



L'accès aux soins en santé mentale du public demandeur d'asile en Auvergne État des lieux

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| SOMMAIRE..... | 1 |
| INTRODUCTION..... | 2 |
| PREMIÈRE PARTIE : LA DEMANDE D’ASILE EN FRANCE ET EN RÉGION..... | 5 |
| I - QUELQUES CHIFFRES DE LA DEMANDE D’ASILE | 6 |
| II - L’HÉBERGEMENT, UN PRÉREQUIS À L’ACCOMPAGNEMENT | 8 |
| III - ÊTRE DEMANDEUR D’ASILE : DES EFFETS SUR LA SANTÉ MENTALE | 9 |
| IV - CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES D’HÉBERGEMENT DU PUBLIC DEMANDEUR D’ASILE EN AUVERGNE | 11 |
| V - TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS D’HÉBERGEMENT DES PERSONNES MIGRANTES | 12 |
| DEUXIÈME PARTIE : DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, INÉGALITÉS TERRITORIALES ET SATURATION DES DISPOSITIFS..... | 14 |
| I - DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE ET EN RÉGION | 14 |
| II - LA PSYCHIATRIE SUR LE TERRITOIRE DE L’AUVERGNE | 17 |
| III - CARTOGRAPHIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AYANT UNE AUTORISATION EN PSYCHIATRIE EN 2017 SUR LE TERRITOIRE DE L’AUVERGNE | 21 |
| TROISIÈME PARTIE : APPROCHE DÉPARTEMENTALE DE L’ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE DU PUBLIC MIGRANT DEMANDEUR D’ASILE EN AUVERGNE..... | 22 |
| I - TERRITOIRE DE L’ALLIER | 22 |
| II - TERRITOIRE DU CANTAL | 34 |
| III - TERRITOIRE DE LA HAUTE-LOIRE | 43 |
| IV - TERRITOIRE DU PUY-DE-DÔME | 52 |
| QUATRIÈME PARTIE : ORIENTER VERS LA SANTÉ MENTALE EN AUVERGNE..... | 69 |
| I - PROBLÉMATIQUES D’ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE REPÉRÉES | 69 |
| II - DES PROFESSIONNELS EN SOUFFRANCE | 84 |
| III - CE QUE LA RURALITÉ FAIT AUX PERSONNES : QUEL SOIN EN SANTÉ MENTALE DANS UN CONTEXTE DE RURALITÉ ? | 86 |
| CONCLUSION..... | 98 |
| PROPOSITIONS..... | 99 |
| I - RENFORCER ET DÉVELOPPER L’OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE SUR LE TERRITOIRE DE L’AUVERGNE | 99 |
| II - SOUTENIR LA COORDINATION ET LA CONCERTATION DES ACTIONS SOCIALES ET SANITAIRES À DESTINATION DES MIGRANTS | 100 |
| III - FORMER, INFORMER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS DU SOIN ET DU SOCIAL | 101 |
| IV - FAVORISER ET RENFORCER L’UTILISATION DE L’INTERPRÉTARIAT DANS LE SOIN | 102 |

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, l'Orspere-Samdarra constate les difficultés des publics les plus précaires pour accéder aux soins et plus particulièrement aux soins en santé mentale. Le public migrant représente aujourd'hui une nouvelle figure du débordement¹ pour les professionnels qui l'accompagnent, mais aussi, et notamment, pour les dispositifs de soin chargés de sa prise en charge en santé. Toutefois, le contexte dans lequel arrivent les populations migrantes participe à créer ce débordement.

Tout d'abord, il s'agit d'un contexte de saturation des dispositifs de soin et, en particulier, des dispositifs de prise en charge en santé mentale. Ensuite, c'est l'inadéquation entre l'implantation de certains dispositifs d'hébergement pour demandeurs d'asile et les possibilités pratiques d'accès aux soins qui constituent un contexte de débordement pour des dispositifs soignants peu ou pas préparés à recevoir le public migrant. Enfin, l'intrication des différentes problématiques dans lesquelles sont prises les personnes migrantes rend la prise en charge globale de ces populations difficiles. Le public migrant vient reconfigurer les manières de prendre en charge, les manières de soigner.

Dans ce contexte, le territoire créé par la fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes représente un nouvel objet d'enquête pour l'Orspere-Samdarra. Les enjeux sont

notamment de comprendre quelles sont les réalités territoriales de l'Auvergne et d'appréhender, de manière locale, les problématiques pratiques qui se posent dans l'accès aux soins en santé mentale des publics migrants ainsi que dans l'orientation du public par les professionnels qui les accompagnent.

L'objectif est de pouvoir, à la suite de cet état des lieux, proposer le soutien de l'Orspere-Samdarra aux professionnels du champ sanitaire et social du territoire de l'Auvergne qui travaillent avec le public migrant précaire en :

- identifiant les difficultés et points de blocage ;
- proposant des actions de sensibilisation, de coordination et de création d'outils qui répondent aux difficultés repérées ;
- poursuivant un travail de construction de réseau et de maillage en organisant des rencontres pluridisciplinaires et pluripartenariales.

Cet état des lieux a été financé en 2018 par l'Agence régionale de santé (ARS).

Méthodologie

L'objectif de cet état des lieux a été de recenser les structures de prises en charge du public migrant existantes et de repérer les problématiques rencontrées par les professionnels de terrain en lien avec ces

¹ Chambon, N. (2003). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, 48, 5-6.

populations. Pour cela, nous avons échangé avec les différents acteurs qui accompagnent les personnes migrantes afin de co-construire cet état des lieux au plus près des réalités des professionnels et des situations qu'ils rencontrent².

Dans le cadre de cet état des lieux, des informations ont été recueillies sur les 34 structures d'hébergements pour demandeur d'asile du territoire. Plus de 30 entretiens ont été réalisés avec les professionnels de l'hébergement et de l'accompagnement social.

En parallèle, nous avons contacté les dispositifs de soin du territoire, et notamment les dispositifs qui reçoivent déjà le public migrant, afin de comprendre leurs difficultés dans cette prise en charge. Plus de 20 entretiens avec des professionnels des structures de soins (somatique et santé mentale) ont été réalisés. Les entretiens ont eu lieu directement dans les structures ou par téléphone. Deux personnes en demande d'asile ont pu être rencontrées dans le cadre de nos déplacements sur les structures d'hébergement et avec lesquelles nous avons pu faire des entretiens.

Des journées d'observations ainsi que des entretiens informels avec les acteurs du territoire de l'Auvergne ont également été réalisés dans le cadre de cet état des lieux. Aussi, 4 rencontres ont été organisées sur

les 4 départements du territoire³. L'objectif de ces rencontres était de croiser les expériences des professionnels et d'échanger sur les problématiques d'accès aux soins en santé mentale de ce public.

Bien que certaines personnes migrantes aient pu être rencontrées dans le cadre de cet état des lieux, celui-ci s'attache particulièrement à comprendre les difficultés des acteurs de l'accompagnement dans l'orientation du public demandeur d'asile vers la santé et plus particulièrement vers la santé mentale.

Sur un plan méthodologique, il nous paraît important de préciser que l'idée générale de cet état des lieux a été de partir à chaque fois de l'expertise des acteurs de l'accompagnement et de l'hébergement. Ce travail s'attache donc particulièrement à comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels dans le travail d'orientation des personnes migrantes en demande d'asile hébergées en structure. Il semble néanmoins primordial de rappeler ici que beaucoup de personnes en demande d'asile ne sont pas hébergées dans les structures des dispositifs nationaux d'accueil et qu'elles ne bénéficient donc pas de l'accompagnement social qui leur est corrélatif.

La plus-value de cet état des lieux a été de pouvoir comprendre de manière assez fine les différents liens entre les acteurs de l'hébergement et du soin, et donc de

² Certaines parties de cet écrit ont pris en compte les allers-retours des acteurs du territoire, notamment afin de valider les informations qui y sont présentées.

³ Allier : Moulins, le 7 juin 2018 (12 professionnels présents), Cantal : Aurillac le 6 juin 2018 (25

professionnels présents), Haute-Loire : Le Puy-en-Velay le 28 mai 2018 (13 professionnels présents), Puy-de-Dôme : Clermont-Ferrand, le 6 février 2018 (30 professionnels présents).

pouvoir appréhender les difficultés dans la prise en charge du public migrant sur les différents territoires de l'Auvergne, mais

aussi les ressources mises en place pour y répondre.

PREMIÈRE PARTIE : LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE ET EN RÉGION

Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?

Un demandeur d'asile est une personne qui sollicite une protection internationale en dehors des frontières de son pays. En France, c'est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) qui peut délivrer une protection sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Le demandeur d'asile doit envoyer à l'Ofpra un dossier qui explicite les motifs de sa demande de protection. La personne devra ensuite expliquer sa situation lors d'un entretien avec un officier de protection de l'Ofpra. Si la demande d'asile est rejetée, la personne peut faire appel de cette décision dans un délai d'un mois devant la CNDA.

Les principales formes de protection sont les suivantes :

- **Statut de réfugié**, selon la **convention de Genève** relative au statut de réfugié du 28 juillet 1951 : Le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée en raison 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 ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. »
- **La protection subsidiaire** : « le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié, mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :
 - o la peine de mort ou une exécution ;
 - o la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;
 - o s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultante d'une situation de conflit armé interne ou international. »
- **Le statut d'apatride**, selon la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides : le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « qu'aucun État ne considère comme son ressortissant en application de sa législation ».

I - QUELQUES CHIFFRES DE LA DEMANDE D'ASILE

Les données concernant l'asile publiées par l'Ofpra pour l'année 2018⁴ montrent que la demande d'asile globale a atteint les 122 743 demandes soit 22 % de plus qu'en 2017. Aussi, 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).

En 2018, environ 46 700 personnes (mineurs inclus) ont été placées sous protection de l'Ofpra. Les taux de protection sont les mêmes qu'en 2017, avec 27 % de taux de protection à l'Ofpra et 36 % de protection en cumulant les chiffres de l'Ofpra et de la CNDA.

Nous pouvons noter que les délais de traitement des demandes d'asile par l'Ofpra se sont largement réduits, passant de 142 jours en moyenne en 2017 à 112 jours en 2018. Ces délais devraient encore se réduire avec la loi n°2018-778 du 10 septembre 2018 « pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie », qui tend vers une réduction

globale des délais moyens de traitement de la demande d'asile de 11 mois à 6 mois⁵. En ce qui concerne 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 2010⁶. Environ un tiers des demandes d'asile concernent des procédures Dublin, soit 31 450 procédures en 2018⁷.

En 2017, la région Auvergne-Rhône-Alpes comptait 11 760 demandes⁸ ce qui représente 12.7 % du total des demandeurs d'asile enregistré à l'Ofpra⁹.

Cette même année, le dispositif national d'accueil comptait 10 806 places d'hébergement pour demandeur d'asile.

Sur le territoire de l'Auvergne, les dépôts de demandes d'asile représentent 16.6 % du total de dépôts de demandes en région Auvergne-Rhône-Alpes. Aussi, le territoire de l'Auvergne compte 1 365 847 habitants, ce qui représente 17 % du total de la population du territoire régional. Il y a donc plutôt un équilibre entre le taux de demandes d'asile et le nombre total de la

⁴ Site internet de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. Repéré à <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>

⁵ Ces délais concernent toute la durée de la procédure de demande d'asile et non pas uniquement l'instruction par l'Ofpra.

⁶ Cours national du droit d'asile (2018). *Rapport d'activité annuel*. Repéré à <http://www.cnda.fr/rapport-annuel/index.html#p=8>

⁷ Site internet du Ministère de l'Intérieur. Repéré à <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>

⁸ Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité annuel*. Repéré à http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_raa_2017.pdf

⁹ Office français de l'immigration et de l'intégration. (2017). *Rapport d'activité annuel*. Repéré à http://www.ofii.fr/IMG/pdf/ofii_raa_2017.pdf

population sur le territoire. Le rapport d'activité 2017 de l'Ofpra notait que « la région Auvergne- Rhône-Alpes demeure également la deuxième région de résidence, connaissant une forte

augmentation des demandeurs qui y sont domiciliés (+ 31 %)10. » Sur les différents départements d'Auvergne, voici comment les demandes ont évolué entre les années 2016 et 2017 :

| | Total de demandes d'asile en 2017 | Total de demandes d'asile en 2016 | Pourcentage d'augmentation de la demande d'asile |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Allier | 649 | 567 | + 14.5 % |
| Cantal | 237 | 120 | + 97.5 % |
| Haute-Loire | 244 | 171 | + 42.7 % |
| Puy-de-Dôme | 999 | 612 | + 63.2 % |

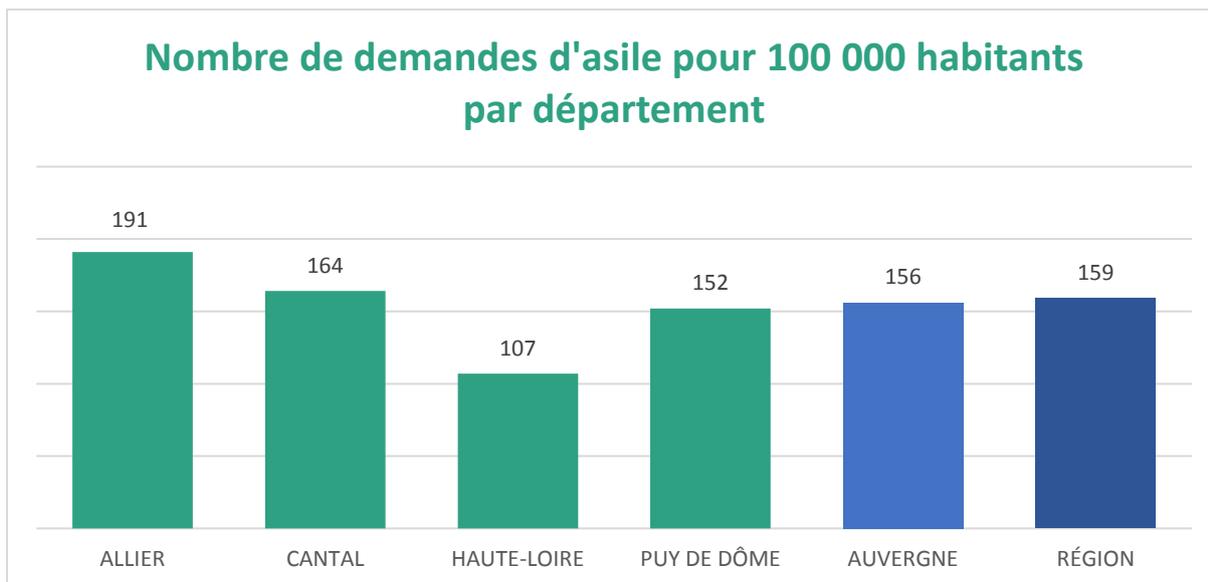
Demandes de protections internationales par département de résidence. Source : Rapport d'activité de l'Ofpra 2016/2017.

On peut constater que 3 départements sur 4 ont enregistré des hausses de demandes d'asile plus importantes que la moyenne en région avec le Cantal notamment, où les demandes ont doublé. Il semble néanmoins intéressant de comparer également le nombre de demandes par rapport à la

population sur chaque territoire, ce qui permet de voir que la demande d'asile a augmenté de seulement 14.5 % dans l'Allier, mais que le territoire représente le nombre de demandes d'asile le plus important par rapport à sa population :

¹⁰ Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2018). Rapport d'activité annuel. Repéré à

https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf



II - L'HÉBERGEMENT, UN PRÉREQUIS À L'ACCOMPAGNEMENT

La capacité d'hébergement du dispositif national d'accueil (DNA) est en constante augmentation. Les places d'hébergement ont en effet doublé depuis 2012¹¹. La région Auvergne-Rhône-Alpes dispose en 2017 de 10 806 places d'hébergement, ce qui en fait la deuxième région en termes de capacité d'accueil du DNA. Néanmoins, celle-ci n'est pas suffisante à l'hébergement de toutes les personnes qui demandent l'asile en France¹².

Pour les personnes qui ne sont pas hébergées, l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA) est censée permettre aux personnes de subvenir à leurs premiers besoins. Mais avec seulement 14.20 euros par jour, les personnes non hébergées ne

peuvent pas se loger, manger, etc. La vie à la rue ou en habitat précaire – comme les squats, le 115 – implique pour les personnes une insécurité du quotidien qui n'est pas sans conséquence sur leur santé mentale.

L'absence de prise en charge au sein du DNA implique très souvent l'impossibilité ou des manques dans l'accompagnement social des personnes. En effet, l'hébergement procure une proximité avec les travailleurs sociaux chargés d'accompagner les personnes hébergées et permet un suivi du quotidien (suivi de leur demande d'asile, soutien au quotidien dans leurs différentes démarches administratives, compréhension du système français, orientation et accompagnement vers la santé). Pour les personnes sans hébergement, ce suivi est absent ou très partiel et peu de dispositifs

¹¹ Forum Réfugiés-Cosi (2019). État des lieux de l'asile en France et en Europe.

¹² Les données sur le nombre de personnes demandeuses d'asile sans hébergement sur les territoires sont difficiles à obtenir et peu d'informations sont communiquées à ce propos. Néanmoins l'état des lieux de l'asile en France et en

Europe publié en juin 2018 par Forum Réfugiés précise qu'environ 40% des demandeurs d'asile seraient hébergés. La Cimade estime qu'environ la moitié des demandeurs d'asile sont hébergés aujourd'hui en France. Repéré à <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>

sont en capacité de l'assurer. Ce manque d'accompagnement général peut parfois conduire à une impossibilité d'accès aux droits et aux soins. Aussi, les personnes n'ont souvent pas les connaissances nécessaires pour se diriger elles-mêmes vers les dispositifs existants en cas de besoin.

Dans le parcours de demande d'asile, l'accompagnement prend donc une place primordiale qui va notamment conditionner l'accès aux soins en santé mentale des personnes en demande d'asile sur le territoire français.

