d'optimiser les chances d'insertion et d'intégration, parce que si c'est pour créer des ghettos c'est juste l'enfer. »

Elles sont alors accompagnées dans la gestion du logement à partir du logement existant. Des temps collectifs peuvent également être proposés.

Des attentes différentes concernant la santé

La question de l'accès à la santé et des priorités ne semble pas se poser de la même manière pour les personnes réinstallées que pour les personnes ayant réalisé leur parcours d'asile en France. Les attentes qui concernent l'accès aux soins peuvent être les plus élevées. Un travailleur social d'un programme de réinstallation affirme :

« Quand la France va les chercher on leur dit : "Oui mais en France on vous soigne", alors quand ils arrivent ils veulent tout, tout de suite. Mais on leur dit que même nous pour aller chez l'ophtalmo c'est six mois, et ça ils ne comprennent pas donc... »

Les attentes sont d'autant plus fortes qu'il a pu être demandé aux personnes dans le pays d'origine d'attendre l'arrivée en France pour être soigné, comme l'explique ce travailleur social d'une structure accueillant des réinstallés :

« Il y a beaucoup de personnes qui avaient des problèmes et on leur a dit attendez d'être en France, donc elles sont arrivées avec des diabètes hyper graves pas du tout pris en charge, des tuberculoses, etc. parce qu'on savait qu'elles allaient en France. »

De plus, l'arrivée en France après plusieurs années, dans un camp, ou tout du moins dans une situation complexe semble amener à un relâchement et correspondre à un moment où les pathologies apparaissent ou réapparaissent. Nous le verrons par la suite, ce processus peut aussi s'observer lors de l'obtention de la protection internationale. Un responsable d'un programme de réinstallation explique :

« Après on s'est aperçu aussi qu'il y a plein de bobos qui se sont déclenchés. Je ne sais pas si c'est le fait de poser ses valises et de se sentir un peu en sécurité, de se détendre et de se relâcher un peu psychologiquement qui a déclenché. Il y a des pathologies, ou des problématiques, qui ont surgi une fois arrivé. Des pathologies plutôt physiques : cardiaques, sur des problèmes de dos, visuels, etc. »

Les attentes concernant la santé et la prise en charge peuvent donc être élevées. Toutefois, le parcours de soin se révèle souvent plus compliqué que ce que les personnes espéraient.

La difficulté à récupérer les informations sanitaires

Certaines personnes ont passé des années dans des camps de réfugiés, voire y sont nées, d'autres y ont passé très peu de temps. Certaines bénéficiaient déjà d'un suivi médical et/ou psychologique, alors que d'autres n'en ont jamais eu. La transmission des informations entre le pays d'origine et le pays d'accueil a été mise en avant par la majorité des acteurs de la réinstallation comme étant problématique. Un responsable d'une structure spécialisée en santé mentale constate :

« Certaines personnes ont déjà eu des soins psychologiques et on a des difficultés à récupérer les informations transmises par le HCR à l'OFII. Nous on n'arrive pas à récupérer le travail qui a été fait en amont, donc c'est un peu ridicule. On récupère l'info sur le fait que la personne est vulnérable, mais on ne récupère pas ce qui a été fait avec. Il faudrait que les personnes aient une synthèse pour elles et qu'elles puissent l'apporter aux soignants qu'elles verront. On comprend bien les histoires de confidentialité, mais il y a quand même un souci : il y a des gens qui se retrouvent dans des coins où elles auraient jamais dû se retrouver parce qu'elles ne peuvent pas avoir accès à la dialyse, etc. Il y a quand même des choses un peu aberrantes. »

Une psychologue exerçant dans un centre accueillant les personnes réinstallées raconte :

« Quand les personnes arrivent, on a aucune idée de si elles sont malades, est-ce qu'elles ont fait leurs vaccins, est ce qu'elles ont des traitements, on ne sait rien du tout. On récupère une fiche/habilitation de voyage qui dit juste qu'elles sont aptes à voyager. Pour une personne, il y avait une fiche "PTSD hallucination⁹⁴", point, et une liste de médicaments longue comme le bras, qui n'existent même plus en France. Surtout que derrière on s'est rendu compte qu'elle n'avait pas d'hallucinations. »

Les acteurs accueillant les personnes sur le territoire français n'ont généralement pas d'idées du parcours de soin éventuellement réalisé au préalable par les personnes, ce qui peut poser des difficultés pour envisager de poursuivre le parcours de soin des personnes en France.

Bilan médical nécessaire à l'arrivée

Les personnes arrivant avec le statut de réfugié sur le territoire, n'ayant pas fait leur demande d'asile en France, n'ont pas bénéficié de la visite médicale obligatoire. Une responsable de programme de réinstallation explique :

« Là où il y a vraiment un problème dans ce projet de réinstallation, il vient d'une faille médicale. Normalement, lorsque l'on fait sa demande d'asile en France la visite médicale est obligatoire, et là quand ils arrivent avec le statut, ils passent complètement à la trappe sur ce point-là. Et ça c'est dommage parce que c'était utile de faire le point sur ce qu'ils ont comme médecin, comme maladie, comme antécédent, etc. Les demandeurs d'asile sont convoqués normalement à l'OFII, et nous il n'y a pas de convocation OFII, rien. Ils font le CIR mais il n'y a pas la visite médicale. »

De plus, ces personnes n'ont souvent pas encore de droits ouverts et se retrouvent donc orientées vers les PASS. Par ailleurs, les lieux de réinstallation sont parfois implantés dans des zones où l'accès aux soins est déjà très saturé, rendant difficile l'accès à un médecin traitant.

Sur certains territoires, l'arrivée des personnes a été anticipée et travaillée en lien avec les acteurs médicaux en amont, comme le témoigne ce responsable de programme de réinstallation :

« Avant leur arrivée on avait programmé une réunion avec tous les partenaires, histoire de faciliter leur arrivée, leur intégration. Donc on s'était entendu avec le service de la PASS de l'hôpital pour qu'ils reçoivent toutes les familles pour faire un bilan santé, prises de sang etc. Donc à leur arrivée ils ont été vus par la PASS plus ou moins rapidement, au moins les parents et les enfants de plus de 15 ans. Ils ont d'abord été vus

par l'infirmière et ensuite par le docteur en entretien. Et ensuite c'est le docteur de la PASS, en fonction de l'entretien, qui les oriente vers les spécialistes et qui prend les rendez-vous. Grâce à ça on a pu obtenir des rendez-vous avec des spécialistes, parce que quand on appelle nous-mêmes... C'est difficile d'obtenir les rendez-vous. »

Dans certains programmes de réinstallation, les équipes médicales se déplacent même sur le lieu de vie collectif sur quelques jours et voient toutes les personnes. Cela a souvent été facilité par l'Agence régionale de santé. Un responsable d'un programme de réinstallation affirme :

« Nous sommes sur un dispositif très particulier financé directement par le Haut-Commissariat à l'intégration. On va dire que cela facilite plutôt les choses et les relations avec les différents acteurs, notamment l'ARS : on bénéficie, à l'arrivée, les 15 premiers jours d'un staff médical qui va se déplacer directement sur le centre : des équipes existantes, type EMPP, qui ont été envoyées sur site et qui nous permettent de raccrocher ensuite avec le droit commun. Une évaluation systématique est proposée, les gens sont libres de dire oui ou non. »

Dans d'autres départements, les mêmes problématiques d'accès aux soins et aux droits se posent pour les personnes bénéficiaires de la protection internationale non réinstallées. L'arrivée n'a pas spécialement été anticipée par les pouvoirs publics et l'accès aux soins n'est pas facilité. Une travailleuse sociale sur un programme de réinstallation explique :

« Il n'y a rien qui est organisé, donc on se retrouve à bricoler une fois que les problèmes sont un peu gros (...). (On a fini par avoir accès au centre de santé publique, mais ça a quand même mis six mois, et il a fallu qu'on ait un cas de tuberculose très avancé, nécessitant une hospitalisation, pour avoir des interventions. On orientait tout le monde vers l'hôpital parce que très peu de médecins voulaient les prendre. »

Lorsque la prise en charge médicale n'a pu être anticipée, les premiers arrivants du programme se retrouvent souvent en difficulté, le temps que l'organisation se mette en place.

Une évaluation en santé mentale ?

La question de l'évaluation en santé mentale semble se poser de manière plus urgente pour les acteurs de la réinstallation que pour les acteurs travaillant auprès des personnes bénéficiaires de la protection internationale ayant réalisé leur parcours d'asile en France. À ce niveau, aucun protocole n'existe et chaque structure fonctionne différemment.

94 - Post traumatic stress disorder (PTSD) : trouble de stress post traumatique.

À Pessat-Villeneuve, où les personnes réinstallées sont hébergées en centre, l'intervention de plusieurs acteurs sur site inclut des professionnels de santé mentale. C'est par exemple ici la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)⁹⁵ qui intervient et rencontre toutes les personnes qui le souhaitent en entretien.

Avec le recul, l'équipe de la structure indique que l'évaluation des premières personnes arrivées sur le centre, qui a eu lieu quelques jours après leur arrivée seulement, était trop précoce. Les personnes étaient encore dans une phase « d'euphorie ». L'équipe souhaite mettre en place les prochaines interventions de la CUMP au moins un mois après l'arrivée des personnes, ce qui permet également aux travailleurs sociaux d'apprendre à les connaître et à repérer des problématiques de santé mentale éventuelles.

Les professionnels précisent que le moment où les personnes quittent la structure soulève des inquiétudes.

Dans l'Ain, un programme de personnes réinstallées a sollicité l'Agence régionale de santé pour évaluer les difficultés que le public rencontrait. Le Carrefour santé mentale précarité, en lien avec le CMP, a donc réalisé une évaluation de la santé mentale de toutes les personnes utilisant des outils issus du champ de l'humanitaire. Certaines ont pu être suivies par le service par la suite. Le psychologue coordinateur explique :

« On a fait une évaluation globale de la santé / santé mentale avec des infirmiers, des psychologues, des interprètes. On a fait passer une échelle utilisée dans l'humanitaire à chaque adulte, des entretiens, et à travers des dessins avec les enfants. Chaque intervention était en binôme à 2 professionnels, souvent un psychologue et un infirmier, parce que l'autre personnel n'avait pas l'habitude de travailler avec des migrants. Il y avait également un interprète. »

Certaines structures ont recruté un psychologue, généralement sur des temps courts, afin de soutenir les personnes souvent par une « première écoute », comme nous le verrons par la suite. Le psychologue peut, par des sessions cadrées ou au quotidien, évaluer les besoins en santé mentale des populations accueillies.

Dans d'autres structures, l'évaluation en santé mentale est souvent liée aux difficultés d'accès aux soins déjà présentes sur le territoire, comme l'explique un travailleur social d'un programme de réinstallation en Auvergne :

« Une fois qu'ils sont installés directement dans le logement il y a bilan médical : PASS, ou la PMI pour les enfants, radio des poumons, dentistes, etc. Systématiquement on fait un bilan de santé, mais pas sur la santé mentale, je ne vous cache pas qu'on serait un peu embêté pour savoir où. »

Si les intervenants sociaux demandent fréquemment une évaluation, cette question ne fait pas consensus chez les professionnels de santé mentale, comme en témoignent ci-dessous deux psychologues de structures de soins en santé mentale spécialisés dans la prise en charge des exilés :

« Je trouve que c'est pertinent de faire une évaluation si on a détecté quelque chose, mais sinon... Évaluer mais si on ne fait rien derrière on frustre. On frustre, ce n'est pas cohérent. »

« Je ne suis pas partisan de faire des évaluations pour tout le monde. Sauf s'il y a une problématique globale, sinon il n'y pas spécialement besoin de les évaluer systématiquement. L'évaluation systématique ne sert pas forcément, même dans une logique de prévention. Ce qui peut être préventif c'est d'être en lien avec les travailleurs sociaux et avoir des moyens de coordination qui permettent de nous solliciter pour venir faire une évaluation lorsque c'est nécessaire. »

Les questions de santé et de santé mentale semblent se poser légèrement différemment dans le cas de l'accueil des personnes réinstallées. Certains programmes ont choisi de donner une place importante à la santé mentale en recrutant, par exemple, des psychologues pour intervenir auprès des personnes, ou encore, pour coordonner le programme de réinstallation. C'est notamment le cas de l'association Soliha Loire.

⁹⁵ - Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) constituent un dispositif sanitaire de prise en charge médico-psychologique précoce des blessés psychiques (ou « impliqués ») dans les situations d'urgence collective: accidents catastrophiques, catastrophes, ou encore attentats. Les CUMP interviennent dans le cadre du SAMU et sont placées sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS). Les CUMP sont départementales et organisées en un réseau national de l'urgence médico-psychologique. Nous vous invitons à consulter la page : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>

Soliha Loire est une association mandatée par l'Entraide Pierre Valdo, pour le projet « Accueil Proche-Orient ». L'association est chargée d'accueillir et d'accompagner pendant un an des familles provenant de camps de réfugiés de Jordanie, de Turquie et du Liban dans le cadre du projet « Accueil Proche-Orient » porté par le Fonds Asile, migrations et intégration.

L'association a fait le choix d'embaucher une psychologue pour mettre en place ce programme de réinstallation. La place laissée aux activités, à l'ancrage local, au bien-être et au renforcement des capacités prend une part importante dans ce programme. La question de l'autonomie et de la dignité sont deux objectifs importants des actions développées.

À Soliha, l'intégration est travaillée dans une vision globale et en lien avec le territoire. Ainsi, l'association trouve aux personnes un logement en diffus, prépare leur arrivée avec la population et les élus des petits villages. La responsable du programme explique :

« Nous travaillons avec de grosses équipes de bénévoles et une vraie information à la population : en amont de la venue des personnes réinstallées, nous faisons une réunion où nous expliquons le contexte en Syrie, pourquoi ces gens arrivent, ceci afin de désamorcer les peurs et inquiétudes. Généralement, nous demandons à avoir deux référents bénévoles, un élu et un habitant du village. Ils passent tous les jours, pour discuter en français avec les personnes, font les courses avec elles, les aident à la découverte du tissu local. Le retour à la dignité est effectif en fait dès le début : elles arrivent, elles sont reçues par monsieur le maire, un repas est prévu. Nous veillons particulièrement à la décence des logements. »

À l'arrivée des familles, la coordinatrice du programme leur explique le fonctionnement du système. Un livret leur est remis, traduit dans leur langue, permettant aux exilés de relire, lorsqu'ils le souhaitent, les informations concernant le fonctionnement de l'hébergement, du système de santé. Ce livret a été repris, étoffé et diffusé par la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de la Loire.

Après l'installation, diverses activités sont proposées avec les habitants afin de favoriser la rencontre et le bien être des personnes. Nous pouvons citer le déroulement de soirées interculturelles dans les villages, de partenariats avec les écoles de musique pour que les enfants puissent apprendre à jouer d'un instrument, et autres. Un partenariat est notamment en train de se mettre en place avec une association, afin de sensibiliser les personnes réinstallées à la sécurité routière. Un autre s'est déjà mis en place avec un supermarché syrien, ouvert par des personnes qui avaient obtenu le statut de réfugié dans le passé.

Des actions concernant la santé sont également mises en place. Nous pouvons par exemple évoquer le partenariat existant avec une école d'ostéopathe qui permet aux personnes d'accéder aux soins, ou le partenariat avec l'association de lutte contre le sida Actis, qui permet d'effectuer des dépistages rapides et de sensibiliser les personnes sur les moyens de contraception.

Les échanges que permettent ces actions participent également à développer les témoignages.

En 2017, une action a été réalisée avec le mémorial de la résistance : deux classes de lycéens, en terminale, sont venues discuter avec les personnes réfugiées. La participation au festival Migrant Scène, porté par l'association la Cimade, a permis la rencontre de réfugiés syriens et des personnes âgées qui ont elles-mêmes vécu la guerre en France.

IV - LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PROTECTION INTERNATIONALE : UNE CATÉGORIE OPÉRANTE EN SANTÉ MENTALE ?

1 • Santé mentale et migrations : quelques données

La santé mentale des personnes est mise à mal tout au long du parcours migratoire. Dans le pays d'origine d'abord, les personnes ont été exposées à la guerre, la persécution, ou à d'autres formes de violences extrêmes. La route migratoire, qu'elle soit terrestre ou maritime, a souvent été le lieu de confrontation à de nouveaux événements traumatiques, tels que les décès des camarades de route, les conditions extrêmes de déplacements et autres. La vie dans les pays de transit, qui a pu parfois durer plusieurs années, fait que de nombreuses personnes ont pu être exposées de nouveau à des persécutions, à des violences ou à l'enfermement. Enfin, l'arrivée en Europe, que les personnes pensaient être le point final du parcours, laisse découvrir un nouveau parcours du combattant pour obtenir une protection, dans des conditions de vie précaires. Le parcours migratoire est parsemé de violences, et peut durer de nombreuses années.

Santé mentale et migrations : lorsque nous abordons ce thème, la notion de psychotraumatisme est souvent évoquée. Muriel Salmona, psychiatre, le définit comme « l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique⁹⁶. » Toutefois, le psychotraumatisme est loin d'être la seule problématique de santé mentale qui peut être rencontrée par les personnes migrantes.

Les données concernant la santé mentale chez les migrants, et notamment les prévalences de problématiques de santé mentale, divergent selon les caractéristiques des groupes étudiés, le contexte du pays d'accueil et la méthodologie d'enquête. Nous avons choisi de reprendre les données capitalisées par l'OMS dans un document de référence sur la santé mentale des réfugiés⁹⁷. Le terme réfugié semble cependant être utilisé pour définir les personnes migrantes, et non uniquement celles ayant obtenues une protection.

Concernant les prévalences de problématiques de santé mentale⁹⁸, ce document précise que les méta-analyses réalisées sur la santé mentale des migrants montrent que :

- les taux de dépression chez les réfugiés sont semblables à ceux de la population générale dans les pays de l'Ouest ;
- les réfugiés sont environ dix fois plus susceptibles que la population générale à des âges similaires de présenter des troubles de stress post-traumatique, soit 9 % des réfugiés en général et 11 % des enfants et des adolescents réfugiés présentent un état de stress post-traumatique ;
- le taux de prévalence de psychose chez les réfugiés est équivalent à celui de la population générale dans les pays de l'Ouest, autour de 2 %⁹⁹ ;
- la prévalence des troubles mentaux peut être plus élevée chez les réfugiés qui restent dans le pays d'accueil pendant plus de cinq ans. Cela pourrait être dû à la sélection de ceux qui restent dans pays d'accueil, aux facteurs de stress à long terme, ou à ces deux facteurs.

L'OMS conclut que : « Le fait même d'être un réfugié n'est pas le critère le plus important pour le risque potentiel de troubles mentaux. Ils peuvent cependant être exposés à divers facteurs de stress susceptibles d'influer sur leur santé mentale. Ceux-ci sont généralement classés en facteurs pré-migratoires (tels que la persécution, les difficultés économiques), facteurs de migration (danger physique, séparation), facteurs post-migratoires (détention, hostilité, incertitude). »

Comme nous l'avons vu, le parcours après l'arrivée en France peut effectivement être source de nombreux facteurs de stress par les différentes épreuves. Qu'en est-il après l'obtention d'une protection internationale ?

96 - Repéré à <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>

97 - World Health Organization. *WHO Europe policy brief on migration and health: mental health care for refugees*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf?ua=1

98 - Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-14.

99 - Llosa, A.E. et al. (2014). Mental disorders, disability and treatment gap in a protracted refugee setting. *Br J Psychiatry*, 204, 208-13.

2 • Des problématiques de santé mentale spécifiques aux bénéficiaires de la protection internationale ?

Le public cible de cette étude a posé question à de nombreux acteurs de terrain. Pourquoi se concentrer sur les personnes qui ont déjà obtenu leur statut de réfugié, alors qu'il y a tant de souffrances chez les demandeurs d'asile ou chez les personnes déboutées ? Pourquoi s'intéresser à ce public, qui représente une catégorie spécifique au domaine administratif, mais pas nécessairement en termes cliniques ? Existe-t-il des différences dans les problématiques psychiques rencontrées par les personnes réfugiées ?

Les études portant sur la santé mentale des migrants ne différencient généralement pas le statut administratif, mais étudient davantage les facteurs pré-migratoires, migratoires et post-migratoires et leur impact sur la santé mentale.

Pourtant, cette période toute particulière de changement de statut nous semble produire des effets spécifiques sur la santé mentale. L'obtention de la protection internationale marque un virage important : l'espoir qui souvent faisait tenir les personnes pendant la demande d'asile est désormais validé. Il est maintenant question de sortir du mode de la survie, de l'attente, pour penser l'avenir et l'intégration. C'est un nouveau parcours qui commence alors même que de nombreuses démarches restent à faire, comme nous l'avons vu, lesquelles nécessitant que les personnes soient proactives et qu'elles suivent les temporalités imposées par les administrations. Une responsable de CPH explicite ainsi :

« L'obtention du statut ce n'est pas la fin, c'est le début d'une autre galère. »

Repartir de ce que peut provoquer la migration contrainte et la période de demande d'asile permet d'appréhender les enjeux de l'obtention de la protection sur la santé mentale¹⁰⁰.

Jusque-là, tenir bon : congélation des deuils et survie psychique pendant la demande d'asile

Comme nous l'avons vu, la migration forcée est provoquée par de nombreuses violences auxquelles vont se rajouter celles du parcours de migration. Il n'y a pas un traumatisme, mais une multitude d'évènements. Jean-Claude Métraux, psychiatre et psychothérapeute, explique : « Dans les cas de guerre et de torture, le traumatisme, donc, dure, n'a pas de terme précisément identifiable et constitue d'abord une pathologie sociale. Mais ce n'est pas tout. Il est aussi toujours associé à des pertes, plus ou moins nombreuses/ plus ou moins significatives, plus ou moins variées : perte de proches, perte d'une maison

ou d'autres biens matériels, perte d'un village ou d'un pays, perte d'un membre ou de l'usage d'une partie de son corps, perte d'une vision du monde et d'un sens donné à la vie. Toutes ces pertes engendrent des deuils et, dans la psyché de l'individu affecté par de telles violences, se mêlent deuil et réaction au traumatisme. L'un et l'autre dès lors ne peuvent être dissociés. Le concept de deuil congelé est à cet égard très utile. »

L'énergie est mobilisée pour la survie, pour le présent. Ce n'est pas le moment de s'effondrer, certaines choses sont remises à plus tard. Il s'agit de rester fort pour continuer, car le combat n'est pas fini. Les deuils sont alors « congelés », dans ce sens l'élaboration des deuils fragiliserait les individus et ce qui aurait comme conséquence de les rendre moins efficaces pour survivre.

L'arrivée en Europe pourrait être pensée comme une période possible de relâchement. Dans les faits, il n'en est souvent rien, comme l'explique Jean-Claude Métraux dans le même article : « Mais surtout, l'exil, l'émigration, ne garantit aucunement l'annihilation des dangers objectifs qui compromettent la survie des peuples victimisés. Tant que la communauté dans son ensemble ne s'est pas vu confirmer le droit à l'existence, (...) tant aussi que les exilés ne se sont pas vu octroyer un gîte protégé à long terme - dans le pays qu'ils ont élu comme havre de paix (...), la prolongation de cette congélation des deuils passés est presque nécessité. Pour eux, le traumatisme n'est pas passé, il est encore présent. Traumatisme nouveau, irréductible à ceux subis pendant la guerre, représenté par la négation de la survie désirée dans un pays tiers¹⁰¹. »

Ainsi, la phase de « relâchement » peut être pensée comme rendu davantage possible par l'obtention de la protection internationale.

« Le dégel des deuils »

La notion de « deuil congelé » de Jean-Claude Métraux nous semble intéressante pour appréhender ce que la reconnaissance du statut de réfugié peut entraîner¹⁰². Si toute l'énergie était centrée jusqu'à lors sur la demande d'asile, une fois celle-ci obtenue, le présent, l'espace, peuvent-être en théorie laissés de côté pour penser à l'avenir, mais également pour retourner voir dans le passé.

¹⁰⁰ - Métraux, J.-C. (1997). Aux temps de la survie, le droit au silence. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 117(5), 419-424.

¹⁰¹ - Métraux, J.-C. (1997). Aux temps de la survie, le droit au silence. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 117(5), 419-424.

¹⁰² - Sur ce sujet, voir : Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.

En plus de la fin de procédures longues et délicates dans lesquelles toute l'énergie était concentrée, l'obtention du statut de réfugié pose la reconnaissance par l'État des violences et de ce qui a été vécu. Comme l'explique Olivier Douville, psychologue clinicien et psychanalyste : « Un sujet a également besoin, pour sa reconstruction, d'une légitimation politique, d'une légitimation juridique¹⁰³. » L'obtention de la protection pose cette légitimation, cette reconnaissance et peut aider la personne dans sa reconstruction psychique.

Notons également que l'obtention de la protection par l'État français interdit les personnes bénéficiaires de retourner dans leurs pays, sous peine de se voir retirer leurs papiers en France. Par conséquent, les personnes sont souvent face à la nécessité de repenser leur rapport à leurs pays d'origine, à la famille qui y est restée. L'obtention de la protection entraîne donc d'importants changements.

Les professionnels accompagnant les personnes bénéficiaires de la protection internationale notent que la période d'obtention de la protection est particulièrement délicate psychiquement et peut amener à des passages à l'acte. Une psychologue d'un centre de soins spécifique prenant en charge les personnes exilées précise :

« Le deuil lié à l'obtention du statut, c'est vraiment un choc important. On l'observe, d'autant plus sur les personnes qu'on accompagne de la demande d'asile, à l'excitation sur l'obtention du statut et après à l'effondrement. Ce n'est pas le cas de tout le monde, mais quand même de beaucoup de gens, parce que c'est un deuil d'un pays, d'une culture. C'est laisser une partie de sa famille là-bas et se dire qu'on y retournera pas, mobiliser son énergie dans une intégration, ce qui n'est pas évident non plus. C'est un deuil de l'équilibre familial, avec des enfants qui vont avoir une capacité d'apprentissage et d'intégration dans le pays plus facile et rapide que leurs parents, etc. Ce n'est vraiment pas quelque chose de simple. On peut observer ça avec notamment des dépressions, de la décompensation par rapport à l'énergie folle qui a été mise en place dans la procédure mais aussi des fragilités historiques qui réapparaissent. »

Elle rajoute :

« Il y a, ce qui semble paradoxal dans un premier temps, ce mouvement d'effondrement ou de relâche qui amène l'effondrement à l'obtention du statut. Il peut y avoir une autre forme de double peine c'est que les gens s'effondrent quand ils ont le statut parce qu'ils peuvent enfin lâcher, c'est le moment de décongeler les deuils. Et là ils peuvent se voir renvoyer le truc de "mais vous n'êtes pas contents ? Vous avez votre statut !" »

En effet, l'obtention du statut est aussi l'occasion de voir que tout ne change pas, que des problèmes et souffrances restent, comme l'explique ce psychologue dans une structure spécialisée en santé mentale pour les personnes exilées :

« Il y en a beaucoup qui cristallisent leur angoisse dans l'attente de la réponse OFPRA et CNDA, et souvent quand ils ont une réponse positive ça ne va pas mieux. Donc les problèmes de santé mentale sont liés à autre chose. Ce n'est pas parce qu'il y a une réponse positive que les problèmes d'intégration, de langue, etc. s'en vont. Au contraire, il y en a d'autres qui se rajoutent. Les problèmes sur lesquels tu ne peux pas travailler quand tu n'as pas le statut, notamment les problématiques du pays, ils reviennent. (...) L'intégration cela ne dépend pas que du statut. Puis cela dépend de où tu habites, est ce que tu as une bagnole ou pas, est ce qu'il y a du boulot ou pas, etc. Après t'as plein d'autres problèmes. »

Il y peut donc y avoir à l'obtention du statut, un mouvement d'effondrement pouvant conduire à des passages à l'acte. Cette période à risque est toutefois contre intuitive et les problématiques de santé mentale peuvent être difficiles à détecter si aucune attention particulière n'y est prêtée.

Des réactions contre intuitives

Pour les professionnels

La lecture de ce qui se passe psychiquement chez les personnes étant contre intuitive, le risque important est de passer à côté des problématiques de santé mentale que peuvent vivre les personnes tout en voyant davantage, et de manière instinctive, les aspects positifs de l'obtention de la protection internationale. Ce risque est d'autant plus important pour les professionnels qui ont accompagné les personnes tout au long de leur procédure, comme l'explique cet infirmier intervenant dans des centres d'hébergement :

« [Les intervenantes sociales] se sont battues pour qu'ils aient quoi [la protection internationale], enfin elles ont tout fait : elles ont monté le dossier avec eux, elles les ont accompagnés pour l'avoir. Nous [soignants] ça n'a pas été notre rôle, on a été là pour autre chose. Et du coup c'est vrai que c'est un peu leur réussite aussi. (...) Pour les intervenants sociaux c'est l'aboutissement. Alors que pour les personnes c'est un nouveau départ, oui c'est le départ d'autre chose et ils ne savent pas quoi, ce qu'il va y avoir derrière. Et ça reste à accompagner. »

Ainsi, si pour les intervenants sociaux l'obtention du statut peut représenter une finalité et l'aboutissement des démarches, pour les soignants, celle-ci n'implique pas forcément la résolution des problématiques de santé mentale.

¹⁰³ - Douville, O. (2018). La situation traumatisante des réfugiés. *Rhizome*, (69-70). Lyon : Orsperre-Samdarra.

La protection internationale implique aussi parfois pour les personnes de réaliser qu'elles sont désormais vraiment sur le sol français et qu'elles ne peuvent plus retourner dans leur pays. Des travailleurs sociaux et des soignants constatent :

« Quand elles sortent des structures... Bon pour nous c'est bon : tu as les papiers, tu as la sécu, tu es à la CAF ou tu as un boulot, là tu as quand même un appartement - donc pour nous c'est bon. Par contre la personne... J'ai discuté avec des réfugiés qui disent: "Mon pote il a pété un plomb !" Le soudanais qui se retrouve là, réfugié, alors tant qu'il est sous la demande d'asile il y a une tension, parce qu'on attend un résultat. Une fois que le résultat est là, le mec il est coincé 10 ans, enfin pas 10 ans, 4 ans ici là... C'est différent le Soudan, ils ne viennent pas forcément ici parce qu'ils ont envie de vivre à l'occidental mais parce que ça chauffe quoi et l'homme il est coincé là. Il ne peut pas retourner chez lui, il a ses papiers maintenant là, il a plus les papiers de chez lui : il est coincé. Ça l'embête peut-être, après réflexion, d'être dans ce mode de fonctionnement de sa vie qui ne correspond pas forcément. Quand il est parti pour demander l'asile il n'avait pas forcément imaginé ça. »

« Je me mets à la place d'un jeune homme comme ça qui se retrouve tout d'un coup coincé et puis la tension s'arrête et tout le monde lui dit mais t'es bien là maintenant. Et le mec en fait il est pas bien quoi : il a froid à [Ville en milieu rural]... Non il a froid... (rires) Non mais je veux dire il n'est pas bien. Et je ne sais pas trop là... il a sûrement besoin d'aide quoi. »

Pour les personnes elles-mêmes

La réalité administrative est bien différente de la réalité psychique des personnes, parfois aux prises d'elles-mêmes avec ces sentiments qui peuvent leur sembler contradictoires. Une soignante explique :

« C'est un moment qui est délicat. Où même eux se demandent : "Mais pourquoi je suis triste quoi ? Je devrais être heureux, mais pourquoi je ne suis pas content ?" »

Pour les personnes nouvellement protégées, les représentations positives de l'entourage sur l'obtention de son statut peuvent être un frein supplémentaire à une demande d'écoute ou de prise en charge psychologique. Ils peuvent en effet ne pas se sentir légitimes à être en souffrance et ne pas s'autoriser à en parler. Un acteur associatif constate :

« J'ai rencontré une réfugiée qui avait les papiers et qui m'a dit : "Je suis obligée de sourire et de dire "Je suis contente" alors qu'au fond de moi je suis dévastée quoi." Et ben oui, c'est l'autoriser à dire qu'elle a obtenu le statut que ça y est c'est la fête quoi. »

« Il y a tellement de souffrances par rapport aux gens qui n'ont pas les papiers. (...) Pour ceux qui parviennent au statut de réfugié, qu'est-ce que vous voulez qu'ils se plaignent. »

Cette incompréhension de la personne elle-même sur son ressenti, partagée généralement par son entourage, peuvent renforcer un sentiment d'isolement.

Les soignants ont donc expliqué qu'ils étaient particulièrement vigilants durant cette période de transition, car elle peut notamment être propice à des passages à l'acte. Une infirmière dans un programme de médiation intervenant sur les centres d'hébergement explique :

« La problématique de l'arrivée à un statut, à la fin d'un voyage, à la fin d'une souffrance... à une nouvelle vie, et à cette incapacité pour certains de pouvoir continuer - tout bêtement - et qui amène... Effectivement, on a eu des cas dramatiques de passages à l'acte hein, de suicides - avérés hein, pas de tentatives, on parle de suicides effectifs. Chez des gens qui n'ont plus de possibilité de retour en arrière, il y a un virage extrêmement brutal quand même, pour certains qu'ils ne négocient pas. Donc nous, à ces endroits-là, on est très vigilants finalement, pour nous cela représente... Ce n'est pas... comment dire... à traiter à la légère : à cet endroit-là on reste vigilant de ce qui peut se passer, en imaginant qu'il peut y avoir une espèce de préparation à l'après, avec un soignant - "Qu'est-ce que ça peut vous faire, qu'est-ce que..." »

Au-delà de cette période particulière de l'obtention du statut, de façon plus générale nous voyons que la santé mentale et les questions d'intégration sont fortement imbriquées.

L'impact de l'intégration sur la santé mentale, l'impact de la santé mentale sur l'intégration

Plusieurs études ont montré les liens des facteurs post migratoires sur la santé mentale¹⁰⁴. Pour les personnes ayant un trouble mental, les facteurs post-migratoires sont déterminants dans le fait que les troubles (notamment dépressifs) se chronicisent ou non¹⁰⁵. Une étude des réfugiés de l'ex-Yougoslavie, menée neuf ans après la fin de la guerre des Balkans, a montré l'importance du soutien fourni dans

¹⁰⁴ - Références utilisées par l'OMS dans : Giacco, D. et Priebe, S. *WHO Europe policy brief on migration and health : mental health care for refugees*. World Health Organization. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf?ua=1

¹⁰⁵ - Lindert, J. *et al.* (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 69, 246-57.

Bogic, M., Njoku, A. et Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*.