III - ÊTRE DEMANDEUR D'ASILE : DES EFFETS SUR LA SANTÉ MENTALE

La procédure de demande d'asile impose aux personnes d'explicitier les raisons de leur demande en justifiant les persécutions et les violences subies dans leur pays d'origine. Pour cela, elles devront écrire leur récit de vie et prouver le bienfondé de leur demande de protection en France lors d'entretiens avec les différentes instances de protection, soit l'Ofpra et la CNDA. Ce cadre, imposé par le contexte de demande d'asile, peut être source de stress et d'angoisses pour les personnes. De plus, ces expériences leur font revivre, par le récit, les événements potentiellement traumatiques qu'elles ont subis dans leur pays ou dans leur parcours pour arriver jusqu'en France. Aussi, ces événements auront un impact sur la possibilité même de raconter son histoire dans ce cadre. En effet, le récit doit se faire dans un contexte

qui n'est pas choisi par la personne : temporalité parfois difficile compte tenu des violences subies récemment, mise en cohérence et structuration du récit qui sont parfois compliquées pour une personne en état de stress post-traumatique... Ainsi, la procédure de demande d'asile peut réactiver des traumatismes, ce qui peut, parallèlement, mettre en échec le bon déroulement de la demande et de son audition par les instances de protection, donc la possibilité même d'obtenir une protection.

Même si les délais de traitement des demandes de protection se sont largement réduits ces dernières années, comme le précise le rapport d'activité de l'Ofpra, la plupart des personnes ont néanmoins de longs mois, voire des années, à attendre avant d'obtenir leur protection. Le délai total de la procédure de demande d'asile s'élevait en moyenne à 9 mois en 2017, auquel s'ajoutent les délais d'envoi des formulaires de demande d'asile ou des recours à la CNDA¹³, par exemple. Aussi, certaines situations impliquent des délais de traitement plus long. C'est le cas, par exemple, des personnes qui relèvent de procédure dite « Dublin » et qui doivent attendre plusieurs mois avant de pouvoir déposer leur demande d'asile en France. Nous pouvons citer ici une personne rencontrée dans une structure d'hébergement qui est en attente de la décision de la CNDA. Cela fait plus d'un an et demi qu'elle a déposé sa première demande d'asile :

¹³ Forum Réfugiés-Cosi (2019). État des lieux de l'asile en France et en Europe (p. 121).

« En fait je suis l'ancien de tous les migrants ici, ça fait 18 mois. »

Cette attente représente pour les personnes une situation d'entre-deux, de « temps suspendu », où il est difficile de se projeter dans l'avenir comme l'évoque cette même personne :

« [...] Ici c'est pas la vraie vie. Parce qu'on est tous dans l'attente de notre demande. »

Pendant cette attente, l'inactivité et l'incertitude pèsent fortement sur la santé mentale des demandeurs d'asile :

« Moi personnellement, j'ai très envie de faire des choses positives, de bouger. Mais pour moi c'est tout bloqué, j'ai pas le droit de travailler, d'étudier, donc ça me semble pas bien. Quand je me réveille le matin, je prends le petit déjeuner, je m'habille, après c'est dur de rester sans rien faire. J'ai toujours très envie d'aller à la deuxième étape. Et si, par exemple, un jour j'ai mes papiers, je suis sûr que je peux faire beaucoup de projets, aider beaucoup plus que ça, parce que maintenant je ne vais pas très bien. »

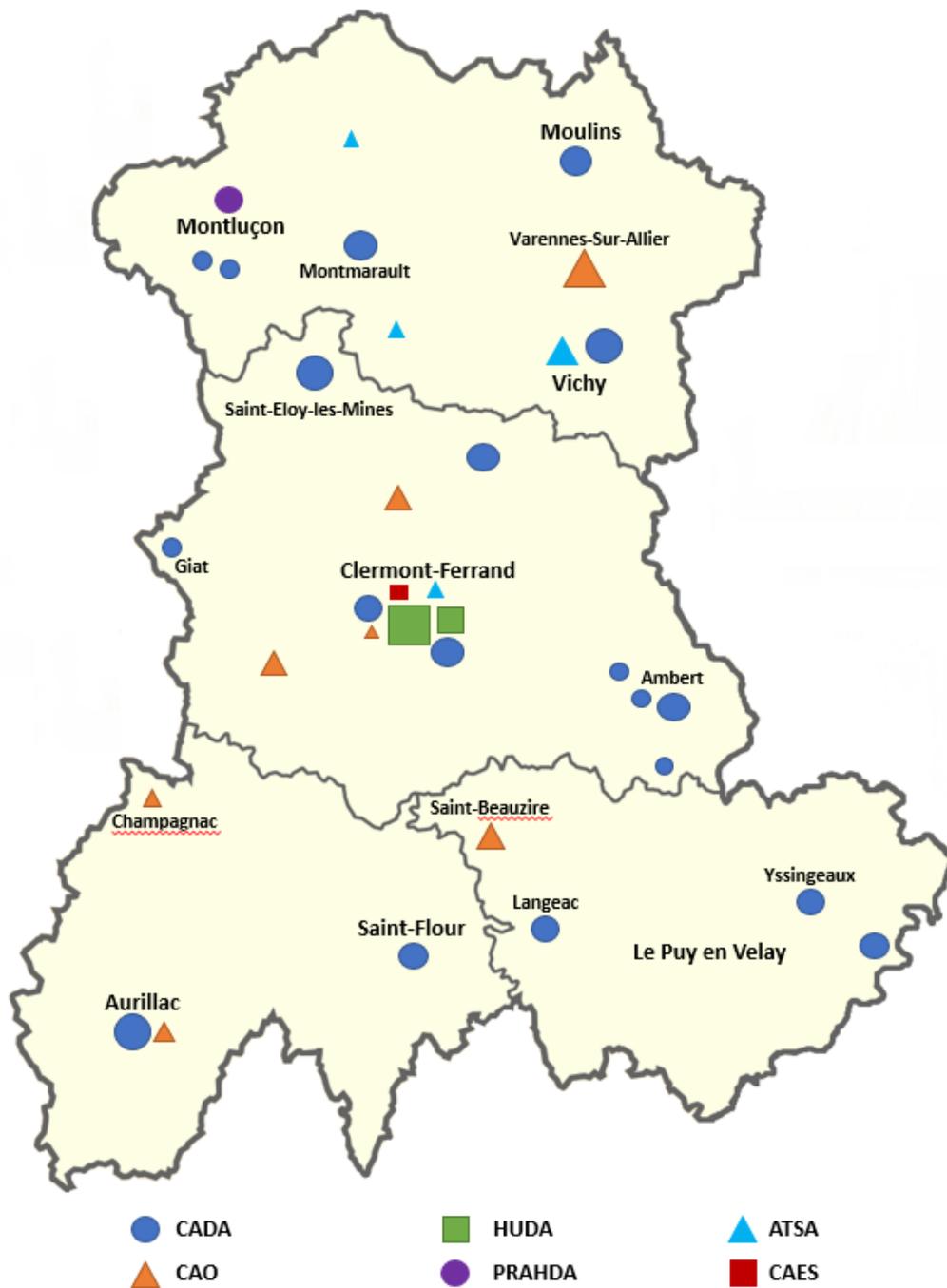
Aussi, l'attente de la réponse des instances de protection peut amener les personnes à

se couper du monde et des activités qui sont proposées. La régularisation de la situation est alors un prérequis sans quoi aucun autre aspect de la vie des personnes ne peut être envisagé sereinement :

« Des fois c'est très dur, même j'ai refusé de participer à des activités sportives, des activités culturelles parce que je me suis dit, je ne suis pas prêt, par exemple, à regarder un film, parce que ma situation n'est pas encore réglée. Il faut, pour voir la vie en rose, il faut être bien et après je peux faire des activités. Ça arrive des fois, je préfère rester dans ma chambre, ça arrive, c'est dur, mais je préfère rester dans ma chambre. »

Enfin, la procédure de demande d'asile précarise les personnes, car, comme nous l'avons déjà évoqué, le dispositif d'accueil n'est pas assez conséquent pour proposer des hébergements à tout le monde. Beaucoup de personnes se retrouvent ainsi à la rue ou dans des habitats précaires avec peu de possibilités d'accompagnements dans les différentes démarches. Cette précarité, créée par le système d'accueil, impacte négativement la santé mentale des personnes en demande d'asile.

IV - CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT DU PUBLIC DEMANDEUR D'ASILE EN AUVERGNE



V - TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES MIGRANTES

| Acronyme | Signification | Description, public concerné | Prix par personne et par 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 préorientation | 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€ |

Source : Cimade, 2018

DEUXIÈME PARTIE : DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, INÉGALITÉS TERRITORIALES ET SATURATION DES DISPOSITIFS

I - DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE ET EN RÉGION

Il semble important de s'intéresser à la démographie médicale sur le territoire régional, et plus particulièrement en Auvergne, afin de saisir le contexte global dans lequel s'inscrit cet état des lieux de l'accès aux soins en santé mentale du public migrant demandeur d'asile. Comme nous le précise *l'Atlas de la démographie médicale 2018* du Conseil national de l'ordre des médecins¹⁴, 296 755 médecins sont inscrits à l'ordre des médecins en France au 1^{er} janvier 2018, toutes disciplines confondues, soit 5781 médecins de plus qu'en 2017 (+2 %) et 35 377 de plus qu'en 2010 (+13.5 %).

Il faut noter que le Conseil national de l'ordre des médecins constate un vieillissement des professionnels inscrits au tableau de l'ordre. En effet, l'âge moyen des médecins inscrits au 1^{er} janvier 2018 est de

57 ans. Ainsi, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 45 % de l'ensemble des inscrits et ceux de moins de 40 ans 17.6 %¹⁵. Les médecins sont donc de plus en plus nombreux, mais ceci est notamment dû au nombre de médecins retraités et retraités actifs. En effet, 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 %¹⁶. »

Dans le même mouvement, notons que la population globale française a augmenté d'environ 5 % ces dix dernières années¹⁷. 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 soins.

¹⁴ 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>

¹⁵ 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>

¹⁶ 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>

¹⁷ Insee. (2018). *Bilan démographique*. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>

En région Auvergne-Rhône-Alpes, si la plupart des départements connaissent une augmentation générale de ses médecins ces dernières années, 4 départements sont plus spécifiquement touchés par la diminution de l'offre de soin sur leurs territoires laissant entrevoir des inégalités territoriales fortes dans la région en ce qui concerne l'offre de soins. Ces quatre départements sont : l'Ain, l'Allier, le Cantal et la Haute-Loire.

En ce qui concerne les médecins libéraux, la même tendance s'observe. Les rapports départementaux et régionaux de la démographie médicale des médecins libéraux généralistes produits par l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes paraissent intéressants¹⁸. En effet, ceux-ci confirment les situations de perte de médecins généralistes libéraux sur ces territoires et notamment sur les départements de l'Auvergne¹⁹.

À titre de comparaison, les effectifs de médecins libéraux généralistes dans le Rhône ont augmenté de 6.4 % ces 5 dernières années (l'effectif avait néanmoins

baissé fortement de 2008 à 2012 : -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 de ceux-ci.

Sur ces mêmes territoires, ce sont également les services de soins les plus vitaux que sont 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 (Allier 20 % ; Cantal, 23.1 % ; Puy-de-Dôme, 10.4 % contre seulement 3.2 % dans le Rhône et pour une moyenne de 11.3 % en région Auvergne-Rhône-Alpes)²⁰.

En ce qui concerne les médecins libéraux, l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes a proposé une cartographie²¹ qui semble particulièrement instructive vis-à-vis de 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 libéral.

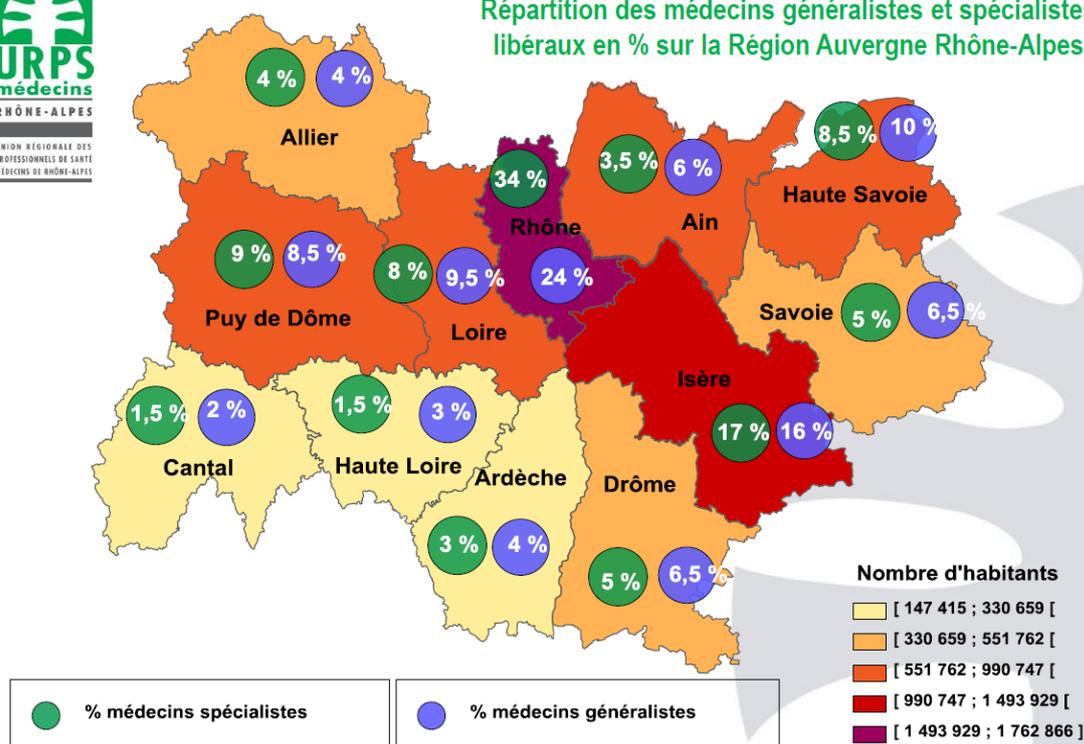
¹⁸ Site de l'Union régionale des professionnelles de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Repéré à <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/demographie-medicale/medecine-generale/59>

¹⁹ 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. Pour le territoire du Puy-de-Dôme, -15.7 % des effectifs de 2006 à 2018.

²⁰ Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Observatoire régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2017). *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/>

²¹ Site de l'union régionale des professionnelles de santé 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 % sur la Région Auvergne Rhône-Alpes



Région Auvergne - Rhône-Alpes : 7 695 264 habitants / 13 148 médecins libéraux

Source : UPRS médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes

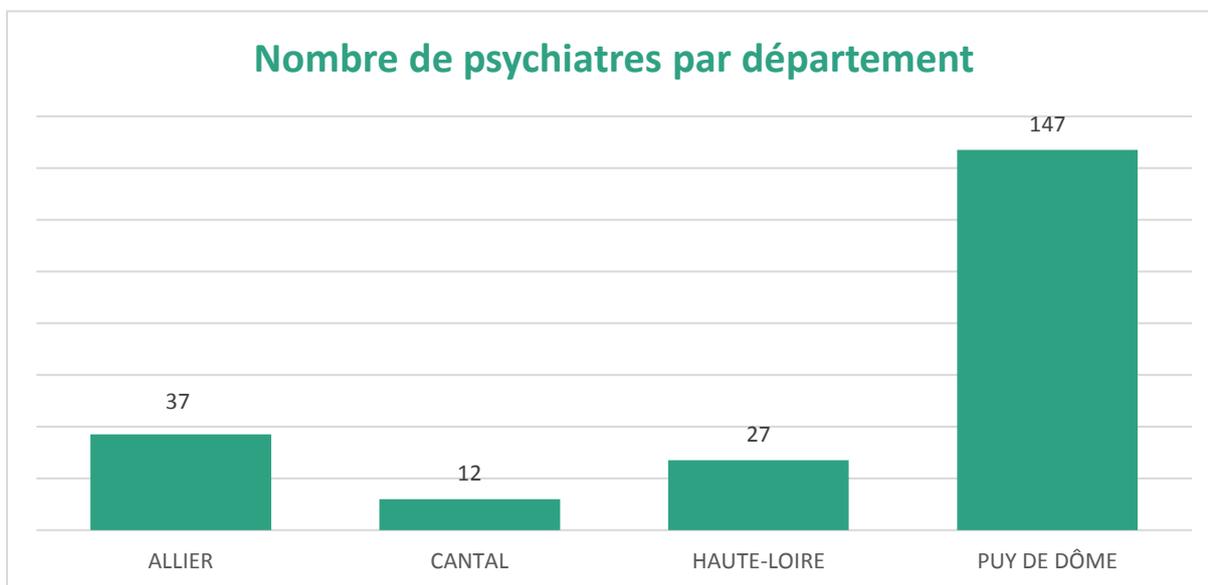
On peut voir notamment que 24 % des médecins généralistes et 34 % des médecins spécialistes exercent leur activité dans le Rhône. Aussi, 40 % des médecins généralistes et 51 % des médecins spécialistes sont implantés dans les deux départements les plus peuplés de la région : le Rhône et l'Isère. On peut également constater, d'une part, l'inégalité entre les départements en termes de nombre de médecins présents sur le territoire, mais aussi, 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 termes de médecins comme le Rhône, l'évolution des effectifs de médecins est moins rapide que l'évolution des effectifs de la population générale ce qui conduit à une diminution générale des possibilités de soin en France et en région. Aussi, il existe des inégalités fortes en termes d'accès aux soins avec d'un côté des territoires plutôt urbains et encore relativement bien dotés en termes d'offre de soins et de l'autre des territoires plutôt ruraux pour lesquels des manques significatifs en termes d'offre de soins peuvent être pointés.

II - LA PSYCHIATRIE SUR LE TERRITOIRE DE L'Auvergne

Il y a 1 513 psychiatres en région Auvergne-Rhône-Alpes selon le Conseil national de l'ordre des médecins²². Voici deux

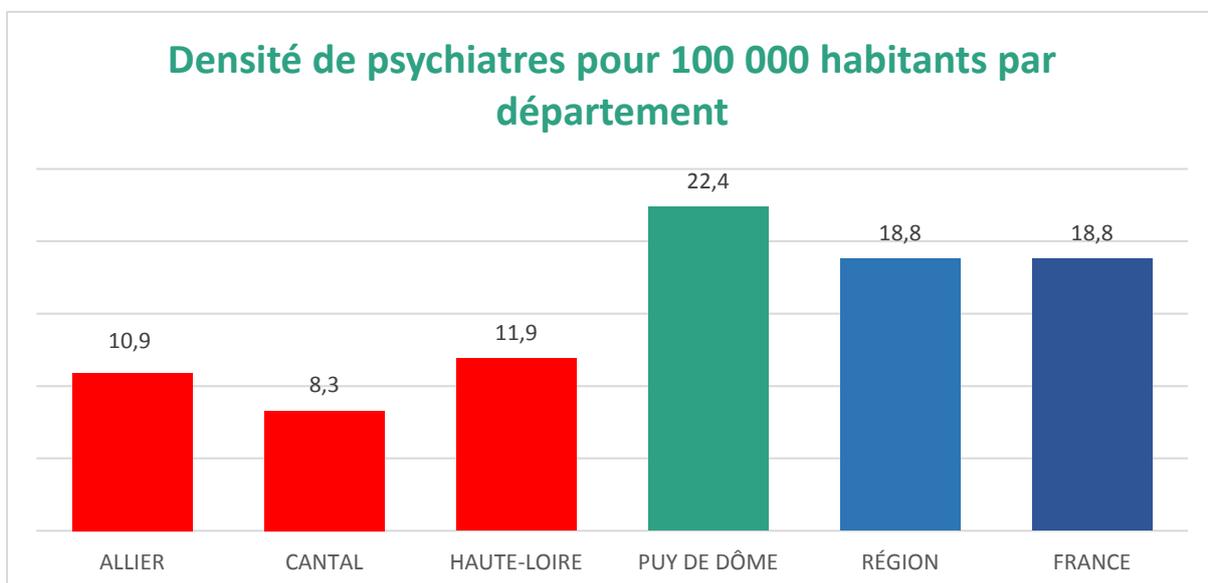
graphiques qui présentent la répartition des psychiatres et la densité des psychiatres (tous types d'activités confondues) par département en Auvergne :



Source : CNOM 2018

Exploitation : Orspere-Samdarra

17



Sources : CNOM 2018 / Insee estimation 2018

Exploitation : Orspere-Samdarra

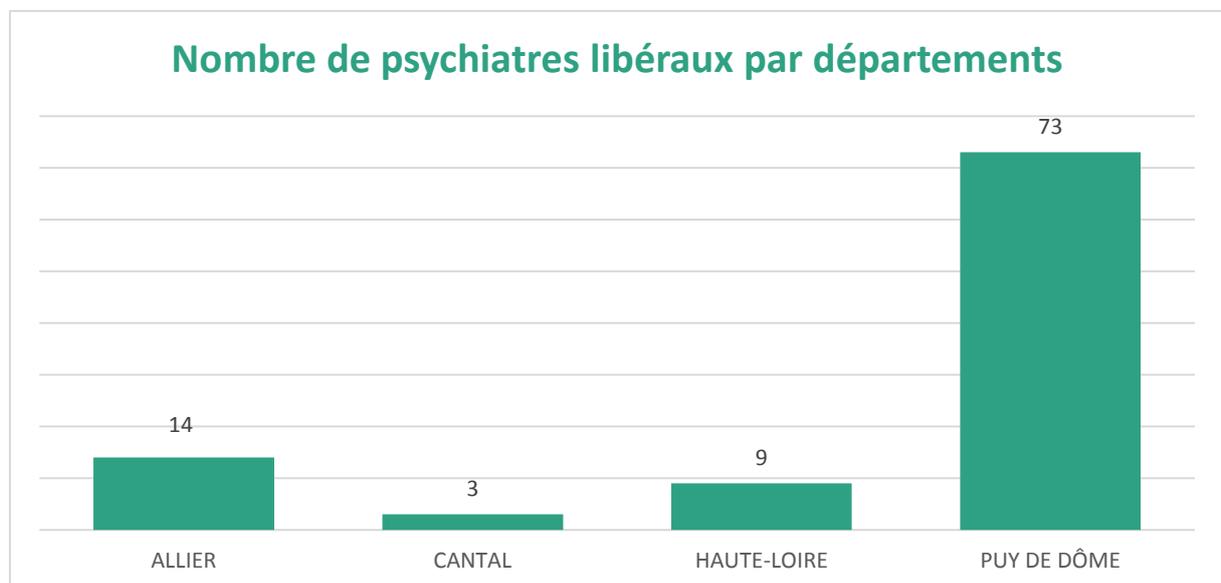
²² Site internet du Conseil national de l'ordre des médecins. Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external->

En ce qui concerne le territoire de l'Auvergne, on constate que trois départements sur quatre sont particulièrement sous dotés en termes de médecins psychiatres. Il s'agit de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire, qui ont une densité de psychiatres particulièrement faible par rapport à la population de leur territoire et en comparaison avec les départements du Puy-de-Dôme ou même du Rhône (31.6 psychiatres pour 100 000 habitants). Aussi, il existe des inégalités territoriales au sein même des départements, l'offre de soins en psychiatrie étant souvent concentrée vers les plus grandes villes des territoires laissant les espaces les plus ruraux avec des possibilités très limitées d'accéder aux soins

en psychiatrie. C'est le cas, par exemple, pour l'ouest du territoire du Puy-de-Dôme qui est particulièrement mal doté en termes de psychiatres et de possibilités d'accès aux soins.

Nous observons la même tendance chez les psychiatres libéraux, qui sont très inégalement répartis sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Selon la base de données de l'annuaire de santé de l'assurance maladie, 735 psychiatres libéraux sont actuellement en activité dans la région Auvergne-Rhône-Alpes²³. En Auvergne, ces psychiatres libéraux sont répartis de la manière suivante sur la région :



Source : Annuaire de santé Ameli

Exploitation : Orspere-Samdarra

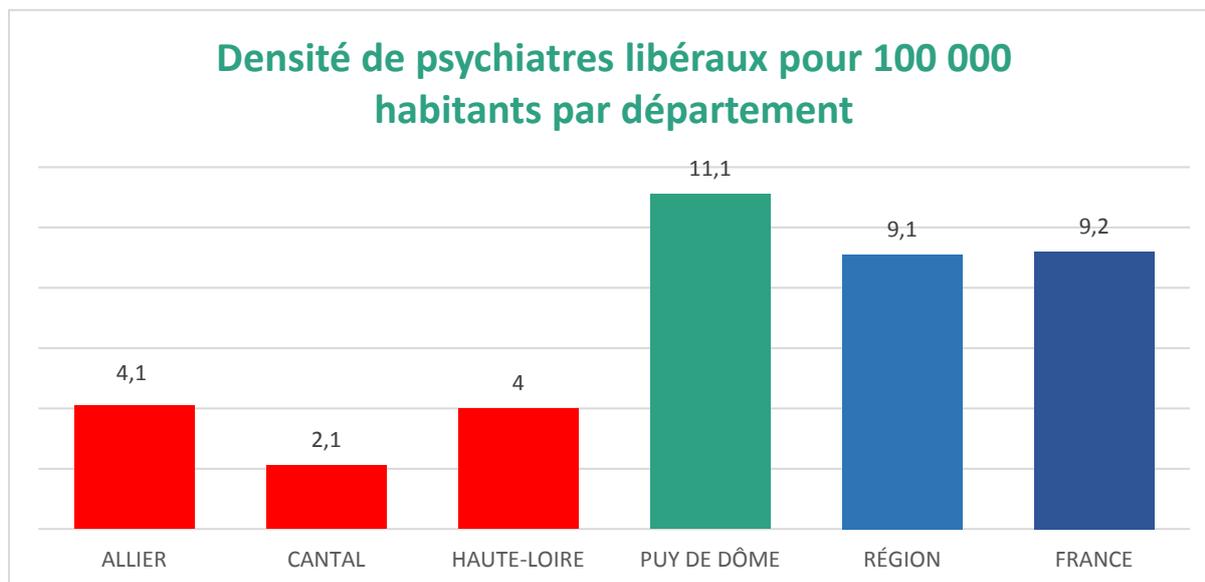
Certains territoires sont largement dépourvus de psychiatres libéraux. C'est le cas des départements du Cantal, de la

Haute-Loire et de l'Allier. Les chiffres suivants indiquent la densité des

²³ 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.

psychiatres libéraux pour 100 000 habitants.



Sources : Annuaire de santé Ameli Insee estimation 2018

Exploitation : Orspere-Samdarra

Nous pouvons remarquer un écart significatif de la densité des médecins psychiatres libéraux en fonction des départements. Encore une fois, l'Allier, 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).

Aussi, on observe que les départements qui comprennent de grands pôles urbains, comme le Puy-de-Dôme avec Clermont-Ferrand ou le Rhône avec Lyon (15.2 psychiatres libéraux pour 100 000), ont une densité de psychiatres libéraux bien supérieure à la moyenne régionale et nationale, alors que la plupart des autres départements présentent une densité assez largement inférieure à cette moyenne.

L'Auvergne est donc particulièrement impactée par le manque de psychiatres libéraux sur son territoire, avec 3 départements sur 4 largement en dessous de la moyenne régionale et nationale en termes de densité de psychiatres libéraux.

Il paraît important de préciser que, si certains départements ont une densité de psychiatres libéraux significativement plus importante que d'autres sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes, cela ne signifie pas que les psychiatres libéraux sont répartis de manière équivalente à l'intérieur des départements. Nous pouvons notamment remarquer que les psychiatres libéraux sont principalement installés dans les grands pôles urbains de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

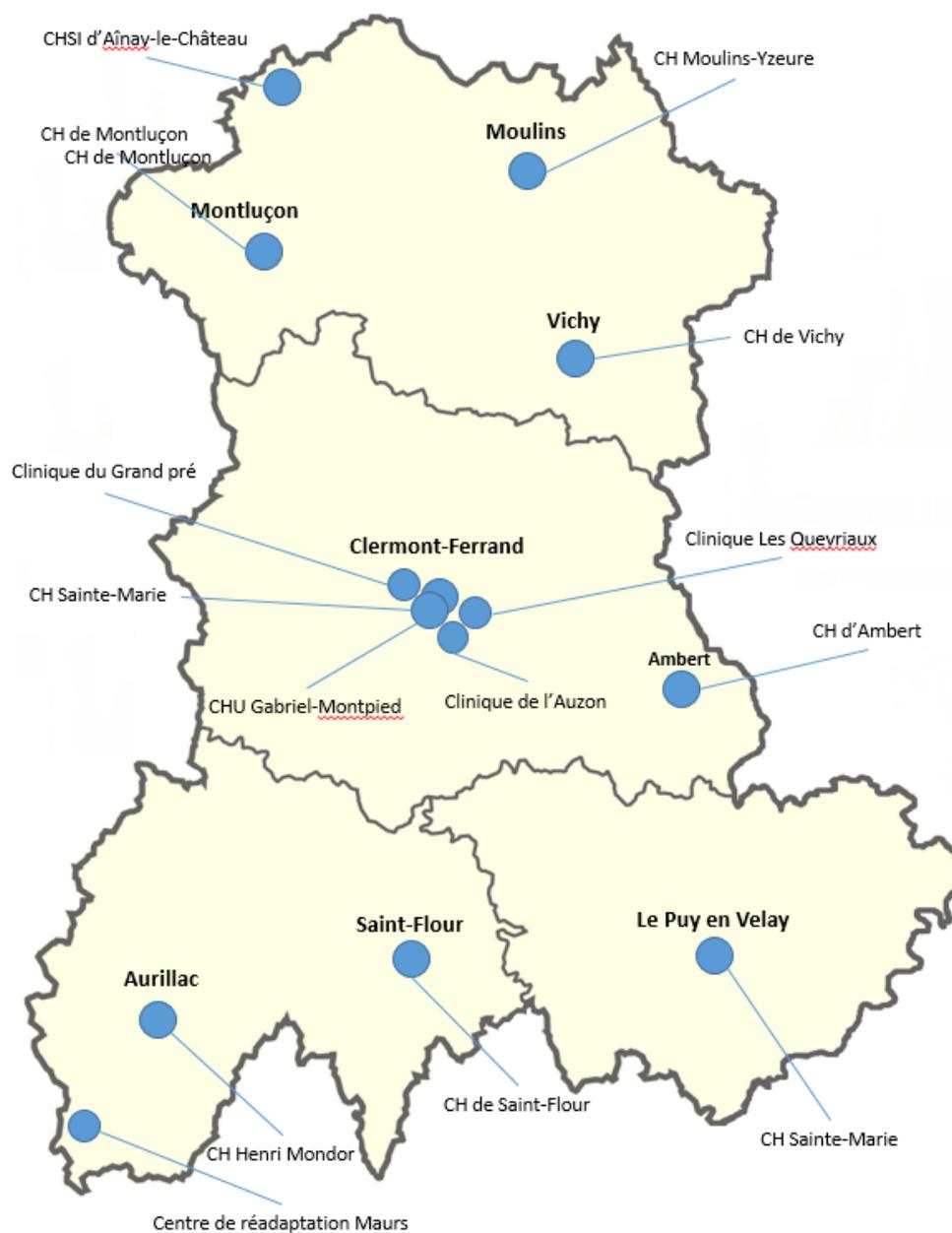
En effet, les trois quarts des psychiatres libéraux se trouvent à proximité des métropoles de Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Valence,

Chambéry, Annecy et un tiers des psychiatres libéraux de toute la région sont installés dans la seule ville de Lyon et ses proches agglomérations. Il existe donc des différences importantes dans l'implantation des psychiatres libéraux sur les départements. À titre d'exemple, dans le Puy-de-Dôme, environ 90 % des psychiatres

libéraux sont installés à Clermont-Ferrand ou dans les communes proches. Il y a donc une centralisation extrême des psychiatres libéraux sur l'agglomération de Clermont-Ferrand, ce qui laisse certains territoires avec peu de possibilités d'accès aux soins vers la psychiatrie libérale²⁴.

²⁴ Nous constatons la même chose en région sur le département du Rhône avec Lyon par exemple.

III - CARTOGRAPHIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AYANT UNE AUTORISATION EN PSYCHIATRIE EN 2017 SUR LE TERRITOIRE DE L'Auvergne²⁵



²⁵ Site internet Drees, SAE diffusion. Repéré à <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

TROISIÈME PARTIE : APPROCHE DÉPARTEMENTALE DE L'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE DU PUBLIC MIGRANT DEMANDEUR D'ASILE EN AUVERGNE

I - TERRITOIRE DE L'ALLIER

L'Allier compte 338 978 habitants et s'étend sur une superficie de 7 340 km². Vichy, Moulins et Montluçon sont les trois principales villes du département et

constituent les trois principaux secteurs de soins du territoire. Voici quelques chiffres de la démographie médicale sur le territoire de l'Allier :

Démographie médicale du territoire de l'Allier

| | Allier | Auvergne | Rhône-Alpes | Auvergne- Rhône-Alpes |
|---|---------|-----------|-------------|--------------------------|
| Population ²⁶ | 338 978 | 1 365 847 | 6 671 212 | 8 037 059 |
| Médecins généralistes en activité régulière ²⁷ | 419 | 1811 | 9001 | 10 812 |
| Rapport médecins généralistes en activité régulière (hors retraités)/population | 1/809 | 1/754 | 1/741 | 1/743 |
| Médecins spécialistes en activité régulière ²⁸ | 290 | 1499 | 8632 | 10131 |

²⁶ Insee, estimations 2018.

²⁷ Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2018). Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018 : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

²⁸ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Rapport médecins spécialistes en activité régulière (hors retraités)/population | 1/1169 | 1/911 | 1/772 | 1/793 |
| Nombre de psychiatres total ²⁹ | 37 | 223 | 1290 | 1513 |
| Rapport médecins psychiatres/population | 1/9162 | 1/6125 | 1/5171 | 1/5312 |
| Nombre de psychiatres libéraux ³⁰ | 14 | 99 | 636 | 735 |
| Rapport médecins psychiatres libéraux/population | 1/24 213 | 1/13 796 | 1/10 489 | 1/10 935 |

En comparaison avec la région Auvergne-Rhône-Alpe, ces chiffres nous permettent de constater que les médecins généralistes en activité régulière sont légèrement moins nombreux sur le territoire de l'Allier : il y a 1 médecin généraliste pour 809 personnes dans l'Allier contre 1 médecin généraliste pour 743 personnes dans la région. Nous observons le même écart pour les médecins spécialistes en activité régulière, qui sont en moyenne beaucoup moins nombreux sur le département qu'en région.

L'écart se creuse plus significativement encore en ce qui concerne les médecins psychiatres qui sont largement moins présents dans l'Allier que dans le reste de la région : 1 psychiatre pour 9 162 personnes dans le département contre 1 psychiatre pour 5 312 personnes en région. Les

psychiatres installés en activité libérale sont 2,5 fois moins nombreux qu'en région.

Il paraît intéressant de noter un vieillissement important des médecins psychiatres sur le territoire de l'Allier. En effet, les moins de 40 ans représentent seulement 8 % du total des psychiatres du département, contre 23 % en moyenne en France. Aussi, les psychiatres de plus de 60 ans représentent 43 % des psychiatres installés sur le département, contre environ 27 % sur toute la France.