Bogic, M. *et al.* (2012). Factors associated with mental disorders in longsettled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*, 200, 216-23.

le pays d'accueil¹⁰⁶. Les conditions d'intégration sont également avancées comme ayant un impact sur le développement de problématiques de santé mentale. L'étude a comparé la santé mentale des réfugiés accueillis en Allemagne, en Italie et au Royaume-Uni. Ceux vivant en Italie présentaient les taux de troubles mentaux les plus faibles, même après ajustement, selon différentes caractéristiques des réfugiés, telles que leurs niveaux d'exposition à des expériences traumatiques au cours de la guerre. Les taux inférieurs de troubles mentaux étaient liés au fait d'être en emploi, d'avoir des conditions de vie satisfaisantes et se sentir accepté dans le pays d'accueil.

Les problématiques de santé mentale et les difficultés du parcours d'intégration sont extrêmement liées et s'alimentent l'une et l'autre. L'extrait d'entretien réalisé avec Hassan, qui a obtenu la protection en 2017, montre bien l'imbrication de ces questions d'intégration et de santé mentale :

« On ne comprend pas comment faire ici parce que ce n'est pas le même système qu'en Afrique, ici c'est différent. En Afrique, il y a du système mais c'est en arabe, là le système on ne le comprend pas. Et si tu veux comprendre ça bien tu dois bien parler français. Nous le français c'est comme si comme ça, ce n'est pas très bien, le français c'est dur. Et pour la santé aussi, tout est compliqué aussi. Parce qu'il n'y a pas de famille, il n'y a pas... C'est compliqué pour apprendre langue. La langue c'est difficile, apprendre la langue c'est très difficile. On ne peut pas travailler, la famille n'est pas ici et on a beaucoup de problèmes dans la tête. Tout ça c'est très mal dans la tête. Chaque fois on ne dort pas, on pense beaucoup, on pense beaucoup dans la tête, il y a beaucoup de passé, beaucoup de passé et c'est dur. Les problèmes au Soudan, les problèmes en Libye, les problèmes de la mer, les problèmes ici, même ici. Les problèmes au Soudan, on pense beaucoup à nos familles au Soudan, ça c'est compliqué. C'est pour ça qu'on n'arrive pas à apprendre la langue française, même on n'arrive pas... C'est un peu compliqué. Ici tout, tout, tout c'est difficile. Attendre, juste attendre. »

L'obtention du statut de réfugié marque également une nouvelle identité à assumer, ce qui peut être délicat et difficile pour les personnes. Cidjé, bénéficiaire de la protection internationale depuis deux ans, que nous avons rencontrée en entretien explique ne jamais dire qu'il est réfugié, sauf à ses amis les plus proches, notamment en raison des représentations associées aux personnes réfugiées, qui viendraient « piquer le travail » :

« Quand tu dis à quelqu'un que tu es réfugié, tu es direct mal pris. Je préfère dire que je suis congolais et pas réfugié, parce que c'est toujours mal pris. Avec les bénévoles je n'ai jamais eu cette étiquette. »

Ainsi, pour cette personne, si les bénévoles des associations sont particulièrement sensibles à la condition des personnes réfugiées ce n'est pas le cas de la majorité des citoyens français. Être réfugié peut représenter un stigmate avec lequel il faut composer dans cette nouvelle vie en France.

¹⁰⁶ - Bogic, M. et al. (2012). Factors associated with mental disorders in longsettled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*, 200, 216-23.

V - ORIENTER VERS ET ACCÉDER À LA SANTÉ MENTALE

Comme nous l'avons évoqué, il existe des différences significatives dans les parcours des migrants à leur arrivée en France. Ce qui fait commun néanmoins est la difficulté à accéder à un soutien en santé mentale adapté aux besoins des personnes. Les personnes ainsi que les professionnels de l'accompagnement social rencontrés dans le cadre de cet état des lieux ont évoqué leurs grandes difficultés à accéder/orienter les bénéficiaires vers la santé et plus particulièrement vers la santé mentale.

1 • Problématiques d'accès aux soins en santé mentale repérées

Nous proposons ci-après d'aborder les principales dimensions problématiques qui constituent des freins dans l'accès aux soins du public bénéficiaire de la protection internationale (souvent semblables à ceux du public migrant en général).

Une saturation des dispositifs de soins

Comme expliqué précédemment, il existe un contexte général de saturation de la psychiatrie et des dispositifs de soins en santé mentale. En effet, la plupart des dispositifs de soins spécialisés en psychiatrie affichent des délais d'attente très élevés.

Les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques

À titre d'exemple la plupart des CMP comptent environ six mois d'attente pour un premier rendez-vous. Ce délai d'attente peut atteindre jusqu'à 18 mois sur certains territoires et notamment en ce qui concerne les CMPP.

Notre enquête nous aura permis de constater que beaucoup de postes de soignants, et notamment de psychiatres, sont vacants dans les établissements de santé surtout dans les territoires les plus ruraux. Le Syndicat des psychiatres des hôpitaux estime qu'aujourd'hui, entre 900 et 1 000 postes de psychiatres sont non pourvus en France. La plupart du temps, les médecins psychiatres libéraux sont eux aussi « débordés » et ne prennent plus de nouveaux patients.



CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (CMP)

Les CMP assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organisent leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (hôpitaux de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.

Médecins généralistes

Les médecins généralistes constituent une possibilité d'accès aux soins et facilitent quelques fois l'accès à la santé mentale. Non spécialisés, les médecins généralistes ne sont pas associés aux représentations de la santé mentale qui peuvent bloquer l'accès aux soins. Par leur possibilité de suivi et de proximité avec les personnes, ils peuvent permettre de repérer les personnes présentant des problématiques de santé mentale et de les orienter vers des professionnels adaptés. Les médecins généralistes peuvent également prescrire des médicaments de base pour les problématiques de santé mentale.

Néanmoins, les habitants de certains territoires peinent à trouver des médecins traitants et donc à accéder aux soins les plus basiques. De plus, lorsque les personnes exilées arrivent à trouver un médecin, il n'est pas dit que celui-ci travaille en faisant appel à des interprètes. Le fait que le soignant et le patient ne puissent pas partager de langue commune questionne, notamment pour aborder les problématiques de santé mentale. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'Agence régionale de santé finance les prestations d'interprétariat dans le cadre de consultations de médecine générale. Toutefois, cette information est largement méconnue des professionnels de santé et peu d'entre eux en font le recours.

En ce qui concerne les territoires les plus isolés, les médecins généralistes libéraux peuvent faire ressource, notamment en prescrivant des médicaments pour soulager les personnes. Néanmoins, les travailleurs sociaux ont parfois le sentiment que les symptômes sont la plupart du temps traités avec des médicaments qui ne sont pas adaptés. Les personnes se retrouvent ainsi souvent avec des traitements « assez lourds » du fait de l'absence de relais au niveau de la prise en charge en santé mentale. Un infirmier réalisant de la médiation sanitaire explique :

« Quand la personne vient les voir [les médecins généralistes] pour la troisième fois parce qu'elle fait des cauchemars tout le temps et que ça va vraiment très mal, et que les médecins n'ont pas de relais justement au niveau psy pour envoyer vers des collègues psychologues ou psychiatre, y'a un moment la personne est tellement en souffrance qu'ils préfèrent je pense mettre des anxiolytiques et des traitements du sommeil en espérant que ça aille mieux... »

Les professionnels de l'hébergement constatent très souvent que les médicaments ne fonctionnent plus au bout de quelques temps. En effet, les traitements médicamenteux peuvent avoir des effets négatifs, notamment lorsqu'ils ne sont que peu accompagnés : ils effacent les symptômes, apaisent la douleur et la souffrance, mais ils peuvent aussi diminuer les capacités et ressources internes de personnes qui auraient, au contraire, besoin de toutes leurs capacités pour affronter le quotidien auquel elles sont confrontées. Pour les intervenants sociaux, les traitements médicamenteux constituent un soutien, un palliatif temporaire. Toutefois, celui-ci n'est pas toujours suffisant et ne répond pas, la plupart du temps, aux besoins et aux souffrances des personnes migrantes.

Une réponse possible, mais en urgence

Les professionnels rencontrés lors de l'étude expliquent que la prise en charge en santé mentale du public migrant est notamment possible en situation d'urgence. Lorsqu'une crise survient et que les personnes décompensent, elles arrivent généralement à être prises en charge au sein des services d'urgences psychiatriques. À ce niveau, l'accès à l'interprétariat est également problématique.

Ainsi, les professionnels expliquent être contraints « d'attendre la crise » face au manque de possibilités de prise en charge, alors même que des problématiques de santé mentale ont pu être évoquées par les personnes elles-mêmes ou repérées par les travailleurs sociaux depuis un certain temps.

En ce qui concerne les suites à une hospitalisation, la possibilité de continuité des soins - en engageant un suivi en CMP notamment - semble dépendre des territoires.

Une inadéquation entre l'implantation des structures d'hébergement sur le territoire et l'offre de soin

Le schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés (SRADAR) d'Auvergne-Rhône-Alpes de 2018-2019 annonçait déjà le constat suivant : « Des structures ont été créées dans des zones faiblement pourvues en transports et en services, ce qui pose des difficultés pour la prise en charge du public. Les places disponibles ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes présentant des vulnérabilités médicales, des handicaps (...) Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont insuffisantes pour couvrir les besoins et certains territoires d'implantation de structures DNA (notamment les CAO souvent créés en zone rurale) ne sont pas couverts par une équipe mobile psychiatrie¹⁰⁷. »

¹⁰⁷ - Le schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés Auvergne-Rhône-Alpes est une annexe de l'Arrêté n°18-243 du 18 juillet 2018 portant sur le schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, pris en application de l'article L744-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

L'implantation des structures d'hébergement sur les territoires ruraux et l'accueil des populations migrantes pose plus largement la question des possibilités d'accès aux soins de ces nouveaux habitants, ce qui n'est parfois pas pris en compte à l'ouverture des structures. Or, comme le précise le SRADAR, l'offre de soin sur le territoire est parfois insuffisante pour accueillir ces nouvelles populations, qui peuvent avoir d'importants besoins en termes de santé.

Dans le cadre de cette étude, les professionnels nous ont parfois partagé leur incompréhension sur la manière dont les choses se passent au niveau de l'implantation des structures sur le territoire. Ils ont également évoqué le manque de coordination des ministères dans l'accueil global de ces populations. Un intervenant social exprime :

« Du jour au lendemain, on a réduit les moyens pour l'asile, on a fait en sorte que toutes les structures d'hébergement dépendent du ministère de l'Intérieur. Et quand le ministère de l'Intérieur préconise des circulaires, il n'interpelle même pas le ministère de la Santé qui est mis devant le fait accompli. Ah ben tiens, il y a des nouvelles structures, c'est le rôle du droit commun de s'en occuper. Mais il y a déjà tellement de problèmes par rapport à l'accès aux médecins généralistes que ça en rajoute une couche aussi. »

La manière dont ont été construits les projets d'implantation de certains centres sur les territoires - sans qu'il n'y ait eu de concertation avec les dispositifs de soins - ont pu participer à fermer l'accès aux acteurs du soin, dans un premier temps, ainsi que les possibilités concrètes d'orientation, dans un second temps, comme le raconte cet intervenant social :

« Après au niveau du [village], quand une cinquantaine de personnes sont arrivées, autant vous dire que les médecins nous ont complètement fermé la porte. Donc ça a été très, très dur, très compliqué parce que personne justement n'a pris le temps et n'a eu le temps de travailler sur l'accueil de ces personnes. Donc nous avons été confrontés à beaucoup de réticences, beaucoup de refus d'accompagnements. »

Ainsi, pour ces professionnels, penser l'accueil de ces populations n'implique pas uniquement de les héberger, mais aussi de réfléchir à l'accessibilité de tous les services d'accompagnement dont ils auront besoin et notamment en ce qui concerne l'accès aux soins somatiques et de santé mentale.

Certains professionnels du soin de première ligne, certains nous ont fait part de leurs difficultés vis-à-vis de l'arrivée de ce public sur leur territoire. Un infirmier de PASS explique :

« Quand il y a eu la création du CAO et l'augmentation des places du CADA (...) nous on a été fortement impactés par cet accueil. En sachant que les difficultés qu'on a eu c'est : pas de moyens supplémentaires, c'est-à-dire que notre file active a quasiment doublé - alors c'est une petite file active parce qu'on a des tout petits bouts de temps sur la PASS -... Mais c'est vrai que pour le coup on a doublé notre file active sans moyens supplémentaires. Et on a bricolé. C'est-à-dire, on n'avait pas... Même le médecin de l'époque s'est senti un peu isolé dans ses pratiques... »

Cet extrait illustre bien l'impact que peut avoir l'accueil d'un centre d'hébergement sur un territoire ou sur des dispositifs de soin qui sont déjà saturés et qui ne reçoivent pas de moyens supplémentaires alors que leur file active augmente. Dans ce contexte, les professionnels de cette PASS disent avoir « bricolé » et, par conséquent, avoir fait un travail de moins bonne qualité afin de répondre à l'évolution de leur file active. Comme ce professionnel, de nombreuses personnes nous ont fait part de leur sentiment d'isolement face à la prise en charge de ce public.

Confrontés à ce type de situation, les soignants sont amenés à travailler plus, de manière plus rapide et avec moins de temps pour réfléchir à leur pratique professionnelle. Ces constats participent à créer une souffrance chez les professionnels.

Inégalités territoriales en termes d'offre de soin

Comme nous l'avons déjà évoqué, de manière générale, nous constatons qu'il existe d'importantes inégalités territoriales en termes d'implantation des dispositifs de soins et de soignants.

En ce qui concerne les villes situées dans des territoires ruraux au sein desquels ont été implantées des structures d'hébergement peu ou pas desservies par les transports en commun et qui se trouvent parfois à plus d'une heure de route des dispositifs de santé mentale disponibles, l'accompagnement physique des travailleurs sociaux aux rendez-vous médicaux des personnes hébergées s'avère nécessaire. Cette nécessité d'être accompagné par un professionnel à ses rendez-vous peut constituer un obstacle important concernant l'accès aux soins.

De plus, certains territoires qui, à première vue, ne paraissent pas en difficulté lorsque nous observons la répartition des dispositifs de soin, le sont en réalité du fait de leurs spécificités. À titre d'exemple, un village proche d'une ville moyenne qui dispose d'un hôpital et de dispositifs de santé mentale n'aura pas forcément facilement accès à ces services. En effet, il est important de tenir compte des modalités pratiques d'accès à ces structures, tout en analysant les réalités territoriales, et des possibilités concrètes

des personnes pour accéder aux dispositifs et aux soignants existants. Un professionnel de soin intervenant en structure d'hébergement affirme :

« C'est-à-dire que quand on trouve un médecin ou quelqu'un qui accepte et bien après faut qu'il y aille [d'une ville à l'autre]. J'ai un médecin psychiatre en capacité d'accueil hein, pourquoi pas... Mais [la personne] ne peut pas y aller, il n'y a pas de bus, il y a 14 kilomètres. Les travailleurs sociaux sont débordés eux aussi de leur côté, par leur travail. Et puis, bon, quand vous allez chez un psychiatre c'est pas une fois, il faut y aller régulièrement... Et ce n'est pas forcément des consultations qui relèvent d'un transport sanitaire. Et là 14 kilomètres c'est à peu près 60 euros [en taxi]... Pour des personnes à qui on donne 200 euros par mois. »

Cet extrait illustre les difficultés pratiques auxquelles sont confrontés des intervenants sociaux ou des soignants qui cherchent à réorienter les personnes vers le soin. La situation présentée donne à voir le fait que même si la distance avec le médecin n'est pas très grande (ici 14 kilomètres), les possibilités pratiques de se rendre à la consultation pour la personne seront très limitées du fait de sa situation. Ainsi, objectivement, même si 14 kilomètres ne semblent pas difficiles à parcourir, c'est sans compter les faits que la personne ne dispose pas de voiture, qu'il n'y a pas de transport en commun sur le territoire et qu'elle perçoit des revenus très faibles.

Un public demandant une adaptation du cadre

Pour plusieurs raisons, le public des bénéficiaires de la protection internationale, et plus généralement des migrants, demanderait quelques adaptations du cadre classique de prise en charge dans le droit commun. Parmi celles-ci, nous avons choisi d'évoquer celles qui ont été le plus souvent abordées dans les entretiens, soit la question de la sectorisation, de l'accès à l'interprétariat et l'orientation.

La question de la sectorisation face à l'instabilité géographique

Les dispositifs de santé mentale de droit commun fonctionnant par secteurs de prise en charge psychiatrique, la domiciliation des personnes est un des freins repérés par les professionnels au sujet de l'accès aux soins en santé mentale des personnes. En effet, comme l'explique un intervenant social en CPH, il est souvent renvoyé aux professionnels de l'accompagnement que les personnes ne dépendent pas du secteur si elles n'ont pas d'adresse dans celui-ci. Un intervenant social nous confie :

« Parce qu'il y a des secteurs, donc à chaque fois déjà il y a le problème de l'adresse. Vu qu'ils sont en centre ça pose question, ils veulent absolument avoir l'adresse du logement. »



Face aux difficultés d'accès aux soins pour les publics allophones, l'agglomération de Grenoble, après une étude diagnostique, finance l'accès à l'interprétariat pour les professionnels du soin recevant ce public sur le territoire

Ainsi, les personnes hébergées dans les centres d'hébergements - que ce soit en CPH ou dans des structures du DNA - ne disposent pas toujours d'une domiciliation effective ou très claire sur le long terme ce qui complique parfois l'accès aux soins de secteur. La situation vis-à-vis de la sectorisation peut être plus encore compliquée pour les personnes qui ne disposent pas d'hébergement, comme ce peut être le cas des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

De plus, le fait que les personnes soient parfois logées dans des habitats temporaires pose question au niveau du suivi médical de la personne. Un professionnel d'EMPP exprime :

« Après il y a aussi la problématique du secteur, puisque les personnes sont hébergées dans une structure, sur un territoire. Par exemple, elles sont à [ville A] et vont emménager à [ville B] de manière temporaire¹⁰⁸. Donc pour mettre en place un suivi, (...) ça va dépendre de l'adresse. Et comme ça va être un logement temporaire, la personne est susceptible d'habiter ensuite un autre quartier, mais tout ça sur une période assez courte, sur un an. Donc c'est vrai qu'au niveau du suivi ça peut être aussi... questionnant. »

Ainsi, l'instabilité géographique des personnes, et plus généralement leurs situations, peuvent poser question au niveau des suivis de santé, ce qui entraîne des ruptures dans le parcours de soin ainsi que des ruptures de liens avec les soignants. Cela porte atteinte au bon déroulement du traitement ou à la prise en charge thérapeutique, qui, d'autant plus dans la clinique du trauma, nécessite une sécurité et une stabilité du cadre.

L'accès à l'interprétariat dans le soin en santé mentale

L'accès à l'interprétariat constitue l'un des obstacles les plus importants pour l'accès aux soins en santé mentale des personnes allophones. Si quelques structures le font, une grande partie des dispositifs soignants de droits communs n'utilisent pas, ou très peu, l'interprétariat dans les consultations.

L'absence d'interprétariat est l'une des raisons principales qui est renvoyée aux professionnels de l'accompagnement lorsqu'ils reçoivent des refus de prise en charge pour les personnes allophones de la part de structures de soins.

Pour certains soignants, les questions de l'utilisation de l'interprétariat et, surtout, de son financement ne sont pas évidentes. En effet, certains dispositifs de soins ne prennent pas en charge l'interprétariat, elles demandent donc aux gestionnaires des structures d'hébergements de payer eux-mêmes l'interprétariat pour les consultations de leurs résidents. Les professionnels du social évoquent la méconnaissance de certains soignants à l'égard des lignes budgétaires existantes concernant l'interprétariat. Un travailleur social explique :

« Au centre hospitalier universitaire, par exemple, on appelle les services, ils ne savent pas qu'ils ont de l'interprétariat... On leur dit : "Si, si, vous en avez, on vous donne le numéro, il faut faire comme ça..." On leur fait tout et puis on leur dit... parce qu'en fait ils en ont mais ils ne savent pas. »

Pour les intervenants sociaux, il est parfois aussi question de rappeler sans cesse aux dispositifs de soins qu'ils disposent de lignes budgétaires et de la possibilité de faire appel à des interprètes. Un intervenant social d'une structure d'hébergement relate :

« La difficulté à l'hôpital pour la question de l'interprétariat (...) ben voilà : hier moi je me suis retrouvé à demander un interprète pour une consultation où on est en position de leur dire [aux soignants] : "Mais vous avez une ligne budgétaire pour de l'interprétariat..." Enfin, c'est un peu compliqué comme position. Et la réponse c'est : "Ben on va passer par TraducMed¹⁰⁹." »

Nous remarquons dans ces extraits comment les travailleurs sociaux ont souvent pour rôle d'informer les soignants sur ce qui existe au sein de leur propre structure en termes d'accès à l'interprétariat. Les soignants éprouvent des difficultés pour savoir comment accéder à l'interprétariat, notamment au regard des procédures qui sont généralement longues et complexes. Il s'agit donc de méconnaissance, mais il existe aussi des structures au sein desquelles des outils, tels que TraducMed, sont volontairement privilégiés avant de faire appel à des services d'interprétariat professionnel.

¹⁰⁸ - Les deux villes sont à 35 minutes de voiture l'une de l'autre.

¹⁰⁹ - Traducmed est un outil en ligne d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants, « entre le livre de traduction et l'interprétariat ». Repéré à <http://www.traducmed.fr/>

D'autres réponses peuvent aussi être proposées, notamment celle de passer directement par les professionnels de santé des établissements. Un intervenant social de CADA constate :

« En fait l'hôpital propose de rechercher dans leur personnel des personnes qui peuvent faire de l'interprétariat, mais cela pose une difficulté d'anticipation en fait. Et souvent, dans les problématiques de santé, on répond à une urgence et on ne peut pas anticiper. Et du coup il y a des vraies difficultés. En effet, il y a souvent des personnes qui reviennent nous voir en nous disant : "Ben je n'ai pas compris ce que le médecin a dit" et qui, du coup, sont très inquiètes parce que c'est des choses qui inquiètent rapidement. »

Cet extrait montre à nouveau que les solutions inadaptées que proposent parfois les structures de soins, soit ici l'anticipation des consultations en passant par le réseau interne de l'hôpital pour traduire, engendrent des difficultés et ne répondent pas aux réalités des situations, souvent inscrites dans l'urgence. Le fait que les personnes reviennent vers les intervenants sociaux en précisant qu'elles n'ont pas compris ce que le médecin leur a dit est également révélateur du fait que les propositions d'alternatives à l'interprétariat professionnel se révèlent souvent infructueuses. Pour les personnes, le fait d'être confrontées à des situations d'incompréhension au cours de leurs parcours de soin peut être source d'inquiétudes, d'angoisses et donc avoir un effet contreproductif.

Certains soignants ont aussi des requêtes particulières au niveau des modalités d'utilisation de l'interprétariat. Une travailleuse sociale en CPH précise :

« Il faut qu'ils viennent [les personnes allophones] avec des interprètes physiques, par contre, donc là c'est compliqué parce qu'on n'a pas d'interprète professionnel à [ville]. Du coup, les médecins [psychiatres] n'acceptent pas l'interprétariat par téléphone. Donc là c'est un peu plus compliqué. Donc, on essaie avec le réseau des bénévoles etc. Mais du coup après il y a aussi la question de la confidentialité qui se pose et même de la relation que le patient peut avoir avec l'interprète bénévole. »

Dans ce cas précis, les psychiatres n'acceptent pas de travailler avec des interprètes par téléphone. Par ailleurs, la ville en question est située sur un territoire très rural et ne dispose pas d'interprètes professionnels. Afin qu'une traduction puisse être proposée dans le cadre des consultations, les intervenants sociaux sont donc amenés à trouver des solutions alternatives, même s'ils précisent que cela pose des questions éthiques et de confidentialité.

De manière plus générale, nous retrouvons aussi de la part de certains soignants une réticence à faire appel à des interprètes dans les consultations : ceux-ci viendraient en effet déstabiliser et appauvrir la relation de soin en introduisant un biais dans la clinique¹¹⁰. Pour les personnes allophones, ce sont donc aussi des considérations cliniques qui font parfois obstacle à l'accès aux psychiatres et aux psychologues.

Sans accès à l'information, il est impossible pour les personnes d'être actrices de leurs propres parcours de soins. Hassan, hospitalisé plusieurs semaines pour des problématiques somatiques explique comment ses amis étaient partie prenante dans l'accès à l'information qu'il pouvait avoir, après coup, sur ses problématiques de santé :

- « (...) Après ils ont expliqué tout ça, après, à la maison, traduction pour moi de tout ce qui se passe dans l'hôpital.

- Ils ne te traduisaient pas les médecins ? Les médecins ils expliquent à l'hôpital en français à tes amis et après tes amis ils t'expliquent en arabe à la maison ?

- Oui c'est ça. Juste une fois j'ai trouvé un médecin qui parle arabe il m'a expliqué à moi. Une fois.

- Ça devait être dur de ne pas comprendre ?

- Oui, oui, oui. Les langues des docteurs c'est différent, il a des mots spéciaux le docteur, on ne comprend pas. Si moi j'étais tout seul, il écrivait tout, expliquait tout sur un papier comme ça, après je donne à [une amie] après elle le lit et elle m'explique. Ça se passe comme ça. Oui c'est un peu compliqué. »

Ainsi nous voyons dans cet extrait qu'il est impossible pour cette personne d'être actrice de son parcours de soin, de choisir et de s'exprimer sur cela. Hassan n'a eu connaissance des informations que dans l'après coup, alors que les actes médicaux avaient déjà été effectués. La question du consentement libre et éclairé du patient se pose alors.

Une offre de soins qui ne s'adapte pas nécessairement aux spécificités des publics : les difficultés d'orientation

Nous pouvons remarquer ici comment l'offre de soin existante dans le droit commun prend peu, ou même pas, en compte les spécificités des situations des personnes bénéficiaires de la protection internationale et, plus généralement, migrantes. Face aux difficultés rencontrées par les professionnels des structures de droit commun, les professionnels sociaux expriment être en grande difficulté pour orienter vers le soin. Un professionnel de CPH alerte :

¹¹⁰ - Béal, A. et Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*, 55(1), 9-19. Lyon : Orspere-Samdarra.

« Au niveau du CMP, les portes se sont fermées très vite aussi puisque tout de suite c'était les soucis de langue, le manque de place et le manque de temps. Et un investissement qui leur semblait un peu... enfin comment dire... Vu que les personnes on ne savait pas combien de temps elles allaient rester : "Pourquoi on s'engage là-dedans ? Nous on a vraiment autre chose à faire" nous c'était ça les réponses [du CMP]. Donc c'est vrai que maintenant on ne sollicite plus du tout le CMP et c'est vrai qu'il faudrait peut-être le refaire... »

Encore une fois, l'instabilité sociale des situations des personnes est un argument qui est renvoyé aux travailleurs sociaux. Celui-ci soulève également le manque de place et de temps des dispositifs pour prendre en charge ce public.

Dans ce contexte, les professionnels qui accompagnent les personnes bénéficiaires de la protection internationale ont parfois le sentiment de ne pas être considérés par les soignants comme légitimes pour orienter vers le soin en santé mentale. Mais certains soignants qui prennent en charge ce public disent ne pas être plus avantagés que les intervenants sociaux dans les tentatives d'orientation vers la santé mentale. Un psychologue d'EMPP constate :

« On a beau être psys (...) voilà, on est au même niveau que les travailleurs sociaux, toutes les excuses sont bonnes, on va dire comme ça (rires) : "pas d'adresse", "on ne sait pas de toutes façons on ne va pas engager quelque chose parce que demain l'autre personne est plus là..." »

Ce professionnel parle « d'excuses » pour évoquer les manières dont les structures de soins de droit commun répondent aux intervenants sociaux et professionnels qui tentent d'orienter des personnes vers elles. Ce terme illustre bien le sentiment que peuvent souvent éprouver les professionnels de l'accompagnement et du soin face à des stratégies mises en place par le droit commun pour éviter de recevoir ce public.

Les professionnels qui accompagnent ce public ont partagé la nécessité de prendre en compte les réalités des personnes afin, notamment, qu'un soin puisse être proposé à tout individu qui en fait la demande. Pour les intervenants sociaux, dans cette optique, les questions de temporalité et de continuité dans le soin sont légitimes, mais c'est au droit commun de s'adapter à la réalité des personnes en besoin de soins.

Face à des tentatives d'orientation vers l'accès aux soins en santé mentale souvent mises en échec de manière répétée, les professionnels de l'accompagnement social ne sont plus amenés à orienter les personnes vers des dispositifs du droit commun, alors même qu'elles disposent de droits ouverts et devraient pouvoir y accéder. Les professionnels se tournent plutôt vers des dispositifs spécifiques, quand ils existent, ou vers des dispositifs de soins pour personnes précaires (tels que les EMPP ou les PASS).

Un lien difficile entre les professionnels du soin et les personnes bénéficiaires de la protection internationale

Au fil des entretiens avec les professionnels et les personnes bénéficiaires de la protection internationale, la question de la relation entre certains soignants et ce public a été largement mise en exergue. Ils nous ont confiés l'inadaptation de l'accueil des personnes exilées par certains soignants. Cette inadaptation interroge également la posture de médiation occupée régulièrement par des intervenants sociaux ou des dispositifs spécifiques et les questionnements que cela peut susciter chez certains professionnels.

L'accueil « inadapté » de certains soignants

Bien que cette remarque ne puisse pas être appliquée à l'ensemble des pratiques professionnelles et qu'elle ne soit pas généralisable à l'ensemble des soignants, le sentiment de non-accueil a toutefois été abordé à de nombreuses reprises au cours des entretiens. C'est l'expérience d'un refus de soin ou l'impression d'un « mauvais accueil » par des personnes bénéficiaires de la protection internationale qui ont provoqué ce sentiment.

Refus de soin

Sans être spécifique à la question des soins en santé mentale, puisqu'elle concerne également les soins prodigués par des médecins généralistes ou spécialistes, les situations de refus de soins de la part de certains professionnels de santé ont été relatées à de nombreuses reprises tout au long de cette étude par les professionnels qui accompagnent des personnes bénéficiaires de la protection internationale ainsi que par les personnes elles-mêmes. Les travailleurs sociaux évoquent même des taux de refus de soin très élevés en ce qui concerne certains territoires et certaines spécialités médicales.

En effet, les refus de soins sont assez fréquents et les raisons invoquées sont plus ou moins explicites de la part des médecins. Face à cela, les professionnels ont différentes réactions. Ils peuvent ainsi rappeler les obligations légales aux professionnels du soin tout en tentant de « forcer » l'accès aux soins - bien souvent cela ne fonctionne pas d'après les professionnels rencontrés -, ou alors cherchent un autre professionnel de santé qui accepte de rencontrer la personne. Dans tous les cas, les choix ne sont que peu satisfaisants pour les accompagnants : laisser passer des refus de soins, ou parfois même du racisme, ou tenter de forcer une prise en charge, mais en s'inquiétant de la qualité de celle-ci et de l'accueil qui va être réservé à la personne¹¹¹.

¹¹¹ - Le Défenseur des droits a récemment publié des documents expliquant les droits des patients face aux refus de soins. Une association a par ailleurs préparé des modèles de lettre à adresser aux autorités médicales pour dénoncer ces pratiques. Repéré à <https://www.france-assos-sante.org/actualite/un-depliant-du-defenseur-des-droits-pour-lutter-contre-les-refus-de-soins/>

Par ailleurs, les professionnels en lien avec le public migrant font état de nombreuses situations de non-accueil des personnes, voire même de racisme, de la part de certains soignants. Un infirmier d'un service de médiation vers le soin exprime :

« Oui, enfin il y a aussi dans le panel de professionnels de santé des gens qui sont dans des attitudes totalement iniques et horribles. Aucune empathie, voire un discours raciste latent et puis une attitude verrouillée : il y a des gens qui ne vous répondent pas, qui vous manifestent un mépris absolu... Et dans une forme d'impunité, il va y avoir des gens qui peuvent dire des trucs sans même se rendre compte qu'ils sont hors-la-loi, tout bêtement. Tous ces gens-là, ce serait bien de leur rappeler le droit français au sujet de l'accueil de leurs patients. Parce qu'ils sont dans une mécanique où l'accès des demandeurs, des réfugiés, qui vous voulez hein... C'est une mécanique qui fait qu'ils n'ont pas accès aux soins, c'est clair. Le mec qui vous dit : "Je ne travaille pas avec ces gens-là", il est clair ; le mec qui vous dit : "Ma salle d'attente ce n'est pas Roissy", il est clair... »

Pour cet infirmier qui travaille avec le public migrant, ces pratiques impliquent les difficultés effectives d'accès aux soins. Cet extrait fait état de ce à quoi les professionnels, les personnes migrantes et les bénéficiaires de la protection internationale font parfois face dans leur tentative d'accéder aux soins.

« Mauvais accueil »

Par ailleurs, lorsqu'un accès aux soins a finalement lieu, les travailleurs sociaux ont évoqué certaines expériences difficiles avec des soignants qui font preuve de peu d'empathie. Un infirmier raconte :

« Moi j'ai fait une fois un accompagnement chez un médecin que je ne connaissais pas, une jeune fille érythréenne qui parlait que très peu le français, ben moi j'étais choquée. D'abord c'était à moi qu'on s'adressait et pas à la dame, donc j'ai dit : "Ben c'est madame, certes elle ne parle pas beaucoup le français mais elle pourra répondre." Donc elle a expliqué et puis toujours elle s'adressait à moi, et puis elle fait : "- Mais ils n'apprennent pas le français ?" "- Ben ils font au mieux". Et du coup elle sort l'attestation papier... "- Elle n'a pas de carte vitale ?", "- Ben non, c'est une attestation qui n'est pas définitive"... Du coup elle a été vraiment, enfin je veux dire dans le contact, ça ne s'est pas bien passé... »

Il est intéressant de constater ici que la posture de ce médecin n'était pas ouverte face à la situation de sa patiente. Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, le professionnel de santé ne s'adresse pas directement à sa patiente mais passe par l'intermédiaire de l'accompagnateur. Ensuite, la question posée : « Mais ils n'apprennent pas le français ? » exclue de fait la patiente de l'interaction. En effet, le terme « ils »

utilisé par le médecin renvoi ici à une catégorie – donc à une masse impersonnelle des personnes qu'elle représente - et non pas à un individu qui est en face de lui. Nous pouvons penser que ce positionnement dans la relation de soin peut avoir comme effet pour cette patiente, d'une part, de dénier son individualité en réduisant celle-ci à une catégorie et, d'autre part, de remettre en question sa place dans la relation en ne s'adressant pas à elle directement.