²⁹ Ces chiffres comprennent les psychiatres salariés, les psychiatres libéraux ainsi que les psychiatres exerçant une activité mixte. Source : Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales, situation au 1^{er} janvier 2018. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

³⁰ L'assurance maladie. *Annuaire de santé de l'assurance maladie Ameli*. Repéré à <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Répartition des structures d'hébergement du public demandeur d'asile sur le territoire de l'Allier

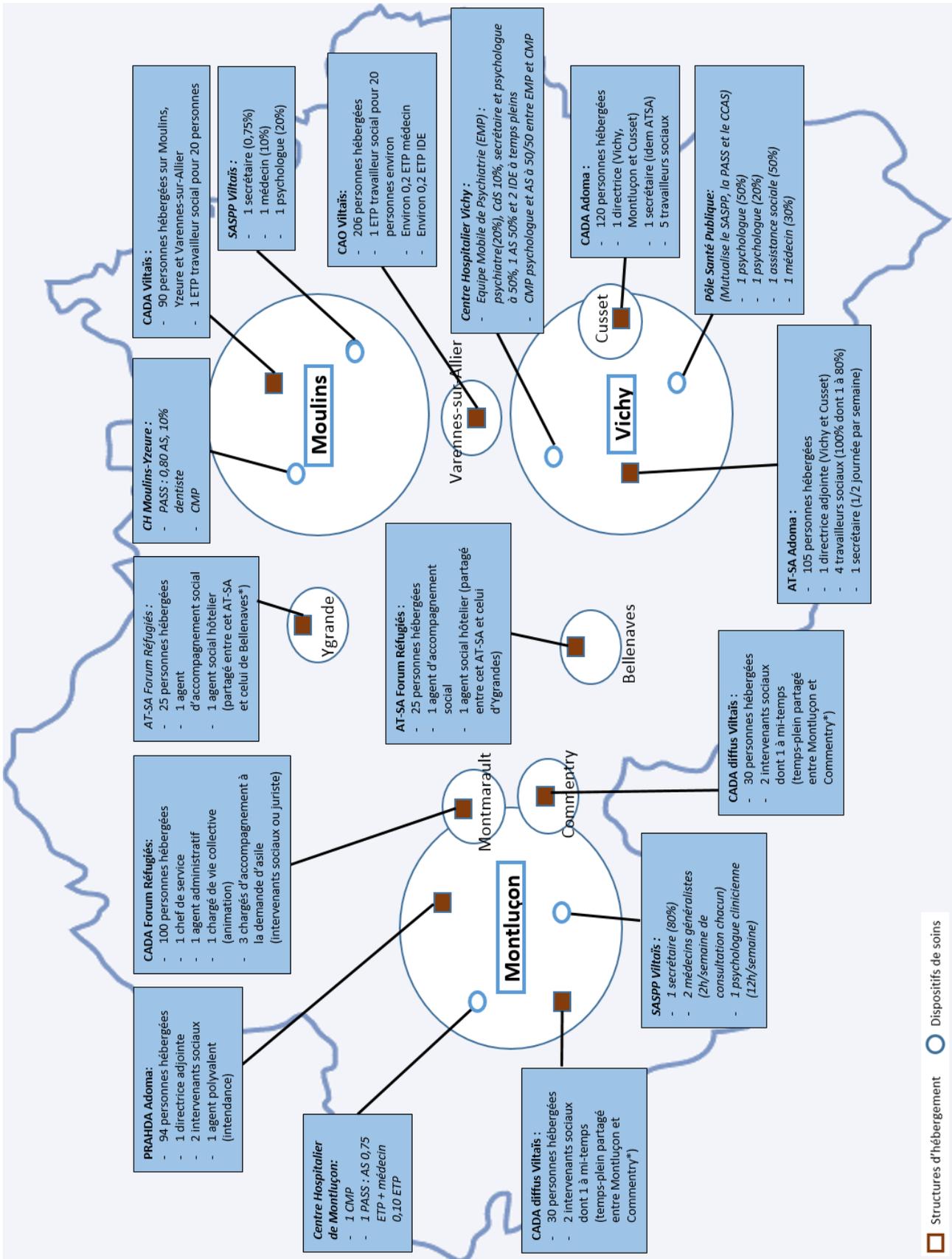
Il y a au total 825 places d'hébergement du public demandeur d'asile dans l'Allier. Cela représente 1 place d'hébergement pour 410 habitants sur le territoire.

Les structures d'hébergement sont pour certaines implantées à proximité ou dans les trois grandes villes du département. C'est par exemple le cas des Cada Viltais Moulins, du Prahda Adoma à Montluçon, ou encore l'ATSA d'Adoma à Vichy.

D'autres structures sont présentes dans des territoires beaucoup plus ruraux, comme le CAO Viltais de Varennes-sur-Allier ou encore le Cada Forum réfugiés de Montmarault et les ATSA d'Ygrande et Bellenaves.

La carte qui suit donne un aperçu de l'implantation des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire ainsi que de principaux interlocuteurs de celle-ci au niveau du soin. On y trouve également le détail des places disponibles dans les structures d'hébergement ainsi que les effectifs des professionnels dans les structures de soin.

Cartographie des structures d'hébergement et de soins en lien avec la population migrante en demande d'asile sur le département de l'Allier



L'accès aux soins en santé mentale du public migrant dans l'Allier

Dans l'Allier, un certain nombre de freins rendent difficile l'accès aux soins du public migrant. Certains dispositifs font néanmoins soutien en termes de santé mentale notamment parce qu'ils disposent de psychologues en leur sein. C'est notamment le cas des services d'accueil et de santé publique de proximité (SASPP), dispositifs mis en place par l'association Viltais (Montluçon et Moulins), de l'Anef (Vichy) et de l'équipe mobile de psychiatrie de Vichy qui dispensent des soins aux personnes précaires et vulnérables et font lien vers les CMP et les hôpitaux.

Le secteur de Vichy constitue le territoire le plus impacté du département par les centres d'hébergement pour migrants avec environ 450 places d'hébergement. Les dispositifs de soin sont fortement impactés par la présence des personnes migrantes qui représentent souvent une part conséquente de leurs files actives. Au niveau de la santé mentale, une équipe mobile de psychiatrie travaille en lien avec le CMP pour faciliter l'accès aux soins en santé mentale des publics précaires. Ce dispositif, en plus de celui du PSP (Pass, CCAS et SASPP), dispose de psychologues et de médecins qui constituent un soutien important pour la santé mentale sur le territoire.

Le Cada de Cusset (proche de Vichy) et l'ATSA de Vichy sont gérés par Adoma. Les professionnels constatent une désertification médicale sur le territoire de l'Allier qui entraîne une prise en charge partielle des besoins. Ces dispositifs d'hébergement ont recours principalement

à l'équipe mobile de psychiatrie pour les premières orientations, ce qui permet notamment de réduire les délais d'accès au CMP. L'EMP intervient sur demande et tient une permanence infirmière où les personnes hébergées peuvent se rendre d'elles-mêmes. Le public migrant ne constitue pas le cœur de l'activité des professionnels de l'EMP. Le Cada et l'ATSA orientent également vers le pôle de santé publique et notamment le SASPP qui dispose de psychologues qui permettent là aussi un lien avec l'hôpital et notamment des accès aux psychiatres. Une psychologue du SASPP intervient auprès du public 18-25 ans avec des difficultés d'accès au soin et notamment les publics migrants et en errance. Pour ce faire, la psychologue se déplace dans les structures accueillant ces publics et travaille en collaboration avec les partenaires de ces structures.

En ce qui concerne les médecins généralistes, les structures d'hébergement utilisent aussi ceux du PSP par manque de possibilité d'orientation par ailleurs. Le médecin du PSP peut ensuite réorienter vers les médecins de ville, ou ceux de l'hôpital, et notamment ceux qu'il connaît personnellement. Les relations d'interconnaissance facilitent ici grandement ce travail de réorientation. Le médecin du PSP sollicite l'enveloppe interprétariat de l'ARS dans les situations les plus complexes.

Sur le territoire, les professionnels constatent qu'il s'agit souvent des mêmes soignants au CMP, à l'hôpital et en libéral. Les possibilités d'orientation générale rendent parfois les personnes « dépendantes ». Un médecin qui reçoit

peu ou qui ne reçoit pas les personnes à l'hôpital ne les recevra pas non plus dans son cabinet libéral. Aussi, lorsque les relations entre les personnes et leur psychologue ou psychiatre ne sont pas bonnes, celles-ci sont contraintes de trouver d'autres professionnels ce qui peut être parfois problématique. Par exemple, une autre problématique peut concerner les femmes en demande de soin alors que seuls des soignants hommes sont disponibles.

Les intervenants sociaux des structures d'hébergement sont en demande d'outils qui leur permettraient de faire un travail de prévention et d'information sur les questions de santé mentale auprès des personnes. Les professionnels notent une réticence forte de la part des soignants et des psychologues du territoire à travailler avec des interprètes.

Certains psychologues, notamment des SASPP, fonctionnent avec d'autres outils comme l'utilisation de l'anglais, de Google traduction, le photo langage, ou encore des dessins afin d'échanger avec les personnes allophones. De manière générale, et notamment à l'EMP et au CMP, faire appel à de l'interprétariat professionnel est problématique. Les professionnels fonctionnent souvent également avec Google traduction et « des notions d'anglais ». Certains psychiatres de l'hôpital parlent plusieurs langues, ce qui peut largement faciliter la prise en charge du public migrant.

Le CAO Viltais de Varennes-sur-Allier³¹ dépend lui aussi du secteur de Vichy. La structure est particulièrement isolée en étant située à 30 minutes de voiture de Vichy et de Moulins. Les professionnels du CAO ont des difficultés importantes pour orienter leur public vers la santé mentale. En effet, ceux-ci constatent que les dispositifs de soins leur demandent d'accompagner les personnes à leur rendez-vous et de rester afin de les accompagner, ce qui est compliqué pour les travailleurs sociaux de la structure. Aussi, les consultations de psychiatres ne semblent parfois pas répondre aux attentes des personnes hébergées. Les professionnels constatent que, souvent, les rendez-vous sont très ponctuels et qu'il est rare que des suivis sur la durée se mettent en place.

En ce qui concerne les problématiques de soin, le CAO s'appuie sur l'intervention d'un médecin ainsi que d'un infirmier dans leurs locaux une demi-journée par semaine. Ce médecin représente un soutien conséquent. Toutefois, celui-ci constate qu'il est difficile de solliciter des avis dans le domaine psychiatrique, ou alors, plus généralement, d'orienter des personnes vers ce domaine. Depuis 2017, le médecin perçoit une augmentation des personnes qui auraient besoin de soins en santé mentale.

La maison médicale de Saint-Pourçain-sur-Sioule, qui se situe à 10 kilomètres du CAO, dispose de psychologues et de médecins généralistes qui acceptent de recevoir le

³¹ Le CAO est désormais géré par l'association Coallia depuis le début de l'année 2019.

public migrant et qui s'intéressent à cette clinique. Néanmoins, ces psychologues doivent être payés par le CAO, ce qui met en difficulté la structure au niveau des lignes budgétaires.

Le fait de gérer des situations qui relèvent de la psychiatrie dans un lieu de vie collectif engendre beaucoup de difficultés du côté des professionnels. En effet, les problématiques de santé mentale de certains résidents « débordent » sur les autres résidents, ce qui n'est pas acceptable dans ce type de structure. Ce genre de situations, résultant d'une non-prise en charge, conduit souvent à l'exclusion définitive de la personne en question, sans possibilités de relogement. Pour les professionnels du CAO, le refus de prise en charge pour les personnes qui ne parlent pas le français est très problématique. En cas d'urgence, la structure d'hébergement a parfois payé elle-même l'interprétariat.

Le secteur de Moulins compte 90 places d'hébergement réparties sur 3 communes et gérées par Viltaiis.

Comme pour le secteur de Vichy, Moulins dispose d'un SASPP qui compte un psychologue et qui constitue un soutien conséquent dans l'accès aux soins en santé mentale du public migrant. Les professionnels du Cada constatent un lien plutôt bon avec l'hôpital et notamment avec la Pass et le SASPP. L'association Viltaiis est implantée depuis longtemps sur le territoire et des partenariats ont pu être créés avec le temps. Ainsi, l'orientation en santé mentale est largement facilitée. Celle-ci repose également sur des liens d'interconnaissance entre les différents professionnels de l'accompagnement social

et du soin. Les professionnels notent que les réponses sont adaptées du côté du CMP et de l'hôpital, ce qui permet une prise en charge satisfaisante des personnes migrantes. Un psychiatre arabophone salarié de l'hôpital est notamment une ressource pour ce public.

Néanmoins, comme sur beaucoup de territoires, le fait d'être allophone pose problème et il est difficile d'orienter les patients qui ne parlent pas le français ni l'anglais. Les seules solutions trouvées sont l'accompagnement par des aides communautaires ou familiales.

Le public migrant constitue environ 60 % du public reçu par le SASPP. Pour les personnes qui n'ont pas de droits ouverts, le SASPP les oriente vers les services de l'hôpital pour bénéficier de médicaments gratuits. Le SASPP travaille aussi avec la Pass pour les personnes qui n'ont pas de droits ouverts. Les professionnels constatent que les problématiques de santé mentale se manifestent souvent chez les personnes par des douleurs physiques, des maux de tête, du stress et des angoisses. L'équipe reçoit des personnes francophones et est en difficulté avec les personnes allophones. Si l'équipe les reçoit, celles-ci doivent venir accompagnées soit d'un proche, soit d'un interprète. Le SASPP ne dispose pas d'interprète ni de budget pour y faire appel.

Un intervenant social de l'équipe mobile d'accès aux soins (EMAS), mise en place par Viltaiis, travaille à temps plein sur l'accès aux soins des personnes hébergées dans les structures gérées par Viltaiis, au CAO de Varennes-sur-Allier, ainsi qu'au Cada de Moulins. Celui-ci constate qu'au CAO la santé mentale constitue la principale cause

de consultation. Les personnes se retrouvent « *seules, avec des communautés qui ne s'entendent pas forcément et qui sont dans l'attente administrative...* » Il y a donc beaucoup de demandes des personnes pour voir un psychologue ou un psychiatre. La langue constitue le principal frein à l'accès aux soins en santé mentale. Pour les enfants, les psychologues scolaires peuvent parfois faire soutien. Pour accompagner les personnes migrantes chez certains spécialistes, l'intervenant social se déplace parfois jusqu'à Clermont-Ferrand.

L'ATSA de Forum Réfugiés d'Ygrande compte 25 places et oriente parfois les personnes vers Moulins, à 30 minutes de voiture. Ces orientations sont difficiles, car les soignants demandent souvent aux intervenants sociaux d'accompagner les personnes, ce qui ne correspond pas à la politique interne de la structure qui recherche l'autonomisation des personnes. Aussi, sur le plan pratique, accompagner les personnes représente un gros investissement en temps pour les intervenants sociaux. Malgré tout, certains rendez-vous ont lieu.

Le secteur de Montluçon comprend plus de 250 places d'hébergement, dont les Cada de Viltais situés à Montluçon et Commentry, la Prahda Adoma de Montluçon, ainsi que le Cada et l'ATSA de Montmarault et Bellenaves. Le territoire dispose, comme ceux de Vichy et Moulins, d'un SASPP avec un psychologue qui fait ressource en termes de santé mentale sur le territoire.

Les professionnels du Cada de Montmarault éprouvent d'importantes difficultés dans l'orientation de leur public vers la santé

mentale. Pour ceux-ci, il est très difficile d'orienter les personnes qui ne parlent pas la langue aux hôpitaux de Montluçon et de Moulins, où l'interprétariat pose problème. Les professionnels de la structure arrivent tout de même à orienter des personnes sur le secteur de Vichy, où l'accès aux psychiatres est plus facile, et où ils mobilisent parfois de l'interprétariat.

Pour les CMP du territoire de Montmarault et de Montluçon, il est là aussi impossible d'orienter les personnes allophones. Pour les francophones, le Cada les oriente vers le CMP de Montluçon. Les professionnels précisent que les délais d'attente sont conséquents dans l'orientation vers la psychiatrie et ne concernent pas uniquement les personnes migrantes, mais l'ensemble de la population. À l'ATSA de Bellenaves, un médecin généraliste en libéral fait ressource et accepte de recevoir les personnes. Sur ces territoires, les problématiques pour les personnes et les travailleurs sociaux qui les accompagnent sont aussi liées aux distances à parcourir pour avoir accès aux soins (Bellenaves est situé à plus de 45 minutes de Montluçon).

Les Cada de Commentry et de Montluçon, gérés par Viltais, font le même constat en ce qui concerne Commentry : même si la ville n'est qu'à 20 minutes de Montluçon en voiture, le manque de transport en commun rend difficile l'accès aux soins. En effet, avec un train le matin et deux l'après-midi, les travailleurs sociaux font des accompagnements presque systématiques, notamment aux rendez-vous médicaux, ce qui leur prend un temps conséquent et les mettent parfois en difficulté sur le reste de l'accompagnement (notamment

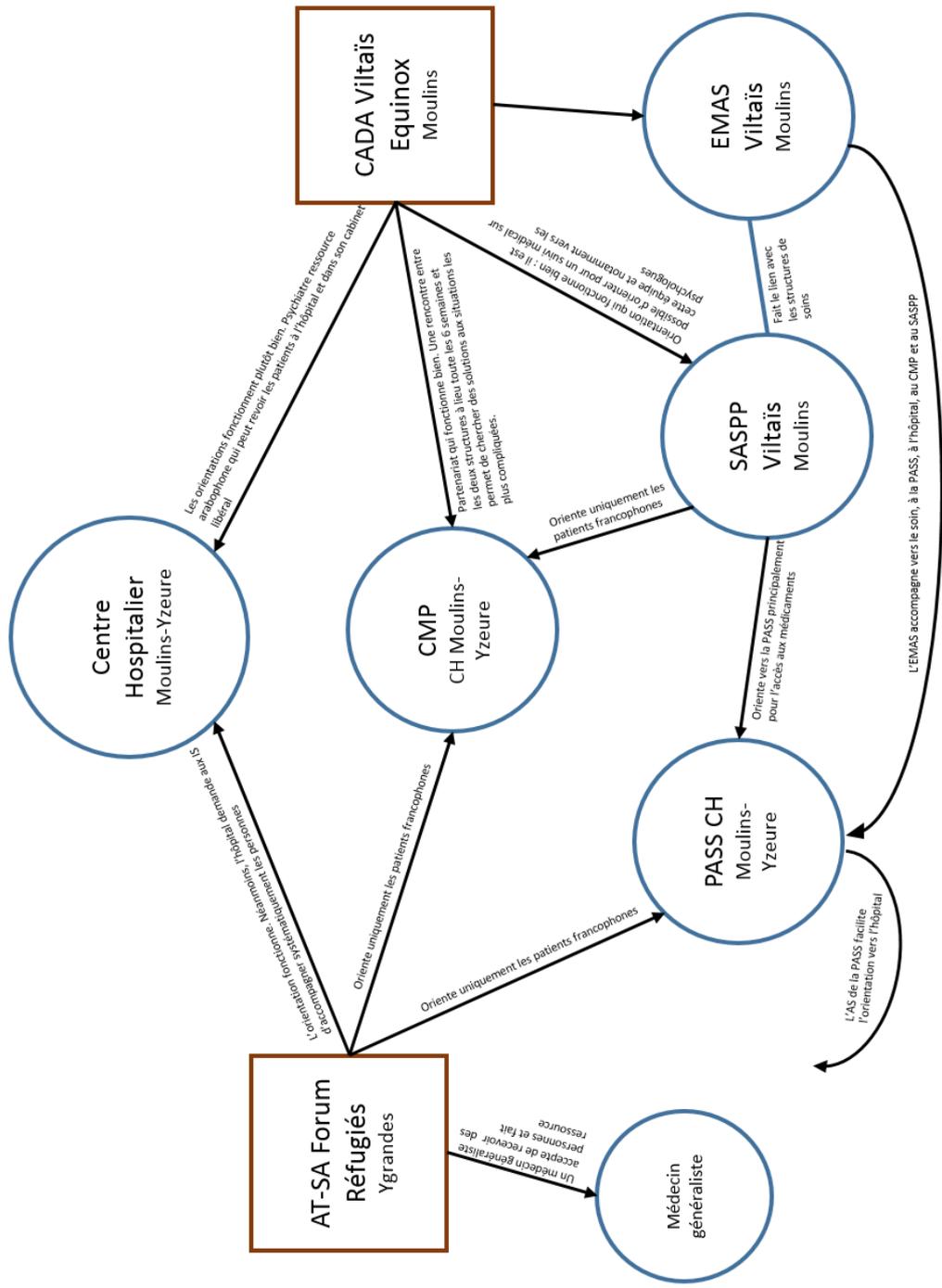
administratif) des personnes. Les professionnels de ces deux centres d'hébergement orientent presque systématiquement les personnes vers le dispositif SASPP, où deux médecins et une psychologue proposent des consultations. Néanmoins, le SASPP ne dispose pas de budget interprétariat. Le versant somatique est pris en charge par l'hôpital, mais l'orientation vers la psychiatrie est beaucoup plus compliquée. Il y a plus de six mois d'attente au CMP, et les intervenants sociaux font le constat que l'interprétariat n'est pas mobilisé. Dans certains cas très urgents ou très complexes, le Cada a dû financer de l'interprétariat pour des consultations psychiatriques.

La PRAHDA Adoma de Montluçon oriente principalement au SASPP vers les médecins généralistes et la psychologue. Les professionnels constatent que, de manière générale, le territoire manque de médecins et qu'il y a un contexte de désert médical très présent. Dans ce contexte, le lien avec la psychiatrie de l'hôpital est très compliqué, voire impossible, si on ajoute à cela les difficultés liées à la langue et aux problématiques administratives. Les urgences de l'hôpital constituent souvent la seule porte d'entrée des personnes migrantes vers le soin. Les professionnels constatent que l'hôpital ne mobilise pas d'interprétariat pour les personnes allophones.

Le public migrant représente plus de 50 % de la file active du SASPP de Montluçon. Le CMP de Montluçon réoriente certains patients précaires au SASPP. Aussi, certains acteurs orientent des personnes au SASPP du fait du manque de médecins traitants sur

le territoire et même si celles-ci ne relèvent pas du dispositif. Le SASPP est donc parfois contraint de refuser des personnes ayant des ressources trop importantes. Néanmoins, les professionnels du SASPP essaient d'apporter des solutions, même ponctuelles, pour les personnes qui n'ont pas de possibilités de soins par ailleurs. Le SASPP n'arrive que peu à réorienter les personnes vers le CMP qui est saturé et en sous-effectif. Parfois, le SASPP prend en charge le suivi psychologique et le CMP met en place un suivi psychiatrique. Aussi l'orientation vers Clermont-Ferrand est difficile, puisque ce n'est pas le secteur et que les personnes reçues sont peu mobiles. Quand l'état des personnes est vraiment critique, les professionnels n'ont pas d'autres choix que de passer par les urgences de l'hôpital. Les possibilités d'interprétariat sont limitées, mais des entretiens ont pu être réalisés grâce à l'assistance d'un interprète par téléphone, dont le coût a été pris en charge par les structures d'hébergement. Les médecins du SASPP apprécient particulièrement quand les intervenants sociaux accompagnent les personnes, car ceux-ci peuvent aider à la compréhension de la situation de la personne. L'orientation vers des médecins psychiatres libéraux est très difficile : ceux-ci sont très peu nombreux et la plupart sont bientôt à la retraite. En ce qui concerne les consultations avec les personnes migrantes, le lien avec les travailleurs sociaux est très important pour les professionnels du soin, car il permet de comprendre les situations. La psychologue du SASPP essaye au maximum de trouver des psychiatres à Montluçon qui acceptent de recevoir ce public, notamment afin que

Principaux partenaires médicaux des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile à Moulins



▣ Structures d'hébergement ○ Dispositifs de soins

II - TERRITOIRE DU CANTAL

Le Cantal est le plus petit territoire de l'Auvergne en termes de population. Celle-ci est estimée à 144 240 personnes selon l'Insee en 2018. Le département s'étend sur

5 726 km². Aurillac est la plus grande ville du département, avec 25 000 habitants, et constitue la zone la plus fournie en termes d'offre de soins. Voici quelques chiffres de la démographie médicale sur le territoire du Cantal :

Démographie médicale du territoire du Cantal (vis-à-vis région et anciennes régions)

| | <i>Cantal</i> | <i>Auvergne</i> | <i>Rhône-Alpes</i> | <i>Auvergne-Rhône-Alpes</i> |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| Population ³² | 144 240 | 1 365 847 | 6 671 212 | 8 037 059 |
| Médecins généralistes en activité régulière ³³ | 213 | 1811 | 9001 | 10 812 |
| Rapport médecins généralistes en activité régulière (hors retraités) / population | 1/677 | 1/754 | 1/741 | 1/743 |
| Médecins spécialistes en activité régulière ³⁴ | 115 | 1499 | 8632 | 10131 |
| Rapport médecins spécialistes en activité régulière (hors retraités) / population | 1/1254 | 1/911 | 1/772 | 1/793 |
| Nombre de psychiatres total ³⁵ | 12 | 223 | 1290 | 1513 |
| Rapport médecins psychiatres / population | 1/12 020 | 1/6125 | 1/5171 | 1/5312 |

³² Insee, estimations 2018.

³³ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

³⁴ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

³⁵ Ces chiffres comprennent les psychiatres salariés, les psychiatres libéraux ainsi que les psychiatres exerçant une activité mixte. Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

| | | | | |
|---|-----------------|----------|----------|----------|
| Nombre de Psychiatres libéraux ³⁶ | 3 | 99 | 636 | 735 |
| Rapport médecins psychiatres libéraux /population | <i>1/48 080</i> | 1/13 796 | 1/10 489 | 1/10 935 |

Nous pouvons remarquer sur ce tableau que les médecins généralistes en activité régulière sont proportionnellement assez nombreux sur le territoire du Cantal en comparaison à la région Auvergne-Rhône-Alpes : soit 1 médecin généraliste pour 677 personnes dans le Cantal, contre 1 médecin généraliste pour 743 personnes dans la région.

Cette tendance s'inverse en ce qui concerne les médecins spécialistes en activité régulière. Ceux-ci sont en effet plus rares dans le Cantal en comparaison avec la région ou avec le reste de l'Auvergne. Les spécialistes sont presque deux fois plus rares dans le département en comparaison aux médecins généralistes. Les médecins psychiatres sont quant à eux deux fois moins nombreux dans le Cantal (un psychiatre pour 12 020 habitants) qu'en région (un psychiatre pour 5 312 habitants). L'écart avec la région se creuse encore si l'on observe les psychiatres installés en activité libérale sur le territoire : soit 3 pour 144 240 habitants. La densité des psychiatres libéraux dans le Cantal est environ 4,5 fois moins importante qu'en région.

Il paraît intéressant de constater que les psychiatres du département sont assez jeunes. En effet, les moins de 40 ans

représentent 33 % du total des psychiatres du département, contre 23 % en moyenne en France.

Sur le territoire, Aurillac compte la majeure partie de l'offre de soins du Cantal. C'est notamment le cas pour la santé mentale avec le Centre hospitalier Henri Mondor qui dispose d'un service de psychiatrie. L'hôpital de Saint-Flour comprend également un service de psychiatrie en son sein.

Avec une douzaine de psychiatres en activité sur l'ensemble du département, l'accès aux soins en psychiatrie est difficile pour toute la population. C'est notamment et particulièrement le cas pour le public migrant en demande d'asile.

Répartition des structures d'hébergement du public demandeur d'asile sur le territoire du Cantal

Il y a 256 places d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire, ce qui représente 1 place d'hébergement pour 563 habitants. Nous pouvons également noter qu'il y a environ 200 places d'hébergement pour les personnes

³⁶ L'Assurance Maladie. Annuaire de santé de l'assurance maladie Ameli. Repéré à <http://annuaresante.ameli.fr/>

bénéficiaires de la protection internationale³⁷ dans le Cantal.

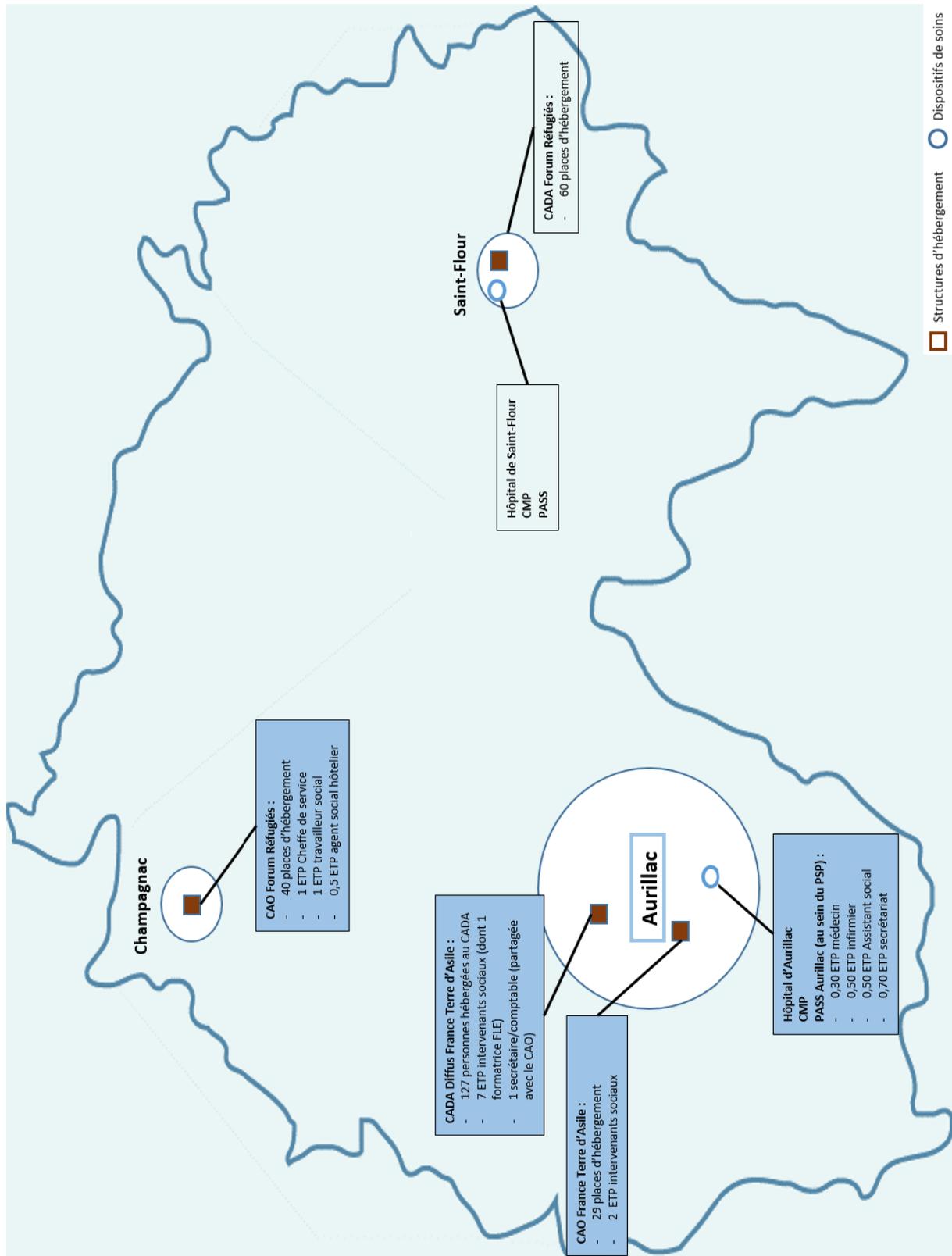
La carte qui suit donne un aperçu de l'implantation des structures

d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire ainsi que de principaux interlocuteurs de celle-ci au niveau du soin.

³⁷ Il semble important de préciser ce chiffre, car au niveau de l'accès aux soins en santé mentale les situations recouvrent à priori les mêmes problématiques pour les publics bénéficiaires de la protection internationale (BPI) que pour les publics

demandeurs d'asile. Pour le système de santé et l'offre de soin, il n'y a pas forcément de distinction entre ces deux publics qui viennent poser les mêmes problématiques et impactent de manière similaire les dispositifs de soin.

Cartographie des structures d'hébergement et de soins en lien avec la population migrante en demande d'asile sur le département du Cantal



L'accès aux soins en santé mentale du public migrant dans le Cantal

Les personnes migrantes et les professionnels des centres d'hébergement qui les accompagnent sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins en santé et particulièrement en ce qui concerne la santé mentale sur le territoire du Cantal. Nous pouvons noter deux contextes très différents pour les trois structures d'hébergement présentes sur le territoire du Cantal.

Les CADA et CAO France Terre d'Asile sont implantés à Aurillac et bénéficient de la proximité de l'hôpital Henri Mondor et notamment de la Pass vers laquelle ces structures d'hébergement s'appuient pour la majorité des demandes de soins, somatiques et psychiques.

Comparée aux autres villes du département, Aurillac est dotée des dispositifs de soin les plus complets. Il faut néanmoins noter l'isolement de cette ville dans la région. En effet, Aurillac est à plus de deux heures de Clermont-Ferrand. Ainsi, du fait des distances à parcourir, il est très difficile d'orienter des personnes vers Clermont-Ferrand dans le cas où Aurillac ne dispose pas d'une offre de soins suffisante.

Les professionnels de l'hébergement et du soin constatent une saturation importante des structures de soin sur le territoire, notamment des CMP, et cela pour toutes les populations confondues.

Néanmoins, en ce qui concerne le public migrant, d'autres difficultés viennent s'ajouter à cela. La non-maitrise de la langue française paraît être un des freins les plus importants dans l'accès aux soins et

notamment en santé mentale pour le public. Les travailleurs sociaux des CADA et du CAO d'Aurillac repèrent beaucoup de personnes qui nécessiteraient, d'après eux, d'être suivies ou au moins d'être évaluées par un psychologue ou un psychiatre, ce qui est impossible pour beaucoup d'entre elles. En effet, les professionnels des structures d'hébergement font face à des difficultés d'orientation des personnes allophones par les CMP et dans les services de psychiatrie de l'hôpital.

Le travail clinique avec interprète, notamment téléphonique, pose problème. Les raisons invoquées par les professionnels soignants sont l'impossibilité de voir la gestuelle, le visage, le regard de la personne, etc. Du côté du soin, il y aurait en effet la volonté de travailler avec des interprètes présents physiquement. En pratique, cela est très compliqué puisque la plupart des interprètes (surtout en ce qui concerne les langues rares) se trouvent à Clermont-Ferrand, à Lyon, ou même à Paris. Ces différentes considérations théoriques impliquent donc parfois une impossibilité pratique d'orienter les personnes allophones vers des soins en santé mentale.

Les professionnels des structures d'hébergement constatent qu'il y a peu de médecins psychiatres sur le département et que ceux-ci sont peu enclins à prendre en charge le public migrant.

Dans ce contexte de saturation de la psychiatrie, les médecins généralistes (notamment les « médecins de villes ») font ressources. Certains d'entre eux prennent beaucoup en charge le public migrant ce qui conduit parfois à un débordement de leur file active.

En ce qui concerne le repérage et l'évaluation de la souffrance psychique, les professionnels et travailleurs sociaux sont de plus en plus fréquemment sollicités par les personnes et sont amenés à écouter des choses de plus en plus difficiles.

Du fait des difficultés d'orienter vers la santé mentale, les professionnels de Cada et de CAO essayent de trouver des solutions en se tournant vers d'autres dispositifs (qui sont très rares sur le département) comme Impact 15, dont les bénévoles proposent des pratiques alternatives (sophrologie, art-thérapie, etc.) et qui peuvent parfois constituer des soutiens à la santé mentale.

Aux Cada et CAO France Terre d'Asile, il existe une volonté de travailler sur l'accès aux soins avec les autres opérateurs sur le territoire et notamment Forum réfugiés (CAO, CPH, etc.). L'idée serait de mutualiser certaines ressources et notamment un psychologue intervenant dans les structures afin d'avoir un service accessible à tous et pallier les difficultés d'accès aux soins.

La permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de l'hôpital Henri Mondor constitue l'interlocuteur privilégié et quasi exclusif sur le territoire pour le public migrant. C'est le cas pour les CADA et CAO France Terre d'Asile³⁸ pour qui la Pass représente un soutien très important notamment dans les cas les plus difficiles. En effet, celle-ci facilite largement l'orientation vers l'hôpital et

particulièrement vers la psychiatrie malgré des difficultés elle aussi à réorienter en interne. Ce dispositif est une Pass somatique, et ne dispose pas de temps de psychologue ou de psychiatre malgré l'intérêt que cela pourrait représenter, selon les professionnels du dispositif.