Ce « mauvais accueil » est également ressenti et exprimé par des personnes que nous avons rencontrées. Celui-ci est soit associé au statut d'étranger, soit aux droits ouverts et notamment à la CMU. Iman, dans le cadre d'un entretien, nous dit :

- « Mais je crois aussi qu'avec les médecins il y a un peu de négligence pour nous. Il y a un peu de négligence.

- Comment ça, de négligence ?

- J'ai la CMU, un papier que tu as quand tu le rencontres par exemple, ce que tu ressens... mais c'est comme s'il voulait se débarrasser de toi. Il y a une façon qu'il te parle c'est comme s'il veut vite se débarrasser de toi, ou il veut te faire comprendre que tu n'as rien, alors que toi tu sais que tu es malade et tu sais ce qui te fait mal. Mais quand tu arrives et tu vois que si c'est les autres, par exemple un blanc, on l'écoute par respect, il prend le temps. Mais si c'est nous... Tu arrives, tu vois la façon dont ils parlent, c'est comme s'ils voulaient vite, vite, vite se débarrasser de nous. Ça aussi je l'ai remarqué, vraiment, mais ce n'est pas tous. Il y a des médecins quand tu viens ils t'écoutent, ils te respectent, ils t'écoutent, ils font ce qu'il faut faire quoi. »

Le public bénéficiaire de la protection internationale, au même titre que le public migrant et les professionnels qui les accompagnent, font donc parfois face non seulement à une forme de méconnaissance de la part des médecins à l'égard des situations des personnes, mais aussi à des comportements de rejet, voire à des refus de soin assumés, face à un public étranger. Les professionnels de l'accompagnement n'ont que peu d'outils pour lutter contre ces attitudes.

Ce sont aussi parfois les considérations cliniques des médecins, comme nous le verrons plus tard, qui constituent un frein à l'accès aux soins des personnes.

La médiation vers le soin par les intervenants sociaux pour tenter d'y remédier

Les travailleurs sociaux sont particulièrement attentifs à ce que les personnes soient correctement prises en charge dans le domaine de la santé. Cette prise en charge passe aussi par le fait que la personne soit accueillie - et bien accueillie -, ce qui est loin d'être le cas dans toutes les situations comme nous l'avons vu précédemment. Durant l'étude, les

professionnels de l'accompagnement, et notamment ceux exerçant dans les dispositifs d'hébergement, nous ont fait part de leurs interrogations sur leurs rôles d'accompagnants physiques vis-à-vis des soignants et du soin en général. Rappelons que cette possibilité d'accompagnement vers le soin n'est que difficilement possible dans les programmes d'intégration hors hébergement.

L'intervenant social garant de l'accès aux soins

Les accompagnements des travailleurs sociaux dépendent parfois des possibilités concrètes d'orientation. C'est parce que l'intervenant social est présent que le soignant va accepter la prise en charge. Un intervenant social en CPH relate :

« J'ai un médecin qui a refusé de prendre quelqu'un qui ne parlait pas français parce qu'il n'était pas accompagné. On fait beaucoup d'accompagnement physique sur les rendez-vous santé alors que notre présence n'est pas indispensable, on y va plus pour travailler le lien avec les pros, le partenariat, et on sait que les personnes ne vont pas être reçues pareil si on y va pas. »

Dans cet extrait, l'intervenant social a peur que la personne soit mal reçue s'il n'est pas présent. Il s'agit donc ici d'être présent pour s'assurer des conditions d'accueil de la personne par le soignant.

Mais il s'agit également de faire du lien avec ces soignants pour les rassurer et si possible afin d'assurer un partenariat durable. Un intervenant social constate :

« Quelques fois les professionnels de santé, face à certains publics, ne sont pas très à l'aise. On est là aussi pour faire la médiation par rapport à ça. Mais clairement on ne sait pas tellement si c'est à ce niveau que la médiation doit se situer, à quel moment elle s'arrête... et c'est la médecine qui doit prendre en charge, par exemple, l'interprétariat ou tout ça... »

Toutefois les limites de la médiation se font également sentir et peuvent mettre en difficulté les professionnels.

Du côté des intervenants sociaux aussi la charge de travail ne permet pas d'accompagner les personnes à tous leurs rendez-vous médicaux. Un intervenant social sur un programme de réinstallés affirme :

« Mais à l'hôpital, non, dès qu'on leur dit qu'on ne va pas être là... En fait ils aimeraient qu'on soit là à tous les rendez-vous, sauf que ce n'est pas possible. Là moi je suis toute seule pour 50 personnes. »

Le rôle de médiateur des travailleurs sociaux est donc parfois difficile à négocier, d'autant plus dans le domaine du soin au sein duquel les professionnels de santé mettent involontairement les intervenants dans des situations très compliquées pour eux. Les travailleurs sociaux sont particulièrement attentifs à ce que les personnes soient correctement prises en

charge en santé. Cette prise en charge passe aussi par le fait que la personne soit accueillie - et bien accueillie -, ce qui est loin d'être le cas dans toutes les situations.

L'intervenant social supposé bilingue

L'intervenant social est parfois considéré par les soignants comme celui qui pourra traduire et parler à la place de la personne qu'il accompagne, ce qui n'est pas sans poser question aux intervenants sociaux, notamment celui-ci :

« Mais il y a aussi le fait qu'on accompagne les personnes et on va essayer de [pallier] à la question de l'interprétariat. Et moi ça m'interroge beaucoup sur notre place en tant qu'intervenant social. Parce qu'on n'a pas à être là et à... faciliter des dérivés où le médecin va nous interroger nous plutôt que la personne et on ne sait pas quelles informations on transmet. »

Cet extrait nous semble particulièrement représentatif de la situation dans laquelle se trouvent parfois les travailleurs sociaux avec des soignants. Nous remarquons bien que la posture dans laquelle est mis l'intervenant social face au soignant et la personne qu'il accompagne lui pose question. Tout d'abord, l'intervenant social considère qu'il « n'a pas à être là » car cela lui impose d'entendre des choses qui pourraient relever du secret médical et de l'intimité de la personne¹¹².

Ensuite, comme l'extrait l'illustre bien, cette relation tripartite crée souvent des interactions particulières qui gênent le travailleur social. En effet, le soignant, plutôt que de s'adresser à son patient, va s'adresser à la personne qui l'accompagne et avec qui il peut communiquer directement. Cela a tendance à exclure le patient de l'interaction, qui la concerne pourtant au premier plan.

Enfin, l'intervenant social s'interroge sur la manière dont il devra prendre en charge les informations - potentiellement sensibles - qui lui ont été transmises par le médecin alors que celles-ci auraient dû être directement adressées à la personne concernée, donc au patient. Ce dernier point soulève une situation qui peut être dérangement pour l'intervenant social. Effectivement, le médecin décharge en quelques sorte une part de sa responsabilité - soit de parler et d'informer son patient - sur l'intervenant social, qui devra ensuite trouver les bons mots pour faire comprendre à la personne sa situation médicale. Celui-ci est donc indirectement chargé d'une tâche qui ne relève pas du tout de ses missions et mais de celles du médecin.

¹¹² - On peut ici noter que la question du secret médical est souvent mise à l'écart quand il s'agit de prendre en charge un public précaire ou migrant.

Certains soignants justifient la nécessité que la personne soit accompagnée par le besoin d'interprétariat alors même que les intervenants sociaux ne peuvent traduire, comme un d'entre eux l'explique :

« Et la barrière de la langue aussi du coup c'est un facteur important, parce même si demain ils ont un rendez-vous avec un médecin, s'il y a la barrière de la langue, il n'y a rien qui se fera. Et concrètement on nous le dit : "Non mais il ne peut pas venir tout seul le monsieur, il faut que quelqu'un l'accompagne." Donc il y en a pour qui c'est comme ça. Alors que moi je ne parle pas sa langue hein... mais on arrive à traduire, alors qu'on ne parle pas la même langue (rires). »

Là où les intervenants sociaux sont habitués à communiquer sans interprétariat et donc à bricoler pour se faire comprendre, ils expliquent que les services de santé, peu confrontés à ce type de situations, demandent souvent que les intervenants sociaux soient présents lors des consultations. Cet intervenant social précise :

« En fait dès qu'ils sont face à ce public-là, qui ne parle pas la langue, je ne sais pas, j'ai l'impression qu'ils [les services de santé] sont tétanisés (rires), qu'ils ne savent pas comment faire. Dès qu'on leur dit qu'on ne sera pas là au rendez-vous c'est : "Mais comment on va faire !" Et donc là elle [une secrétaire d'un service de santé] me téléphone pour me dire : "Oui, il faut venir le chercher." Donc ce monsieur il est très autonome, il est très capable de se débrouiller tout seul. Et donc là voilà, c'est un exemple, la secrétaire du service qui me téléphone pour me dire : "Il faut qu'il retourne en bas faire les papiers, vous pouvez venir le chercher". Alors je dis : "Non il peut le faire." Elle me dit : "Ben non, moi comment je vais faire pour lui expliquer..." Mais en fait ils n'essayent pas de... Voilà, nous on ne parle pas l'arabe non plus et on essaye de s'adapter : on utilise Google traduction, on utilise les gestes, enfin des mots simples... Mais à l'hôpital non, dès qu'on leur dit qu'on ne va pas être là... »

Cela pose la question de l'autonomie possible des personnes, notamment dans leurs propres parcours de santé. Lorsque nous demandons à Mohamad ce qui pourrait être amélioré, il nomme l'interprétariat :

« Moi la seule chose que je peux proposer c'est... c'est de trouver peut-être des... comment je peux dire... C'est que tout le monde soit en mesure de se faire comprendre. Ce n'est pas tout le monde qui parle français... et... souvent [structure de santé]... parce que là-bas quand on va au rendez-vous c'est une grande salle d'attente. L'accueil là-bas c'est... Ils sont tous francophones en quelque sorte... Une fois, pour qu'on me comprenne il fallait que... je ne parle pas bien français vous voyez... Il y a quelqu'un qui là-bas, j'ai dû rencontrer quelqu'un là-bas qui parlait anglais pour qu'on se comprenne mieux. Pour moi c'est ça. »

La place de médiateur des travailleurs sociaux est donc parfois difficile à négocier et d'autant plus dans le domaine du soin où les professionnels de santé mettent involontairement les intervenants dans des situations très compliquées pour eux. Il y a une demande des travailleurs sociaux à ce que les structures de soins prennent leurs responsabilités face à ce public, notamment en ce qui concerne l'interprétariat.

Pour ces questions de médiation et d'accompagnement vers le soin, un réseau spécialisé existe en Auvergne-Rhône-Alpes.

Intermed est une association loi 1901, créée en 2008 par l'association Adoma et à destination de leurs résidents en situation d'isolement et de vulnérabilité. L'association intervient aujourd'hui dans sept départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes : le Rhône, la Loire, le Puy de Dôme, la Drome, l'Isère, la Savoie et la Haute Savoie.

Intermed couvre désormais 100 % des résidences sociales et des foyers de travailleurs migrants (FTM) Adoma de la région. Elle intervient également hors Adoma, au sein d'Aralis notamment, mais aussi en partenariat avec plusieurs bailleurs sociaux sur le territoire de la métropole lyonnaise. Des dispositifs d'intervention dans le diffus, sur saisines de diverses structures, existent également en Savoie et sur l'agglomération grenobloise.

C'est en 2017 qu'Intermed a initié une nouvelle action en direction de demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale dans le Rhône, en Isère, en Savoie et en Haute-Savoie.

Fondé sur le principe « d'aller vers pour ramener vers¹¹³ », Intermed conduit une triple stratégie au sein d'un dispositif de médiation et de coordination santé pour l'accès aux soins de publics isolés et vulnérables, soit :

- la mise en œuvre d'actions adaptées et diversifiées auprès des personnes les plus isolées et vulnérables, présentant des problématiques et des pathologies complexes du lien social ;
- consolider ou développer des actions transprofessionnelles, notamment le lien ville-hôpital, pour une prise en compte efficiente des publics concernés dans une logique de citoyenneté (accès aux droits, lutte contre le non recours et ruptures de soins) ;
- contribuer à l'évolution des représentations réciproques (publics, bailleurs, champs du sanitaire, psychiatrique, social).

Son action consiste en :

- une approche globale des situations dans leur contexte ;
- un accompagnement de proximité ;
- un travail en réseau ;
- une veille attentive favorisant les prises de relais ;
- une implication au sein des instances inter-partenariales.

Les équipes de médiateurs santé sont composées d'infirmiers (généralistes ou spécialisés en psychiatrie ou en gérontologie) et de psychologues. Elles interviennent dans une démarche active auprès des personnes en les rencontrant sur leur lieu de vie ou dans leur domicile, en évaluant la situation, conseillant, proposant et en mettant en œuvre un parcours de soins. Intermed ne délivre pas de soins techniques, mais travaille à construire un lien de confiance avec la personne selon une approche du soin relationnel. Par la suite, elle oriente et accompagne vers le soin en mobilisant les professionnels et services du droit commun auxquels l'équipe ne se substitue pas.

Dans le cadre de sa mission « asile-réfugiés », l'association travaille de manière continue dans les structures d'hébergement d'Adoma (CADA, ATSA et autres¹¹⁴) afin de favoriser l'accès aux soins pour les personnes en situation complexe, éviter les ruptures de soin et d'accompagner vers une sensibilisation des acteurs et des personnes.

Le réseau dispose d'une convention avec ISM Corum et ISM Interprétariat, leur permettant d'accéder à l'interprétariat majoritairement par téléphone. D'autres structures peuvent être sollicitées selon les besoins et les territoires.

Intermed s'engage également auprès des personnes bénéficiaires de la protection internationale, qu'elles aient récemment obtenu la protection ou qu'elles soient présentes depuis plus longtemps sur le territoire. Les durées de suivi, allant de quelques jours à plusieurs années, permettent d'assurer la continuité des soins et du lien notamment en cas de changement de structures d'hébergement, puisque les équipes peuvent suivre les patients dans leurs nouveaux domiciles.

Les équipes d'Intermed font le lien avec les soignants et permettent ainsi de faciliter l'accès aux soins de ce public. Un infirmière de l'équipe précise :

« La plus-value d'Intermed avec ce public-là, demandeur d'asile et réfugié, c'est que les médecins ils sont aussi rassurés que derrière on soit là [l'équipe Intermed]. Et puis, s'il le faut, on les accompagne une première fois, on est en lien au téléphone et puis on leur donne des infos. (...) On fait beaucoup de travail en amont en allant rencontrer les médecins, sans forcément qu'un demandeur d'asile soit à nos côtés, pour leur expliquer ce qui se passe, quels sont leurs besoins, qui est cette population - ils sont comme tout le monde assez désinformés finalement. Ça les rassure complètement et ils s'engagent. »

¹¹³ - Voir le site internet d'Intermed.

¹¹⁴ - En 2018, 44 % des places d'hébergement d'Adoma en région Auvergne-Rhône-Alpes étaient couvertes sur quatre départements.

La présence de l'équipe rassure en effet les soignants, comme l'explique cet infirmier :

« La kiné que j'ai trouvé, en fait, elle a été hyper intéressée quand je lui ai dit que j'étais présente sur le site une fois par semaine, que je pouvais aller voir les gens, leur rappeler leurs rendez-vous etc. Et du coup elle m'a appelée en disant : "Ben voilà j'ai donné rendez-vous à telle heure, est-ce que tu peux t'assurer qu'il viendra tel jour..." Ça c'est la plus-value d'Intermed. »

À l'ouverture de la mission « asile-réfugiés », les besoins en santé mentale de ce public et les difficultés d'accès aux soins étaient déjà bien identifiés. Les choix ont été faits en conséquence. Une cheffe de service à Intermed l'explique :

« Effectivement nous avons choisi pour la mission asile plutôt des personnes aguerries en psychiatrie, des infirmiers ayant beaucoup travaillé en psychiatrie, du coup formés à l'entretien psy à l'hôpital. »

En effet, face aux difficultés d'accès aux soins en santé mentale, les équipes d'Intermed permettent des premiers soins de santé mentale avec les personnes. Pour un infirmier de l'équipe :

« Face à ce manque... face à ce... ce n'est même plus un trou c'est un gouffre. On fait à la place d'autres qui eux sont plus habilités, ou en tout cas sont plus performants que nous. Donc là on est dans l'accueil effectivement, l'accueil de la souffrance, d'une parole, d'un trauma. Cela permet de temporiser : cela permet de prendre en compte, de temporiser. Jusqu'à l'obtention enfin d'un spécialiste qui pourra le recevoir. Mais cela peut durer... six mois. »

Ainsi, Intermed permet de soutenir les personnes et de les accompagner dans leur parcours de soin.

Une interconnaissance limitée, la nécessité du travail en réseau

Nos rencontres au fil de cet état des lieux nous ont permis de constater qu'il existe parfois une méconnaissance des acteurs de l'accompagnement social vis-à-vis du soin et inversement.

Sur la plupart des territoires, les acteurs de l'hébergement qui accompagnent les personnes migrantes et les dispositifs de soins à destination des précaires (tels que les PASS et EMPP) se connaissent bien et tentent de travailler ensemble le mieux possible, compte tenu des moyens qui leur sont alloués. Néanmoins, les dispositifs de santé mentale de droit commun (tels que les CMP et les services de psychiatrie des hôpitaux) et les professionnels des structures d'hébergement sont peu, voire pas du tout, en lien. La plupart du temps, les professionnels de l'accompagnement social tentent de passer par les PASS ou les EMPP des territoires, quand elles existent, pour faire le lien avec l'hôpital.

De la même manière, au sein d'une même structure de soin, il arrive fréquemment que les dispositifs de soins pour précaires tiennent une place particulière dans l'hôpital et soient donc peu en lien avec le reste de celui-ci. C'est notamment le cas des services de psychiatrie. Un professionnel d'EMPP constate :

« On est en difficulté même en étant dans le même établissement pour permettre une orientation. Quand les infirmiers et le médecin de l'EMPP estiment qu'il y a un besoin d'orientation, en général c'est avéré, vérifié, et souvent aussi on en a parlé en équipe en amont. Mais le souci c'est (...) que tous les CMP se sont inventés des critères pour réguler leur file active, leurs demandes... Certains CMP nous disent : "Vous envoyez les personnes voir un médecin généraliste et ils viendront ensuite au niveau du CMP." Donc c'est quand même assez ubuesque. Ou alors, quelqu'un de la santé qui appelle un médecin généraliste en disant : "On aurait besoin d'un certificat médical pour aller voir un CMP" et que c'est un de nos collègues du même établissement... »

Dans cet extrait, on voit bien en quoi la situation est effectivement « ubuesque » lorsque le CMP demande à une équipe du même établissement, qui est déjà doté d'un médecin en exercice, d'orienter les personnes vers les médecins libéraux pour qu'elles puissent les réorienter ensuite en interne. Cet exemple montre bien le cloisonnement de certains dispositifs de soins en santé mentale de droit commun.

Dans ce contexte de cloisonnement des dispositifs de prise en charge, certains professionnels soulignent l'importance de se rencontrer pour trouver des solutions. Une professionnelle de PASS constate :

« C'est créer la rencontre en fait, il faut qu'on se voit. Si on se voit on arrive à trouver. Si on ne se voit pas on est chacun cloisonnés dans nos trucs. Non mais là c'était bien cette première réunion. J'espère que ça ca continuer parce que le lien il est fait pour le coup. »

Nous remarquons que les personnes qui prennent en charge le public migrant précaire sont particulièrement en demande de lien. En effet, les personnes migrantes cumulent souvent différentes problématiques qui impliquent des prises en charge en réseau. A priori, aucun dispositif ne peut prendre en charge toutes les dimensions problématiques des situations dans lesquelles sont prises les personnes migrantes (langue, droits, accès aux soins, accompagnement, hébergement, travail). Certains travailleurs sociaux mettent en avant la demande de compétences extrêmement large que requière ce public ainsi que la diversité des situations qu'ils ont à traiter. C'est notamment le cas de l'accompagnement des personnes bénéficiaires de la protection internationale, comme l'explique cette intervenante sociale qui fait partie d'un programme d'accompagnement des bénéficiaires de la protection internationale :

« On ne peut pas spécialiser pour tout et on a besoin de personnes spécifiques. Je m'occupe de personnes en errance, d'anciens MNA, de personnes vieillissantes. J'ai tout ce que j'ai pu apprendre dans ma formation qui est regroupé dans mon service. Vous ne pouvez pas tout savoir sur tous les dispositifs. On est tous les services existants pour tous les réfugiés. On bosse avec la PMI, l'ASE, etc. À croire qu'il y a plusieurs mondes en fait : le monde des réfugiés et les autres. C'est ce qu'il ne faut pas. Malgré nous, on est référents des réfugiés. Tu ne peux pas apprendre toutes les problématiques et accompagner toutes les personnes sur toutes les problématiques. À un moment donné il ne faut pas qu'on reste tout seul, il faut qu'on construise des partenariats et qu'on trouve le temps. Vaste programme. »

Dans les structures pluridisciplinaires, au sein desquelles des soignants et des travailleurs sociaux travaillent ensemble, le travail pluri professionnel est avancé comme essentiel, comme l'explique cette soignante :

« Le fait que l'assistante sociale soit là, cela nous évite nous de sombrer (je pense qu'il n'y a pas d'autres mots tellement les situations sont complexes et dures), de sombrer dans le social. J'ai suivi une patiente qui dormait dans la rue et bien il ne faut pas quand même que j'oublie ses antécédents médicaux, qu'elle va accoucher, qu'il faut qu'elle voit l'anesthésiste, qu'il nous faut une carte de groupe sanguin, etc. C'est très, très compliqué de gérer le social et le médical, et souvent on se fait happer du côté du social et on en oublie le médical, ça c'est dangereux pour nous et pour la maman. Donc le fait que l'assistante sociale soit toujours là, cela nous rappelle à l'ordre. Ça c'est elle qui le fait et moi je reste sur les sérologies de la dame, l'examen de son bassin, son antécédent de césarienne. On a vraiment besoin de son binôme et de la psychologue pour débriefer en staff, pour se dire tu as bien fait ou là pas du tout. »

Auprès de ce public, présentant de multiples problématiques, une approche pluriprofessionnelle permet une approche globale, ce qui semble nécessaire pour les personnes accompagnées mais également pour les professionnels.

Au niveau des territoires, le fait que des rencontres soient organisées entre des structures d'hébergement et des professionnels de santé permet confronter les réalités professionnelles de chaque acteur. Pour cette intervenante en PASS :

« Peut-être qu'avec les structures [d'hébergement], des réunions comme ça, cela permet de se dire comment on travaille ensemble : qui on appelle ? Est-ce qu'il y a un référent ? Et puis, quand on se connaît - c'est-à-dire nous on le voit au sein de l'hôpital -, on s'appelle : "J'ai quelqu'un qui est pas bien, qu'est-ce que tu peux... ?" Voilà. Rien que le fait de créer du lien, souvent les situations on arrive à mieux les gérer ensemble quoi, quand on ne se connaît pas... »

Ce sont donc aussi les relations interpersonnelles et les connaissances qui permettent d'orienter les personnes plus facilement vers le soin. De plus, la rencontre entre les dispositifs de soin pour personnes en situation de précarité et le reste de l'hôpital semble également nécessaire, notamment pour les services de psychiatrie. Cela permet de faire du lien et de désigmatiser les rôles et les problématiques de chacun.

La citation ci-dessus évoque un contexte dans lequel la PASS et les services de psychiatrie de l'hôpital ont commencé à se mettre en lien et à dialoguer. Il est intéressant de voir qu'avant que le lien soit établi entre les professionnels de ces deux structures,

le professionnel fait un retour réflexif sur les pratiques et sur les manières de considérer l'autre. Parfois, et nous pouvons le voir ici, les personnes qui accompagnent les migrants, d'un côté, et les services de soin en santé mentale, de l'autre, peuvent avoir des préjugés sur les manières de travailler de chacun. Ce constat se confirme sur un grand nombre de territoires. Dans ce contexte, l'ouverture du dialogue permet aux différents acteurs de prendre en compte les difficultés exposées afin d'essayer de trouver des solutions les plus adaptées possibles.

Sur certains territoires, des CLSM existent. Il y en a 32 en région Auvergne-Rhône-Alpes. La majorité d'entre eux ne travaillent pas spécifiquement sur les questions de santé mentale et précarité et/ou migration. Cependant, certains sont très actifs sur ces thématiques et mettent en place des projets liés à la prise en charge de ces publics, comme celui de Grenoble, qui est à l'initiative d'un forum inter-partenarial sur les questions de santé mentale et migration en 2018.



LES CONSEILS LOCAUX EN SANTÉ MENTALE (CLSM)

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire et le service de psychiatrie publique. Celle-ci a comme objectif de définir en commun les politiques locales et les actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale des populations concernées..

Une souffrance des professionn

Nos différentes rencontres et observations lors de cet état des lieux nous ont permis de constater qu'il existe une importante souffrance des professionnels qui prennent en charge le public migrant. Celle-ci peut être liée à une traumatisation secondaire des professionnels, qui ont sont très souvent confrontés aux expériences traumatiques vécues par les personnes exilées qui leurs sont racontées. Toutefois, l'origine de cette souffrance nous semble également fortement liée aux conditions d'exercice de ces différents professionnels.

Un contexte de diminution des encadrements des personnes touche aujourd'hui les intervenants sociaux. Ainsi, chaque intervenant social doit s'occuper de plus en plus de personnes. Nous avons constaté d'importantes disparités dans les taux d'encadrement des structures, selon les territoires et selon les programmes dont dépendent ces structures (programmes de réinstallation, programmes pour un public spécifique tel que les yézédis ou les personnes syriennes, les CPH, les CAO, ...). Un des

professionnels que nous avons rencontrés devait accompagner une cinquantaine de personnes. Ce chiffre comprenait également des enfants - pour lesquels les questions de scolarité, de santé, ne semblent pas engendrer moins de travail que les personnes adultes. Dans un autre lieu, un programme d'intégration a vu le nombre de personnes sollicitant le dispositif fortement augmenter sans pour autant que des professionnels supplémentaires soient recrutés. Une intervenante sociale sur un programme de réinstallation explique :

« Avec ma collègue, en un mois et demi on avait 50 heures supplémentaires chacune. Donc là maintenant... j'essaye de tenir les horaires, parce que de toute façon sinon ce n'est pas possible quoi, on craque ! Donc maintenant j'essaye de tenir les horaires et voilà j'essaye de lâcher, de lâcher prise et de moins m'investir parce que de toute façon ben... Vraiment, il faudrait qu'on soit plus quoi. »

À cela peuvent se rajouter d'autres problématiques, les réalités territoriales créent des contextes difficiles pour l'accompagnement. En effet, dans certains territoires particulièrement isolés où sont implantés les structures d'hébergement, les intervenants sociaux doivent parcourir des kilomètres en voiture tous les jours afin d'accompagner les personnes hébergées à leurs différents rendez-vous. De nombreux travailleurs sociaux n'ont pas d'autres choix que de faire des heures supplémentaires pour pouvoir accompagner correctement les personnes dont ils ont la charge. Dans ce contexte, les intervenants sociaux sont particulièrement exposés à la souffrance psychique et au *burnout*.

Un révélateur particulièrement important de la souffrance de ces professionnels au travail est le phénomène de *turn-over* qui est très important au sein des équipes des structures d'hébergement, tout comme les arrêts maladies.

Aussi, les impossibilités répétées d'orienter des personnes qui ne vont pas bien vers la santé mentale créent parfois chez les intervenants sociaux un sentiment d'impuissance. Cela peut être à l'origine de souffrances et avoir des effets sur leur propre santé mentale.

En ce qui concerne les soignants de première ligne (des dispositifs PASS et EMPP), c'est notamment la saturation de ces dispositifs et le manque de moyens qui créent des difficultés importantes. Une infirmière de PASS confie :

« Alors après... moi j'insiste en fait sur le manque de moyens, parce qu'on a eu des réunions régulièrement en préfecture pour nous annoncer un peu les projets qu'ils avaient et comment les places allaient augmenter petit à petit, en sachant que la question des moyens

derrière n'a jamais été posée. Alors tout le monde nous disait : "On est très satisfaits de la PASS. Vous prenez en charge, c'est génial, le côté et social et le côté médical..." Sauf qu'en fait, nous on était à bout de souffle. C'est-à-dire qu'on ne savait plus comment voir les patients, on essayait de bricoler pour en voir un maximum, en sachant que le médecin aussi était frustré, parce qu'il disait des fois : "Je n'ai pas assez de temps en consultation... C'est des consultations où quand il y a des victimes, il y a besoin d'un temps de consultation beaucoup plus long. C'est-à-dire je sens que derrière il y a des choses qui ne se disent pas, parce que je fais des consultations trop courtes." Et puis le médecin est parti en arrêt maladie... »

Cet extrait montre l'écart entre ce qui est parfois perçu par les services de l'État : la PASS prend en charge les personnes et la réalité du terrain, où les professionnels soignants sont « à bout de souffle ». Les professionnels ont en effet souvent le sentiment de ne pas avoir le temps de faire leur travail correctement, ce qui peut aussi produire des souffrances de la part des professionnels, comme en atteste l'arrêt maladie de cette médecin de PASS.

De manière générale, les dispositifs PASS et EMPP manquent de moyens et de personnel pour recevoir toutes les personnes qui auraient besoin d'accéder aux soins. Les dispositifs EMPP n'existent pas sur tous les territoires. Ainsi, du fait de cette saturation et de ce manque de moyen, ces équipes ne peuvent généralement pas répondre à toutes les demandes d'intervention sur les départements, ce qui alimente également la frustration. Le manque de moyens alloués à leurs activités peut également les mettre en difficulté, comme les nombreux soignants qui souhaiteraient prendre en charge les publics exilés mais qui ne disposent pas d'un budget interprétariat.

Au niveau des soins de droits communs, et comme nous l'avons largement évoqué, il existe une saturation importante des dispositifs. Un soignant d'EMPP explique :

« Parce que la psychiatrie jusque-là, au niveau des effectifs médicaux, on ne savait même pas comment elle allait gérer sa file active actuelle. Donc aller s'ouvrir et ouvrir les robinets à la santé publique, le médico-social qui appelle aussi beaucoup... enfin tous les robinets étaient fermés parce que on ne savait pas déjà comment on allait fonctionner. »

Il semble important de rappeler que la psychiatrie est extrêmement saturée. Il existe un contexte de réduction des effectifs dans certains établissements qui renforce ce constat mais, parallèlement, certains territoires ont des difficultés à recruter des médecins ou affichent beaucoup de postes vacants.

Nous pouvons faire ici l'hypothèse que les nombreuses difficultés à travailler avec les CMP ou les services de psychiatrie sont aussi dues à ce contexte de saturation. Les « stratégies » évoquées par certains professionnels - sans doute plus ou moins conscientes - mises en place pour « réguler » les files actives de ces dispositifs relèvent aussi, peut-être, d'une « défense professionnelle ».

Par ailleurs, nous avons noté un isolement important dans les pratiques des professionnels du domaine de la santé et du social. Le fait qu'il existe peu de réseaux, d'échanges et de coordinations met également en difficulté les professionnels, qui se retrouvent seuls face aux difficultés rencontrées alors même qu'elles sont souvent partagées sur une grande partie du territoire.

Les espaces d'analyse de pratiques professionnelles ne sont pas systématiques et de nombreux professionnels n'en bénéficient pas, comme l'explique cette psychologue dans un CPH :

« C'est un problème, pas que pour les psychologues, qu'il n'y ait pas d'analyse de la pratique. Globalement il n'y en a pas, cela pose quand même souci dans ce genre de métier et de situation, même l'équipe de travailleur social devraient bénéficier de l'APP. Pour un psychologue qui n'y ait pas de supervision d'APP sur cette thématique centrée sur la migration, la prise en charge des personnes, c'est vraiment quelque chose qui manque parce que pour bien faire son travail on a besoin de cet espace. »

Au sein des équipes ou des territoires, les professionnels ont donc peu d'espaces d'échange et de réflexion sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique professionnelle.

Ainsi, comme nous avons pu le voir, si des expériences de prise en charge effective existent sur le territoire, de nombreux freins persistent dans l'orientation et la prise en charge en santé mentale du public bénéficiaire de la protection internationale et, plus généralement, migrant.

VI - UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE AUX PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DE LA PROTECTION INTERNATIONALE ?

Les éléments précédemment évoqués nous amènent à la question de la spécificité. Les personnes bénéficiaires de la protection internationale nécessitent-elles une clinique spécifique ? En quoi consisterait-elle ? Comment répondent les professionnels à la souffrance des personnes exilées sur le territoire ? Nous allons tenter de dégager les éléments communs à partir de ce qui nous a été dit par les professionnels de cette clinique et de ce que nous ont dit les personnes de leurs souffrances et leurs besoins.

1 • Une souffrance repérée dans les lieux du social : la nécessité d'aller vers

Dans beaucoup de situations, la demande d'aide n'est pas formulée directement par les personnes. Ce sont les travailleurs sociaux qui repèrent des symptômes de souffrance psychique dans le quotidien, tels que les insomnies, cauchemars, les personnes qui ne s'alimentent plus et autres.

L'évaluation est toutefois délicate pour les non soignants, qui expriment être en difficulté pour repérer les personnes qui sont en souffrance psychique. Certains professionnels du social ont le sentiment que toutes les personnes accompagnées auraient besoin de soutien en santé mentale, même ponctuel, mais les modalités d'intervention disponibles sont limitées voire inexistantes. Il s'agit alors de prioriser les problématiques de santé mentale et d'identifier les plus urgentes à orienter vers le soin de santé mentale. Pour ce responsable de CPH :

« Ce qui est compliqué c'est que dans les personnes qui arrivent elles ont tous des traumatismes... Après, par contre, elles ont toutes des manières de la vivre en fait et du coup si je le fais en préventif j'oriente tout le monde. Quand on voit les cellules psychologiques qui sont créées en France pour chaque événement... Là les événements qui sont vécus c'est... c'est cellule psychologique quoi ! Donc c'est vrai que... »

« Ce n'est pas facile d'amener ce sujet pour nous les professionnels du social. On n'est pas en capacité de diagnostiquer, à moins, voilà, que la personne se confie, ou qu'on soit déjà dans un climat limite dépressif, où on voit qu'il y a urgence à faire quelque chose mais ce n'est pas forcément le cas. »

Les enjeux de ne pas avoir détecté les besoins de prise en charge sont en effet extrêmement importants. Toutefois, les moyens de cette détection ne sont pas donnés aux structures sociales, qui se retrouvent seules à gérer des problématiques qui les dépassent et pour lesquelles les professionnels n'ont pas les compétences. Une intervenante sociale questionne :

« J'identifie encore assez peu de choses sur la question de la santé mentale, bien qu'en cinq entretiens d'accueil, sur l'un des entretiens en tout cas deux fois

le terme d'idées suicidaires et même la question du suicide est venue d'entrée de jeu. »

« Il y a un jeune du programme [un programme d'intégration] qui s'est suicidé cet été. Comment on aurait pu déceler, ou pas ? Comment on aurait pu faire pour l'accompagner ? »



LA NON DEMANDE

« Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres. »

Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, 11. L.B.F.S.M.

Les professionnels et bénévoles du social se retrouvent en position de faire un « tri en santé mentale » afin d'orienter vers le soin les personnes leur paraissant en avoir le plus besoin. Mais sans formation ni outil, cela constitue pour les professionnels une grande difficulté et les met dans une situation impossible, source de sentiments d'impuissance et de souffrance au travail.

Par ailleurs, même lorsque les personnes qui nécessitent d'être orientées vers des professionnels de santé mentale sont repérées, l'orientation réelle reste difficile. Comment créer l'accroche ? Comment en parler ? Comment exprimer son inquiétude sans stigmatiser ou « braquer » la personne ? Comment « aller vers » les personnes en souffrance psychique, ce qu'Alain Mercuel, psychiatre, définit comme « une pratique facilitante qui consiste à provoquer la rencontre, à tenir le lien pour, au minimum, décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts¹¹⁵ » ?

¹¹⁵ - Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !. *Rhizome*, (68). Lyon : Orspere-Samdarra.

Les tentatives sont d'autant plus compliquées que certaines personnes accompagnées ont des représentations très négatives de ce qu'est le soin en santé mentale, comme explicité précédemment. Face aux souffrances des personnes, les professionnels sont particulièrement démunis.

Cette difficulté à orienter vers le soin se retrouve d'autant plus dans les associations et réseaux militants, où les bénévoles sont rarement formés et peuvent se retrouver très isolés face à ces questions. Une psychologue en CPH explique :

« Il y a la question de comment aborder la question de la santé mentale avec les personnes. Selon à qui on en parle il y a le « je ne suis pas fou ! ». La santé mentale c'est sensible, en plus avec l'aspect interculturel... C'est difficile de savoir comment amener les personnes au soin. »

Les infirmiers du dispositif « Intermed », qui interviennent dans certaines structures de l'asile, expliquent l'importance pour eux de la médiation et de l'aller vers :

« Dans l'immense majorité de ces demandeurs d'asile qui vont devenir des réfugiés, les problématiques de vie ça concernent le stress post-traumatique la plupart du temps, donc c'est quoi ? C'est ne pas dormir, c'est évidemment ne pas se nourrir suffisamment, c'est de la dépression, c'est pour certains cas des *flashbacks*. Ils sont isolés complètement, ils peuvent être délirants pur certains cas qu'on a connus... Voilà, ça prend une ampleur dans leur vie qui fait qu'effectivement les soignants on doit y aller hein, on doit aller vers eux, on doit aller les tirer de leurs traumatismes, en tout cas de leurs souffrances quoi. [...] Nous on est quand même le maillon où on y va quoi. On va toquer à la porte si on ne le voit pas... Et auprès du public, et auprès des professionnels pour qu'ils les acceptent. Donc ça c'est vrai qu'on a aussi... il y a toujours des manques pour nous bien sûr, mais je pense qu'en tout cas par rapport à d'autres endroits où y'a pas ce maillon ben ils n'y vont pas du coup, ou je ne sais pas. »

Cela permet en effet de faciliter l'accès aux soins en santé mentale du public.

2 • « Première écoute », « réorientation », « prise en charge »

Les lieux d'écoute et de soins, les psychologues dans les CPH, les EMPP et les PASS constituent souvent les soins de première ligne dans la prise en charge des personnes migrantes avant l'obtention de leur statut de réfugié, mais également après.

Dans la majorité de ces dispositifs, les missions des psychologues - quand il y en a - ne sont pourtant pas de prendre en charge complètement les patients, mais de proposer « une première écoute », avec une visée de « réorientation ». En réalité, les réorientations sont souvent très difficiles voire impossibles, ce qui pose parfois question aux professionnels. Un soignant de centre de soins spécialisé constate :

« Dans les centres d'hébergement parfois il y a des psychologues, des infirmiers, etc. Il y a de l'accueil, de l'écoute, l'orientation, mais qui prend en charge derrière ? Les équipes, les compétences augmentent, s'affinent, on sent qu'il y a une vraie prise de conscience, mais après qui prend en charge ? C'est la prise en charge qu'il faut renforcer. »

En termes cliniques, la mission de faire principalement des évaluations et de la réorientation ne fait pas toujours sens, notamment lorsque le lien de confiance est créé et que le travail a commencé comme l'atteste cette psychologue d'un lieu d'écoute :

« Je suis sensée faire une première écoute et une orientation. Mais la demande d'aide est plus importante qu'une première écoute. Il y a un jeune ça fait 10 fois que je le vois. On se sent bien tous investis sur une autre mission. Je ne peux pas casser le lien comme ça, on est dans notre rôle. (...) Certains viennent me voir et c'est le premier lieu dans lequel ils ont été reçus. Ça crée un lien de confiance. Et c'est compliqué de les orienter vers quelqu'un d'autre. Des fois même s'ils sont orientés vers le CMP je garde un lien avec eux. Cela freine des fois quand on se dit j'orienterai, puis après on sait qu'ils vont être ré-orientés alors que c'est déjà dur de créer le lien. »

Ainsi, les psychologues s'interrogent parfois sur le sens même de réorienter alors qu'ils sont parfois en capacité d'offrir un suivi aux personnes. De plus, la question du lien créée au fil des consultations semble primordiale. Rompre ce lien en réorientant les personnes pourrait infliger une nouvelle rupture dans les attaches créées par celle-ci et alors qu'elles ont déjà vécu un nombre important de ruptures tout au long de leurs parcours.

Comme nous l'avons vu, les dispositifs de soins sont saturés et peu accessibles pour ce public qui nécessite une adaptation des cadres.

Concrètement, cette réorientation peut être quasiment impossible, notamment dans les territoires ruraux où l'accessibilité physique aux soins nécessite un accompagnement.

Par ailleurs, certains professionnels hésitent à orienter vers le droit commun en pensant que la prise en charge ne répondra pas aux besoins de ce public, comme le sous-entend une psychologue en CPH :

« Je ne suis pas censée faire des entretiens thérapeutiques, donc où les orienter ? Est-ce qu'il y a besoin ? La fiche de poste ne correspond pas au terrain. Je vais être amenée à ne pas pouvoir réorienter tout le temps. Je vais passer mon temps dans les transports. (...) Je ne me verrai pas forcément les orienter en CMP, je ne sais pas si ça correspond à leur problématique. Il n'y a pas de réseau de partenaires au final. »

Si de nombreux professionnels militent pour que la question de la santé mentale des personnes exilées soit prise en charge par le droit commun, plusieurs d'entre eux n'essayent plus d'y orienter les personnes sur les territoires où cela n'est pas effectif, pensant que la réponse sera impossible ou inadaptée.

La place particulière des psychologues au sein des structures d'hébergement

Quelques structures d'hébergement du DNA et des CPH ont choisi de recruter des psychologues sur des temps partiels¹¹⁶.

Malgré des moyens souvent limités pour l'interprétariat, la présence d'un psychologue au sein du lieu de vie constitue un « aller vers » et permet de sensibiliser les personnes aux problématiques de santé mentale. Les soignants tentent de lutter contre la stigmatisation des problématiques de santé mentale. Une psychologue de CPH affirme :

« Je suis un peu là pour essayer de leur dire que ce serait pas mal [de parler avec un psychologue]. Ils disent tous qu'ils ne sont pas fous, parce que pour eux les psychologues et la psychiatrie c'est ça, c'est qu'on est devenu fou donc... C'est un peu là-dessus qu'on a du mal et sans compter la barrière de la langue. On a 7 heures d'interprétariat par personne, mais du coup j'essaie de les utiliser le moins possible parce que tout ce qui est financier, signature de contrat, j'essaie de ne pas trop abuser. »

Les psychologues des structures d'hébergement rencontrés expliquent tenter d'être en lien avec les professionnels de santé mentale du droit commun afin de pouvoir proposer une orientation et un suivi hors du centre. Toutefois, comme les autres acteurs, ils expriment rencontrer de nombreuses difficultés dans les orientations.

Notons que la place des psychologues au sein des structures n'est pas évidente et que les missions qui leur sont données ne sont pas nécessairement celles qui leur semblent les plus adaptées aux besoins. Un psychologue en CPH explique :

« La structure veut que ce soit plutôt des prises en charge groupales. Je ne sais pas pourquoi. Je suis en train d'essayer de comprendre comment les postes sont pensés parce que parfois c'est un peu hasardeux. On a vraiment des postes très, très différents. J'ai du mal à comprendre les lignes directrices, les représentations du métier : qu'est-ce que c'est qu'un psychologue, pourquoi on embauche un psychologue... Et nous non plus on n'est pas très au clair avec ça je pense. »

Les psychologues rencontrés expriment que la difficulté principale est la question des durées de prise en charge : les délais sont courts et variables, ce qui laisse peu de place pour se projeter sur une prise en charge thérapeutique, comme l'explique ce psychologue intervenant en CPH :

« Je fais des suivis aussi moi-même, mais je ne sais pas si on peut appeler ça vraiment des suivis parce qu'on sait qu'à un moment ça va prendre fin, malgré notre volonté. La règle d'or d'un suivi aussi c'est que la personne puisse arrêter mais aussi continuer si elle le souhaite et ça c'est un peu compliqué. »

Ainsi, si la place des psychologues au sein des structures d'hébergement n'est pas évidente, elle semble primordiale pour permettre de faciliter l'accès aux soins en santé mentale de ce public.

3 • Une souffrance qui ne concerne pas la psychiatrie ?

De nombreux professionnels ont mis en exergue le fait que la santé mentale du public bénéficiaire de la protection internationale ne pourrait pas être prise en charge par les dispositifs de droits communs car ils ne seraient pas adaptés aux besoins de ce public.

En effet, lorsqu'une possibilité prise en charge se dessine sur certains territoires du côté du droit commun, la réponse ne semble pas toujours adaptée vis-à-vis de la demande. Les professionnels de l'accompagnement constatent que les personnes ont souvent besoin d'écoute et de suivi sur le long terme, alors que l'offre de soin leur propose le plus souvent des rendez-vous très ponctuels ou sans possibilité de suivi. Une intervenante sociale en CPH explique :

« Au CMP, ils rencontrent des psychiatres, plutôt pour le côté traitement et médicaments. Mais pour ceux qui auraient besoin de parler on n'a pas de solution. »

¹¹⁶ - Voir en annexe B.

Pourtant, du point de vue de plusieurs psychologues et psychiatres rencontrés pendant l'étude, cette clinique pourrait être prise en charge par le droit commun, pour peu que celui-ci s'adapte à minima au public. Une intervenante de PASS psy qui prend en charge des migrants affirme¹¹⁷ :

« Des soins psychiatriques avec des personnes migrantes restent des soins psychiatriques. On n'est pas "migratologues". »

Et pour un psychologue d'un lieu d'écoute :

« Je ne crois pas qu'il y ait spécifiquement besoin de formations géopolitiques, interculturelles : ce n'est pas tant la rencontre d'un pays que la rencontre d'une personne qui va nous raconter son pays. »

La question de ce dont souffrent les personnes migrantes ne va pas de soi et ne peut se résumer à ce que l'on appelle assez communément maintenant le « traumatisme ». En effet, s'ajoutent également une multitude de problématiques « sociales » auxquelles font face les personnes migrantes.

Une des dimensions importantes de cette clinique est celle du traumatisme et de sa prise en charge, face à laquelle la psychiatrie publique ferme souvent la porte.

Certains soignants ou dispositifs de soin avancent que ce dont souffrent les personnes migrantes ne relèverait pas de la psychiatrie. Un infirmier d'EMPP explique :

« C'est-à-dire que tous les syndromes post-traumatiques, les CMP ils ne prennent pas (...) ils ne prennent que les gens qui ont... enfin ce n'est pas une pathologie psychiatrique avérée... Ils ne prennent que les schizophrènes... »

Cette distinction entre pathologies psychiatriques avérées et « traumatisme » est souvent rapportée par les professionnels comme étant une des raisons avancées pour ne pas prendre en charge le public migrant.

Il est intéressant de noter la jeunesse de la reconnaissance de l'état de stress post-traumatique dans les manuels de classification. Elle intègrera la troisième édition du « *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* » en 1980 sous le nom de *post traumatic stress disorder (PTSD)*, traduit en français sous le nom d'état de stress post-traumatique (ESPT). Didier Fassin, sociologue, dans *L'empire du traumatisme*, explique que l'introduction de cette nouvelle entité clinique dans le DSM fut le « fruit de négociations et de compromis autour de sa définition et de son interprétation, l'aboutissement d'hésitations et de synthèses sur son nom même ». Il ajoute plus loin : « En effet [le premier critère du PTSD] affirme que n'importe quel individu normal peut souffrir des troubles décrits lorsqu'il est exposé à l'événement réputé traumatique. (...) Il n'est plus besoin de chercher une personnalité fragile, puisque les symptômes sont la réaction normale à l'événement¹¹⁸. »

Cette catégorie nosographique découle donc intégralement de facteurs extérieurs à l'individu et c'est peut-être en cela qu'elle diffère des autres pathologies qui, elles, seraient le produit de facteurs intérieurs aux individus.

Ici, il n'est donc pas forcément question des particularités liées aux situations des personnes migrantes - allophones, précaires, etc. - mais bien à la particularité du traumatisme. Il y a aussi de la part de certains soignants l'aveu d'être en difficulté avec ce type de clinique comme l'atteste ce professionnel :

« "Le trauma on ne sait pas faire, on s'occupe de la psychose", disent, en gros, les CMP. »

Un infirmier d'un dispositif de médiation sanitaire souligne par contre que :

« Ces gens-là qui présentent tous ces symptômes du stress post-traumatique il suffit de pas grand-chose : une pré-médication, un accueil... enfin ce n'est pas demander la lune quoi. Et on voit les gens qui vont nettement mieux mais c'est spectaculaire. Moi qui ai travaillé en psychiatrie interne intra hospitalière, bon alors dans le cadre de schizophrénie tu vas voir la personne pendant des années dans ton service... Là tu les supporte, tu fais du curatif enfin... C'est même vachement gratifiant, parce qu'en l'espace de quelques semaines ce ne sont plus les mêmes. Ils reviennent à une forme de normalité... En quelques semaines, c'est spectaculaire. (...) Un entretien par semaine et ça va déjà un petit mieux, la souffrance est déjà un peu moins envahissante, ils ordonnent leurs pensées... »

Aussi, dans la clinique avec le public migrant, les problématiques sociales débordent parfois sur le soin, ce qui la rend particulièrement complexe et oblige parfois les soignants à faire un pas de côté par rapport à ce qu'ils font d'habitude. Dans cette clinique, prendre en charge une personne implique donc de prendre également en compte les dimensions sociales de la situation de la personne. Sur ces questions, les dispositifs de droit commun peuvent avoir des difficultés liées à leur méconnaissance vis-à-vis des droits de ces personnes. Un infirmier d'EMPP souligne :

« Le droit commun commence toutefois à être en demande sur de l'accompagnement. Par exemple, sur le droit des étrangers, les assistantes sociales du centre hospitalier sont paumées, et c'est l'assistante sociale de la PASS qui fait l'ouverture des droits. »

¹¹⁷ - Extrait d'un document de partenaire, synthèse d'une intervention publique
¹¹⁸ - Fassin, D. (2011). *L'empire du traumatisme*. Flammarion, 119-120.

Le public migrant déborde donc parfois des cadres cliniques et des compétences des professionnels. Ainsi et en ce sens, le migrant précaire peut être considéré comme une nouvelle figure du débordement¹¹⁹. Celui-ci vient remettre en question des manières de faire et le cadre habituel du soin. Comme en témoigne l'extrait cité plus haut, c'est sans doute cela qui pousse une assistante sociale d'un centre hospitalier à demander conseil à un autre professionnel qui a plus d'expérience avec ce public qu'elle.

4 • Lien social et étayage, un maillage nécessaire

La problématique de l'isolement est très prégnante dans les entretiens avec les personnes réfugiées que nous avons rencontrées. Les ruptures géographiques dans le parcours des personnes ont pu être à l'origine de ruptures de liens qui ont renforcé le sentiment d'isolement.

C'est lorsque les personnes arrivent dans le « droit commun », « comme tout le monde », que leur isolement est encore plus visible. En effet, en obtenant leur statut, elles quittent les structures spécialisées au sein desquelles les notions de groupe et de communauté pouvaient encore être importantes. Il est donc difficile pour elles de faire des nouvelles rencontres et de se constituer un réseau. Adel est dans la même ville depuis plusieurs mois, mais il explique avoir très peu de connaissances :

- « Ça a été facile de rencontrer des gens, de découvrir la ville ?

- Non, ce n'est pas facile, ce n'est pas facile. Ici y a plein de gens ils se, se... comme ils se méfient. Ils se méfient quoi, ce n'est pas facile d'aller rencontrer des gens, ce n'est pas facile. Ce n'est pas facile, moi j'ai que ici trois amis, sinon depuis que je suis là, je n'ai pas d'autres amis ni rien. Je fais mes démarches, sinon je reste dans mon coin. Moi à part le sport et mes démarches je suis chez moi. »

Face à cela, les professionnels tentent donc de mettre en lien, de faire du lien, comme l'explique cette travailleuse sociale sur un programme d'intégration :

« Ce qu'on repère en tout cas, on va dire c'est la porte d'entrée dans la mauvaise santé mentale, c'est la question des déliaisons. Et comment nous, du coup les professionnels, on travaille à la prévention de la déliaison par la mise en lien et sur tous les plans : sur le plan très personnel ou sur le plan de la religion, du loisir, ou du bénévolat. »

Dans cette clinique auprès des personnes exilées, la prise en charge pluridisciplinaire semble primordiale selon les acteurs rencontrés. Le travail en réseau et en partenariat revêt une importance particulière pour accompagner ce public aux problématiques multiples et imbriquées, afin de pouvoir proposer un étayage. Il s'agit de réinscrire la personne dans un réseau, de réaliser un « maillage ». Un psychologue d'un lieu d'écoute explique :

« Je fais beaucoup de travail sur l'insertion en groupal, pour que la personne puisse s'insérer dans le collectif. Ça lui permet aussi de ne pas être qu'ici. Qu'il n'y ait pas que l'éducateur et moi. On met encore un autre groupe, d'autres personnes, d'autres familles. C'est comme ça qu'on doit avoir notre place, comment on les insère et on les accueille. (...) Nous ici on peut travailler du clinique, il faut que d'autres choses puissent se mettre en place. Nous on va aussi travailler tout le social, parce qu'il n'y a pas que ça, il ne faut pas que ça. Il faut du temps et du décalé, même s'ils montrent des symptômes psy. (...) On est toujours en train de voir qu'est-ce qu'on pourrait réorienter sur de l'accueil en collectif, collectif qui connaît la problématique de la migration. »

Les activités non spécifiques sont complémentaires au travail thérapeutique qui peut être fait par ailleurs. Elles permettent de soutenir, accompagner les personnes. Du côté des associations et structures non spécialisées en santé mentale, l'étayage qu'elles peuvent apporter par des activités est bien identifié :

« Comme nous [la Maison des Familles] on n'est pas thérapeutiques, on est plutôt dans des choses assez banales. Dans un certain nombre de cas je trouve ça assez intéressant quand c'est couplé avec un travail thérapeutique, nous ce n'est pas notre job hein, c'est comme si ça soutenait un peu le travail thérapeutique fait par ailleurs. »

Ce lien social permet de soutenir et de renforcer une santé mentale positive pour les personnes. Pour l'association Singa, le lien social à un véritable aspect préventif. « Il y a des gens que ça sauve ! » nous a confié un membre de l'association. La coordinatrice de l'association Singa affirme :

« Il y a des gens qui nous le disent, il y a des gens qu'on voit se transformer en live ! C'est assez impressionnant et encore hier il y a une personne qui disait : "Ben moi je suis arrivée à Singa, je prenais des antidépresseurs et puis j'ai réalisé que j'avais deux anti-dépresseurs au bout d'un moment." Le deuxième était Singa. Donc il y a vraiment... Voilà, je pense qu'il y a vraiment l'idée de recréer du lien, de refaire des activités, des choses qu'on faisait déjà parfois dans son pays ! Oui, il y a pas mal de personnes, on les voit, la première fois qui peuvent être un peu repliées, etc. Et en fait au fur et à mesure des activités et qui se recréent, c'est impressionnant. (...) Et de se créer... d'avoir un groupe d'amis ! »

119 - Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, (48). p5-6.

Osman s'est engagé bénévolement dans des associations. Il explique que rencontrer des personnes a eu un impact positif sur sa santé mentale :

- « Donc du coup les associations, ça aide à faire du lien aussi, ça aide à rencontrer des gens ?

- *Oui, c'est très important. C'est super, très important, puisque l'association tu vas créer des liens, tu vas te retrouver avec des gens : quand tu parles, tu vois, tu te découvres aussi, tu as aussi un esprit apaisé. Donc les gens vont te parler : "Non, ici en France c'est...", on t'explique comme j'ai dit : "Que c'est bon, c'est que de toi-même tout ce que t'as vécu là-bas dans ton pays tu ne le vivras jamais ici", tout, tout, tout... Donc l'esprit commence à s'apaiser. Même si la nuit tu ne dormais pas, ben tu vas commencer peut-être à dormir un peu, donc les angoisses vont commencer un peu à diminuer. »*

Le lien social semble primordial et semble avoir un impact réellement positif sur la santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection, qui tentent de s'intégrer dans leur nouvelle vie. Au vu de ces constats, plusieurs associations et initiatives en région tentent de le faciliter.

Singa est un mouvement international (Bruxelles, Berlin, Zurich, Barcelone, Québec), qui s'est développé à Paris en 2012 et qui a comme objectif de créer des espaces et des outils pour que les personnes se rencontrent. Singa a trois missions principales :

- informer : remettre des faits au milieu de toutes les informations émotionnelles pouvant être transmises par les médias ;
- interagir : connecter et mettre en lien les personnes qui arrivent en France avec des Français ;
- innover : en utilisant des pratiques et méthodologies innovantes.

Singa n'est pas une association d'aide aux personnes réfugiées, mais part sur l'idée d'un enrichissement mutuel :

« Le bénéficiaire des actions c'est la société : on a tous besoin d'avoir une société plus inclusive où chacun à sa place. »

Tout membre de Singa, local ou nouvel arrivant, est considéré comme un membre à part entière de l'association, sans distinction des rôles de bénéficiaires/bénévoles. Il peut proposer et animer des activités.

À Lyon, l'association qui existe depuis trois ans compte quatre salariés à temps plein et 1600 membres. Singa est organisé autour de trois pôles :

- le pôle passion : Des événements culturels, sportifs, artistiques qui permettent la rencontre sont organisés toutes les semaines, créés par des membres. Les personnes se rencontrent dans le pôle passion et se revoient en dehors (ce qui veut dire qu'elles ont réussi leur mission).

Au-delà de ces activités de groupe, un programme individuel : le « programme *buddy* » met en lien une personne qui vient d'arriver avec une personne habitant à Lyon, sur la base de centres d'intérêts communs.

- le pôle CALM (Comme à la maison), financé par le ministère du Logement : Accueil citoyen de personnes qui ont le statut de réfugié avec un espace privé, pour une durée d'un an et pas nécessairement dans la même famille.

Ce programme concerne majoritairement des personnes qui étaient à la rue, mais également des personnes qui avaient déjà un hébergement mais qui avaient le souhait de vivre en famille afin d'appréhender au mieux la culture et d'être en immersion pour accélérer leur apprentissage de la langue.

L'idée est de pouvoir se projeter, élargir son réseau, se poser pour trouver un emploi, sans se soucier du logement. C'est un *booster* d'intégration, surtout au niveau professionnel.

Entretien
avec Margot Chevignard,
coordinatrice de
l'association Singa Lyon



Singa est en partenariat avec Forum Réfugiés et l'association le MAS (« Mouvement d'Action Sociale ») sur ce programme pour le suivi social des personnes réfugiées.

- le pôle projet : Ce pôle se décline en trois programmes :
 - 1) Accompagnement vers la recherche d'emploi, mise en lien des personnes en recherche d'emploi avec un réseau d'entreprise sensibilisé par Singa ;
 - 2) Réfugié engagé, en partenariat avec l'association Anciela - association qui accompagne et encourage les engagements et les initiatives citoyennes en faveur d'une société écologique et solidaire sur Lyon et ses alentours : mise en lien et accompagnement pour des personnes qui voudraient faire du bénévolat, notamment des personnes en demande d'asile sans droits au travail. Singa accompagne les associations à l'accueil de bénévoles étrangers ;
 - 3) Programme Finkela : incubateur pour les personnes ayant le statut de réfugié ainsi que des locaux ayant des projets inclusifs. Accompagnement adapté pour le montage de projet.

L'association veille à ne pas mettre en difficultés les personnes participant aux activités :

« Ce qui est hyper important à Singa c'est qu'on ne parle pas du passé ! C'est notre seule règle ! (...) Donc si la personne en parle ben c'est son choix en fait... En France c'est la première chose qu'on demande quand on dit : "Ah ben tu es réfugié, ben qu'est-ce qui s'est passé ?" Et les personnes répondent par automatisme, parce qu'elles ont dû le faire X fois dans leur vie, et (...) ça peut faire revivre à chaque fois le traumatisme de revivre à nouveau l'histoire. »

L'étude d'impact de l'association, réalisée en 2017, montre que Singa est un vecteur de lien social significatif pour les personnes réfugiées. L'association a un effet positif en termes de création de liens sociaux chez les nouveaux arrivants et les locaux. Pour Singa, le lien social à un vrai aspect préventif :

« Il y a des gens que ça sauve ! Le lien a des effets sur la santé mentale (...) Recréer du lien, de refaire des activités, des choses qu'on faisait déjà parfois dans son pays ! »

« Singa représente pour certains "le moment de respiration", où les personnes ne sont plus des personnes réfugiées, elles sont des personnes. "Ben je suis le gars qui sait peindre et qui vient à l'atelier d'art toutes les semaines quoi..." (...) Il y en a qui nous ont dit : "Moi j'étais dans une case, j'étais un statut et à Singa je suis plus une case quoi, je suis une personne avec des compétences et ça, ça fait partie de nos... Tu viens, on va te demander : tu sais faire quoi dans la vie ?" »

L'association à quatre communautés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes : Lyon, Grenoble, Valence et Saint-Etienne.

PASSER'ELLES BUISSONNIÈRES (LYON)

<http://www.passerellesbuissonnieres.org/>

Cette association lyonnaise existe depuis 2012. Elle a pour mission de soutenir les femmes en situation d'isolement, pour sortir de la maladie ou de l'exil :

« La maladie et l'exil sont deux facteurs d'isolement social et de rupture dans la vie professionnelle, entraînant une remise en question de ce qui était fait avant. Cela oblige souvent à un repositionnement professionnel. L'idée est de mettre à profit le temps de la fin de l'arrêt maladie, et pour les femmes en exil le temps où on attend l'autorisation de travailler... »

Les activités s'organisent en différents axes :

1 - L'accompagnement individuel

L'accueil et l'écoute sont proposés par un binôme médecin-juriste, afin de croiser leurs compétences.

« On ne fait pas, dans ces temps, de juridique ni du médical. Mais on fait bien volontier des détours. »

Les entretiens ont lieu environ toutes les trois semaines, afin d'échanger sur les difficultés liées à la maladie ou à l'exil, de reprendre confiance en soi en identifiant ses compétences et ses expériences, et de construire un projet personnel et professionnel choisi.

« Il ne s'agit pas de l'emploi mais du projet. »

2 - Les ateliers

Ils se composent de temps d'échange et de travail collectifs pour :

- partager de l'information et transmettre des connaissances techniques ;
- faciliter l'échange de savoirs dans un esprit d'entraide et de valorisation des compétences de chacune ;
- partager des moments de convivialité, se faire plaisir.

« Ca jalonne la semaine ce qui permet de se réinscrire dans une temporalité. »

Les ateliers sont animés par une trentaine de bénévoles qualifiés dans leur domaine. Les thématiques proposées sont diverses :

- santé et bien-être : Un atelier a lieu autour de l'usage des médicaments et de la santé, dans l'idée de redonner de la capacité à agir et comprendre. Une pathologie est choisie par les personnes, puis développée. Des ateliers de méditation pleine conscience et de yoga sont également proposés, permettant ainsi de pouvoir réutiliser les techniques apprises ailleurs dans les moments où on peut avoir besoin. Un kinésithérapeute propose des massages, un ostéopathe des séances individuelles. Un massage de réflexologie plantaire est proposé, suivi d'une formation pour le faire.

Entretien avec
Marion Huissoud-Gachet
et Valérie Cadiou, co-directrices
de l'association
Passer'elles buissonnières



- insertion : Un atelier d'informatique est animé par des étudiants. Des cours de français langue étrangère (FLE) ont lieu, ainsi que des ateliers de lecture collective pour la maîtrise du français. Un atelier de coaching est animé par un journaliste par le biais de jeux de rôles filmés.
- artistique : Des ateliers artistiques sont également proposés, tels que les arts plastiques et les loisirs créatifs, où chacune apporte et partage ses savoirs.

« Ce n'est pas un lieu où on vient consommer un service mais on construit ensemble. »

Plusieurs ateliers transversaux sont également proposés en lien avec d'autres associations locales. Nous pouvons citer, par exemple, un jardin partagé, avec une parcelle collective et des parcelles individuelles en libre accès qui permettent de travailler le temps long, mais également d'échanger des savoirs. Des cours d'auto-défense, proposés une fois dans le parcours des femmes de l'association, permettent de travailler le consentement, mais également des techniques de dégagement. Des cours de chant sont également proposés.

3 - Les grands ateliers

Une fois par mois, une sortie culturelle est proposée pour se (ré)approprier la cité (musée, visite dans Lyon, etc.). Un grand repas est également organisé une fois tous les deux mois, pour lequel toutes les femmes et intervenants préparent une recette proposée par l'une d'entre elles. Dans une salle prêtée par la mairie, les femmes, les intervenants, les voisins et les amis d'amis se retrouvent pour le partager.

SOUDAN CÉLESTINS MUSIC (VICHY)

<https://www.facebook.com/SoudanCelestinsMusic/>

Un groupe de réfugiés soudanais et érythréens, expulsés du même squat Jean Carré à Paris, est arrivé en CAO à Varennes-sur-Allier en 2015.

L'idée de créer le groupe naît à leur arrivée au CAO. Un journaliste indépendant et un traducteur bénévole les accompagnent dans les démarches et la recherche de concerts. Un festival local leur avance l'achat d'un clavier.

Le groupe chante des grands classiques africains. Il a déjà fait une douzaine de concerts, intégrant à chaque fois de nouveaux chanteurs et de nouvelles chansons en fonction des envies du public. L'idée est de partager, de faire et de se faire plaisir.

Ahmed Khamis, chanteur leader du groupe Soudan Célestins Music explique :

« La musique me sert à me rappeler ma famille, mon pays, qui est le Soudan. Cela me sert dans ma vie et par là nous dévoilons notre culture à la société française. Elle crée du lien entre nous je pense. » Ahmed Khamis, chanteur leader du groupe Soudan Célestins Music

Pablo Aiquel, le journaliste ayant accompagné le groupe, explique avoir constaté les effets positifs de ce groupe pour ses membres et pour le public. Concernant une personne en souffrance psychique qui était sur le même territoire, il explique comment la musique a été importante pour elle :

« À chaque fois que je le croisais [un membre du groupe Soudan Célestins Music] il me demandait quand est-ce qu'il y avait un concert. En 2016, 2017, les seuls bons moments qu'il passait, il nous le disait, c'était quand le groupe de musique jouait. Il venait pour danser un peu, penser à autre chose. Aujourd'hui il va mieux. Mais sur les deux premières années, il était en souffrance, ça a été difficile et le groupe de musique lui a beaucoup apporté, comme à plein d'autres. C'est une façon d'aller de l'avant, de partager leur culture. Et la possibilité qui leur a été donnée de se présenter sur des scènes et de faire danser des gens c'est magnifique, pour eux comme pour ceux qui écoutent. » Pablo Aiquel, journaliste

Ainsi, avec l'aide de quelques bénévoles, les membres de Soudan Célestins Music ont pu mettre en place eux même, par la musique, des mécanismes de soutien en santé mentale de la communauté.

Le groupe a participé à un album qui s'intitule *les Voix de l'Exil* et continue jusqu'à aujourd'hui ses concerts.

5 • Des modalités de soins variées, un cadre malléable pour un public varié

Afin de pouvoir répondre aux différents besoins des personnes, les modalités d'accueil de la parole nécessitent d'être variées, élargies.

Si la prise en charge est généralement possible en urgence, nous avons vu tout au long de ce rapport que les possibilités d'écoute, sont limitées, surchargées, ou inadaptées à l'accueil d'un public allophone. Une demande de soin est nécessaire et, même lorsqu'elle est effectuée, il est très difficile qu'elle puisse aboutir.

Les personnes qui n'ont pas de problématiques de santé mentale majeures n'ont que très peu la possibilité de déposer leur parole auprès d'un professionnel de santé mentale ; l'accès aux soins est compliqué et a donc lieu prioritairement pour les personnes ayant des troubles. Il n'y a pas, ou peu, de place pour de la prévention, pour ceux qui ne vont pas bien, sans que cela relève de la psychiatrie. De fait, la prise en charge – qui reste compliquée – n'est possible que lorsque les problématiques de santé mentale sont déjà envahissantes. Toutefois, de nombreuses personnes réfugiées n'ont pas besoin d'un suivi psychiatrique et n'ont pas de problématiques de santé mentale majeures, mais elles peuvent tout de même avoir envie et besoin de parler, de « vider leur sac ». Un responsable d'un programme d'intégration explique :

« Peut-être qu'il manquerait un lieu où on puisse leur dire : "Si vous avez envie d'en parler un peu plus", mais sans que ça soit psy, sans que ça soit "traumatisme". C'est juste qu'à un moment, au regard de ce qu'ils ont vécu, il y a peut-être quelque chose où ça peut être posé un peu plus que juste avec un travailleur social, un petit peu plus professionnel mais sans être non plus... On ne va pas partir sur du soin quoi.