Les professionnels ont constaté une augmentation très conséquente de l'orientation des personnes migrantes vers la Pass depuis 2015, date où le nombre de places d'hébergement sur le territoire a largement augmenté. À cette période la file active de la Pass a très largement augmenté alors que les budgets alloués à ce dispositif sont restés les mêmes³⁹. Aujourd'hui, le public migrant représente 95 % de la file active de la Pass. L'arrivée d'un nouveau médecin, en janvier 2018, ainsi que l'ouverture d'une enveloppe interprétariat financée par l'ARS a permis un fonctionnement plus fluide du dispositif. Néanmoins, il y a toujours des difficultés dans l'orientation du public migrant vers la santé mentale au sein de l'hôpital. De plus, les patients reviennent sans cesse à la Pass, ce lieu étant repéré comme la seule possibilité de soin.

Un groupe s'est constitué à l'hôpital pour travailler autour des questions de psychotraumatisme dans l'optique de créer des consultations spécialisées. Un questionnaire d'évaluation a été mis en place par ce groupe pour essayer de quantifier le nombre de patients qui

³⁸ Mais aussi pour d'autres dispositifs accueillant des migrants et précaires comme les CPH et les programmes de réinstallés.

³⁹ La PASS accueille aussi une part du public bénéficiaire de la protection internationale. La PASS

représente souvent, au même titre que pour le public demandeur d'asile, la seule possibilité de soin sur le territoire pour les personnes précaires. L'augmentation des files actives des PASS ces dernières années est observée sur tous les départements.

auraient besoin d'une prise en charge. Pour certains soignants, la question n'est pas seulement celle du public migrant, mais aussi celle du psychotraumatisme qui n'est pas traité à l'hôpital. Certains soignants ont ressenti le sentiment de ne pas faire « du bon boulot » au sein de l'hôpital par manque de temps et de moyens. Certains d'entre eux constatent un manque de formation des psychiatres et des psychologues sur ces questions.

Dans le cadre de cet état des lieux, nous avons organisé une rencontre à Aurillac qui aura permis aux différents acteurs de l'hébergement et du soin de se rencontrer afin de partager leurs expériences avec le public migrant. Cette rencontre a permis que tous les acteurs entendent les difficultés de chacun, pour les uns, dans l'orientation du public vers la santé mentale et, pour les autres, dans la prise en charge de ce public dans un contexte de soin très saturé.

La rencontre a surtout permis de faire le lien au sein même de l'hôpital, notamment entre la Pass et les services de psychiatrie. Depuis ces structures se sont rencontrées à nouveau pour discuter d'une possible collaboration, permettant de créer des liens plus fluides entre les dispositifs.

Plusieurs éléments pouvant faciliter largement l'accès aux soins en santé mentale du public migrant semblent être en discussion. D'une part, a été discuté le recours à l'interprétariat dans le soin grâce à la technique de visioconférence. Celle-ci permettrait aux psychiatres, au patient et à l'interprète de se voir. D'autre part, une réflexion a émergé au sujet de l'accès facilité aux psychologues de l'hôpital à la

Pass, sans forcément passer par les psychiatres, puisque jusqu'ici l'accès aux psychologues se faisait via la prescription d'un psychiatre. Ainsi, malgré toutes les difficultés repérées, et qui persistent toujours aujourd'hui, il semble y avoir à Aurillac une réelle dynamique qui tend vers une volonté d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale du public migrant précaire sur le territoire.

Le CAO Forum Réfugiés de Champagnac, situé à l'extrême Nord-Ouest du département, est très isolé. Le CAO est à 1h15 de voiture d'Aurillac. Les professionnels n'orientent pas les personnes vers Aurillac du fait de ces distances et tentent d'orienter « hors secteur » en Corrèze, notamment au CMP d'Ussel, situé à 40 minutes de voiture. Champagnac est desservi par des bus qui passent deux fois par jour, un le matin et un le soir. Il n'y a pas de train à proximité de la ville. Le CAO de Champagnac a ouvert en 2017 et les liens avec les acteurs de la santé mentale n'ont pas encore été complètement établis. En ce qui concerne les premières tentatives d'orientation vers le CMP, celles-ci ont été assez difficiles. Les professionnels du CMP peuvent voir des personnes en consultation, mais l'utilisation de l'interprétariat est encore une fois problématique et exclut les personnes allophones des soins. Lorsqu'il s'agit de renouvellements d'ordonnances, les soignants du CMP d'Ussel prennent en charge plus facilement.

Un médecin et une infirmière bénévoles interviennent ponctuellement sur le CAO de Champagnac. Ils constatent que les demandes concernant des problématiques

d'insomnie ou d'autres troubles du sommeil sont régulières. Les professionnels du CAO constatent qu'à leur arrivée, les personnes sont stressées et paniquées par le silence du milieu rural, mais que presque systématiquement après quelques semaines les gens s'apaisent. S'il y a des demandes répétées de voir un médecin psychiatre ou psychologue, les professionnels tentent alors d'orienter vers le CMP.

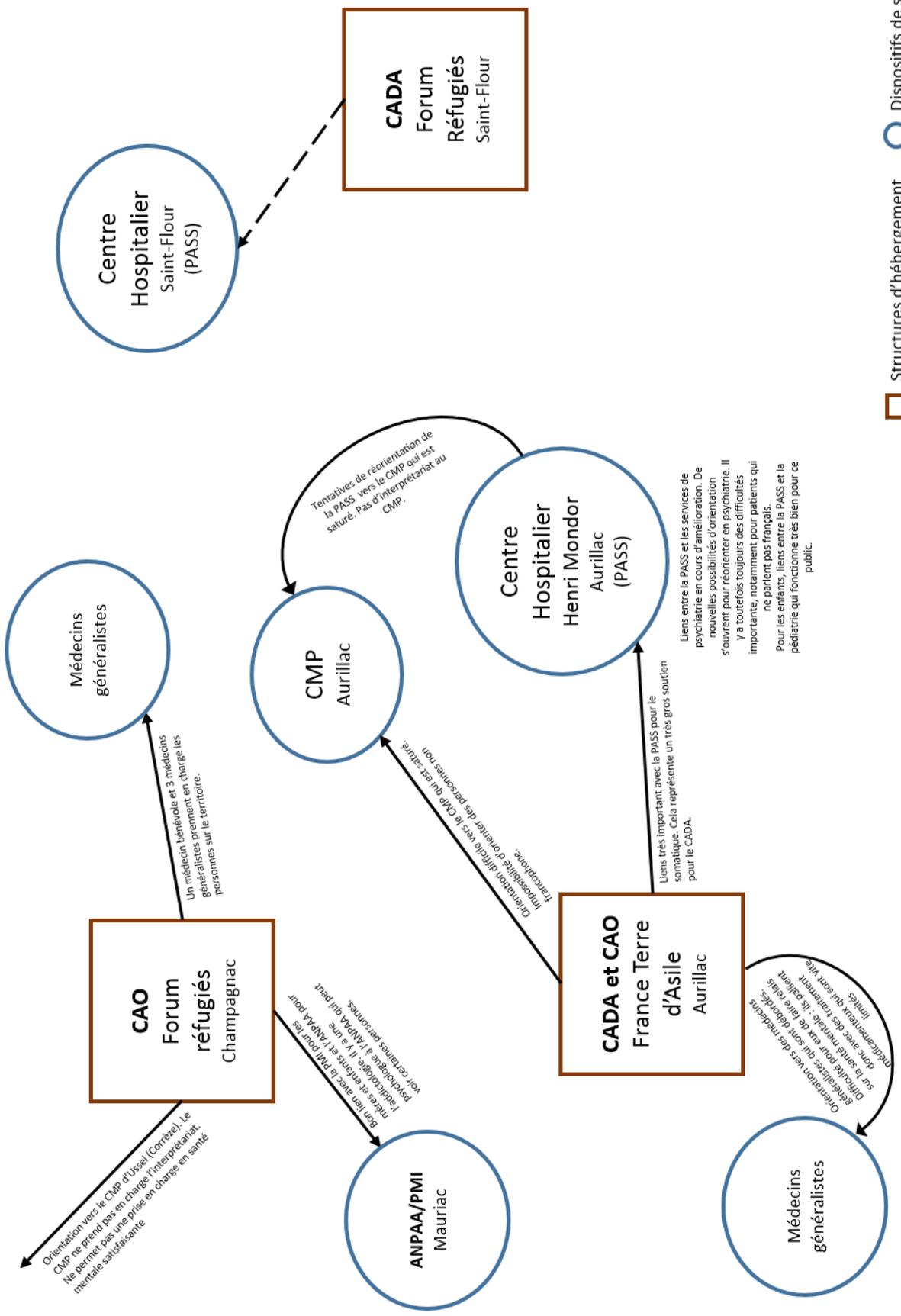
Sur le territoire de Champagnac, trois médecins généralistes font soutien et se « partagent » les résidents du CAO : ces médecins gèrent toutes les petites pathologies et peuvent recevoir les personnes en urgence. Les liens avec la

CPAM et la PMI de Mauriac se passent très bien également.

Les professionnels du CAO sont en lien avec l'ANPAA de Mauriac pour les problématiques d'addictologie et la psychologue de ce dispositif peut recevoir occasionnellement des personnes quand il y a une problématique d'addiction repérée. De la même manière, les différentes activités proposées par les bénévoles permettent la création de liens qui peuvent parfois faire soutien à la santé mentale.

Le schéma ci-dessous propose un résumé des principaux interlocuteurs des structures d'hébergement pour demandeur d'asile au niveau du soin.

Principaux partenaires médicaux des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile dans le Cantal



III - TERRITOIRE DE LA HAUTE-LOIRE

Le département de la Haute-Loire compte 227 444 habitants et s'étend sur une superficie de 4 977 km². Le Puy-en-Velay est

la ville la plus importante du territoire en termes de population et dispose notamment d'un hôpital spécialisé en psychiatrie, le centre hospitalier Sainte-Marie. Voici quelques chiffres de la démographie médicale sur le territoire :

Démographie médicale du territoire de la Haute-Loire

| | <i>Haute-Loire</i> | <i>Auvergne</i> | <i>Rhône-Alpes</i> | <i>Auvergne-Rhône-Alpes</i> |
|---|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| Population ⁴⁰ | 227 444 | 1 365 847 | 6 671 212 | 8 037 059 |
| Médecins généralistes en activité régulière ⁴¹ | 284 | 1811 | 9001 | 10 812 |
| Rapport médecins généralistes en activité régulière (hors retraités)/population | 1/801 | 1/754 | 1/741 | 1/743 |
| Médecins spécialistes en activité régulière ⁴² | 123 | 1499 | 8632 | 10131 |
| Rapport médecins spécialistes en activité régulière (hors retraités)/population | 1/1849 | 1/911 | 1/772 | 1/793 |
| Nombre de psychiatres total ⁴³ | 27 | 223 | 1290 | 1513 |
| Rapport médecins psychiatres/population | 1/8424 | 1/6125 | 1/5171 | 1/5312 |

⁴⁰ Insee, estimations 2018.

⁴¹ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

⁴² Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

⁴³ Ces chiffres comprennent les psychiatres salariés, les psychiatres libéraux ainsi que les psychiatres exerçant une activité mixte. Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Nombre de psychiatres libéraux ⁴⁴ | 9 | 99 | 636 | 735 |
| Rapport médecins psychiatres libéraux/population | 1/25 272 | 1/13 796 | 1/10 489 | 1/10 935 |

Ces chiffres montrent que les médecins généralistes en activité régulière sont légèrement moins nombreux dans le département de la Haute-Loire qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. En ce qui concerne les médecins spécialistes en activité régulière, ceux-ci sont plus de deux fois moins nombreux en Haute-Loire que dans le reste de la région : il y a 1 spécialiste pour 1 849 personnes en Haute-Loire, contre 1 spécialiste pour 793 personnes en région. Les spécialistes sont deux fois plus rares dans le département que les médecins généralistes.

Il y a aussi une densité de médecins psychiatres beaucoup moins importante en Haute-Loire (1 psychiatre pour 8 424 habitants) qu'en région (1 psychiatre pour 5 312 habitants). L'écart avec la région se creuse plus encore pour les psychiatres installés en activité libérale sur le territoire, qui se compte au nombre de 9 pour 227 444 habitants. La densité des psychiatres libéraux en Haute-Loire est environ 2,5 fois moins importante qu'en région.

De manière générale, la population de psychiatres du département est

vieillissante. En effet, les plus de 60 ans représentent un tiers du total des psychiatres du département contre 27 % en moyenne en France.

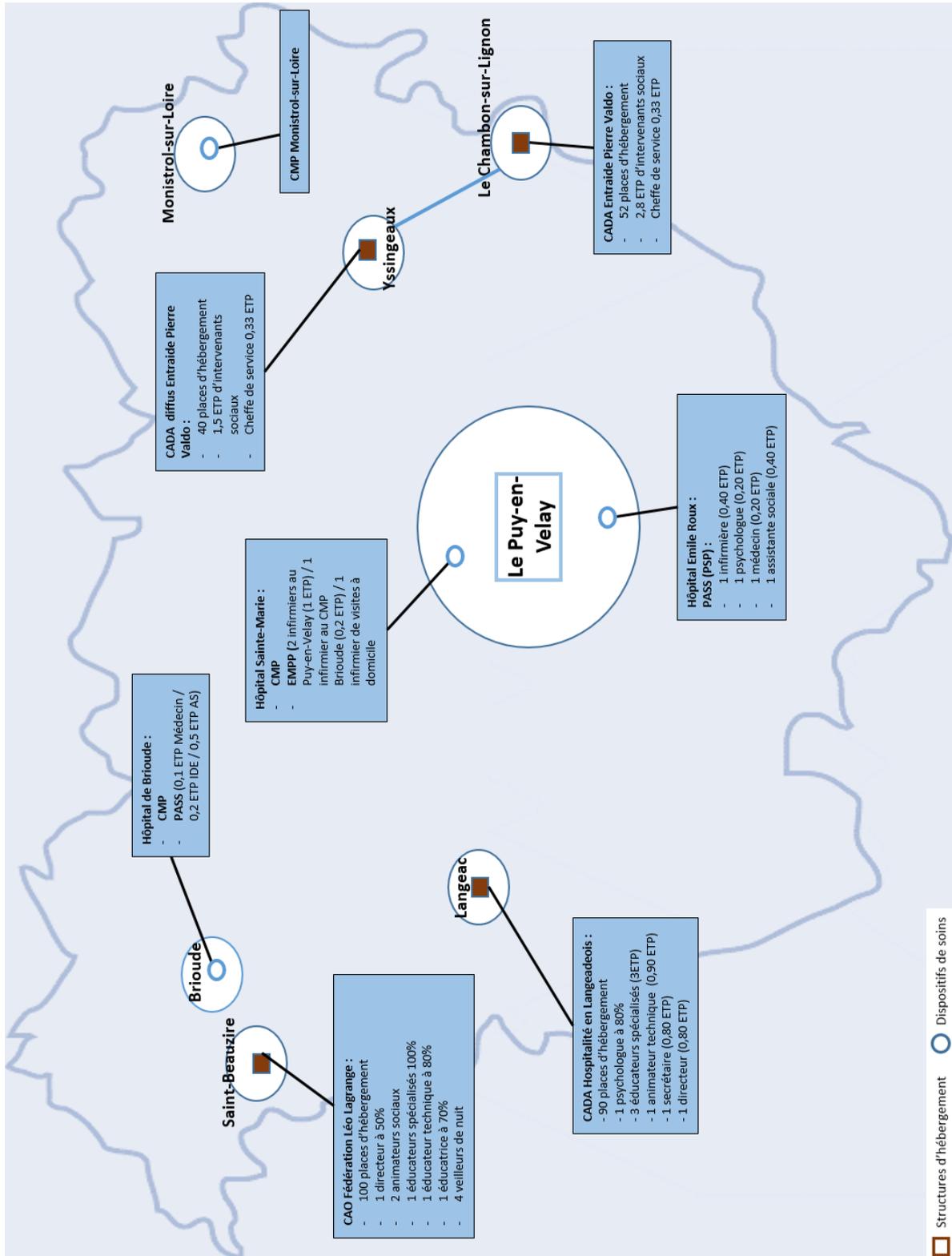
Répartition des structures d'hébergement du public demandeur d'asile en Haute-Loire

Il y a 282 places d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le département, ce qui représente 1 place d'hébergement pour 807 habitants. Toutes les structures d'hébergement pour demandeurs d'asile sont implantées sur des territoires ruraux, loin des grandes villes du territoire et notamment du Puy-en-Velay.

La carte qui suit donne un aperçu de l'implantation des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire, ainsi que leurs principaux interlocuteurs concernant le soin. Nous pouvons également noter le détail des places disponibles dans les structures d'hébergement, ainsi que les effectifs des professionnels dans les structures de soin.

⁴⁴ L'assurance maladie. Annuaire de santé de l'assurance maladie Ameli. Repéré à <http://annuaresante.ameli.fr/>

Cartographie des structures d'hébergement et de soins en lien avec la population migrante en demande d'asile sur le département de la Haute-Loire



L'accès aux soins en santé mentale du public migrant en Haute-Loire

En Haute-Loire, les structures d'hébergement du public migrant sont implantées à l'Est (Cada d'Yssingeaux et du Chambon-sur-Lignon) et à l'ouest (Cada de Langeac et CAO de Saint-Beauzire) du territoire. La principale offre de soins en santé mentale sur le département est représentée par la ville du Puy-en-Velay et notamment l'hôpital Sainte-Marie qui offre des soins spécialisés en psychiatrie. La carte présentée ci-dessus permet de constater rapidement l'isolement des structures d'hébergement du territoire vis-à-vis des dispositifs de soins.

En ce qui concerne l'Est du territoire, les Cada d'Yssingeaux et du Chambon-sur-Lignon représentent une même structure d'hébergement implantée sur deux lieux différents et sont gérées par l'Entraide Pierre Valdo. Ces deux villes sont isolées et l'accès à la santé mentale y est difficile. En ce qui concerne Yssingeaux, l'EMPP du Puy-en-Velay y tient des permanences une demi-journée par mois. Lors de celle-ci un infirmier de l'équipe mobile se déplace à l'hôpital d'Yssingeaux pour y tenir cette permanence, les locaux du Cada, en diffus ne permettant pas de recevoir ces consultations. Les infirmiers proposent des consultations psychothérapeutiques.

La venue de l'EMPP est une première étape satisfaisante pour les professionnels de l'équipe d'Yssingeaux, mais elle ne suffit pas à épuiser les besoins d'orientation du public vers la santé mentale. Le Cada du Chambon-sur-Lignon ne dispose pas de ces permanences. En effet, les moyens alloués à l'EMPP ne permettent pas aux

professionnels infirmiers de se déplacer sur les deux lieux (Yssingeaux est à 30 minutes de voiture du Puy-en-Velay et Le Chambon-sur-Lignon à 45 minutes).

Une collaboration est en cours avec l'équipe mobile enfant du Puy-en-Velay (EMPIJ). Celle-ci intervient directement auprès des professionnels pour aider vis-à-vis des situations problématiques et amener vers le soin si besoin. Que ce soit avec l'infirmier de l'EMPP ou ceux de l'EMPIJ, les professionnels du Cada réalisent une première évaluation des situations potentiellement problématiques afin d'orienter ensuite les personnes vers ces équipes. Les situations sont ensuite présentées aux soignants ce qui peut déboucher sur une rencontre ou sur un étayage de l'EMPP pour les intervenants sociaux.

La Pass de l'hôpital Émile Roux (au sein du Pôle de Santé publique) fait aussi soutien dans la mesure où elle dispose d'un temps de psychologue et de l'accès à l'interprétariat via ISM Corum. Les professionnels de la Pass peuvent mobiliser tous les services de l'hôpital. Les professionnels constatent que les questions de santé mentale sont fréquentes chez le public migrant précaire. Pour cela, il y a la possibilité de voir dans un premier temps la psychologue pour une évaluation ou pour un suivi. La psychologue peut ensuite tenter de réorienter les personnes sur des structures de droit commun comme le CMP au Puy-en-Velay. Les professionnels constatent une augmentation du nombre de suivis par la psychologue à défaut de possibilité de réorientation dans d'autres structures de soins. Les orientations vers les

psychiatres sont difficiles à l'hôpital. L'augmentation du nombre de patients rend les possibilités de suivis limitées et compliquées pour la psychologue. Le délai d'attente au CMP du Puy-en-Velay est de 4 mois environ et l'accès aux psychiatres et aux suivis de psychologues est très difficile. À ce niveau, le médecin de la Pass peut parfois faire jouer ses relations au CMP pour accélérer les choses. Les interconnaissances entre médecins jouent un rôle important dans les possibilités concrètes d'orientation. La Pass utilise beaucoup l'interprétariat dans les consultations.

Les intervenants sociaux constatent que les problématiques liées à la compréhension des personnes et l'absence d'interprétariat dans beaucoup de structures de soins constituent la principale barrière de l'accès aux soins du public migrant. L'accès aux médecins de l'hôpital est quant à lui très compliqué du fait de la difficulté d'avoir accès à des interprètes.

Il existe un CMP à Monistrol-sur-Loire à 45 minutes de voiture du Chambon-sur-Lignon, mais celui-ci ne dispose pas d'interprétariat.

Dans les situations les plus urgentes, le Cada finance lui-même l'interprétariat, car : *« il faut bien que les personnes se fassent soigner... »* Toutefois le budget interprétariat d'un Cada est contraint et n'inclut pas l'interprétariat en santé.

Sur chacun des sites où sont implantées les structures d'hébergement, les médecins de villes font soutien, mais ne permettent pas de combler le besoin de soin en santé mentale du public. Ceux-ci essaient parfois

d'appuyer les demandes d'orientation des professionnels ce qui fonctionne parfois.

De manière générale, il y a plusieurs ressources pour orienter vers la santé mentale, mais l'accès aux psychiatres est très compliqué. Aussi les distances constituent de véritables freins dans l'accès aux soins notamment en santé mentale du public migrant. En Haute-Loire, peu de transport en commun desservent certaines villes et certains villages. Les distances à parcourir pour accéder aux soins sont importantes et les intervenants sociaux doivent souvent accompagner en voiture les personnes, ce qui est très chronophage. Pour chaque rendez-vous, les intervenants sociaux prennent une demi-journée. Les professionnels constatent que beaucoup de personnes nécessiteraient d'avoir un suivi en santé mentale plus important. Face aux souffrances des personnes, les intervenants sociaux se trouvent en première ligne et les situations de crise sont très compliquées à gérer pour eux.

Les deux hôpitaux du Puy-en-Velay ont créé une convention entre eux afin de faciliter les liens notamment de l'hôpital Émile Roux vers le secteur de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Marie. L'EMPP Sainte-Marie intervient sur Le Puy-en-Velay et le secteur de Brioude. Il n'y a pas de temps de psychiatres ni de psychologues à l'EMPP, celle-ci étant rattachée au CMP ce qui permet la proximité avec les psychiatres et psychologues. L'équipe fait le lien entre l'intra et l'extra hospitalier, certaines orientations peuvent se faire rapidement vers le CMP selon l'évaluation des infirmiers.

Pour l'Ouest du département de la Haute-Loire, les CAO de la Fédération Léo Lagrange de Saint-Beauzire et le Cada hospitalité en Langeadois de Langeac ont aussi certaines difficultés dans l'orientation du public vers le soin.

Au CAO de Saint-Beauzire, les personnes restent plus longtemps qu'elles ne le devraient. En effet, le CAO était pensé pour que les personnes restent 3 mois et soient réorientées par la suite, ce qui n'est pas le cas. Les personnes hébergées sont parfois dans des situations administratives très différentes. En moyenne, les personnes restent au CAO environ 8 mois. Ainsi, les professionnels du CAO ont le sentiment de faire les mêmes missions que ceux d'un Cada. Les professionnels constatent des besoins importants des personnes en termes de santé mentale. Les intervenants sociaux sont alertés par des crises d'angoisse, des nuits agitées avec cauchemars, insomnies, etc.

À leur arrivée, les personnes sont d'abord reçues par un médecin de la Croix-Rouge pour une première évaluation médicale. Puis, il y a ensuite une évaluation systématique à la Pass de Brioude avec un médecin et une infirmière qui permet notamment de faire remonter des besoins particuliers qu'auraient les personnes, notamment en termes de santé mentale. La Pass de Brioude est une ressource importante, notamment pour le soin somatique.

Les professionnels du CAO se rendent très disponibles (sans être formés) pour écouter les personnes et leur permettre de s'apaiser. Les intervenants sociaux constatent une réticence du public à voir

des psychologues ou des psychiatres qui font tout de suite référence pour eux à la « folie ». Il y a donc tout un travail à faire pour les travailleurs sociaux de déconstruction de ce qu'est la santé mentale. Ce travail est néanmoins difficile, car les professionnels ne sont pas formés et ne disposent pas d'outils de sensibilisation sur ces questions. Les professionnels sont en difficulté pour évaluer certaines situations en santé mentale.

Les médecins de ville constituent des ressources pour l'accès aux soins, mais ceux-ci sont très vite saturés par le public, ce qui les conduit parfois à refuser des prises en charge.

Pour la santé mentale, le CAO oriente les personnes vers le CMP de Brioude où il y a notamment un psychiatre qui accepte de travailler avec des interprètes. Néanmoins, c'est le CAO qui paie l'interprétariat pour ces consultations. Les professionnels du CAO constatent que les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont relativement longs (2 mois) et que peu de personnes sont prises en charge sur le long terme. Un partenariat avec l'EMPP du Puy-en-Velay est en cours de négociation pour qu'un infirmier intervienne une fois par mois dans le CAO. L'équipe mobile souhaite faire ce lien, mais n'aura probablement pas assez de temps pour proposer le même type de partenariat qui est en place avec le Cada d'Yssingeaux. La proposition était alors de venir sur le site de Saint-Beauzire ponctuellement afin d'accompagner vers le soin et soutenir les professionnels dans les situations les plus difficiles, notamment en ce qui concerne la compréhension et le

repérage de situations complexes ou problématiques.

Le CAO oriente beaucoup de personnes vers les urgences de l'hôpital de Brioude qui constituent souvent la seule possibilité d'accès aux soins dans certaines situations. Les intervenants sociaux orientent aussi à Clermont-Ferrand (1 heure de voiture) pour certains spécialistes et dispositifs de soins (comme Solidarité santé 63⁴⁵) qui n'existent pas sur le département.

Le travail de l'équipe encadrante est difficile, avec des journées très remplies. Dans ce contexte, les bénévoles jouent un rôle important notamment pour proposer des activités aux personnes hébergées, mais aussi pour accompagner les personnes vers l'extérieur.

De manière générale les possibilités d'orientation vers le soin en santé mentale ne sont pas suffisantes. Les professionnels aimeraient avoir un temps de psychologue au sein même de l'équipe, mais le budget de la structure de le permet pas.

Le Cada de Langeac existe depuis 18 ans et reçoit une grande majorité de familles. Le Cada a la particularité de disposer d'une psychologue à 80 %. En ce qui concerne le soin somatique, les médecins généralistes de la ville de Langeac prennent en charge le public sans problème : « *cela fonctionne très bien, les médecins connaissent très bien notre public !* » Quand cela est nécessaire, ce sont ces médecins qui orientent les personnes vers des spécialistes, le plus souvent au Puy-en-Velay ou vers Clermont-Ferrand. Des réunions sont organisées avec

les médecins de la ville afin de parler des nouvelles évolutions au niveau des procédures de demande d'asile, etc., mais aussi afin de réfléchir à comment fonctionner au mieux ensemble.

Au sujet des soins en santé mentale, c'est dans un premier temps la psychologue qui voit les personnes au Cada. Elle réoriente ensuite si besoin les personnes. Pour les enfants, une pédopsychiatre de l'hôpital de Brioude se déplace parfois à Langeac et reçoit assez facilement les personnes avec interprète si besoin. Concernant les adultes, la psychologue du Cada les oriente plutôt vers l'hôpital Sainte-Marie du Puy-en-Velay, ce qui fonctionne plutôt bien. L'hôpital Sainte-Marie fait appel à de l'interprétariat professionnel pour les consultations avec le public allophone.

Les professionnels du Cada de Langeac ont le sentiment d'être très isolés géographiquement. En effet, Le Puy-en-Velay est à 45 minutes de voiture et à 1h15 de Clermont-Ferrand, ce qui rend parfois compliqué le fait d'accompagner les personnes à leur rendez-vous médicaux, ou alors, leur déplacement. La plupart du temps, les personnes se déplacent en bus ou en train.

La psychologue du Cada joue un rôle particulier au sein dans la structure. En effet, elle permet, d'une part, d'évaluer les besoins en santé mentale ainsi que d'orienter vers le soin et, d'autre part, un travail de suivi, mais aussi de préparation des personnes au récit de demande d'asile qui aura lieu à l'Ofpra. La psychologue du Cada constate qu'il y a de vraies demandes

⁴⁵ Voir département Puy-de-Dôme

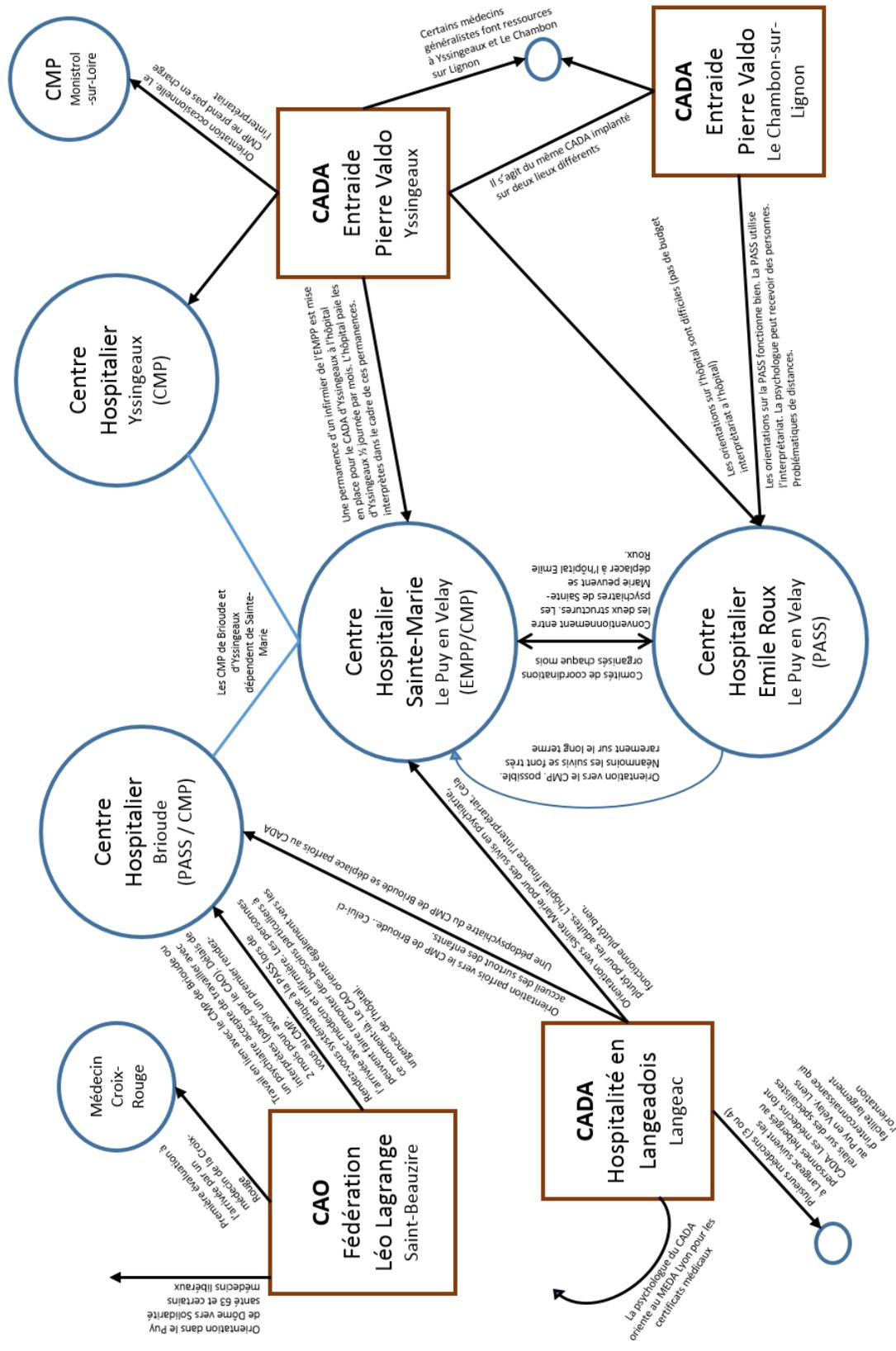
et engagements dans le soin de la part des personnes. La psychologue travaille en lien étroit avec les travailleurs sociaux de la structure afin d'appréhender au mieux les dossiers des personnes.

Toutes les semaines, les professionnels du Cada de Langeac se réunissent pour échanger sur les cas les plus difficiles.

Sur le territoire de la Haute-Loire, il existe des réunions interpartenariales qui permettent des rencontres entre les différentes structures d'hébergement du territoire.

Le schéma ci-dessous propose un résumé des principaux interlocuteurs des structures d'hébergement pour demandeur d'asile au niveau du soin.

Principaux partenaires médicaux des structures d'hébergement d'asile en Haute-Loire



IV - TERRITOIRE DU PUY-DE-DÔME

Le département du Puy-de-Dôme compte 655 185 habitants et s'étend sur une superficie de 7 970 km². La ville de Clermont-Ferrand concentre une large part

de l'offre de soin du territoire. Voici quelques chiffres de la démographie médicale sur le territoire :

Démographie médicale du territoire du Puy-de-Dôme

| | <i>Puy-de-Dôme</i> | Auvergne | Rhône-Alpes | Auvergne- Rhône-Alpes |
|---|--------------------|-----------|-------------|--------------------------|
| Population ⁴⁶ | 655 185 | 1 365 847 | 6 671 212 | 8 037 059 |
| Médecins généralistes en activité régulière ⁴⁷ | 895 | 1811 | 9001 | 10 812 |
| Rapport médecins généralistes en activité régulière (hors retraités) / population | 1/732 | 1/754 | 1/741 | 1/743 |
| Médecins spécialistes en activité régulière ⁴⁸ | 971 | 1499 | 8632 | 10131 |
| Rapport médecins spécialistes en activité régulière (hors retraités) / population | 1/675 | 1/911 | 1/772 | 1/793 |
| Nombre de psychiatres total ⁴⁹ | 147 | 223 | 1290 | 1513 |
| Rapport médecins psychiatres / population | 1/4457 | 1/6125 | 1/5171 | 1/5312 |

52

⁴⁶ Insee, estimations 2018.

⁴⁷ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

⁴⁸ Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

⁴⁹ Ces chiffres comprennent les psychiatres salariés, les psychiatres libéraux ainsi que les psychiatres exerçant une activité mixte. Conseil national de l'ordre des médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018*. Repéré à https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

| | | | | |
|---|--------|----------|----------|----------|
| Nombre de psychiatres libéraux ⁵⁰ | 73 | 99 | 636 | 735 |
| Rapport médecins psychiatres libéraux /population | 1/8975 | 1/13 796 | 1/10 489 | 1/10 935 |

Ces données nous informent que les médecins généralistes en activité régulière sont proportionnellement assez nombreux sur le territoire du Puy-de-Dôme. Cette tendance reste la même en ce qui concerne les médecins spécialistes en activité régulière. Ceux-ci sont en effet plus nombreux en moyenne dans le Puy-de-Dôme que dans la région.

Les médecins psychiatres sont eux aussi plus nombreux dans le Puy-de-Dôme qu'en région : soit 1 psychiatre pour 4 457 habitants dans le Puy-de-Dôme, alors que nous retrouvons 1 psychiatre pour 5 312 habitants en région. La densité de psychiatres libéraux dans le département est elle aussi plus importante qu'en région. Il est intéressant de noter que, aussi bien pour les psychiatres que pour les autres spécialistes, le département du Puy-de-Dôme est particulièrement bien loti par rapport au territoire de l'Auvergne dans son ensemble. En effet, si nous comparons ces chiffres, nous constatons que la densité de psychiatres est supérieure dans le Puy-de-Dôme (1 psychiatre pour 4 457 habitants) à la densité de psychiatres en région (1 psychiatre pour 5 312 personnes). Toutefois, la densité de psychiatres en Auvergne (1 psychiatre pour 6 125

personnes) est moins importante que celle du Puy-de-Dôme et de la région. Cette densité de psychiatres dans le Puy-de-Dôme s'explique largement par la concentration de ceux-ci dans la plus grande ville du territoire de l'Auvergne : Clermont-Ferrand.