On est comme dans le droit commun, c'est-à-dire qu'il y a plein de gens qui ne sont pas bien, mais passer le cap d'aller voir un psychologue ou un psychiatre pour eux c'est trop compliqué, c'est passer le cap de se dire j'ai un problème psychologique. Et sur les réfugiés effectivement on a énormément de gens, ils ont des problèmes psychologiques par rapport à leur parcours, mais aller sur du soin pur ce serait compliqué. Et effectivement, un lieu où on peut en parler, on peut échanger, on peut de rendre compte qu'on est pas les seuls à vivre la même chose sur le déracinement, sur le changement de statut social... qui crée des troubles pour les gens, même si ce ne sont pas des troubles qui vont les empêcher d'avancer mais qui vont quand même leur créer un sentiment de mal-être. Et s'il perdure pendant des années, au bout d'un moment on peut arriver sur le trouble. »

Plusieurs personnes rencontrées lors de l'étude ont également exprimé manquer de lieux et d'espaces collectifs.

Ainsi, il semble manquer un « entre-deux » entre le social et la psychiatrie, comme l'exprime ce travailleur social d'un programme d'intégration :

« Il manque une porte d'entrée encore. Un lieu où ce soit plus accessible et moins étiqueté soins directement. (...) [Ce qu'il manque ce n'est] pas forcément du soin, au sens il faut faire des rendez-vous... C'est juste d'être un peu bien quoi, de se resocialiser avec d'autres, de re-échanger. Alors, après, il faudrait faire des diagnostics, parce que nous on a l'impression qu'ils sont tristes et peut-être que c'est beaucoup plus profond et, inversement, des gens où on se dit : "Oulala, il y a un traumatisme absolu", en fait ce n'est pas ça... »

Il serait donc intéressant de penser la création d'espaces qui permettent de créer du lien, de mailler. Non étiquetés « santé mentale », ces lieux pourraient être dotés de professionnels de santé mentale qui pourraient repérer et accompagner des personnes qui ont des problématiques de santé mentale et pour lesquelles le lien social et les activités de soutien ne seraient pas suffisantes. Ces espaces pourraient permettre un « prendre soin » collectif, soit le renforcement du soutien social entre les personnes réfugiées.

Pour les personnes qui ont des problématiques de santé mentale en demande de soins, quelques dispositifs de santé mentale spécialisés dans la prise en charge des personnes exilées existent. Dans ceux-ci, les modalités d'accueil de la souffrance tentent d'être multipliées par les professionnels du soin afin que l'entretien clinique classique ne soit pas la seule proposition de prise en charge. Dans les centres de soins spécialisés, présentés ci-après, des activités de groupe sont mises en place, des médiations thérapeutiques sont utilisées, telles que le photo langage, l'art thérapie.

Au sein de l'association le Caméléon, des psychomotriciennes mettent en place des groupes psychocorporels, co-animés avec des psychologues. Un psychologue de cette association explique :

« Le corps est à la fois un lieu de souffrance et d'expression, comme chez tout le monde, mais particulièrement saillant dans le tableau clinique de personnes migrantes. Du coup, proposer d'attraper quelque chose de la santé mentale et de la souffrance psychique par le corps nous semble judicieux, ce qui évite une verbalisation, une confrontation directe au traumatisme, et qui fait du bien sans qu'on ne sache trop pourquoi toujours. »

Lors des consultations individuelles, c'est aussi la malléabilité du cadre, plus souple, qui permet le soin. Cidjé nous parle de sa prise en charge par une EMPP à la sortie d'une hospitalisation sous contrainte suite à une tentative de suicide :

« C'est toi qui veux me voir mais c'est moi qui dis ce que je veux dire. Changer de cadre aussi ça fait oublier que tu es malade ou que tu as été malade. Des fois en terrasse, des fois ils te téléphonent. Avec les autres on se voyait dans le bureau, avec lui on se voyait et on marchait. C'était moins une relation malade / docteur, mais moi je préfère parler dans les deux sens plutôt que la personne dise rien en retour. »

Ce jeune évoque ainsi l'adaptabilité du cadre qui semble lui correspondre davantage que la prise en charge classique. Il évoque aussi l'importance pour lui que le soignant donne quelque chose en retour¹²⁰.

Une structure de soins spécialisée explique que les premières consultations peuvent avoir lieu avec un accompagnant, un ami. Un psychologue d'un centre de soins spécialisé défend :

« La place du partenariat est essentielle et si la personne qui vient consulter un psychologue est d'accord, elle peut venir avec son accompagnant, ami, travailleur social, bénévole. La première consultation a lieu comme ça, mais il peut y avoir plusieurs consultations comme ça. Et notre volonté c'est de pouvoir rester en lien avec les partenaires si c'est utile pour la personne qu'on rencontre. Par exemple, si elle ne vient pas pendant plusieurs fois, vérifier ce qu'il en est, etc. Les collègues fonctionnent beaucoup avec les textos, les rappels. Ce qui se fait beaucoup dans la clinique psychosociale, plus que dans l'orthodoxie. »

Nous pouvons le voir grâce à cet entretien, cela permet et facilite la création du lien de confiance entre la personne et le soignant.

Ainsi, différentes modalités d'accueil et de prise en charge de la souffrance sont nécessaires afin de pouvoir répondre aux différents besoins en santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

Face à ces besoins spécifiques et à ces nécessaires adaptations du cadre de soin classique, des structures spécialisées dans la prise en charge en santé mentale de personnes exilées ont vu le jour¹²¹. Plusieurs existent en Auvergne-Rhône-Alpes, souvent avec des délais importants au vu du nombre de demandes face au peu de possibilités de prise en charge¹²². Il existe également d'autres dispositifs de soins, non spécialisés pour le public exilé, mais proposant des modalités de soins différentes.

120 - « Les paroles précieuses » décrites dans : Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.

121 - Voir l'annexe 10.

122 - Voir la cartographie en annexe 11.

LE CAMÉLÉON (GRENOBLE)

<http://asso-le-cameleon.org/>

Le Caméléon est une structure d'accompagnement psychologique et psycho-corporel des personnes exilées qui a été créée en 2012.

L'équipe est composée de sept intervenants, psychologues et psychomotriciennes, représentant environ 2 ETP. Ils proposent deux journées de consultation par semaine.

Les personnes sont majoritairement orientées par des partenaires. Une participation financière leur est demandée : 25 % du coût est supporté par le partenaire orienteur et 75 % est pris en charge par Le Caméléon. Le coût facturé est de 10 euros pour un entretien individuel sans interprète et de 20 euros avec un interprète

La structure propose un espace de consultation spécialisé dans le suivi psychothérapeutique et psycho-corporel des personnes exilées en souffrance psychologique (adultes, familles, mineurs adolescents), individuel et groupal.

L'offre de soin est à divers niveaux :

— l'offre de soin individuelle :

Par des consultations avec des psychologues, majoritairement, et quelques rencontres avec des psychomotriciennes. La possibilité d'avoir recours à un interprète lorsque les personnes ne maîtrisent pas une des langues parlées au sein du service est systématique (majoritairement de l'interprétariat physique). L'offre de consultation n'est pas limitée en durée :

« Le caméléon s'est fondé sur l'utopie que quand une rencontre avait lieu, la décision d'arrêter revenait à la personne qui venait consulter. Une façon de s'engager dans un lien où on y restait, pour sortir de cette logique de ces lieux d'orientation qui se créent pour mener vers d'autres lieux d'orientation... »

La place du partenariat est essentielle et les personnes peuvent venir avec un accompagnant aux consultations. Les textos et rappels les veilles de consultation permettent de limiter les oublis.

En 2018, il y a eu 504 consultations pour 58 patients. 148 entretiens ont eu lieu avec un interprète.

— l'offre de soin groupale :

L'offre de soin groupale s'appuie sur la réinscription du sujet dans un collectif et sur les effets particuliers de la dynamique de groupe. Ils sont animés ou co-animés par un ou des psychologues et/ou une ou des psychomotriciennes, avec éventuellement un intervenant spécialisé dans une médiation artistique, selon le dispositif proposé.

Entretien avec Olivier Daviet, psychologue de l'association Le Caméléon



Différents supports de médiation sont utilisés : le photo langage, l'art thérapie, les groupes psycho corporels. Ils permettent ainsi de travailler la réappropriation corporelle.

« Il y a énormément de gens qui sont avec des tableaux somatiformes, dont les causes de la souffrance restent souvent aveugles pour la médecine. Et à l'issue de ces groupes, cela permet de soulager parfois des douleurs qui étaient là depuis longtemps. »

Les modalités des groupes sont en réflexion afin de pouvoir réaliser des productions pouvant être diffusées dans le futur :

« On aimerait bien donner la possibilité aux personnes de se rendre visible, ou de rendre visible quelque chose de la complexité. Ces groupes-là pourraient être l'occasion, pour elles, de se montrer autrement dans la mesure de leur désir et, politiquement intéressant, pour montrer des visages plutôt que la masse. »

Le Caméléon propose également un espace de rencontre, d'information et de formation, pour des personnes, des équipes des secteurs de la santé mentale et de l'action sociale, ou des groupes de bénévoles participant à l'accueil et à l'aide des exilés.

LE CENTRE DE SANTÉ ESSOR DE FORUM RÉFUGIÉS COSI (LYON)

<http://www.forumrefugies.org>

Le Centre Essor vient en aide aux personnes en état de souffrance psychique liée à l'exil et aux victimes de violence ou de torture. Il a été créé en 2007 et agréé en 2008 par l'Agence régionale de santé. Il assure des consultations individuelles et familiales destinées aux adultes, aux adolescents et aux enfants de plus de six ans.

Le centre de santé propose une prise en charge adaptée qui met en valeur l'importance de l'accueil, l'usage de l'interprétariat, la démarche interculturelle, la pratique de soin liée à la clinique du trauma et qui considère le sujet dans une globalité physique et psychique.

Il propose une offre de soin pluridisciplinaire : médecins, psychologues, kinésithérapeutes et art-thérapeutes. L'équipe est composée de 12 personnes, représentant 7,07 ETP.

Les consultations sont gratuites pour les usagers et se font sur rendez-vous uniquement.

En 2018, les patients ont majoritairement été orientés vers le dispositif par des structures d'hébergement du DNA (soit 45 % des orientations), par des professionnels du social (19 %), par des professionnels de santé (18 %) et 18 % des patients sont venus d'eux même sur les plages d'accueil sans rendez-vous.

Le délai pour un entretien de premier accueil est d'environ deux mois selon les langues.

L'entretien de premier accueil est assuré par un binôme médecin généraliste ou psychiatre et un psychologue. À la suite d'une concertation d'équipe, une prise en charge médicale ou psychologique au sein du centre ou une orientation vers un professionnel externe peuvent être proposées au patient.

En 2018, 69 % des consultations sont des consultations psychologiques et 25 % de médecine générale.

forumréfugiés
www.forumrefugies.org



Entretien avec Valérie Abjean,
cheffe de service
du Centre de santé Essor

Des séances de consultations en kinésithérapie et/ou art thérapie peuvent être proposées au cours de la prise en charge initiée. Les médecins effectuent également des orientations vers les dispositifs de santé de droit commun (laboratoire d'analyses, imagerie médicale, spécialistes) et se mettent en relation avec les médecins traitants pour favoriser la cohérence des parcours de soins.

629 patients ont été accompagnés en 2018, 53 % d'hommes et 47 % de femmes, ayant majoritairement entre 26 et 35 ans. Les patients reçus en 2018 représentent plus de 54 nationalités différentes et 64 % d'entre eux ont besoin de l'appui d'un interprète lors des consultations. Des interprètes professionnels sont présents quand nécessaire, dès la phase d'accueil le cas échéant.

« Les personnes que l'on reçoit sont toujours reçues par le même binôme interprète-soignants »

Concernant les personnes bénéficiaires de la protection internationale, elles représentent environ 12 à 15% de la file active. Toutefois, les horaires actuels d'ouverture du centre sont trop restreints et ne permettent pas toujours d'accueillir les personnes réfugiées en formation ou en activité. Le Centre Essor projette de les élargir afin que celles-ci puissent venir après leur travail ou leurs cours et le samedi matin.

LE COMEDE (SAINT-ÉTIENNE)

Le Comede a pour but d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. L'association développe des activités de soutien pour les migrants étrangers en situation de vulnérabilité, mais également de recherche, d'information et de formation à destination des professionnels et associations qui leur viennent en aide.

Depuis 2012, le Comede développe à Saint-Étienne des actions d'information et de sensibilisation des acteurs intervenant dans le champ de la santé et de l'accès aux droits des exilés. Depuis presque deux ans, l'équipe du Comede composée d'infirmiers, de psychologues et de médecins psychiatres bénévoles, assure des consultations d'accueil et de soutien aux personnes en souffrance psychique liée à l'exil, aux persécutions et aux violences subies dans leur pays d'origine et sur le parcours. Chez ces patients, et comme dans les autres dispositifs du Comede, la fréquence et la gravité des troubles psychotraumatiques sont en corrélation à la fois avec les violences subies dans le pays d'origine, le parcours d'exil et les conditions de vulnérabilité sociale qui affectent leur arrivée et leur installation en France. Les interventions s'inscrivent dans une approche globale de la santé et, en fonction de la situation, l'équipe n'hésite pas à solliciter le réseau, ou si nécessaire à accompagner physiquement les patients vers d'autres dispositifs : PASS, CHU, planning familial, médecin généraliste, etc. Ceci afin de favoriser l'accès aux soins et aux droits de ces personnes.

Au début, le Comede recevait essentiellement des adultes et des mineurs non accompagnés. Progressivement, l'équipe a été amenée à penser un dispositif de soins pour les enfants.

*Rencontre avec
Dalila Haddadi-Collet,
coordinatrice du Comede*



Les vécus traumatiques d'une famille ont souvent des conséquences sur les enfants qui développent des symptômes, expression d'une souffrance qui ne peut s'exprimer autrement : cauchemars, troubles du sommeil, colères inexplicables, troubles de l'attention ou de la mémoire impactant le travail scolaire, et autres symptômes.

Le Comede propose de rencontrer ces enfants, parfois en bas âge, accompagnés d'un de leur parent, voire des deux, en offrant ainsi aux parents un espace de parole où peuvent se dire leur difficulté et leur inquiétude face aux symptômes de l'enfant en sa présence. Ils peuvent aussi évoquer les liens qu'ils font souvent eux-mêmes face au vécu traumatique dans lequel s'origine le symptôme ainsi que leur culpabilité face à l'impact de cet événement sur leur enfant. Ainsi, des vécus non élaborés par l'enfant peuvent être dits en sa présence - grâce aux traducteurs, il peut les entendre tant dans la langue d'origine que dans la langue qu'il commence parfois à pratiquer, autorisant une historisation de l'événement et réduisant le potentiel perturbant d'un non-dit.

Pour les plus grands, après cette rencontre familiale qui pose des mots sur les faits qui vont ainsi se constituer en récit, l'équipe propose des rencontres individuelles avec l'enfant. Le Comede leur offre un lieu où ils peuvent restaurer leur capacité à rêver et transformer les vécus traumatiques en jouant, dessinant, modelant, pour restaurer leur confiance dans le monde environnant et dans leur capacité d'agir sur lui, et, finalement, ne plus être sous l'emprise du trauma.

MÉDECINS DU MONDE (GRENOBLE)

<https://www.medecinsdumonde.org/>

Une « ronde de parole et de lien », inspirée de la thérapie communautaire intégrative (TCI) a lieu dans les locaux de Médecins du Monde une fois par semaine.

Ces rondes sont destinées aux usagers du CASO géré par l'association, aux personnes migrantes ou en situation de précarité et aux travailleurs sociaux. La méthode permet d'établir un rapport d'égalité et de donnant-donnant entre les participants, animateurs ou personnes accueillies. Il n'y a pas de soignants, mais des animateurs formés à la TCI.

« C'est une approche transversale, tous ceux qui sont dans le groupe participent » explique le bénévole en charge de ces groupes.

Cet espace permet aux participants d'exprimer leurs difficultés, leurs souffrances et de partager leurs ressources, leurs expériences, afin de trouver leurs propres solutions pour dépasser leurs difficultés.

En 2017, six rondes de parole et de lien ont été organisées entre juillet et décembre à titre expérimental et à destination des acteurs du CASO.

En 2018, les rondes ont eu lieu tous les lundis après-midi. Cela permet de s'appuyer sur la force du collectif.

« On est aussi dans le repérage des situations de souffrance plus importante et là où on peut accompagner davantage » précise le même bénévole.

En 2019, des rondes à destination des professionnels et bénévoles accompagnants les personnes exilées sont proposées à titre expérimental.

Par ailleurs, des consultations de soutien psychologique sont proposées sur rendez-vous. En 2017, 90 personnes ont été accueillies en soutien psychologique et 231 entretiens ont été réalisés. Ces consultations ont été interrompues en janvier 2019 en attente de la réorganisation de l'accueil et d'une nouvelle forme de participation des psychologues à cet accueil et à l'orientation des personnes accueillies.



LE CENTRE PSYCHANALYTIQUE DE CONSULTATIONS ET DE TRAITEMENT (CPCT) (LYON)

<http://cpct-lyon.fr/>

Le CPCT a ouvert à Lyon en septembre 2007. Il est en lien avec les autres CPCT existant en France, constitués en réseau.

Le centre de soin fonctionne avec 35 psychiatres et psychologues, tous bénévoles, représentant 3 ETP.

Les cliniciens psychiatres et psychologues intervenants au CPCT Lyon sont membres du Centre de recherches en clinique lacanienne.

Dès réception d'une demande de soin, l'attaché de direction qui reçoit les appels oriente la sollicitation vers un consultant dans un délai qui ne dépasse pas trois semaines. La demande doit émaner directement du patient.

Après la première consultation, un traitement peut être engagé, gratuit et limité dans le temps, soit pendant quatre mois, ce qui représente seize séances.

Cependant, la moitié des consultations faites au CPCT ne sont pas réalisées dans le cadre du traitement classique. Elles sont adaptées en termes de fréquence et de durée aux besoins du patient.

En mars 2019, la cinquième journée d'échange et de formation du CPCT portait sur l'exil, et s'intitulait « L'Exil e(s)t mon Royaume ».

Créé en 1981, l'Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Étrangers de la Savoie s'est donné comme objectifs de soutenir, de mettre en œuvre, et de développer des actions afin de contribuer à l'intégration des immigrés et de leurs familles, à l'accès aux droits et à l'égalité des chances.

Parmi les multiples activités (permanences juridiques, pôle d'interprétariat, accueil et accompagnement des demandeurs d'asile, etc.), l'ADDCAES propose des espaces d'écoute, plutôt de deuxième intention, vers lesquels les personnes peuvent être orientées. Les orientations sont souvent réalisées à la demande d'un soignant, et régulièrement du CMP, lorsqu'il est en difficulté par rapport à une situation dans laquelle un élément de la culture d'origine, une problématique identitaire liée à la culture ou à la relation avec le pays d'origine, le met en difficulté.

Les séances se déroulent avec le patient, le travailleur social ou le soignant qui l'accompagne, deux psychologues interculturels, ainsi qu'un interprète lorsque cela est nécessaire. Une seule consultation peut suffire dans certaines situations, d'autres nécessitent un accompagnement plus ou moins long.

Les délais d'attente sont entre quatre et six semaines pour obtenir un rendez-vous en consultation.

Plusieurs types de consultations sont proposés :

— écoute femmes en situation d'interculturalité (EFSI) :

Lieu d'écoute sur rendez-vous pour jeunes filles et femmes en situation de double culturel, en difficulté identitaire, de choix de vie, ou victimes de pressions ou de violences au sein de leur famille. Les professionnels accompagnant ces femmes peuvent également être soutenues.

En 2017, les psychologues ont animé 43 séances (d'une durée d'une à deux heures) concernant 20 situations. Parmi les situations rencontrées : les difficultés éducatives et les relations mères/enfants, les conflits au sein du couple, la violence dans le couple, la suite d'une adoption, l'interculturalité et les liens intergénérationnels.

— appui à la parentalité en situation interculturelle (APSI) :

Cette action départementale existe depuis 2000.

À partir d'un cadre d'écoute, de diagnostic et d'appui assuré par une équipe de psychologues, il est proposé aux familles un soutien à la réappropriation des rôles et places de chacun dans le contexte de la société d'accueil et un accompagnement dynamique au processus de changement et d'intégration. La participation des acteurs accompagnants la famille dans cette démarche favorise la sensibilisation et l'information aux questions d'interculturalité et leur prise en compte dans les pratiques auprès des familles.

En 2017, 55 séances d'une à deux heures ont eu lieu, pour 30 situations. Parmi les situations rencontrées : refus de scolarisation d'un enfant, immigration et liens familiaux, placement et expertise psychologique, radicalisation d'un enfant.

— écoute et soutien aux personnes âgées en situation interculturelle (ESPASI) :

Dispositif d'accompagnement sociojuridique et d'écoute et de soutien aux personnes âgées immigrées, à la fois pour les questions en lien avec les choix de vie et par rapport à toutes formes de souffrance psychique en lien avec la solitude, l'exil, le déracinement. Ce soutien est articulé sur un travail en réseau avec les acteurs locaux. Les entretiens sont réalisés en binôme intervenant social et psychologue.



L'Observatoire sur les discriminations et les territoires interculturels), ex office dauphinois des travailleurs immigrés (ODTI) est une association loi 1901 créée en 1970, qui a pour vocation de promouvoir l'égalité entre les travailleurs immigrés et les travailleurs français. L'association souhaite contribuer, en particulier, à lever les freins rencontrés par ce public pour accéder à leurs droits et connaître leurs devoirs.

L'ODTI dispose d'un pôle social logement (PSL) avec environ 200 places d'hébergement en résidence sociale, CHRS, résidence hôtelière et des appartements extérieurs, sur des quartiers politique de la ville (QPV).

L'association dispose d'un pôle juridique ressources (PJR), spécialisé en droit des étrangers, toujours en évolution en fonction du contexte politique. Des formations auprès des professionnels de terrain sont réalisées (sur l'accès à la nationalité, le droit au séjour, le recours auprès des tribunaux en cas de discriminations...). De plus, des permanences juridiques à destination des personnes étrangères sont tenues deux fois par mois et à titre gracieux pour les consultants.

Quant aux ateliers sociolinguistiques (ASL), une vingtaine de bénévoles, coordonnée par une salariée de l'ODTI, co-animent des ateliers de français langue étrangère. Des ateliers d'informatique sont proposés afin de lutter contre la fracture numérique.

« Cela est n'est pas évident pour les migrants âgés de s'occuper de leurs documents administratifs en ligne. Donc on a mis en place des ateliers pour les sensibiliser à cela » explique le psychologue coordinateur.

Enfin, l'ODTI dispose du pôle santé migrants (PSM) coordonné par le psychologue interculturel. Le service santé est composé d'une infirmière qui fait de la médiation paramédicale.

« Quand une personne âgée est hospitalisée, l'infirmière va être en lien avec l'hôpital pour préparer sa sortie, coordonner les soins à domicile, préparer le pilulier » explique le psychologue.

Le psychologue, arabophone, est à mi-temps et propose des consultations de soutien psychologique en français, anglais ou arabe.

« Ils (étrangers, migrants, immigrés de longue date ou non) débriefent sur leurs passé, sur leur itinéraire, itinérance. Ils peuvent être entendus, admis, acceptés dans leur langue d'origine. Même si je ne parle pas l'afghan ou le turc je peux quand même entendre le décalage culturel à plusieurs niveaux : le rapport à la religion, à l'espace-temps, la nostalgie, le vécu dans la société d'accueil, le rapport de genre, les liens entre l'adulte et enfants. (...) J'ai la "carte" de la langue arabe et, dès que c'est possible, je fais "repasser" le patient au droit commun. (...) Il arrive que des psychologues sur d'autres espaces de soins m'orientent des gens avec lesquels c'est compliqué, parce que ça va être surdéterminé culturellement. »

Les bureaux de l'équipe étant au sein d'une des structures d'hébergement, le psychologue est amené à recevoir des personnes hébergées. La prestation psychologique fait partie des points d'écoute (PE) de l'agglomération de Grenoble ; aussi, le psychologue interculturel est agréé pour recevoir les bénéficiaires du RSA, ainsi que d'autres patients d'origine étrangère, intra et extra muros, cofinancé par l'ARS, au titre de bénéficiaires en précarité.

« Je reçois beaucoup plus de personnes de l'extérieur que de l'intérieur de la résidence. Vous savez un psychanalyste ne peut pas prendre en charge la boulangère en bas de chez lui, moi c'est pareil. Quand un nouveau résident arrive à l'ODTI je les reçois pour me présenter, comme les collègues, et je n'assure pas de suivi avec lui ou elle car je fais partie des murs. Au niveau de suivi je reçois plus de personnes de l'extérieur » précise le psychologue.

Une centaine de situations sont traitées par le psychologue de l'ODTI chaque année. Ce dernier fait de la médiation entre les travailleurs médico-sociaux et l'usager d'origine étrangère afin d'aplanir les points de vue et d'améliorer la communication entre les deux parties en présence.

DISPOSITIF D'ÉCOUTE TRANSCULTURELLE (CENTRE HOSPITALIER SAINT-CYR AU MONT D'OR, LYON)



CENTRE HOSPITALIER
Saint-Cyr au Mont d'Or

Le dispositif d'écoute transculturelle (DET) propose des consultations familiales avec interprète.

Il est composé d'une équipe sensibilisée aux approches transculturelles et aux psycho-traumatismes. L'équipe comprend un médecin pédopsychiatre, une psychologue clinicienne, un éducateur spécialisé, une assistante sociale, une cadre de santé et une secrétaire (une demi-journée de consultation par semaine).

Le dispositif d'écoute transculturelle vise à faciliter l'accès au soin psychique des publics migrants pour :

- parler des histoires de vie, de la migration, « des choses du pays » (coutumes, « manières de faire », « façons de dire » parfois différentes quand on passe d'un pays à un autre) ;
- mettre en mots des situations d'exil associées à un parcours traumatique.

Secteur de soin pour le DET :

- les enfants/adolescents et familles qui habitent ou sont scolarisés dans le 9^{ème} arrondissement peuvent être orientés directement (en première intention) sur la consultation ;
- les enfants/adolescents et familles qui dépendent d'un autre arrondissement ou des villes autour de Lyon doivent avoir un suivi psychologique engagé et nous pouvons alors intervenir en complément de cette prise en charge (en seconde intention).

CONSULTATION DE PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE (CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CLERMONT-FERRAND)



Cette consultation existe depuis 2005 et est basée dans les locaux de l'unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants du service de psychiatrie de l'enfant et adolescent du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand. Une vacataire de pédopsychiatre formée à la psychiatrie transculturelle, Hélène Assensi, a été adossée à l'équipe préexistante de la consultation du service et une ligne budgétaire a été attribuée pour le financement d'interprètes assermentés. Cette consultation reçoit des jeunes de 0 à 18 ans et fonctionne demi-journée par semaine.

Les objectifs et fonctionnements se réfèrent au modèle de consultation transculturelle créés il y a une trentaine d'années à l'hôpital Avicenne, sous l'égide de Serge Lebovici, par Tobie Nathan, puis Marie-Rose Moro et ayant essaimé depuis sur une dizaine de sites.

Ces dispositifs de seconde ligne sont dédiés à des patients et leur famille lorsqu'il est repéré que l'expression de leurs troubles, d'une part, et leurs processus de soins, d'autre part, sont intimement liés à leur culture d'origine et nécessitent une prise en compte clinique des processus psychiques en lien avec leur culture, leur famille, leur communauté, et leur histoire par définition marquée par l'exil.

À Clermont-Ferrand, l'application est modeste en temps dédié et en dispositif, qui se limite à un clinicien, avec la plus part du temps un interprète, et parfois à un médecin en formation.

Les demandes sont adressées à l'infirmière de la consultation, voir directement à la pédopsychiatre, puis font l'objet d'une discussion en équipe avant la décision de prise en charge. Dans trois quart des cas les patients sont reçus en consultation et ils sont réorientés vers des partenaires dans un quart des cas.

Les délais actuels entre le premier contact et le premier rendez-vous est de deux à trois mois. Un à trois nouveaux patients sont reçus chaque mois. La consultation existe depuis 2005 et fonctionne à plein régime depuis 2011, avec une moyenne de 18 nouveaux patients par an.

Depuis 2005 : 186 patients ont été reçus, on compte donc 1 392 consultations et 25 nationalités différentes.

Les enfants accueillis sont majoritairement des enfants de parents demandeurs d'asile (70 %), en cours de procédure ou déboutés, c'est-à-dire vivant en CADA ou logés par le 115 sur l'agglomération clermontoise. Les dernières années, de plus en plus de mineurs non accompagnés, en foyer ou sans domicile, se présentent.

CONCLUSION

Comme nous l'avons démontré tout au long de ce rapport, le soin et l'accès aux soins en santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale est rendu difficile par toute une série d'obstacles rencontrés au cours de leur parcours. La saturation des dispositifs de soins, les difficultés liées à la langue et à l'interprétariat dans le soin, certaines considérations cliniques et représentations de la santé mentale, le manque de coordination entre les acteurs, et bien d'autres choses encore constituent des éléments qui rendent l'accès aux soins en santé mentale complexes.

L'une des principales observations de cette étude aura été de constater que le parcours de soin et d'intégration des personnes qui ont obtenu une protection internationale ne peut être envisagé indépendamment de l'ensemble de leurs parcours. Ce n'est pas à l'obtention de la protection que se joue la question de la santé mentale, mais dès le début du parcours, et notamment dès l'arrivée en France. À la question : « quel soin en santé mentale pour le public bénéficiaire de la protection internationale ? » il s'agirait d'abord de répondre qu'il est primordial de prendre en compte toute la complexité des parcours et des histoires des personnes, depuis les raisons qui les ont poussées à partir de leur pays, en passant par les difficultés et les violences rencontrées sur le trajet, jusqu'au vécu, souvent difficile, à leur arrivée en France.

Il nous a apparu évident, tout au long de l'étude, que les problématiques de santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale ne sont pas uniquement en lien avec les problématiques vécues dans les pays d'origine, mais qu'elles sont accentuées, aggravées, voire créées par le sentiment de non-accueil, la situation de précarité, la difficulté des démarches administratives, auxquels ont été et sont confrontés les personnes en France. Ainsi, si renforcer et créer des dispositifs de santé mentale pour prendre en charge ce public est indispensable, cela s'avèrera inefficace si les conditions d'accueil de ces publics ne changent pas.

Être bénéficiaire de la protection internationale n'implique pas des difficultés moindres dans l'accès aux soins. En effet, les problématiques et les difficultés sont les mêmes entre une personne en demande d'asile et une personne ayant obtenu un statut depuis peu. La plupart des soignants qui ne sont pas habitués à recevoir ce public ne font d'ailleurs pas forcément de distinction nette entre ces publics et le bénéfice de la protection internationale ne constitue pas toujours une catégorie opérante au niveau du soin.

Les personnes bénéficiaires de la protection internationale ont des parcours très différents, notamment à leur arrivée en France. Certaines d'entre elles ont été hébergées tout au long de leur parcours, d'autres peu ou pas du tout. Certaines personnes parlaient français en arrivant, d'autres non. Certains sont venus seuls, d'autres en familles, etc. De manière générale et à chaque étape de leur parcours, les personnes sont désignées par des catégories qui ne représentent souvent qu'une masse informe d'individus et qui sont principalement liées par leur situation : « migrants », « réfugiés », « étrangers », « bénéficiaires de la protection internationale », etc. Ces différentes catégories impliquent et décrivent des situations pratiques auxquelles sont attachées des manières de considérer les personnes, des manières de faire, des manières d'appréhender a priori leurs situations. Mais ces catégories n'épuisent pas la complexité que recouvre l'individu dans sa singularité, dans son histoire, dans ses envies et besoins. Il semble qu'accueillir correctement la personne, et notamment dans la prise en charge en santé, implique de tenir compte des singularités des situations que les personnes amènent avec elles. Cela passe, par exemple, par tenir compte de la difficulté de la personne à s'exprimer en français lors d'un entretien médical et de lui proposer la présence d'un interprète. Mais cela passe aussi par s'assurer que la personne est bien en lien, dispose de suffisamment d'attaches et ce à chaque étapes de son arrivée en France jusqu'au moment où elle obtient une forme d'autonomie dans sa société d'accueil. Entre ces deux étapes, l'accompagnement, l'étayage, le soin, le prendre soin et la mise en lien sont primordiaux dans l'accueil des personnes migrantes.

En ce sens, les accueillants qui souhaitent offrir la possibilité de « s'intégrer » dans leur société (et de là, la possibilité de conserver une bonne santé mentale) doivent garantir aux arrivants les conditions nécessaires pour que ces derniers puissent reconstruire des liens et des attaches (avec des individus, des lieux, un environnement, des objets). Ici, le défi des intervenants sociaux et des soignants serait alors de vérifier, à chaque étape du parcours, que les personnes sont bien « attachées », qu'elles ont bien trouvées des prises qui font sens et qui leur permettent d'avancer dans leur nouvel environnement.

PRÉSENTATION DES PROPOSITIONS

I - SYSTÉMATISER ET RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT DES BÉNÉFICIAIRES DE LA PROTECTION INTERNATIONALE ET LEUR ACCÈS À L'INFORMATION

Les parcours des personnes ayant obtenu la protection internationale en France sont très hétérogènes. Certaines ont eu accès à un hébergement et à l'accompagnement social qui lui est corrélé, d'autres doivent se débrouiller seules pour trouver les soutiens dont elles ont besoin tout au long de leur parcours. À l'obtention de la protection internationale, et notamment les premiers mois après celle-ci, certaines personnes se retrouvent toujours dans les mêmes situations de vulnérabilité, voir dans des situations plus précaires, que quand elles étaient demandeuses d'asile¹²³.

Dans le cadre de cet état des lieux, beaucoup de personnes nous ont partagé leurs confusions dans les démarches à suivre une fois la protection obtenue, notamment pour les personnes qui n'ont pas, ou peu, été accompagnées tout au long de leur procédure de demande d'asile.

Dans un souci d'égalité de traitement des situations des personnes bénéficiaires de la protection internationale, il semble primordial d'offrir à toutes les personnes protégées la possibilité d'un accompagnement social complet. Pour cela il paraît judicieux de mettre en place cette possibilité dès l'obtention du statut de réfugiés et de manière systématique :

1 • Développer sur tous les départements et de manière systématique des dispositifs d'accompagnement global des personnes bénéficiaires de la protection internationale en incluant des accompagnements vers l'hébergement, vers l'emploi et vers la santé

— Étendre les dispositifs spécifiques d'intégration à tous les départements

Nous proposons le renforcement et l'implantation des dispositifs d'accompagnement spécifiques aux personnes ayant obtenu la protection internationale sur tous les territoires, afin que tous puissent en bénéficier.

— Étendre les dispositifs spécifiques à tous les bénéficiaires de la protection internationale : rendez-vous systématique transmis par l'OFII

Nous proposons de mettre en place un rendez-vous systématiquement avec ces structures d'accompagnement spécifiques bénéficiaires de la protection internationale. Afin que toutes les personnes puissent y accéder, nous proposons que ce rendez-vous soit transmis systématiquement par l'OFII. Cela permettra que toutes les personnes puissent accéder à cet accompagnement renforcé, y compris les personnes les plus vulnérables et celles qui sont « hors radars ».

— Intégrer l'accompagnement vers la santé (individuel et collectif) dans les programmes d'accompagnement des bénéficiaires de la protection internationale par des professionnels du soin

À l'heure actuelle, les dispositifs d'accompagnement vers l'hébergement et l'emploi s'occupent plus ou moins de l'accompagnement vers la santé mais sans que cet aspect soit inscrit formellement dans leurs missions. Aussi, ces intervenants ne sont pas des professionnels de santé et ont parfois des difficultés à évaluer et orienter.

Nous proposons que les dispositifs d'accompagnement intègrent systématiquement l'accompagnement vers la santé dans leurs différentes missions, par l'intégration d'un volet santé, animé par un professionnel de santé.

¹²³ - C'est le cas, par exemple, pour les personnes hébergées en CADA et qui peuvent ne pas avoir de place en CPH à l'obtention de leur protection.

De manière individuelle,

Nous proposons au moins un entretien systématique avec un professionnel de santé au début de l'accompagnement, qui pourra s'assurer de l'ouverture des droits, de la compréhension du système de soins et, si nécessaire, de mise en lien avec les acteurs compétents sur le territoire ainsi que de proposer un accompagnement physique.

L'accompagnement global et non morcelé semble primordial pour un accès aux soins réel, comme l'explique cette personne bénéficiaire de la protection internationale rencontrée lors de l'étude :

« Il faudrait chercher un cadre, surtout pour ceux-là, qui ont un peu des problèmes de santé mentale, d'avoir au moins minimum un cadre pour être bien suivi. Que quelqu'un puisse être suivi ici, il peut être ici au rendez-vous, mais il n'y a pas un endroit où vous pouvez bien suivre ses mouvements. C'est ce qu'il faut pour savoir son évolution, au fur et à mesure, vraiment, c'est ça qui manque un peu. Il y a des gens, ils ont accès aux soins - des gens qui ont des problèmes mentaux, de la tête - ils ont accès aux soins ici c'est facile, c'est bien, ça se passe bien, mais le suivi de ça là, où il reste... »

Nous proposons que cet accompagnement puisse se poursuivre dans la durée si cela est nécessaire et jusqu'à ce qu'un relai d'accompagnement global soit mis en place si cela est nécessaire.

De manière collective,

Par la proposition d'ateliers sur la santé et l'accès aux soins destinés aux personnes personne bénéficiaire de la protection internationale, là aussi réalisés par un professionnel du soin.

— Intégrer un volet « vie sociale » dans les programmes d'accompagnement des personnes bénéficiaires de la protection internationale

De nombreuses personnes rencontrées nous ont évoqué l'ennui qu'elles ressentaient et la méconnaissance des possibilités sociales, culturelles et associatives de leur territoire, bien qu'étant installées depuis plusieurs mois dans une ville. L'isolement est par ailleurs très important. Une personne bénéficiaire de la protection internationale explique :

« Parce que le seul endroit ici qui réunit tous, il y a que l'accueil de jour. Que les gens passent le temps là-bas, pour s'échanger un peu, discuter un peu. Après, là-bas ils sont qu'à l'esplanade du 1^{er} mai, soit logés sur la pelouse, assis là jusqu'à 17 heures. Chacun regagne sa structure, là où il est logé par les urgences, si c'est déjà l'heure d'arrivée, si c'est ouvert il retourne aller dormir. Donc c'est un peu ça. »

— Création d'espaces d'inclusion à la « vie sociale » et à la vie dans la cité

Nous proposons de favoriser l'intégration des personnes bénéficiaires de la protection internationale en leur offrant des espaces d'inclusion à la « vie sociale » et à la vie dans la cité (espace d'échanges, espaces de rencontres, ateliers divers), pouvant permettre une meilleure appropriation du territoire : explication des centres sociaux, des associations, qui peuvent être réalisées par des visites, des découvertes de structures. Cet accompagnement vers un ancrage dans le territoire pourra être fait en collectif.

— Adapter l'accompagnement aux personnes

L'accompagnement global réalisé après l'obtention de la protection internationale devrait être adapté aux particularités et aux besoins des personnes. Actuellement, les accompagnements sont parfois trop rigides et ne tiennent pas, ou peu, compte des besoins spécifiques de chaque personne. Une certaine forme de souplesse, par exemple, dans les durées d'accompagnement pourrait être mise en place. En effet, la durée d'un an est souvent trop courte. Aussi, la fréquence et le niveau d'accompagnement pourraient être adaptés aux besoins des personnes. Le type d'accompagnement (toujours global) pourrait être spécifié lors d'un entretien préliminaire avec les professionnels et réadapté, si besoin, en fonction des changements de situations des personnes.

L'accompagnement des personnes devrait toujours prendre en compte la cohérence de leurs parcours, limitant les déplacements et changements trop fréquents (notamment en ce qui concerne l'hébergement), qui peuvent être néfastes pour les individus et leurs attaches. Aussi, le renforcement des baux glissants pourrait permettre de garder cette cohérence au niveau de l'hébergement, par exemple.

Cet accompagnement global devrait se faire toujours à l'appui de la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels : si les personnes bénéficiaires de la protection internationale ont vocation à apprendre le français, cet apprentissage ne peut se réaliser du jour au lendemain et la compréhension des démarches nous est apparue comme essentielle et déterminante d'un accès aux droits effectif dans cette étude.

2 • Mettre en place une « information santé » systématique pour les personnes bénéficiaires de la protection internationale à l'obtention du statut

Cet état des lieux aura permis de constater que les personnes bénéficiaires de la protection internationale sont relativement peu sensibilisées et informées sur le système de santé français et sur les dispositifs de soins existants.

Nous proposons qu'une orientation soit **systématique** via l'OFII vers un « rendez-vous santé ». Une fois de plus, l'entrée par l'OFII permettra de toucher toutes les personnes, indépendamment de leurs accompagnements existants ou non.

Nous proposons que soient inclus la mise en place de « modules » de sensibilisation au système de soin et la santé à l'obtention de la protection. Ces actions pourraient être mises en place par les **caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)** des départements, acteur territorial central. Une présentation du système de soin et de son fonctionnement pourra

ainsi être faite collectivement. Des visites de structures, ou l'intervention de structures du territoire dans la journée, permettraient une meilleure connaissance de l'organisation des soins sur le territoire.

Une attention particulière devrait être portée à l'accessibilité de la transmission des informations lors de ces actions, aussi ces journées devraient être proposées avec des traductions dans différentes langues (par exemple : une journée pour les personnes qui parlent arabe avec un traducteur arabophone présent, idem pour les autres langues).

Afin que ce temps soit le plus adapté possible aux besoins des personnes, nous proposons la mise en place d'un **groupe de travail**, incluant des personnes bénéficiaires de la protection internationale, pour construire le programme de cette journée et les outils.

3 • Créer et diffuser des outils sur le parcours d'intégration après l'obtention du bénéfice de la protection internationale

À l'heure actuelle, aucun document officiel ne permet de se représenter le parcours administratif après l'obtention d'une protection internationale, ni pour les personnes elles-mêmes, ni pour les professionnels les accompagnants. Cet outil pourrait permettre d'informer et de sensibiliser les personnes aux différentes possibilités et perspectives qui s'offrent à elles dans leur nouveau parcours en France, aux différentes étapes qu'elles ont à réaliser. Le document devrait inclure les dimensions de l'hébergement, du travail, des formations, mais aussi du soin et de la santé mentale, afin notamment d'informer les personnes sur leurs droits et démarches à effectuer.

Diffusé par la préfecture, cet outil permettrait à tous les bénéficiaires de la protection internationale d'avoir un minimum d'informations sur leurs droits et démarches à l'obtention du statut. Complémentaires à l'accompagnement, il pourrait de plus servir de support aux professionnels.

La traduction dans différentes langues est évidemment nécessaire pour que les personnes puissent se les approprier. Dans la perspective de créer cet outil en cohérence avec les besoins des personnes, il semble primordial que les bénéficiaires de la protection internationale participent à son élaboration.

4 • Créer et diffuser un outil sur la santé mentale à destination des exilés

Du côté des personnes bénéficiaires de la protection internationale, plusieurs difficultés ont été repérées durant cette étude :

- celles liées à l'évocation de ses symptômes en lien avec des représentations de la santé mentale qui peuvent être associées à la « folie ». Les troubles de santé mentale sont stigmatisés, associés à la psychiatrie. Ces représentations limitent ou retardent l'expression de symptômes, la demande de soin, qui pourraient permettre une prise en charge plus précoce des problématiques de santé mentale ;

- la méconnaissance du système de soin en France, de son fonctionnement, et notamment des dispositifs de santé mentale. Ce manque d'information sur le système de soins en santé mentale ne permet pas aux bénéficiaires de la protection internationale d'être acteurs de leurs parcours de soin, entraînant ainsi des non recours aux soins.

Nous proposons la création d'un outil de sensibilisation ayant pour objectif de répondre aux difficultés des personnes à repérer leurs symptômes et de pouvoir en parler de manière la plus précoce possible en sachant à qui s'adresser. L'objectif est également de participer à la déstigmatisation de la santé mentale.

Partant du constat qu'il peut être difficile de parler de soins psychiques pour des personnes venant de cultures où la santé mentale peut être très connotée et associée à la folie, cet outil sera à la fois un support pour les professionnels et un moyen de se repérer

pour les personnes concernées. Afin qu'il soit le plus adapté possible, nous proposons qu'il soit réalisé dans un groupe de travail pluri professionnel incluant des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

5 • Mettre en place la plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé sur tous les départements

Mis en place sur plusieurs territoires de manière expérimentale, la plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) a pour but de repérer des situations de renoncement aux soins et d'y remédier. C'est une démarche proactive de la CPAM, permettant d'aller au-devant des personnes en situation de non recours. Les personnes sont contactées par un conseiller spécialement formé qui leur propose un accompagnement sur mesure. Après un bilan complet de leurs droits, l'assuré peut bénéficier d'un accompagnement sur différents volets en fonction de ses besoins : un soutien administratif, une orientation et un accompagnement auprès des

professionnels de santé à solliciter, une recherche de solution pour financer le reste à charge si besoin. Le même conseiller suit la personne le temps nécessaire.

Un partenariat pourrait être envisagé avec la CPAM pour que les personnes nouvellement bénéficiaires de la protection internationale puissent bénéficier d'une rencontre avec un conseiller peu après l'obtention de leur statut. Nous proposons que ce dispositif soit mis en place dans tous les départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

II - RENFORCER LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS DU SOCIAL ET DU SOIN

Les acteurs de l'accompagnement social et du soin sont, la plupart du temps, peu, voire pas, en contact. Peu d'instances de coordinations existent sur les territoires. Pourtant, les situations problématiques dans lesquelles le public bénéficiaire de la protection internationale et, plus largement, le public migrant sont pris recouvrent divers aspects qui sont difficiles voire impossibles à appréhender dans leur globalité sans une prise en charge en réseau. Certains professionnels sont d'ailleurs bien conscients du besoin de travail en réseau. Une soignante en PASS explique :

« C'est créer la rencontre en fait, il faut qu'on se voie. Si on se voit on arrive à trouver ! Si on ne se voit pas on est chacun cloisonnés dans nos trucs ! »

La coordination entre les acteurs du social et du soin pourrait être favorisée à différents niveaux et par des moyens divers :

1 • Renforcer et développer les conseils locaux de santé mentale

Les instances de coordinations sont peu nombreuses et manquent sur certains territoires. Les CLSM peuvent parfois être des dispositifs de coordination intéressants en ce qui concerne la santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale. Néanmoins, ceux-ci n'existent pas sur tous les territoires et la plupart d'entre eux ne travaillent pas sur la thématique de la santé mentale des personnes migrantes. Il semblerait intéressant :

- de **développer les CLSM** sur les territoires où ils n'existent pas ;
- de renforcer la présence de la psychiatrie de secteur au sein des CLSM existant ;
- d'impulser la création de **sous-commissions précarité et migration** dans les CLSM qui ne travaillent pas encore sur ces thématiques.

2 • Mettre en place des immersions croisées entre les dispositifs de psychiatrie et les dispositifs d'hébergement

Afin de renforcer les liens d'interconnaissance entre les dispositifs soignants et les intervenants sociaux, il semblerait intéressant de mettre en place des immersions croisées entre les dispositifs de psychiatrie et les dispositifs d'hébergement : un

professionnel du soin est accueilli pendant une demi-journée sur une structure d'hébergement (ou plus) et accueille, par la suite, le professionnel qui l'a accueilli au sein de sa structure de soin.

En effet, nos diverses observations montrent que les intervenants sociaux sont en demande de clés de lecture et de formation quand il s'agit d'évaluer ce dont souffrent les personnes hébergées. De leur côté, les soignants méconnaissent le fonctionnement des structures d'hébergement et parfois également les subtilités administratives et juridiques liées aux

personnes bénéficiaires de la protection internationale. Ces stages croisés permettraient d'informer et de former les soignants et les intervenants sociaux, en plus de favoriser le lien et les échanges entre ces acteurs. Les CLSM des territoires pourraient porter l'organisation de ces temps d'échange.

3 • Provoquer des réunions de travail entre les structures de soin et les structures d'accompagnement sur chaque territoire pour la mise en place de schémas de prise en charge

Écrire et valider un schéma d'orientation des personnes en souffrances psychiques sur les territoires permettra de définir à quel moment les personnes peuvent être orientées, vers qui, avec quels outils, etc. Co-construit et validé par les acteurs du soin et

du social, cet outil, diffusé largement aux acteurs du territoire, permettra de clarifier les rôles et les missions de chacun ainsi que de s'accorder sur les modalités de travail en commun.

4 • Favoriser la coordination des acteurs sanitaires et sociaux à l'ouverture de nouvelles structures d'hébergement

Il paraît essentiel de veiller à informer les acteurs de la santé des territoires où de nouvelles structures voient le jour, d'autant plus que ceux-ci sont souvent fortement impactés par l'arrivée des personnes bénéficiaires de la protection internationale sur les territoires. Comme plusieurs intervenants sociaux nous l'ont fait remarquer, l'implantation des structures d'hébergement sur les territoires sans qu'un travail n'ait été effectué sur l'accueil de ces personnes au

niveau du soin avec les acteurs sanitaires peuvent conduire à créer des situations de fermeture et de cloisonnement.

Pour éviter ce genre de situation, des réunions d'information, co-organisées par les DDCSPP et l'ARS, pourraient avoir lieu à l'ouverture des structures afin d'informer les acteurs sanitaires du territoire et de discuter l'organisation et de la coordination de cet accueil.

5 • Harmoniser et systématiser des procédures de soins à réaliser à l'arrivée des personnes en structure

Cet état des lieux nous a permis de percevoir la diversité des manières de faire pour les professionnels du social et du soin à l'arrivée des personnes - dans les programmes de réinstallation mais également en CPH - qu'elles doivent accompagner en ce qui concerne le soin. Il n'existe pas de procédures types à appliquer et les acteurs essaient de faire au mieux avec les ressources dont ils disposent. Une psychologue en CPH explique :

« Je pense qu'il y a plusieurs centres comme ça, il nous manque des procédures, des procédures d'accueil, clairement, sur le médical, l'accueil psy aussi. Finalement, on reconstruit tout à chaque fois alors que les réseaux ils existent, sauf que si on devait le faire qu'une seule fois et que les prochains centres s'en emparent, sauf qu'on n'est pas le premier centre à ouvrir et on n'a pas eu beaucoup de procédures. »

À l'ouverture des structures, à l'arrivée des réinstallés, les informations concernant les démarches à faire sur la santé, les acteurs à contacter, sont éparpillées et les travailleurs sociaux des structures ne savent

pas nécessairement vers qui orienter, ni dans quelle temporalité.

De leur côté, certains dispositifs de soins se retrouvent également démunis face à l'arrivée du public, ne sachant pas par où commencer la prise en charge, quel examen réaliser ou non, dans quelle temporalité.

Dans ce contexte, il semblerait intéressant d'harmoniser et de systématiser les procédures de soins par la rédaction d'un « protocole de soins », à réaliser à l'arrivée des personnes, afin que les professionnels du social et du soin aient une base commune pour savoir comment procéder et vers qui orienter. Sans qu'il soit appliqué systématiquement, ce document pourra servir de base commune aux acteurs des territoires. De nombreuses choses ont été réalisées dans la région, par les programmes de réinstallés et par les CPH, concernant le soin. Un groupe de travail permettrait de capitaliser les pratiques et d'écrire des recommandations pouvant servir à tous les acteurs, évitant à chacun de se poser les mêmes questions individuellement.

6 • Développer les temps de rencontre entre les équipes des structures sociales et les soignants intervenant dans ces structures

Lorsque des professionnels de soins interviennent dans les structures du DNA, nous proposons le renforcement de temps d'échange avec les équipes de ces structures. Ces temps permettent aux professionnels du social d'aborder les inquiétudes qu'ils peuvent avoir sur les souffrances psychiques de personnes accompagnées, de pouvoir échanger

avec des soignants et de pouvoir questionner l'accompagnement adapté aux problématiques de santé mentale de la personne. Réalisé dans plusieurs structures, ces espaces de discussion et de co-construction sont présentés comme une réelle plus-value par les acteurs sociaux et sanitaires.

III - SENSIBILISER, RENFORCER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS

1 • Développer et renforcer la formation des professionnels

Pour les acteurs de la santé,

Le soin en situation d'interculturalité peut questionner et mettre en difficultés les professionnels non outillés. Le manque de connaissances sur cette population, les préjugés et les craintes sont à l'origine de nombreux refus de soin, tels que nous l'avons vu précédemment.

Les dispositifs spécifiques de soins, accessibles aux personnes en situation de précarité tels que les PASS ou EMPP, ne sont pas nécessairement connus par les soignants eux-mêmes. Les droits et obligations dans le cadre de la prise en charge d'un patient allophone, sans droits ouverts, le travail avec un interprète, etc. sont appris « sur le tas » par les soignants qui travaillent auprès de ce public et qui ne peuvent généralement pas bénéficier de formations spécifiques.

Ainsi, la sensibilisation des soignants à ce public paraît indispensable et ce dès le début de leur formation.

Pour les professionnels du social,

Les problématiques spécifiques qui peuvent être rencontrées par ce public, les démarches - procédure asile, processus d'intégration - et les dispositifs spécifiques sont peu appréhendables et n'ont souvent pas été enseignées, mais sont apprises au fur et à mesure. Une travailleuse sociale d'un programme d'intégration affirme :

« Les travailleurs sociaux, les assistants sociaux de secteurs (...) ils ne sont pas du tout, du tout formés à ces publics-là mais c'est un truc de fou quoi ! Et ça fait partie ça aussi de la santé au sens large. »

Ainsi, sensibiliser et intégrer les travailleurs sociaux aux droits et aux démarches spécifiques avec ce public, aux structures et dispositifs existants, ainsi qu'à l'interculturalité en général nous semble nécessaire, et ce dès la formation initiale.

— Mettre en place et systématiser des modules de formation sur l'accompagnement du public migrant dans la formation initiale des travailleurs sociaux et des soignants

Une partie du public en situation d'exil a vocation à s'intégrer et à rester en France, comme nous l'avons vu et explicité avec les personnes bénéficiaires de la protection internationale. Ainsi, « le droit commun » se retrouve à accompagner et prendre en charge des personnes en situation de migration, mettant alors à mal les professionnels non spécialisés qui n'ont pu bénéficier de formation sur ces thématiques. Même les professionnels des dispositifs « spécialisés » expliquent n'avoir que peu de connaissances sur ces questions à la prise de leur poste. Si certaines interventions ponctuelles peuvent avoir lieu dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ou des instituts régionaux de travail social (IRTS), la majorité des établissements semble ne proposer que peu de contenus sur ces thématiques. Une infirmière en EMPP constate :

« Je veux simplement dire qu'en fait c'est vrai qu'on n'est pas du tout formé à ça, puisque quand moi j'ai postulé c'était effectivement pour aller au-devant des gens dans la rue, dans les systèmes d'hébergements, pour amener les gens vers la santé mentale. Et en fait, ben un des premiers CADA qui était en [département], il y avait celui de [ville] et il y avait celui [ville] donc il y a quand même 90 places (rires). Et donc moi j'ai commencé comme ça, c'était une autre planète quoi : on ne m'a jamais appris comment fallait faire... »

Afin que tous les professionnels puissent être sensibilisés à l'accompagnement du public en situation de migration, il nous semble indispensable que ces questions d'interculturalité, de travail auprès de personnes en situation de précarité, puissent être abordées dans les formations initiales des soignants et des professionnels sociaux.

— Renforcer et développer l'accès à la formation continue pour les équipes sociales et soignantes qui accompagnent les personnes migrantes

Cette étude nous a permis de constater les besoins en formation et les demandes de formation, des équipes soignantes, qu'elles travaillent ou non spécifiquement auprès du public exilé, sur les questions larges de soins en situation d'interculturalité, de procédures, mais surtout sur des questionnements spécifiques à leurs pratiques, tels que le travail avec un interprète, le traumatisme.

De leur côté, les professionnels du social sont également extrêmement en demande de formation sur le psychotraumatisme, l'accès aux soins et la santé mentale.

Le budget attribué par les structures, qu'elles soient sanitaires ou sociales, à la formation continue des salariés et souvent limité. S'ajoutent également les frais de déplacements, pour trouver des formations adaptées à la demande des professionnels. Une infirmière d'EMPP explique :

« L'équipe mobile précarité n'a pas du tout été conçue pour s'occuper des migrants, mais des personnes qui sont en très grande précarité et qui fréquentent un CHRS, qui fréquentent les accueils de jour. Et ça a été aussi une grosse évolution, et comment on a été obligés d'évoluer, enfin l'équipe de précarité, sur ce qu'on peut offrir aujourd'hui. Ce qui est passé par des phases de formation aussi - notre budget de formation au niveau du CHS, il est petit parce qu'on est une petite équipe -. Et donc là l'équipe a été renouvelée en 2018 avec deux nouvelles infirmières et on peut payer qu'une formation, un diplôme universitaire, qu'à une seule infirmière. On n'a pas les moyens de payer... Et on n'a pas les moyens d'aller à des colloques parce qu'il faut payer les frais de déplacements et tout. Et pratiquement 90 % de notre budget de formation est passé dans le diplôme universitaire. »

Nous proposons donc une augmentation des budgets alloués à la formation au sein des structures, le renforcement des formations « en intra » sur les territoires mais qui puissent être partagées entre les différents opérateurs d'un même territoire. Cela permettra, en plus de la formation, de créer des espaces de rencontres autour de problématiques communes.

— Renforcer et développer l'accès à la formation pour les interprètes

Les interprètes agissent dans des cadres de travail flous et changeants, et peuvent éprouver des difficultés à se positionner dans les lieux de soin qui les sollicitent. Par la mobilité de leur métier et leurs différents statuts, formations et pratiques professionnelles, ils sont des acteurs souvent isolés dans leur pratique professionnelle. En effet, il n'existe pas de syndicats ou de lieux de rencontres pour les interprètes. Lorsqu'ils travaillent au sein de structures d'interprétariat, les liens qu'ils peuvent avoir avec leurs collègues sont très marginaux. Les rencontres avec les autres interprètes peuvent alors se faire dans les salles d'attentes ou, et c'est beaucoup plus rare, lors de séances d'analyse de la pratique ou de formations.

L'interprétariat en santé est assez spécifique, notamment en santé mentale. Il semble nécessaire d'interroger les spécificités de l'entretien en santé mentale et d'apporter quelques notions de psychopathologie générale, un éclairage clinique sur le psycho-traumatisme et ses effets afin d'outiller les interprètes dans leurs pratiques.

Des interventions permettant d'apporter un éclairage contextuel et théorico-pratique aux interprètes - tels que le fonctionnement de l'hôpital, le fait de se familiariser avec les pratiques soignantes et les parcours de soin, les spécificités de l'entretien en santé mentale, les souffrances et psychopathologies rencontrées auprès de ces publics, interroger sa place et son rôle dans l'entretien tripartite, initier une réflexivité sur sa pratique - nous semble nécessaire. Il nous semble nécessaire de pouvoir soutenir les interprètes en proposant des espaces de reprise réflexive des pratiques et d'analyse de situations complexes.

2 • Accompagner les professionnels dans leur prise en charge du public migrant et réfugié

— Réaliser et diffuser un outil sur les bénéficiaires de la protection internationale et les demandeurs d'asile à destination des professionnels

L'intégration des bénéficiaires de la protection internationale convoque des professionnels de champs très divers et qui n'ont pas nécessairement une connaissance très précise ni des réalités vécues ni du parcours d'intégration. Si les intervenants sociaux des structures du DNA maîtrisent les différents statuts et procédures, les démarches d'asile et les droits qui y sont associés, il n'en est pas nécessairement de même pour les acteurs du droit commun, acteurs qui prennent pourtant en charge les bénéficiaires de la protection internationale. Les assistants sociaux de secteur, tout comme les professionnels du soin et autres acteurs du droit commun, ne maîtrisent pas nécessairement les problématiques rencontrées par ce public, les différentes démarches que les personnes ont à réaliser à l'obtention de leur statut, les droits associés.

Un document synthétique, présentant les différents statuts, procédures et droits associés permettraient de sensibiliser les professionnels et de renforcer leurs compétences dans la prise en charge de ces publics.

— Réaliser un outil pour accompagner les intervenants sociaux dans leurs missions d'accompagnement et de sensibilisation à la santé

L'accompagnement en santé est partie intégrante des missions des intervenants sociaux travaillant auprès des publics migrants, qu'ils soient primo-arrivants ou détenteurs d'une protection. Sans formation spécifique en santé ces missions peuvent mettre en difficulté les professionnels de l'accompagnement, notamment pour aborder des problématiques de santé qui relèvent de l'intime ou qui renvoient à des références culturelles.

Nous proposons donc la création d'un outil à destination des professionnels pouvant être un support facilitant les actions de sensibilisation et d'accompagnement sur la santé et la santé mentale des intervenants sociaux à destination des personnes migrantes hébergées/accompagnées. Nous pensons à un « kit d'animation », permettant aux acteurs de trouver par thématiques les ressources nécessaires à la mise en place d'actions de sensibilisation.

Afin que cet outil réponde au mieux aux besoins des professionnels, il sera co-construit, tant sur le fond que sur la forme, en lien avec les professionnels de terrain dans le cadre d'un groupe de travail. En parallèle, un recensement et une capitalisation des outils existants et des ressources à destination des professionnels permettra la mise en place d'une plateforme à destination des intervenants sociaux.

— Réaliser un outil à destination des soignants sur santé mentale et migrations

Les professionnels de santé qui prennent en charge les publics exilés sont de plus en plus nombreux. Une grande partie d'entre eux exprime être, notamment lorsqu'ils commencent à travailler avec ce public, en difficulté sur des questionnements tels que l'interprétariat en santé - comment travailler avec un interprète, d'autant plus dans une consultation en santé mentale ? -, le psychotraumatisme - Qu'est-ce que cela est exactement ? Comment le prendre en charge ? -, les possibilités d'orientation - Il y a-t-il des consultations spécialisées ? -, etc.

Nous proposons la réalisation d'un outil capitalisant toutes les informations pouvant être utiles à la prise en charge du public exilé, qui pourrait, par la suite, être transmis largement aux soignants. Afin qu'ils répondent aux besoins des acteurs, cet outil pourra être co-construit avec eux par le biais d'un groupe de travail.

3 • Favoriser les échanges de pratiques et d'outils entre professionnels du même secteur d'intervention

Au cours de l'étude, le sentiment d'isolement des professionnels et, parallèlement, le sentiment que chacun cherche dans son coin à créer des outils pour répondre aux mêmes problématiques étaient assez flagrants. Un infirmier d'une équipe de médiation explique :

« Les professionnels et bénévoles sont assez seuls, ou du moins expriment se sentir seuls. Il y a peu d'échanges sur l'interculturalité, sur les actualités de la loi et les changements. »

Nous proposons de renforcer la mise en lien des professionnels par des :

- **temps de rencontre des PASS Psy travaillant avec le public exilé ;**
- **temps de rencontre des EMPP qui travaillent avec les publics exilés ;**
- **temps de rencontre des psychologues travaillant en CPH dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.**

De nombreuses PASS et EMPP de la région prennent en charge le public exilé. Plusieurs psychologues ont des temps partiels dans des structures d'hébergement du DNA et des CPH. En plus des questions cliniques, de nombreuses questions organisationnelles semblent mettre en difficultés les professionnels, notamment sur les attentes et missions rattachées à leurs dispositifs et la réalité des problématiques rencontrées. Des temps d'échanges entre professionnels de dispositifs similaires nous semblent importants.

Afin de pouvoir échanger sur leurs modalités de fonctionnement, les difficultés rencontrées, les solutions testées, nous proposons l'organisation d'une journée à minima annuelle de travail, permettant de rassembler les acteurs des mêmes dispositifs, confrontés aux mêmes problématiques mais sur d'autres territoires.

— **Mettre en place une coordination régionale des EMPP**

À l'heure actuelle, aucune coordination des EMPP n'existe. Tout comme la coordination régionale des PASS, la mise en place d'une coordination régionale des EMPP permettrait le soutien des équipes, la mise en place de temps d'échange, d'outils partagés et la mise en cohérence des actions des EMPP sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

— **Développer des groupes d'échanges cliniques sur les territoires**

Quelles que soient les structures dans lesquelles ils travaillent, les professionnels du soin prenant en charge le public exilé font part de leur isolement. Psychiatres en libéral, psychologues de lieu d'écoute, psychologues de structures spécialisées, sont régulièrement confrontés aux mêmes questionnements mais ne peuvent que rarement échanger avec d'autres cliniciens.

Nous proposons la mise en place de coordinations cliniques sur les territoires, à intervalle réguliers (par exemple, une fois tous les deux mois, selon les dynamiques des territoires), qui permettent aux cliniciens de se retrouver et d'échanger autour de questionnements rencontrés dans leurs pratiques avec d'autres professionnels.

— **Créer une plateforme de mise en réseau/capitalisation/partage d'outils**

Au cours de l'étude, nous avons pu constater que de nombreux acteurs « réinventaient » de leurs côtés des outils, des supports pour les accompagner dans leurs actions, faute d'avoir pu les trouver. De nombreux outils existent sur le territoire, mais ne sont pas capitalisés. Les professionnels rattachés à des dispositifs peuvent se sentir isolés et ne savoir avec qui échanger sur leurs pratiques.

Nous proposons la mise en place d'une plateforme web qui pourra permettre de capitaliser les outils et les données sur les thématiques de santé mentale, migrations et précarité. Ce site pourra fournir aux professionnels soignants et sociaux des supports et des informations pouvant faciliter leurs pratiques au quotidien. Un espace intranet pourrait être envisagé, afin que les professionnels puissent directement échanger ensemble.

4 • Développer et renforcer les modalités de soutien des professionnels et de prévention de la souffrance au travail

Au fil de leurs parcours, les publics migrants ont souvent été exposés à de nombreux traumatismes. Le travail social auprès des personnes migrantes est particulièrement éprouvant et les intervenants sociaux et les professionnels de santé sont exposés à la souffrance des personnes accueillies dans leur accompagnement quotidien. Le DSM, manuel de référence de psychiatrie, mentionne le traumatisme vicariant pour qualifier celui des personnes soumises à l'écoute de récits emprunts de violence. Par exemple, dans le cadre de la demande d'asile, des intervenants qui n'ont pas été formés à l'écoute de personnes victimes de violences doivent poser des questions difficiles et interroger les personnes sur des événements traumatiques passés. Cela peut bien entendu mettre en difficulté la personne qui raconte son parcours, mais également celle qui écoute.

Ainsi, les intervenants auprès du public migrant en général sont particulièrement vulnérables. Le travail et la relation d'aide auprès de la population exilée apportent de nombreux risques de *burnout*, de traumatisation secondaire, de souffrance au travail. Les possibilités de soutien aux équipes offertes au sein des structures sont généralement moindres.

— En collectif : systématiser la proposition d'analyse des pratiques professionnelles

Dans de nombreuses structures du DNA, l'analyse des pratiques n'existe pas. Les espaces collectifs pour réfléchir les pratiques et les difficultés ont du mal à s'établir, ou à tenir dans la durée, étant mis de côté à chaque nouvelle urgence.

Nous proposons la mise en place systématique d'une ligne budgétaire « soutien aux équipes » dans les structures du DNA.

Par ailleurs, les appels d'offres de l'État, concernant l'ouverture de structures d'hébergement, d'accompagnement, l'augmentation du nombre de places, ne prennent pas en compte la question de l'accompagnement proposé aux équipes. Une attention particulière aux outils de soutien des équipes pourrait être faite dans la rédaction des appels à projet afin de faciliter la mise en place de ces espaces de soutien.

— Offrir une possibilité de soutien individuel

Au-delà des temps collectifs permettant l'analyse des pratiques, la réflexivité, le retour sur des accompagnements mettant à mal le professionnel, les possibilités de soutien individuel des professionnels nous semblent indispensables.

Les structures, notamment les opérateurs de l'État, pourraient élargir leurs offres de soutien aux salariés en individuel de manière anonyme et gratuite en mettant en place, en interne, des procédures afin que leurs salariés puissent échanger avec un professionnel de santé mentale.

Dans l'humanitaire, un numéro de téléphone peut être diffusé aux professionnels pour qu'ils puissent joindre de manière anonyme et gratuite un professionnel de santé mentale.

Conscients que seules les structures importantes pourraient proposer ces services, nous proposons le renforcement de la permanence téléphonique de l'Orspere-Samdarra afin qu'elle puisse également être sollicitée par des professionnels en souffrance, désireux d'échanger avec un psychologue de manière anonyme et gratuite.

IV - RENFORCER ET DIVERSIFIER L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

1 • Renforcer les dispositifs existants

— Renforcer les CMP et CMPP

Comme nous l'avons vu tout au long du rapport, la psychiatrie de secteur est saturée et souvent en manque d'effectif, ce qui entraîne des délais d'attente pour y accéder très importants. Nous proposons donc que les CMP et CMPP bénéficient de moyens supplémentaires, afin de faciliter l'accès aux soins en santé mentale sur le territoire.

— Renforcer les PASS Psy et en développer une sur chaque territoire

Actuellement, six PASS Psychiatriques existent sur la région. Nous proposons le développement de PASS Psychiatriques, a minima, sur chaque département. Non spécifiques aux bénéficiaires de la protection internationale, et non destinées à ce public qui doit pouvoir être pris en charge dans le droit commun, les PASS Psychiatriques permettront toutefois une prise en charge précoce des personnes exilées ayant des problématiques de santé mentale. Permettant la prise en charge des personnes sans droits ouverts, les

PASS Psychiatriques pourraient également accueillir les personnes réinstallées de manière systématique à leur arrivée.

La modalité de PASS mobiles devrait également être envisagée, notamment sur les territoires ruraux où la mobilité vers le soin est compliquée.

— Renforcer les EMPP et en développer sur les territoires

Actuellement, 13 EMPP existent sur la région. Nous proposons de renforcer les moyens des EMPP existantes qui sont parfois réellement sous dimensionnées par rapport au territoire qu'elles couvrent et de créer des EMPP sur les territoires qui en sont dépourvus. Tout comme les PASS, ces dispositifs sont non spécifiques aux bénéficiaires de la protection internationale, mais ils peuvent permettre une prise en charge en « aller vers », le repérage et la prise en charge des personnes ayant des problématiques psychiatriques. Les EMPP peuvent par ailleurs aider à faciliter le lien avec les secteurs de psychiatrie.

2 • Renforcer la présence de soignants au sein des structures d'hébergement

La présence de psychologues dans les structures d'hébergement permet un repérage des personnes en souffrances psychologique et une première prise en charge. Elle nous semble primordiale pour faciliter « l'aller vers », lutter contre la stigmatisation des problématiques de santé mentale et ainsi faciliter l'accès aux soins.

Dans l'idéal, il nous semble que la présence régulière de psychologues et de psychiatres du droit commun, d'EMPP au sein de ces structures permet de limiter les ruptures de soin à la sortie de l'hébergement. Il est, en effet, primordial que le soin psychique ne

soit pas confronté aux temporalités administratives et qu'il puisse se poursuivre, sans rupture, lorsque les personnes obtiennent une protection et quittent la structure. Toutefois, aux vues de la saturation des dispositifs de droit commun et face à la difficulté sur certains territoires de créer ces liens avec le droit commun, nous proposons que des postes de psychologues puissent être créés dans les structures d'hébergement. Ces psychologues devraient être en lien étroits avec les services de psychiatrie du droit commun.

3 • Renforcer la médiation

Le dispositif Intermed, permettant d'accompagner les personnes vers le soin, a fait ses preuves depuis plusieurs années. Sur certains territoires, des médiateurs santé, rattachés aux municipalités, exercent également cette fonction avec les habitants de certains quartiers.

Nous proposons de développer cette modalité de médiation en santé et en santé mentale sur les

territoires, notamment en les rattachant à toutes les structures d'hébergement des migrants, mais en permettant un suivi hors de ces structures. Ces dispositifs de médiation pourraient également permettre de faciliter le lien avec le droit commun après la sortie des structures en poursuivant leur accompagnement hors les murs lorsque cela est nécessaire.

4 • Développer, renforcer et diversifier les dispositifs de prise en charge en santé mentale spécifiques

Actuellement il existe peu de dispositifs spécifiques adaptés à la prise en charge du public exilé sur la région et ceux existants sont pour plusieurs « saturés » avec des délais d'attente élevés. Nous proposons donc :

— Le renforcement des dispositifs spécifiques existants

Afin de réduire les délais d'attente, d'augmenter les files actives, de pouvoir permettre des plages horaires plus importantes, nous proposons le renforcement des équipes et des moyens attribués aux structures spécifiques déjà existantes.

Nous proposons, par ailleurs, la création de plusieurs dispositifs sur les territoires.

Nous pensons qu'il est important que les structures créées puissent être rattachées au droit commun, comme l'est, par exemple, le dispositif d'écoute transculturelle de Vaise et ce afin de ne pas scinder la prise en charge. L'idée n'est pas de proposer une réponse unique et spécifique qui remplacerait les dispositifs de santé mentale classique, mais d'élargir l'offre de soins sur chaque territoire en proposant, à minima, une réponse de seconde intention, des consultations et des structures vers lesquelles des soignants pourraient orienter leurs patients lorsqu'une prise en charge classique ne semble pas adaptée. La diversité du type d'approche permettra de répondre au mieux à la diversité des besoins.

Il nous semble important que ces modalités soient accessibles sur chacun des départements et adaptées aux réalités locales.

— La création de consultations transculturelles

Il en existe actuellement deux sur le département : une consultation d'ethnopsychiatrie au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand et une consultation eu dispositif d'écoute transculturelle de l'hôpital Saint-Cyr à Lyon. Une pédopsychiatre d'un dispositif de soin transculturel explique :

« Ces dispositifs de seconde ligne sont dédiés à des patients et leur famille lorsqu'il est repéré que l'expression de leurs troubles, d'une part, et leurs processus de soins, d'autre part, sont intimement liés à leur culture d'origine, et nécessitent une prise en compte clinique des processus psychiques en lien avec leur culture, leur famille, leur communauté, et leur histoire par définition marquée par l'exil. »

Permettant une prise en charge familiale, cette modalité de soin semble nécessaire à l'heure où les enfants, parmi les personnes migrantes et les bénéficiaires de la protection internationale, semblent être ceux accédant encore plus difficilement à des soins de santé mentale.

— La création de consultations spécialisées dans le psychotraumatisme

Des centres de référence sur le psychotraumatisme vont être mis en place prochainement, dont un à Lyon. Toutefois, il nous semble nécessaire de préconiser la mise en place de consultations spécialisées sur le psychotraumatisme non spécifiques aux personnes migrantes, mais disposant des moyens adaptés pour prendre en charge ce public sur chacun des territoires (interprétariat, formation). Cela constituerait, là encore, une possibilité de soutien en santé mentale de seconde ligne, au plus près des besoins.

— La mise en place et le renforcement de modalités d'accueil collective de la souffrance psychique : par exemple, grâce à la création de groupes psychosociaux, d'ateliers d'art thérapie, etc.

De nombreuses personnes rencontrées lors de l'étude nous ont parlé du besoin de parler, d'échanger, évoquant des cadres moins « formels » que ceux des dispositifs de soins classiques. Cette citation de Sidibé, bénéficiaire de la protection internationale illustre cette idée, présentant toutefois une différenciation des associations caritatives et des activités purement récréatives.

« S'ils pouvaient créer des endroits de rencontre, où les gens se rencontrent pour parler tu vois ça soulage aussi. Ça soulage. (...) On vient quand on veut, gratuitement, comme ça, lire si tu veux lire, si tu veux l'internet, si tu veux boire du café, quelque chose comme ça, comme ça quand ils se rencontrent souvent il y aura des discussions et les gens arrivent à oublier. Ici y a des associations comme le Secours Populaire, ça c'est pour aller prendre de la nourriture comme ça. Des fois tu arrives tu rencontres des gens pour discuter, mais ce n'est pas un lieu de rencontre pour discuter, c'est juste pour prendre des colis. S'il y avait un endroit où les gens se rencontraient pour discuter de tout, de rien, tu peux passer la journée même pour parler, ça aiderait beaucoup de personnes. (...) Parce que des fois quand tu as des choses comme ça et que tu n'as personne qui te soutient ça fait mal quoi, ça fait mal oui. »

Ce manque « d'entre-deux », entre le social et la psychiatrie, a été également évoqué par plusieurs professionnels, comme vu précédemment. Nous proposons la création et l'expérimentation sur chacun des départements d' « espaces psychosociaux » ouvert aux bénéficiaires de la protection internationale, afin de leur proposer un soutien à l'interstice entre l'offre de santé « classique » en santé mentale et les activités occupationnelles proposées par diverses associations.

Représentant un accueil inconditionnel, bienveillant et sécurisant, notamment par la régularité et la permanence des modalités d'accueil (lieu, horaires et accueillants), ce lieu mettra à disposition des outils accessibles prenant en compte les différences linguistiques et adaptés afin que les personnes puissent s'en saisir elles-mêmes et ainsi favoriser l'*empowerment*.

Cet espace, co-animé par un psychologue et un médiateur, pourra permettre la mobilisation d'outils de médiations artistiques ou culturelles (art thérapie, photo langage, groupes de parole, ateliers d'écriture, théâtre), en co-construction avec les personnes exilées et en veillant à la mobilisation de leurs compétences. La présence du psychologue permettra un premier repérage et une première écoute dans un cadre informel et malléable afin d'orienter si besoin vers des soins en santé mentale.

— L'expérimentation de la formation de pairs aidants

Si la pair-aidance se développe en France depuis quelques années avec le public ayant des problématiques de santé mentale, le public migrant ne semble pour l'instant pas spécialement pris en compte.

Dans d'autres pays, tels que l'Égypte et l'Allemagne, le soutien par les pairs concernant la santé mentale des migrants a fait ses preuves et se développe (cf. l'annexe 9). Tout en réalisant des actions de sensibilisation collectives sur le trauma, des activités groupales et des entretiens individuels, les réfugiés formés et accompagnés par des professionnels de santé mentale, sont en mesure de repérer, prévenir, soutenir et orienter les personnes ayant des problématiques de santé mentale.

Nous proposons l'expérimentation et le développement de la pair-aidance dans le champ de la santé mentale avec des personnes réfugiées en région Auvergne-Rhône-Alpes.

— La mise en place d'un groupe de travail des acteurs de soins spécialisés dans la région sur les formes innovantes de soins en santé mentale

Nous proposons la mise en place d'un groupe de travail régional « santé mentale et migrations ». Ce groupe de travail réunira les acteurs du soin de santé mentale auprès des personnes migrantes et pourra ainsi faire des retours sur les évolutions de leurs dispositifs, les problématiques rencontrées sur leurs territoires, mais également les expérimentations, les réussites, l'évolution de leur offre de soins. Cela permettra de continuer à échanger et à innover sur la prise en charge en santé mentale des personnes exilées en région Auvergne-Rhône-Alpes.

V - RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ À L'INTERPRÉTARIAT

Un rapide regard sur l'article L1111-4 du code de la santé publique permet de se rendre compte de l'importance de l'interprétariat en santé :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »

Comme vu précédemment, en pratique, un certain nombre de dispositifs de soins en santé mentale et notamment les

dispositifs de droits communs n'ont pas ou peu recours à l'interprétariat professionnel. Certains professionnels soignants n'ont pas connaissance des possibilités d'utilisation de l'interprétariat dans les hôpitaux. Parfois, les hôpitaux tentent d'opter pour des solutions moins chères que l'interprétariat professionnel, notamment en utilisant les réseaux de professionnels de santé internes à l'hôpital.

Il n'est pas très clair pour certaines structures hospitalières de savoir sur quels budgets peuvent être allouées les dépenses liées à l'interprétariat. Certaines structures de la région font d'ailleurs le choix de n'avoir aucun conventionnement avec des structures d'interprétariat.

Pour renforcer l'accessibilité de l'interprétariat et favoriser l'accès effectif aux soins des personnes allophones, plusieurs points nous semblent essentiels, que nous exposons ci-après.

1 • Réaliser un audit sur l'interprétariat

Cela permettrait d'éclaircir l'utilisation de lignes budgétaires dédiées à l'interprétariat et de comprendre à quel niveau se situe la problématique de non-recours

à l'interprétariat pour certains soignants. Il paraît pertinent d'effectuer un audit de la part de l'ARS sur l'utilisation de l'interprétariat dans les hôpitaux.

2 • Informer les directions de structures hospitalières sur le recours à l'interprétariat professionnel

Il nous paraît important de participer à la sensibilisation des directions des structures hospitalières afin que les équipes puissent avoir recours aux interprètes

professionnels lorsque cela est nécessaire et afin de garantir un accès aux soins effectif aux personnes allophones.

3 • Clarifier et simplifier des procédures

— Dans les centres hospitaliers

Il nous semble nécessaire de clarifier et de simplifier les procédures pour avoir accès à l'interprétariat dans les hôpitaux, notamment afin que les professionnels puissent s'en saisir le plus facilement et le plus rapidement possible. Une communication en interne des centres hospitaliers permettra à tous les professionnels d'avoir accès à l'interprétariat.

— De l'enveloppe de l'Agence régionale de santé

Une enveloppe « interprétariat » a été mise en place par l'ARS en 2016 pour les PASS, les EMPP, les structures associatives et les médecins, qui n'ont pas de

budget consacré à l'interprétariat par ailleurs. Beaucoup de dispositifs et de soignants n'ont pas connaissance de l'existence de cette enveloppe alors même qu'ils sont en difficulté avec les personnes allophones. Une communication sur cette enveloppe pourrait être mise en place afin que chacun puisse en bénéficier.

Par ailleurs, l'enveloppe PASS résulte d'un conventionnement avec l'association d'interprétariat ISM Corum à Lyon, qui ne dispose pas de l'interprétariat dans toutes les langues « rares ». De plus, une prise de rendez-vous est nécessaire. Il serait intéressant de développer d'autres alternatives pour traiter les demandes en urgence, pour les langues qui ne sont actuellement pas disponibles et pour lesquelles une demande existe.

4 • Mettre en place une procédure de remontée des difficultés

Dans le même temps, une procédure à destination des professionnels (du social et du soin) pourrait être mise en place afin de faire remonter à l'ARS les

difficultés rencontrées par les acteurs sur chaque territoire dans l'utilisation et la mise en place de l'interprétariat dans le soin.

5 • Création de modalités de professionnalisation des interprètes

Nous proposons le développement de modalités de professionnalisation et d'accompagnement des interprètes en région Auvergne-Rhône-Alpes, qui

permettrait notamment à des personnes réfugiées de pouvoir se professionnaliser en tant qu'interprète si elles le souhaitent.

VI - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRÉCONISATIONS

ACCÈS AUX SOINS ET SANTÉ MENTALE DES BPI : PROPOSITIONS D' ACTIONS		
Systématiser et renforcer l'accompagnement des BPI et leur accès à l'information	1) Développer sur tous les départements et de manière systématique, des dispositifs d'accompagnement global des personnes BPI incluant des accompagnements vers l'hébergement, vers l'emploi et vers la santé.	Étendre les dispositifs spécifiques d'intégration à tous les départements
		Étendre les dispositifs spécifiques à tous les BPI : rendez-vous systématique transmis par l'OFII
		Intégrer l'accompagnement vers la santé (individuel et collectif - éducation à la santé) dans les programmes d'accompagnement des BPI par des professionnels du soin
		Intégrer un volet « vie sociale » dans les programmes d'accompagnement des BPI
		Adapter l'accompagnement aux personnes
	2) Mettre en place une « information santé » systématique pour les BPI à l'obtention du statut par la CPAM	
3) Créer et diffuser des outils sur le parcours d'intégration après l'obtention du bénéfice de la protection internationale	<i>Co-construction de l'outil avec les personnes BPI</i>	
4) Créer et diffuser un outil sur la santé mentale à destination des personnes BPI		
5) Mettre en place une PFIDASS, Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé, sur chaque département		
Renforcer la coordination entre les acteurs du social et du soin	1) Renforcer et développer les CLSM	Créer des CLSM
		Renforcer la présence de la psychiatrie de secteur au sein des CLSM
		Créer des sous commissions précarité/migration dans les CLSM
	2) Mettre en place des immersions croisées entre les dispositifs de psychiatrie et les dispositifs d'hébergement	
	3) Provoquer des réunions de travail entre les structures de soins et les structures d'accompagnement sur chaque territoire pour la mise en place de schéma de prise en charge	
	4) Favoriser la coordination des acteurs sanitaires et sociaux à l'ouverture de nouvelles structures d'hébergement	
	5) Harmoniser et informer des procédures de soins à réaliser à l'arrivée des personnes en structure	
6) Développer les temps de rencontre entre les équipes des structures sociales et les soignants intervenant dans ces structures		

Sensibiliser, renforcer les compétences des professionnels	1) Développer et renforcer la formation des professionnels	Mettre en place et systématiser des modules de formation sur l'accompagnement du public migrant dans la formation initiale des travailleurs sociaux et des soignants
		Renforcer et développer l'accès à la formation continue pour les équipes sociales et soignantes accompagnant les personnes migrantes
		Renforcer et développer l'accès à la formation pour les interprètes
		Diversifier les modalités de formation, notamment en utilisant les nouvelles technologies
	2) Accompagner les professionnels dans leur prise en charge du public migrant et réfugié	Réaliser et diffuser un outil sur les BPI et demandeurs d'asile à destination des professionnels
		Réaliser un outil pour accompagner les intervenants sociaux dans leurs missions d'accompagnement et de sensibilisation à la santé
		Réaliser un outil à destination des soignants sur santé mentale et migrations
	3) Favoriser les échanges de pratiques et d'outils entre professionnels du même secteur d'intervention	Temps de rencontre des PASS Psy travaillant avec le public exilé
		Temps de rencontre des EMPP qui travaillent avec les publics exilés
		Temps de rencontre des psychologues travaillant en CPH dans la région AURA
		Mettre en place une coordination régionale des EMPP
		Développer des groupes d'échanges cliniques sur les territoires
		Créer une plateforme de mise en réseau/capitalisation/partage d'outils
4) Développer et renforcer les modalités de soutien des professionnels et de prévention de la souffrance au travail	En collectif : Systématiser la possibilité d'APP	
	Offrir une possibilité de soutien individuel	
Renforcer, diversifier et harmoniser l'offre de soins en santé mentale	1) Renforcer les dispositifs existants	Renforcer les PASS psy et en développer une sur chaque territoire
		Renforcer les EMPP et en développer une sur chaque territoire
		Renforcer les CMP et CMPP
	2) Renforcer la présence de soignants au sein des structures d'hébergement	
	3) Renforcer la médiation	
	4) Développer, renforcer et diversifier les dispositifs de prise en charge en santé mentale spécifiques	Renforcer les dispositifs spécifiques existants
		Création de consultations transculturelles/ethnopsy
		Création de consultations spécialisées dans le psychotraumatisme
		Mise en place et le renforcement de modalités d'accueil collective de la souffrance psychique : groupes psychosociaux, art thérapie, etc.
		Expérimentation de la formation de pairs aidants
Groupe de travail des acteurs spécialisés de la région sur les formes innovantes de soins en santé mentale		
Renforcer l'accessibilité de l'interprétariat	1) Réaliser un audit sur l'interprétariat	
	2) Informer les directions de structures hospitalières au recours à l'interprétariat professionnel	
	3) Clarification et simplification des procédures	Dans les CH
	4) Mettre en place une procédure de remontée des difficultés	De l'enveloppe ARS
	5) Création de modalités de professionnalisation des interprètes	

BIBLIOGRAPHIE

Articles, rapports et études

- Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2017, décembre). *Données de Santé PRS 2018-2028, Guide régionale stratégie et parcours*. Repéré à <http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/projet-regional-de-sante-auvergne-rhone-alpes-recueil-actes-administratifs-region-auvergne-rhone-alpes-14-juin-2018/>
- Béal, A. et Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*, 55(1), 9-19.
- Bogic, M. et al. (2012). Factors associated with mental disorders in longsettled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*, 200, 216-23.
- Bogic, M., Njoku, A. et Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*.
- Bouet, P. (2018). *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1er janvier 2018*. Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
- Bourguignon, B. (2018, 11 juillet). *Assemblée nationale : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer l'accompagnement des jeunes majeurs vulnérables vers l'autonomie*. Repéré à <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1150.pdf>
- Centre d'analyse stratégique. (2009, 17 novembre). *Rapport « La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. »*
- Centre Primo Levi. (2016). *Persécutés au pays, déboutés en France. Rapport sur les failles de notre procédure d'asile*. Repéré à <https://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2016/11/Pers%C3%A9cut%C3%A9s-au-pays-d%C3%A9bout%C3%A9s-en-France-WEB.pdf>
- Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, (48). Lyon : Orspere-Samdarra.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France*, visible à <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
- Cour nationale du droit d'asile. (2018). *Rapport d'activité 2018*. Repéré à <http://www.cnda.fr/rapport-annuel/index.html>
- D'Halluin, E. (2012). La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes & migrations* (1282), 66-75. Repéré à <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/447>
- DARES. (2018, août). *Les réfugiés en France : des travailleurs étrangers (presque) comme les autres ?* Repéré à <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-037.pdf>
- Davoudian, C. (2017). La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions. *Cahiers de Rhizome*, (63), 31-38. Lyon : Orspere-Samdarra.
- DGEF. (2017, Octobre). *Infos migrations*, (91).
- Douville, O. (2018). La situation traumatisante des réfugiés. *Rhizome*, (69-70). Lyon : Orspere-Samdarra.
- DRDJSCS. (2018). *Panorama statistiques jeunesse, sport, cohésion sociale Auvergne Rhône Alpes 2017*. Repéré à http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/panorama_statistique_20179.pdf
- Fassin, D. (2011). *L'empire du traumatisme*. Flammarion.
- Fazel, M., Wheeler, J. et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-14.

- Forum Réfugiés-Cosi. (2016, 31 octobre). *Intégration des réfugiés : les moins de 25 ans en marge des dispositifs*. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/integration-des-refugies-les-moins-de-25-ans-en-marge-des-dispositifs>
- Forum Réfugiés-Cosi. (2018). *État des lieux de l'asile en France et en Europe*. France : Fouquet-Simonet. Repéré à <http://www.forumrefugies.org/content/download/4238/41636/version/1/file/Rapport+annuel+edition+2018.pdf>
- France Terre d'Asile. (2016, septembre). Les jeunes réfugiés. *La lettre de l'asile et de l'intégration*, (76). Repéré à http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/Lettre_de_l_asile_et_de_l_int__gration_n__76.pdf
- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, 11, 33. L.B.F.S.M. Repéré à http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf
- InfoMIE. (2018, 27 Août). *Les dispositifs de soutien de l'Aide sociale à l'enfance ouverts aux jeunes majeurs isolés étrangers*. Repéré à <https://www.infomie.net/spip.php?article1656>
- InfoMIE. *Fiche VII : l'arrivée à la majorité* Repéré à <https://www.infomie.net/IMG/pdf/autonomie-guide-fiche8.pdf>
- INSEE. (2018). *Bilan démographique 2018*, 1730. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693#documentation>
- Karoutchi, R. (2014, 12 novembre). Les centres provisoires d'hébergement : remettre l'accueil et l'intégration des réfugiés au cœur de la politique d'asile. *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances*, (97). Repéré à <http://www.senat.fr/rap/r14-097/r14-0971.pdf>
- Lindert, J. *et al.* (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 69, 246-57.
- Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !. *Rhizome*, (68). Lyon : Orspere-Samdarra.
- Mestre, C., Gioan, E. et Quattoni, B. (2009). Mères en exil : soins et travail en réseau. *Rhizome*, (37). Lyon : Orspere-Samdarra. Repéré à <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n37-de-l-exil-a-la-precarite-contemporaine-difficile-parentalite/meres-en-exil-soins-et-travail-en-reseau-1363.html>
- Métraux, J.-C. (1997). Aux temps de la survie, le droit au silence. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 117(5), 419-424.
- Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2016). Les liens familiaux à l'épreuve de la migration. *Pediatrica*.
- Ministère de l'Intérieur. (2018, 16 janvier). *L'essentiel de l'immigration : chiffres clés*, (2018-13). Repéré à <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/107306/852027/file/EM-2018-13-Les-eloignements-2017-au-16-janvier-2018.pdf>
- OCDE/Union Européenne. (2015). *Les indicateurs de l'intégration des immigrés 2015 : Trouver ses marques*. Paris : Éditions OCDE.
- Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à http://www.OFII.fr/IMG/pdf/OFII_raqa_2017.pdf
- Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). *Rapport d'activité 2017*. Repéré à https://OFPRA.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf
- Office français de protection des réfugiés et apatrides (2019). *À l'écoute du monde. Rapport d'activité 2018*. Repéré à https://www.OFPRA.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/OFPRA_ra_2018_web_pages_hd.pdf
- Orspere-Samdarra. (2019). *Actes de la journée d'étude Partir, grandir, devenir. La santé mentale des enfants et des adolescents à l'épreuve des parcours migratoires et du pays d'accueil (le 4 décembre 2018 à Clermont Ferrand)*. Lyon : Orspere-Samdarra.
- Pégon, G. (2011). Santé mentale en contextes de post-crise et de développement. Lyon : Handicap International. Repéré à http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf
- Prieto, N. et Rouillon, F. (2012). Épidémiologie des troubles psychotraumatiques. *Confrontations Psychiatriques*, (51), 43-59.

Réseau européen des migrations (REM). (2016, mars). *L'intégration des bénéficiaires de la protection internationale sur le marché du travail : politiques et bonnes pratiques*. Repéré à https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/98868/776839/file/7_Rapport_de_synthese_du_REM_Integration_des_BPI_FR.pdf

Silvadon, P. et Duron, J. (1979). *La Santé mentale*. Éditions Privat.

Taché, A. (2018, Février). *Rapport au premier ministre. 72 propositions pour une politique ambitieuse d'intégration des étrangers arrivant en France*. Repéré à <http://aurelientache.fr/wp-content/uploads/2018/02/72-propositions-pour-lint%C3%A9gration.pdf>

UNHCR. (2018, 22 juin). *Global Trends : Forced Displacement in 2017*. Repéré à <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>

URPS. (2016, janvier). *Cartographie « Répartition des médecins généralistes et des médecins spécialistes libéraux (en %) sur la région Auvergne / Rhône-Alpes »*. Repéré à <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/auvergne-rhone-alpes/62>

URPS. (2018, avril). *Rapports départementaux et régional de la démographie médicale des médecins généralistes*. Repéré à <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>

World Health Organization. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*.

World Health Organization. (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

World Health Organization. *WHO Europe policy brief on migration and health : mental health care for refugees*. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf?ua=1

Textes législatifs

France. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Repéré à http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf

France. *Accord-cadre de coopération entre le gouvernement de la République française et l'Office du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. (2008, 4 février). Paris.*

France. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf

France. *Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme de l'asile (J. O. 30 juillet 2015)*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030949483&categorieLien=id>

France. *Article L. 313-13 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000006335082&dateTexte=&categorieLien=cid>

France. *Article L. 314-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006180202&cidTexte=LEGITEXT000006070158>

France. *Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/9/10/INTX1801788L/jo/texte>

France. Préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes. *Schéma Régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés Auvergne Rhône Alpes*. Annexe à l'Arrêté n°18-243 du 18 juillet 2018 portant Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés pris en application de l'article L744-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

France. *Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile*. (2019, 20 février). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038143996&dateTexte=&categorieLien=id>

ANNEXES

- Annexe 1** Liste des structures et associations rencontrées
- Annexe 2** Typologie des dispositifs d'hébergement des personnes migrantes
- Annexe 3** Cartographie des PASS et EMPP en région Auvergne-Rhône-Alpes
- Annexe 4** Cartographie des centres provisoires d'hébergement en région Auvergne-Rhône-Alpes
- Annexe 5** Répartition et typologie des CPH en région Auvergne-Rhône-Alpes vis-à-vis du nombre d'admission OFPRA et CNDA
- Annexe 6** Programmes d'intégration des réfugiés existant en région
- Annexe 7** Le parcours d'une personne réfugiée du programme de réinstallation
- Annexe 8** Présence de psychologues dans les centres provisoires d'hébergement et programmes de réinstallation
- Annexe 9** Exemple de dispositifs innovants en santé mentale
- Annexe 10** Présentation de centres de soins spécialisés pour les exilés en France
- Annexe 11** Cartographie des structures de soins spécifiques en région Auvergne-Rhône-Alpes

ANNEXE 1 :
LISTE DES STRUCTURES ET ASSOCIATIONS RENCONTRÉES

Niveau d'intervention	Professionnels rencontrés
RÉGION	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordinateur à l'OFII - Coordination des PASS - Entraide Pierre Valdo
ALLIER	<ul style="list-style-type: none"> - Forum Réfugiés : CPH et PRIR - CADA de Viltais et anciennement au CAO - Un journaliste indépendant, bénévole à Réseau Vichy Solidaire et ayant accompagné la création du groupe de musique Soudan Célestins Music - Un bénévole juriste / traducteur au Secours Catholique, Cimade et Réseau Vichy Solidaire - <i>EMAS Moulins</i> - <i>PASS Moulins</i> - <i>SASPP Moulins</i> - <i>EMP Vichy</i> - <i>PSP Vichy</i> - <i>PASS Montluçon</i> - <i>SASPP Montluçon</i>
CANTAL	<ul style="list-style-type: none"> - CPH et programme de réinstallation Forum réfugiés - Programme de réinstallation Aurore - PASS d'Aurillac - Cadre de psychiatrie de l'hôpital d'Aurillac
LOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - CADA et du dispositif AILE (Entraide Pierre Valdo) - SOLIHA, programme de réinstallation - COMEDE - Cimade
HAUTE-LOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Entraide Pierre Valdo, programme de réinstallation et CADA - La clé, agence immobilière sociale - APARS : Association de bénévoles - <i>EMPP Le Puy en Velay</i> - <i>PSP Le Puy en Velay</i>
PUY-DE-DÔME	<ul style="list-style-type: none"> - CeCler : Centre d'Accueil de Réfugiés Réinstallés (CARR), pôle santé et direction - PRIR Forum Réfugiés - CPAM - CPH APART - Dispensaire Emile Roux - Solidarité santé 63 - EMPP – PASS Sainte-Marie - <i>PASS Issoire</i> - <i>PASS Riom</i> - <i>Relais santé Ambert</i>
AIN	<ul style="list-style-type: none"> - Carrefour Santé Mentale Précarité - Centre de Transit pour Réfugiés - CPH Miribel - DDCS
ARDÈCHE	

DRÔME	<ul style="list-style-type: none"> - IREPS - PASS Psy Die - Diaconat : Insertion réfugiés - SEMISS (Croix Rouge) - Mission Locale de Valence - Valeriane
ISÈRE	<ul style="list-style-type: none"> - Intermed - ADAT - Caméléon - Espace santé Fontaine - ODTI - CPH France Horizon - CPH La relève - Tero Loko - Lieu d'écoute de St Martin d'heres - Maison des familles de Grenoble - EMPP Vienne - EMPP PASS Grenoble
RHÔNE	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Psychanalytique de Thérapies et de Traitements (CPCT) - Dispositif d'Ecoute Transculturelle - Centre ESSOR - CPH et programme de réinstallation Forum Réfugiés - Intermed - PASS Psy du Vinatier - SINGA - CLSM Villeurbanne - Communauté Psychiatrique de Territoire - Accelair (Forum Réfugiés) - Passerelle Buissonnière - Université Jean Moulin 3 - CABIRIA
SAVOIE	<ul style="list-style-type: none"> - ADDCAES - EMPP - RESPECT 73 - JRS Welcome
HAUTE SAVOIE	<ul style="list-style-type: none"> - CPH - FOL

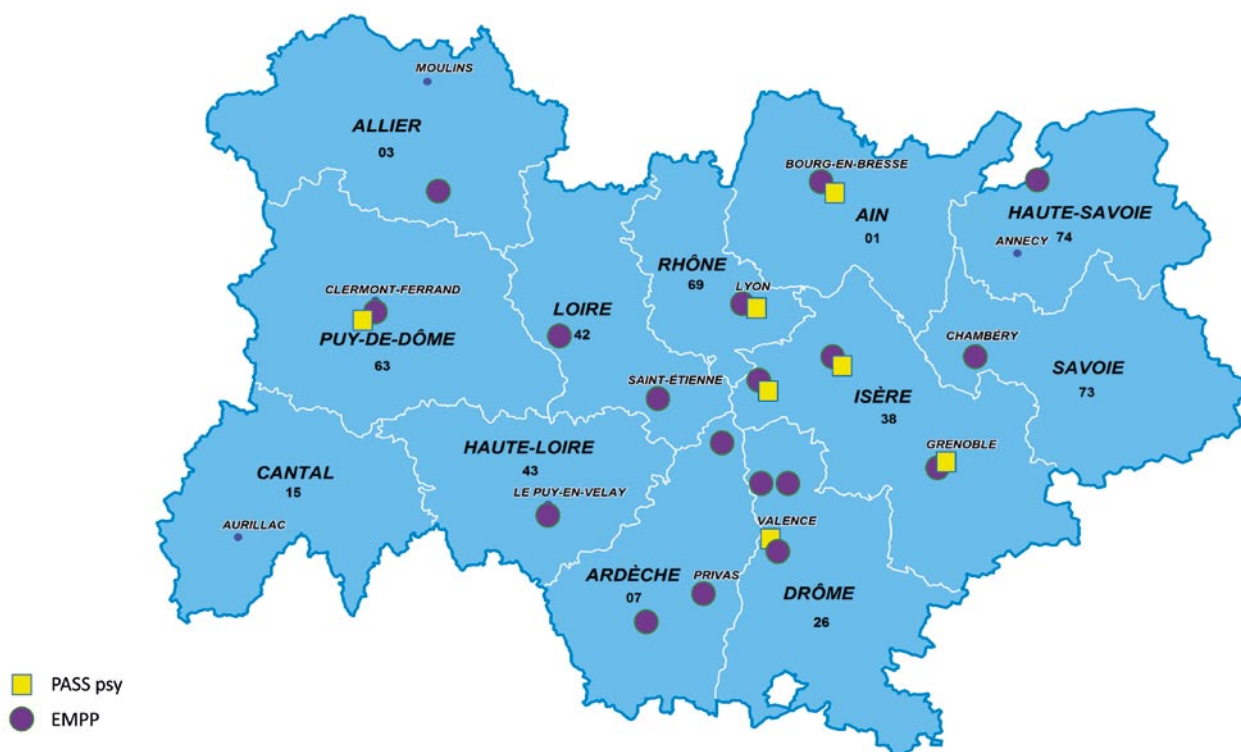
En bleu : structures rencontrées au préalable dans le cadre de l'État des lieux en santé mentale en Auvergne réalisé par l'Orspere Samdarra en 2018

ANNEXE 2 :

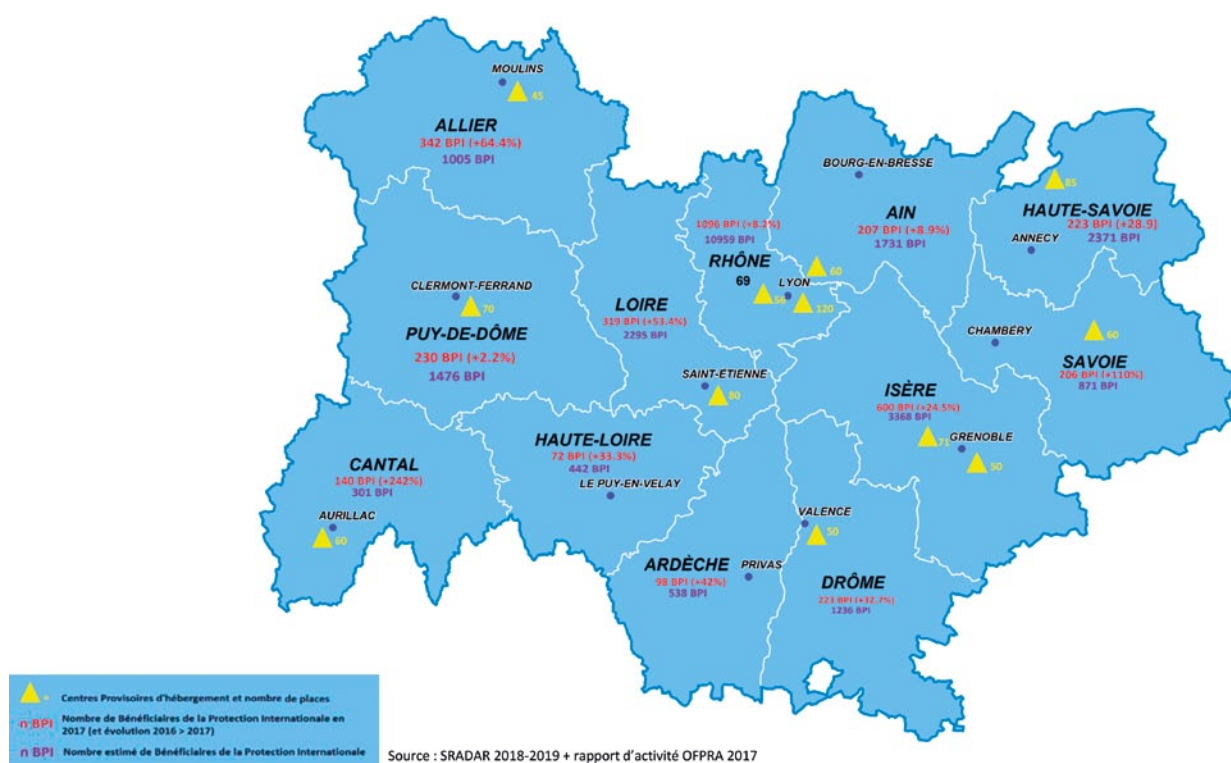
TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES MIGRANTES

TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES MIGRANTES			
ACRONYME	SIGNIFICATION	DESCRIPTION, PUBLIC CONCERNÉ	PRIX / PERSONNE /JOUR
CAES	Centre d'accueil et d'examen de situation administrative	Dispositif combiné : hébergement et examen administratif. Puis orientation rapide vers un centre adapté à la situation administrative	25€
CPO	Centre de pré-orientation	Idem CAES, mais spécificité francilienne	25€
CPA	Centre de premier accueil	Personnes arrivant à Paris (sauf Déboutées) Examen de situation administrative obligatoire trois jours après au CESA (devenu GUDA bis)	Non connu
CAO	Centre d'accueil et d'orientation	Créé pour l'évacuation des migrants de Calais et utilisé désormais pour les évacuations de campements parisiens	24€
CHUM	Centre d'hébergement d'urgence pour migrants	Spécificité francilienne Migrants évacués des campements parisiens et orientation via les CPA	30€ à 60€
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile en cours de procédure normale.	19,50€
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile. <i>Public prioritaire : procédures accélérées</i>	17€
AT-SA	Accueil temporaire service de l'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile. <i>Public prioritaire : procédures accélérées</i>	15,65€
CPH	Centre provisoire d'hébergement	Accueil et accompagnement de personnes réfugiées et de bénéficiaires de la protection subsidiaire	25€
PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile	Accueil et accompagnement mélangé de demandeurs d'asile en attente d'enregistrement, en cours de procédure+ dublinés assignés à résidence	15€
DPAR, CARA et autre centre assignation dublinés	Dispositif de « préparation au retour »	Surveillance et expulsion des personnes assignées à résidence sous OQTF ou décisions de transfert Dublin	24€

ANNEXE 3 : CARTOGRAPHIE DES PASS ET DES EMPP EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



ANNEXE 4 : CARTOGRAPHIE DES CENTRES PROVISOIRES D'HÉBERGEMENT EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



ANNEXE 5 :

**RÉPARTITION ET TYPOLOGIE DES CENTRES PROVISOIRES D'HÉBERGEMENT
EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES VIS-À-VIS DU NOMBRE D'ADMISSIONS OFPRA ET CNDA**

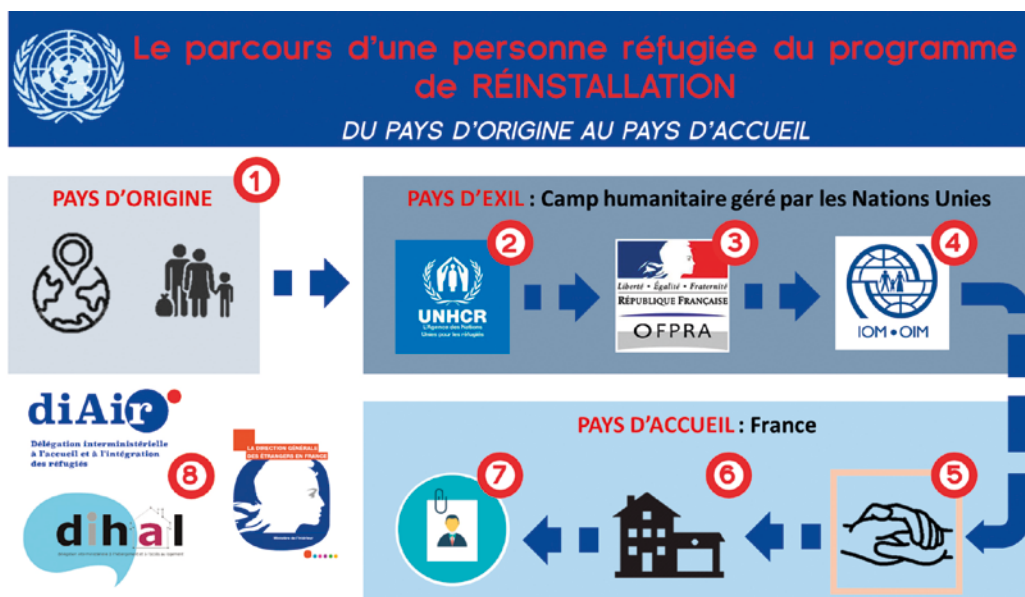
Département	Ville	Types d'hébergement	Nombre de places d'hébergement en CPH au 31/12/2018	Total admission OFPRA + CNDA 2017
Ain	Miribel	Collectif	1 CPH de 60 places	207
Allier	Moulins ; Yzeure	Diffus	1 CPH de 45 places	342
Ardèche				98
Cantal	Aurillac	Diffus	1 CPH de 60 places	140
Drôme	Valence ; Livron ; Saint-Marcel-lès-Valence	Diffus	1 CPH de 50 places	223
Isère	Grenoble ; Eybens ; La Tronche ; Saint-Martin d'Hères ; Domène ; Crolles	Diffus	1 CPH de 71 places	600
Loire	Agglomération de Grenoble jusqu'au vizillois	Diffus	1 CPH de 50 places à gestion nationale	NA
Loire	Fontanès ; Saint-Héand ; Saint-Jean-Bonnefonds ; Sorbiers ; La Talaudière ; Villars	Diffus	1 CPH de 80 places	319
Haute Loire				72
Puy de dome	Aubières, Beaumont, Ceyrat, Clermont-Fd (hors ZUS), Romagnat, Agglo Pays d'Issoire	Diffus	1 CPH de 70 places	230
Rhône	Tassin-la-Demi-Lune	Collectif	1 CPH de 56 places à gestion nationale	NA
Savoie	Lyon, Vaulx-en-Velin	Collectif et diffus	1 CPH de 120 places	1096
Savoie	Moùtiers ; Feissons-sur-Isère ; La Léchère ; Pomblière Saint-Marcel	Diffus	1 CPH de 60 places	206
Haute Savoie	Monnetier-Mornex	Collectif	1 CPH de 85 places	223
TOTAL AURA			807 places	3756
TOTAL FRANCE			dont 106 à gestion nationale	31734

Sources : Données DRDJCS + rapport d'activité OFPRA 2017

ANNEXE 6 :
PROGRAMMES D'INTÉGRATION DES RÉFUGIÉS EXISTANTS
EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

DÉPARTEMENT	DISPOSITIFS D'INTÉGRATION DES BPI	
AIN	PRIR et ACCELAIR (Forum Réfugiés – Alfa 3A)	<i>Cf. annexe suivante</i>
ALLIER	Booster (Viltais)	<i>Programme monté avec l'AFPA</i>
	PRIR (Forum Réfugiés)	<i>Cf. annexe suivante</i>
ARDÈCHE		
CANTAL	PRIR Forum Réfugiés	<i>Cf. annexe suivante</i>
DRÔME	Insertion réfugiés – HOPE	Programme monté avec l'AFPA, qui dispense la formation professionnelle, les cours de français et l'hébergement. Un intervenant social du Diaconat s'occupe des démarches administratives et de l'accès au logement.
ISÈRE	INSAIR 38	
LOIRE	AILE - Accompagnement Insertion Logement et Emploi	
HAUTE LOIRE		
PUY DE DOME	PRIR Forum Réfugiés	<i>Cf. annexe suivante</i>
RHÔNE	ACCELAIR PRIR	<i>Cf. annexe suivante</i>
SAVOIE	PRIR	<i>Cf. annexe suivante</i>
HAUTE SAVOIE	SAIFER	

DÉPARTEMENTS	OBJECTIFS EN 2018 d'accompagnement sur les volets logement et insertion professionnelle	SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES
AIN	225 ménages (300 adultes)	Les chargés d'accompagnement logement et emploi/formation assurent des permanences hebdomadaires dans les antennes des services territorialisés gérés par l'association ALFA3A (les MIFE), les CADA et le DHUDA. Ils réalisent des informations collectives et des entretiens individuels ponctuels auprès des bénéficiaires d'une protection internationale en CADA/DHUDA. Les chargés d'accompagnement logement effectuent également des visites de logement en cours de proposition et des visites à domicile. La captation de logements est mutualisée avec l'équipe du CPH.
ALLIER	100 ménages (105 adultes)	Compte-tenu de l'étendue géographique du département, les chargés d'accompagnement interviennent sur Moulins et Vichy. A Moulins, ils peuvent recevoir l'ensemble des BPI accompagnés. A Vichy, ils assurent des permanences dans les locaux d'Adoma. Le projet pourrait s'étendre vers Montmarault et Montluçon, par le biais de permanences.
CANTAL	35 ménages (52 adultes) en sur six mois d'activité	Dans sa phase d'expérimentation sur six mois, le programme est mis en place en priorité sur Aurillac et son agglomération. Les BPI éligibles au programme mais situés hors de cette zone pourront toutefois éventuellement bénéficier du programme.
PUY-DE-DÔME	100 ménages (150 adultes)	Le projet dans le Puy-de-Dôme comporte un volet « hébergement temporaire » par le biais de colocation en sous-location (à l'origine afin que toutes les personnes hébergées au CAO de Pessat-Villeneuve puissent obtenir un hébergement à sa fermeture). Cet hébergement est ouvert aux BPI isolés et fonctionne comme un sas de transition entre une centre d'accueil et un logement autonome. Il permet la fluidification de places du DNA dans le département. Les orientations se font par l'intermédiaire de la commission SIAO du département. 48 places d'hébergement dans 16 appartements sont ainsi proposées, dont six places (2 appartements) sont réservés à un public sans ressources (jeunes de moins de 25 ans) et financées par l'ALT. La captation de logements est ciblée sur l'agglomération de Clermont-Ferrand. Il s'agit en effet de la zone la plus attractive en termes d'insertion professionnelle et de mobilité en transports en commun.
SAVOIE		Programme porté par 2 opérateurs : la FOL 74 pour l'accompagnement socio-professionnel et la SASSON pour l'accompagnement au logement, pour un accompagnement théorique d'un an



- ① Les personnes **fui**ent leur pays d'origine à la suite de persécutions, catastrophe, danger
- ② Le HCR* **met à l'abri** les personnes. Le HCR sélectionne sur critères de vulnérabilité des personnes pour la France dans les camps de Turquie, du Liban, de Jordanie, du Tchad et du Niger.
- ③ L'OFPRA* étudie les dossiers du HCR et entend les personnes sur place. Les personnes sélectionnées ont alors **l'assurance d'une protection internationale** et attendent leur départ pour la France.
- ④ L'OIM* effectue un bilan de santé et réserve des billets d'avion pour assurer un **voyage sûr**.
- ⑤ Les « réinstallés » arrivent en France et sont accueillis par un des 20 opérateurs de l'Etat pour un **accompagnement global** durant les 12 mois suivants sur fonds européens.
- ⑥ Les personnes accèdent directement à un **logement pérenne** dès leur arrivée ou après 4 mois dans un centre de transit qui offre une arrivée plus progressive.
- ⑦ L'accompagnement global **accélère l'intégration** : ouverture des droits, insertion professionnelle facilitée, scolarisation rapide ou encore des cours de français quelques semaines après leur arrivée.
- ⑧ **L'Etat accompagne** le dispositif. La DGEF* pilote l'arrivée effective des personnes, la Dihal* pilote la mobilisation des logements et la DiAir* coordonne la réinstallation.

GLOSSAIRE

- * HCR : Haut Commissariat aux réfugiés
- OFPRA : Office français de protection des réfugiés et des apatrides
- OIM : Organisation internationale des migrations
- DGEF : Direction générale des étrangers en France
- Dihal : Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement
- DiAir : Délégation interministérielle pour l'accueil et l'intégration des réfugiés

ANNEXE 8 :
**PRÉSENCE DE PSYCHOLOGUES DANS LES CENTRES PROVISOIRES
D'HÉBERGEMENT DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Département	Gestionnaire	Types d'hébergement	Nombre de places d'hébergement en CPH au 31/12/2018	Présence de psychologues dans les structures et liens avec le droit commun (NON EXHAUSTIF – Une version détaillée par territoire sera dans les annexes du rapport par département)
Ain	Alfa 3 A	Collectif	60 places	*Un psychologue à 80% sur 3 structures dont le CPH. *En lien avec le Carrefour Santé mentale Précarité à Bourg en Bresse.
Allier	Forum Réfugiés	Diffus	45 places	*Pas de psychologue en interne. *Orientent vers le CMP, notamment pour les personnes francophones : ils rencontrent l'équipe du CMP 1 fois par mois pour affiner les orientations.
Ardèche				
Cantal	Forum Réfugiés	Diffus	60 places	*Pas de psychologue en interne. *Orientent vers le CMP via la PASS
Drôme	Diaconat protestant	Diffus	50 places	*Pas de psychologue en interne.
Haute Loire				
Haute Savoie	Alfa 3 A	Collectif	85 places (accolé à un programme de réinstallation)	*1 psychologue à 80% sur le CPH et le programme de réinstallation.
Isère	France Horizon La Relève	Diffus Diffus	71 places 50 places à gestion nationale	*2 psychologues : une à 18h30 semaine, et une psychologue arabophone 4h par semaine *Pas de psychologue en interne. *Permanence 1 fois par mois du CMP au sein de la structure (avec un CADA).
Loire	Entraide Pierre Valdo	Diffus	80 places	
Puy-de-Dôme	APART	Diffus	70 places	*Une psychologue à 50%
Rhône	Forum Réfugiés Entraide Pierre Valdo	Collectif Collectif et diffus	56 places 102 places	*Pas de psychologue en interne.
Savoie	FOL 73	Diffus	60 places	*Pas de psychologue en interne.

Sources : Entretiens avec les professionnels des CPH. Liste non exhaustive, réalisée avec les données de janvier 2019.

ANNEXE 8 BIS :

PRÉSENCE DE PSYCHOLOGUES DANS QUELQUES PROGRAMMES DE RÉINSTALLATION DE LA RÉGION AURA

Département	Gestionnaire	Types d'hébergement	Type de structure	Présence de psychologue dans les structures et liens avec le droit commun (NON EXHAUSTIF – Une version détaillée par territoire sera dans les annexes du rapport par département)
Ain	Alfa 3 A	Collectif	Centre de Transit pour Réfugiés de 60 places à Bourg en Bresse	*Une psychologue à 80%. *En lien avec le Carrefour Santé mentale Précarité à Bourg en Bresse.
Cantal	Aurore	Diffus	Programme de réinstallation de 18 familles	Pas de psychologue en interne.
	Forum Réfugiés	Diffus	Programme de réinstallation	*Pas de psychologue en interne. *Orientent vers le CMP via la PASS
Haute Loire	Entraide Pierre Valdo	Collectif	Programme de réinstallation de 14 personnes (accolé à un CADA)	*Pas de psychologue en interne. *Un infirmier psy de l'EMPP de Sainte Marie propose des rdv individuels 1 fois par mois pour 3 personnes maximum. L'interprétariat est pris en charge par l'hôpital. *Un suivi psychiatrique est possible avec un psychiatre de l'hôpital *L'équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile rencontre l'équipe 1 fois par mois pour aborder la situation d'un enfant. Si nécessaire, ils prennent ensuite le relai pour que l'enfant puisse accéder aux soins.
Haute Savoie	Alfa 3 A	Collectif	Accolé à un CPH	*1 psychologue à 80% sur le CPH et le programme de réinstallation.
Loire	SOLIHA	Diffus	Programme de réinstallation	*La coordinatrice du programme de réinstallation est psychologue. * En liens avec le COMEDE et Interface.
Puy-de-Dôme	CeCler	Collectif puis diffus	Programme de réinstallation – Centre d'Accueil de Réfugiés Réinstallés	*Pas de psychologue en interne. *Evaluation en santé mentale à l'arrivée proposée par la CUMP.
Rhône	Forum Réfugiés	Collectif	Programme de réinstallation	* Pas de psychologue en interne

Sources : Entretiens avec les professionnels des programmes. Liste non exhaustive, réalisée avec les données de janvier 2019. Nous n'avons pas réussi à avoir connaissance de l'intégralité des programmes de réinstallation en région AURA. Ce ne sont donc que quelques exemples de structures et de leur fonctionnement.

COUNSELLING PAR LES PAIRS

Pays : Allemagne (Schweinfurt, Bavaria)

Existe depuis : Projet pilote mis en place par MSF à l'hôpital St-Joseph en mars 2017

Constats initiaux :

Manque d'offre de soins en santé mentale dans le droit commun, notamment concernant la prévention.

Méconnaissance des activités de soutien en santé mentale par la population réfugiée.

Une étude menée par la plus grande association de psychothérapeutes en Allemagne en 2015 indiquait que plus de 40% des personnes réfugiées présentait des symptômes de dépression ou d'anxiété.

L'assurance maladie allemande ne prend pas en charge l'interprétariat.

» Difficultés d'accès aux soins et de prise en charge en santé mentale pour les personnes migrantes.

Fonctionnement :

Des réfugiés en Allemagne sont formés pour être « conseillers en santé mentale » (psychosocial peer counsellors) auprès de demandeurs d'asile de leur communauté, afin que ces derniers puissent s'exprimer dans leur langue d'origine, à des conseillers connaissant le contexte culturel, qui peuvent les aider à apprendre à gérer eux même leur stress et anxiété avant que les symptômes ne s'aggravent.

Les conseillers psychosociaux pairs offrent un soutien psychologique, allant de l'écoute active au partage de stratégies de coping, à la gestion du stress par le biais d'entretiens individuels et de thérapies de groupe.

Un entretien individuel avec un conseiller psychosocial fait partie de la procédure d'admission standard dans l'asile, comme un bilan médical. Les conseillers pairs se présentent et interrogent les nouveaux arrivants sur eux même, leurs inquiétudes, etc.

Les conseillers psychosociaux sont formés pendant plusieurs mois avant de recevoir leurs premiers patients. Ils apprennent notamment à repérer les cas les plus graves (notamment le risque suicidaire), qu'ils orientent et accompagnent vers des médecins psychiatres auprès desquels ils assurent la traduction.

Ils sont embauchés par l'hôpital, et supervisé par un psychiatre.

Équipe :

Henrike Zellmann, psychologue clinicienne ; Mohamed, un journaliste somalien arrivé en Allemagne en 2011 ; Moayed, un travailleur social iranien ; Un professeur d'anglais syrien

Sources :

Rapport d'activité MSF 2017 :

<https://www.msf.org/fr/rapport-dactivites-international-2017/allemande>

Article du Guardian sur ce projet :

<https://www.theguardian.com/world/2017/aug/31/germany-turns-refugees-into-mental-health-counsellors-for-their-peers>

THE PSYCHO-SOCIAL SERVICES AND TRAINING INSTITUTE IN CAIRO (PSTIC)

Pays : Egypte, le Caire

Existe depuis : Mis en place en 2009 par des associations nationales et internationales

Équipe :

Les formateurs et superviseurs du PSTIC viennent d'origines différentes :

- 1 directeur / formateur américain
- 1 directeur executif érythréen

- 1 coordinateur en santé mentale égyptien
- 4 psychiatres égyptiens, formateurs et superviseurs
- 6 réfugiés « team leader »
- 35 travailleurs psychosociaux (Community-Based Psychosocial Workers - PSW) issus d'Erythrée, d'Éthiopie, d'Irak, de Somalie, du Soudan du Nord et du Sud (incluant le Darfour, les montagnes de Nuba), Syrie.
- 3 accompagnateurs logement
- 4 coordinateurs pour les activités Sport – Art – théâtre
- 1 assistant administratif

Sources : <http://pstic-egypt.org/index.html>

Fonctionnement : Réseau procurant du soutien psychosocial aux réfugiés et demandeurs d'asile en Égypte.

→ Réseau santé mentale

Centre ressources pour les travailleurs psychosociaux issus des communautés. Sélectionner, former, entretenir et superviser. PSTIC participe aux réunions entre le UNHCR, les ONG, les organisations communautaires, les hôpitaux, les services gouvernementaux, afin d'assurer un service de soutien complémentaire et collaboratif pour contribuer au bien être psychosocial de tous les réfugiés.

→ Formation

- Cours certifié en partenariat avec l'Université du Caire et le Centre d'études sur la migration et les réfugiés
 - Niveau 1 : 7 mois de cours et 375h de supervision
 - Niveau 2 : 5 mois de cours et 100h de supervision
- Formations continues des travailleurs psychosociaux basés sur les besoins
- Formations thématiques
 - Soins psychiatriques aux victimes de violences
 - Santé mentale et réponses psychosociales d'urgence, y compris PFA
 - Compétences pour gérer des cas complexes en santé mentale
 - Comprendre les problèmes de santé mentale et psychosociale des interprètes
 - Techniques d'entretien pour les avocats
 - Renforcement des capacités des volontaires de la communauté en matière de santé mentale et soutien psychosocial
 - Gestion de conflits
 - Promotion du bien être psychosocial en classe / formation des enseignants
- Formations des leaders communautaires à l'intervention en situation de crise et méthodes de soutien des personnes vulnérables
- Formations pour d'autres ONG, comprenant l'aide juridique, l'aide humanitaire, le conseil aux travailleurs en techniques d'entretiens.

→ Services de santé mentale et de soutien psychosocial

Mis en place par les travailleurs communautaires psychosociaux, formés et supervisés par PSTIC.

- Soutien psychosocial communautaire
 - Case management
 - Soutien individuel et familial, visite à domicile, conseils et résolution de problèmes
 - Soutien aux victimes de violence (torture, violence sexiste, détention)
 - Soutien aux adultes et aux enfants ayant des problèmes liés à leur protection
 - Intervention en cas de crise 24h / 24, 7j / 7 pour les problèmes résultant d'expulsion, de détention, de maladie mentale grave, de suicide, de violence domestique ou dans la communauté
 - Orientation et accompagnement vers des services de santé mentale, des services médicaux, juridiques, des droits de l'homme et de l'éducation.
 - Groupes de soutien basés sur la communauté pour les femmes, les hommes, les jeunes, la violence sexuelle et sexiste, la parentalité, le soutien aux familles avec des membres handicapés

- Activités communautaires

- Évaluation pour mettre en évidence les besoins changeants des communautés de réfugiés et de demandeurs d'asile
- Ateliers de sensibilisation organisés par les communautés de réfugiés afin d'améliorer la compréhension des problèmes qui affectent le bien-être psychosocial, la protection et les droits.
- Animation d'équipes de volontaires bénévoles en situation de crise
- Plaidoyer pour les questions de protection, de droits, d'aide juridique, de logement, de soutien communautaire
- Médiation de conflit pour les problèmes de famille, de voisinage ou de communauté
- Soutien aux enfants handicapés via le placement scolaire et le soutien de la famille.
- Clubs de sport pour les enfants et les jeunes, y compris les jeunes égyptiens et réfugiés
- Ateliers d'art pour les enfants et les jeunes, y compris les jeunes égyptiens et réfugiés et les personnes handicapées
- Ateliers d'art, y compris confection de vêtements pour femmes réfugiées
- Placement dans l'emploi des travailleurs domestiques

- Activités de santé mentale

- Évaluation des réfugiés et des demandeurs d'asile présentant des problèmes de santé mentale afin de déterminer les besoins.
- Orientation vers des services de santé mentale externes
- Référencement, quand aucun service ambulatoire n'est suffisant, pour les soins psychiatriques en hospitalisation
- Mise à disposition d'un travailleur psychosocial basé sur la communauté pour les patients nécessitant un traitement en santé mentale afin de sensibiliser les populations aux problèmes de santé mentale, de soutenir le patient, la famille et la communauté et d'assurer un suivi afin de promouvoir l'observance du traitement.
- Intervention en situation de crise (24h/24) pour les problèmes de santé mentale
- Des groupes (pour les victimes de traumatismes, la réduction du stress, les troubles du sommeil, la minimisation des plaintes somatiques, l'abus d'alcool, de drogues) pour prévenir et minimiser les troubles liés au stress et à l'anxiété.
- Formation des psychiatres au système gouvernemental pour faciliter la disponibilité de soins de qualité.

- Soutien aux enfants ayant besoin de protection

- Ateliers de sensibilisation de la communauté sur l'éducation des enfants pour la population en général.
- Sensibilisation des leaders de la communauté pour accroître leur prise de conscience et leur responsabilité envers les enfants
- Éducation parentale individuelle et en groupe pour les parents qui négligent ou maltraitent leurs enfants
- Gestion de cas et fourniture d'un soutien psychosocial aux enfants négligés, maltraités et / ou susceptibles d'avoir besoin de la protection de PSS en protection de l'enfance
- Évaluation au niveau communautaire des enfants / familles soupçonnés d'avoir des problèmes de protection
- Surveillance des soins fournis par le parent / responsable
- Assistance lors du placement chez un fournisseur de soins compétent lorsque les soins familiaux ne suffisent pas
- Plaidoyer pour les soins en institution lorsqu'aucune autre ressource n'est disponible.
- Orientation, plaidoyer et accompagnement pour des soins juridiques, médicaux, de santé, de santé mentale, etc. selon les besoins.
- Fourniture d'un soutien temporaire pour les besoins essentiels pendant que les services nécessaires sont mis en place.
- Intervention de crise
- Organisation d'activités sportives et artistiques stimulantes et d'une activité saine et structurée

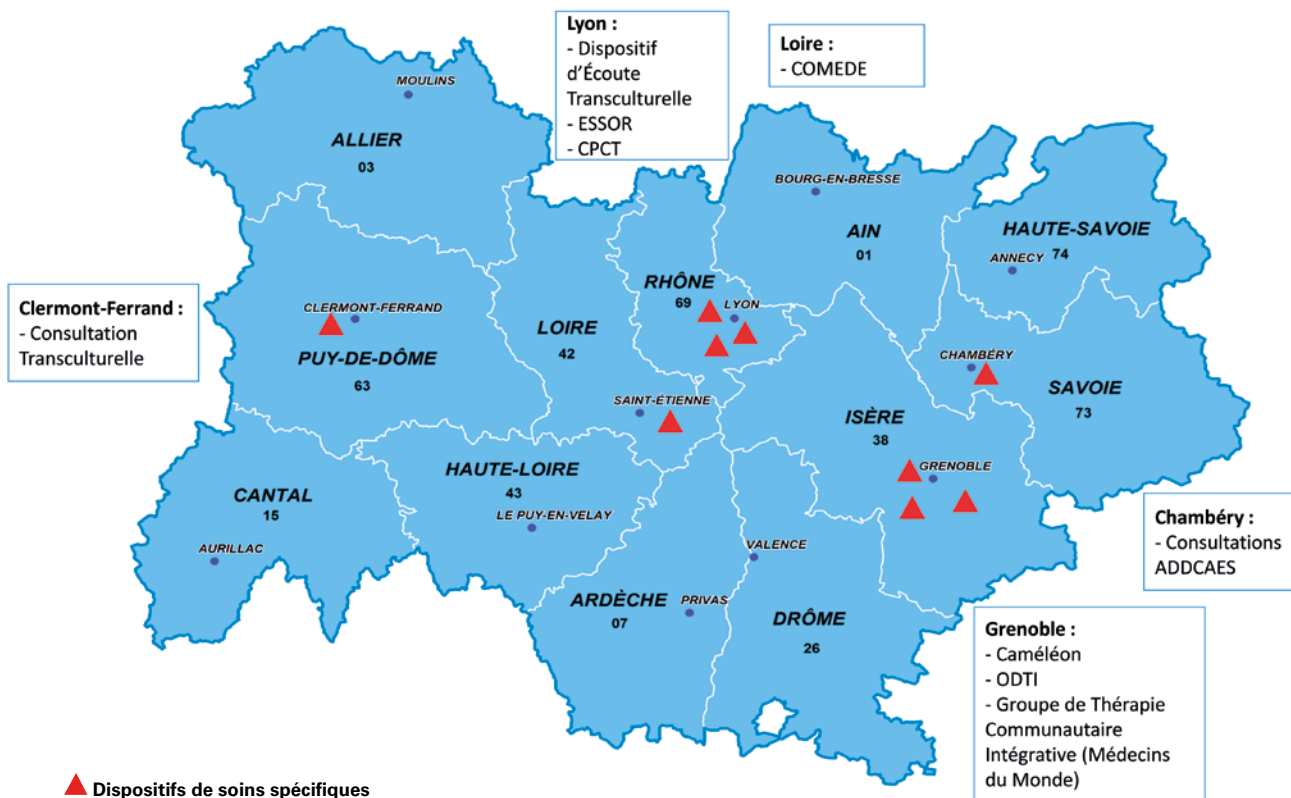
ANNEXE 10 :

PRÉSENTATION DE CENTRES DE SOINS SPÉCIFIQUES DÉDIÉS AUX PERSONNES EXILÉES

STRUCTURE	PRISE EN CHARGE
<p>COMEDE</p> <p>78, avenue du Général Leclerc 94272 - Le Kremlin-Bicêtre</p> <p>http://www.comede.org/</p>	<p>Le COMEDE a été créé en 1979.</p> <p>Le centre propose des soins et accompagnement médicopsychologique, un soutien social et juridique, des psychothérapies pour les personnes exilées. Équipe médico-psycho-sociale est pluridisciplinaire.</p> <p>Le COMEDE réalise également des permanences téléphoniques à destination des professionnels et des particuliers.</p>
<p>MINKOWSKA</p> <p>12 rue Jacquemont 75017 - Paris</p> <p>http://www.minkowska.com/</p>	<p>Le centre Minkowska est un centre médico-psychologique existant depuis 50 ans. Il propose des consultations de psychiatrie transculturelle centrée sur la personne migrante et réfugiée. L'équipe, pluridisciplinaire et plurilingue du secteur social et sanitaire (psychiatres, psychologues, anthropologues, assistantes de service social et secrétaires médicales), est formée à la compétence culturelle dans les pratiques cliniques et sociales.</p>
<p>PRIMO LEVI</p> <p>107 avenue Parmentier 75011 - Paris</p> <p>www.primolevi.org</p>	<p>Créé en 1995.</p> <p>Centre de soins pluridisciplinaire d'orientation psychanalytique pour les personnes victimes de torture ou de violence politique. Prise en charge psychologique, médicale, kinési thérapeutique, accompagnement social (assistant sociaux, juristes).</p>
<p>MAISON DE ADOLESCENTS</p> <p>Hôpital Cochin 97, Bd de Port Royal 75014 - Paris</p> <p>www.mda.aphp.fr</p>	<p>Consultations thérapeutiques familiales en groupe de seconde intention pour les enfants, les adolescents et leur famille migrante.</p>
<p>CONSULTATION DE PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE</p> <p>Hôpital Avicenne (AP-HP) 29, rue de Stalingrad 93009 - Bobigny</p>	<p>La consultation de psychiatrie transculturelle de l'hôpital Avicenne propose des consultations dédiées aux jeunes isolés étrangers (12-21 ans), et aux migrants en situation de psychotraumatisme en seconde intention.</p> <p>Le patient peut être reçu en individuel (avec un interprète chaque fois que nécessaire), ou intégré dans un dispositif thérapeutique de groupe avec certaines indications précises.</p>
<p>CENTRE OSIRIS</p> <p>4 avenue Rostant 13003 - Marseille</p> <p>http://www.centreosiris.org</p>	<p>Créé en 1999.</p> <p>Centre de soins offrant un soutien thérapeutique d'orientation psychanalytique aux victimes de tortures et de violences politiques. Consultation de psychiatrie, psychothérapie et kinésithérapie pour adultes enfant et familles en individuel, en couple ou en famille.</p>

Pour plus d'informations sur les consultations spécialisées en Ile de France :
voir Psycom <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Consultations-Sante-mentale-et-cultures-en-Ile-de-France>

CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES DE SOINS SPÉCIFIQUES EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



Orspere-Samdarra

Observatoire - Ressource national
Santé mentale, vulnérabilités et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire qui travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue *Rhizome* et porte le diplôme universitaire « santé, société, migration ».

RÉDACTION DU RAPPORT

Lou Einhorn-Jardin, psychologue, Orspere-Samdarra
Vincent Tremblay, chargé de mission en sociologie, Orspere-Samdarra
Avec la participation de Nicolas Beigbeder, stagiaire psychologue à l'Orspere-Samdarra

SOUS LA DIRECTION DE

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra
Gwen Le Goff, responsable du pôle ressource, directrice adjointe de l'Orspere Samdarra
Nicolas Chambon, sociologue, responsable du pôle recherche à l'Orspere-Samdarra

AVEC LE SOUTIEN DE

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et de la Direction générale de la santé.