Aussi, il paraît intéressant de constater que les psychiatres du département sont assez jeunes. En effet, les moins de 40 ans représentent 42 % du total des psychiatres du département, contre 23 % en moyenne en France.

Répartition des structures d'hébergement du public demandeur d'asile sur le territoire du Puy-de-Dôme

Il y a 911 places d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire ce qui représente 1 place d'hébergement pour 719 habitants.

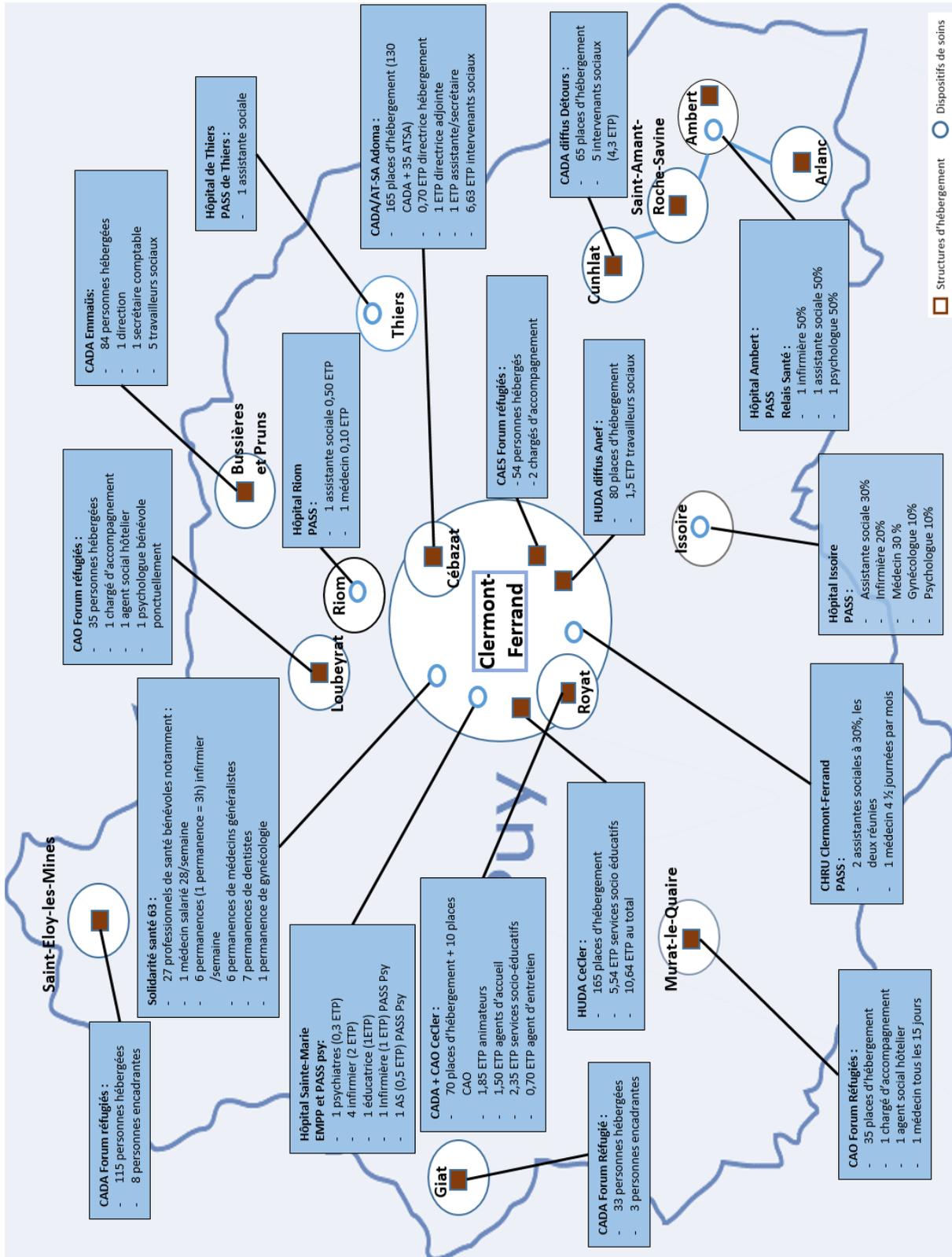
La carte qui suit donne un aperçu de l'implantation des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile sur le territoire ainsi que de principaux interlocuteurs de celles-ci au niveau du soin⁵¹. On y trouve également le détail des places disponibles dans les structures

⁵⁰ L'Assurance Maladie. Annuaire de santé de l'assurance maladie Ameli : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

⁵¹ Les dispositifs existants ne sont pas tous présents sur cette carte pour des raisons de lisibilité.

d'hébergement ainsi que les effectifs des professionnels dans les structures de soin.

Cartographie des structures d'hébergement et de soins accueillant la population migrante en demande d'asile sur le département du Puy-de-Dôme



L'accès aux soins en santé mentale du public migrant dans le Puy-de-Dôme

Le Puy-de-Dôme représente le territoire où il y a la proportion la plus importante de médecins, et notamment de médecins psychiatres, en Auvergne. Sur le département, il existe néanmoins de grosses disparités dans l'implantation des médecins psychiatres. En effet, Clermont-Ferrand concentre la majorité de l'offre de soins en santé mentale du département, ainsi qu'une bonne part de celle de l'Auvergne. Les structures d'hébergement les plus éloignées de Clermont-Ferrand rencontrent donc parfois des problématiques de distance pour orienter vers le soin en santé mentale. Aussi, beaucoup de professionnels à l'extérieur du département orientent des personnes vers Clermont-Ferrand, notamment pour certaines spécialités médicales et certains dispositifs de soins absents de leur territoire.

Sur le département, six opérateurs gèrent les structures d'hébergement pour demandeurs d'asile : Forum réfugiés (272 places), CeCler (245 places), Adoma (165 places), Emmaüs (84 places), Anef (80 places) et Détours (65 places).

Nous pouvons repérer deux contextes bien différents sur le territoire au niveau de l'accès aux soins avec, d'une part, les structures d'hébergement proches de Clermont-Ferrand, qui bénéficient des dispositifs de soins de la ville, et, d'autre part, les structures plus éloignées de celle-ci qui rencontrent des problématiques de distance avec le soin.

Les structures d'hébergement sur le département du Puy-de-Dôme

Les structures CeCler à Clermont-Ferrand

Les structures d'hébergement gérées par CeCler se trouvent toutes à proximité de Clermont-Ferrand. CeCler est implanté depuis plusieurs années sur le territoire et bénéficie d'un réseau de partenariat qui s'est constitué au fil du temps avec certains acteurs de la santé du territoire, ce qui facilite largement l'accès aux soins des personnes hébergées dans leurs structures.

L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) intervient régulièrement dans les structures d'hébergement de CeCler pour des consultations avec des infirmiers et des psychiatres. L'EMPP intervient aussi à la demande et est un partenaire très important de CeCler en ce qui concerne le soin en santé mentale. L'unité d'accueil d'urgence (UAEO) de l'hôpital Sainte-Marie est également un interlocuteur important pour les orientations d'urgence, notamment en cas de crises ou de décompensations. Ces différentes orientations vers les dispositifs de l'hôpital Sainte-Marie fonctionnent bien notamment du fait d'une convention entre CeCler et l'hôpital.

Certains psychiatres libéraux peuvent également faire ressource et recevoir des personnes, cela concerne notamment les enfants. Les professionnels essaient de mobiliser au maximum le droit commun pour les orientations, mais ils constatent que les délais d'attente pour accéder aux CMP et CMPP sont extrêmement longs (souvent plus de 6 mois). La difficulté pour les professionnels de CeCler n'est pas tant l'évaluation que l'installation d'un suivi sur

le long terme. L'EMPP constitue presque toujours le premier interlocuteur dans le domaine de la santé mentale et facilite largement l'accès plus général à l'hôpital Sainte-Marie, pour des hospitalisations notamment. En ce qui concerne l'interprétariat, les professionnels utilisent beaucoup les ressources internes à CeCler. En effet, parmi les professionnels de CeCler, beaucoup parlent des langues étrangères. Il y aurait au total plus de 20 langues parlées au sein de l'association, ce qui permet de s'appuyer sur les équipes pour traduire dans certaines situations et notamment pour le soin.

Les professionnels de l'association orientent vers l'association Solidarité Santé 63 pour le soin somatique et notamment pour les personnes qui n'ont pas encore de droits ouverts. D'autres dispositifs de soins font soutien de manière plus ou moins directe, comme le CHU de Clermont-Ferrand, le Relais santé, l'ISBA santé, Solidarité Santé 63, ou encore le dispensaire Émile Roux.

Les Cada et l'ATSA Adoma Cébazat

Les Cada et l'ATSA Adoma de Cébazat sont situés à proximité de Clermont-Ferrand (environ 15 minutes en voiture) et utilisent le réseau de la ville pour orienter en santé. En ce qui concerne la santé mentale, les professionnels de ces structures font beaucoup appel à l'EMPP de Sainte-Marie qui constitue le premier interlocuteur. L'équipe intervient dans les structures d'hébergement Adoma, ce qui a permis de sensibiliser certaines personnes et de faire des consultations avec beaucoup de demandeurs d'asile qui n'auraient pas consulté en santé mentale sans cela.

L'EMPP permet aussi de faire le lien vers l'hôpital Sainte-Marie plus généralement, et se déplace - même si les Cada et l'ATSA Adoma ne relèvent normalement pas de leur secteur.

Concernant les enfants, les professionnels ont de bonnes relations avec le CMP vers qui ils peuvent orienter, même si les délais d'attente sont relativement longs (environ 2 mois). Aussi, il arrive que des soignants du CMP puissent voir également les parents quand les relations parents/enfants sont en question. Le CMP finance des interprètes pour les consultations quand cela s'avère nécessaire.

Avec le temps, les professionnels d'Adoma ont réussi à constituer un petit réseau de médecins généralistes et spécialistes (dentistes, gynécologues notamment) avec qui cela fonctionne plutôt bien. Dans le passé, les professionnels accompagnaient les personnes aux rendez-vous (ce qui est parfois une demande des médecins), mais ils n'ont aujourd'hui plus le temps pour cela. Face aux situations les plus compliquées, il arrive que les intervenants sociaux fassent appel à l'AMUAC médecine de garde. Cela peut parfois donner suite à des soins sans consentement à la demande d'un représentant de l'État au CHU de Clermont-Ferrand.

Le financement de l'interprétariat pose parfois problème. Il est arrivé que le Cada et l'ATSA financent l'interprétariat pour des consultations médicales dans les cas les plus critiques.

Pour les personnes francophones, certains médecins psychiatres libéraux acceptent de les recevoir en consultation, mais cela reste ponctuel.

De manière générale, les intervenants sociaux mettent en attente beaucoup de demandes des personnes qui auraient besoin d'être prises en charge en santé mentale. Pour les intervenants sociaux, les principaux manques se trouvent au niveau des suivis psychologiques ou psychiatriques réguliers. Ainsi, l'évaluation est possible, mais il est très difficile de mettre en place des suivis sur le long terme. L'intervention du réseau de médiation et de coordination santé Intermed au Cada, qui doit avoir lieu dès le mois d'avril 2019, permettra d'accompagner les situations médico-psychosociales complexes vers l'appropriation des outils du droit commun, notamment en termes de santé. Cet accompagnement se poursuivra au-delà de la période d'hébergement au Cada, sur le territoire, en fonction des besoins.

CAO Forum Réfugiés de Loubeyrat, Murat-Le-Quaire et CAES Forum Réfugiés de Clermont-Ferrand

Le CAES Forum réfugiés de Clermont-Ferrand profite lui aussi de la proximité des dispositifs de soin de la ville. Les professionnels orientent beaucoup vers Solidarité Santé 63 pour les personnes qui n'ont pas de droits ouverts. Une fois que les personnes ont leurs droits ouverts, elles sont orientées vers des médecins libéraux. La possibilité de ces orientations est dépendante, en amont, d'un travail important de discussion et de communication auprès des médecins libéraux, qui sont souvent très réticents à prendre en charge ce public à cause des questions de langue. Aussi, souvent, les médecins libéraux considèrent que ce public relève des hôpitaux ou des dispositifs

spécialisés existants, comme Solidarité Santé 63. En ce qui concerne la santé mentale, l'EMPP peut être sollicitée pour les personnes hébergées au CAES.

Le CAO de Murat-le-Quaire se trouve dans un milieu très rural à environ 1 heure de voiture de Clermont-Ferrand. Par jour, il y a tout de même deux bus pour réaliser un trajet aller-retour. Un médecin généraliste de La Tour-d'Auvergne vient faire des consultations tous les 15 jours au CAO. Le CAO dépend de Clermont-Ferrand pour la psychiatrie. Pour la santé mentale, l'orientation vers l'EMPP est possible, mais très compliquée compte tenu des distances. Sur le territoire de Murat-le-Quaire, il n'y a à priori aucune autre possibilité d'orientation vers la santé mentale.

Le CAO de Loubeyrat se trouve à 30 minutes en voiture de Clermont-Ferrand. Il n'existe pas de transport en commun à Loubeyrat, il faut se déplacer en voiture jusqu'à Riom. Les intervenants sociaux orientent les personnes vers Solidarité Santé 63 pour ceux qui n'ont pas de droits ouverts et vers les médecins généralistes des villes de Riom ou Châtel-Guyon pour les personnes qui ont la CMU. Le CAO dépend de Clermont-Ferrand pour la psychiatrie.

Pour la santé mentale, l'orientation vers l'EMPP est possible, mais les soignants de l'équipe ne se déplacent pas jusqu'à Loubeyrat.

Sur les trois sites, les professionnels constatent une difficulté pour les hospitalisations compte tenu d'un nombre de places limité. L'accès à l'interprétariat dans les hôpitaux de Clermont-Ferrand est compliqué. Il est arrivé que les structures

paient elles-mêmes l'interprétariat pour que certaines personnes accèdent aux soins. Les différentes tentatives des intervenants sociaux pour orienter vers les psychiatres libéraux ont échoué, notamment à cause des dépassements d'honoraires pratiqués par ceux-ci. De manière générale, les structures d'hébergement de Murat-le-Quaire et de Loubeyrat sont très isolées et dépourvues en termes de possibilités d'orientation vers les dispositifs de santé mentale. Les distances et le manque de transports en commun mais aussi l'impossibilité pour les intervenants sociaux d'accompagner systématiquement les personnes à leurs rendez-vous de santé rendent l'accès aux soins en santé mentale très difficile sur ces deux territoires.

Cada Forum Réfugiés Saint-Éloy-Les-Mines et Giat

Les Cada de Saint-Éloy-les-Mines et de Giat sont implantés sur des zones très rurales, à l'extrême Ouest du département pour Giat et à l'extrême Nord-Ouest pour Saint-Éloy-les-Mines. Pour les soins, les deux structures dépendent du secteur de Clermont-Ferrand. Saint-Eloy-les-Mines se trouve à une heure de voiture de Clermont-Ferrand. Le matin, un bus part en direction de Clermont-Ferrand et un bus le soir permet de revenir. Giat est quant à elle à plus d'une heure de Clermont-Ferrand et aucun transport en commun ne dessert la ville. Ainsi, pour ces deux structures, l'accès aux soins implique presque toujours un accompagnement en voiture des personnes à leurs rendez-vous par les travailleurs sociaux. Cela représente une charge de travail supplémentaire énorme pour ceux-ci et une fatigue supplémentaire.

En ce qui concerne la santé somatique, les médecins généralistes de la ville de Giat répondent plutôt bien aux demandes des intervenants sociaux et des personnes. Deux médecins sur la commune ont « *une sensibilité qui les amène à prendre en charge les personnes du Cada assez facilement* ».

Pour le Cada de Saint-Éloy-les-Mines, les médecins sont plus réticents à prendre en charge les personnes migrantes, notamment pour la réalisation de bilans de santé à leur arrivée. L'équipe du Cada a donc mis en place un partenariat avec l'association Solidarité Santé 63 (Clermont-Ferrand) afin de faire les visites médicales d'entrée. Cette dernière sollicite le dispensaire Émile Roux pour les suspicions de tuberculose et la mise à jour des vaccins. Les consultations sont réalisées au sein de la maison des solidarités départementale de Saint-Eloy-Les-Mines deux fois tous les deux mois. Celles-ci ne sont pas réservées uniquement à la population migrante. La maison de santé de Pionsat (proche de Saint-Éloy-les-Mines) dispose de kinésithérapeutes, médecins et dentistes qui ont parfois été des ressources.

Une psychologue intervient sur les Cada trois heures tous les 15 jours afin d'offrir un espace de paroles aux personnes. Il ne peut néanmoins pas y avoir de véritables suivis du fait du manque de temps de la psychologue. Un interprète est payé par le Cada pour les consultations de la psychologue.

De manière générale, le recours à l'interprétariat est difficile dans les structures de soins. Cela constitue une barrière importante pour l'accès aux soins

en santé mentale des personnes migrantes allophones. Les personnes francophones peuvent bénéficier d'un suivi, mais il y a de nombreux refus de prises en charge pour les personnes non francophones. La porte d'entrée vers la santé mentale et les services de psychiatrie passe souvent par les urgences quand les personnes sont en état de crise. À partir de là, les situations se débloquent, des prises en charge et des suivis psychiatriques se mettent en place par la suite.

Cada Emmaüs Bussières-et-Pruns

Le Cada Emmaüs de Bussières-et-Pruns est situé à plus d'une demi-heure de voiture de Clermont-Ferrand. L'équipe du Cada a mis en place un système de navette plusieurs fois dans la journée et qui part de Bussières-et-Pruns pour aller jusqu'à Aigueperse où il y a une gare. Plusieurs trains par jour desservent Aigueperse, notamment pour aller jusqu'à Clermont-Ferrand.

Le Cada travaille avec deux médecins généralistes à Aigueperse qui font soutien et essaient de faciliter les réorientations en santé mentale sur Clermont-Ferrand. Ces médecins peuvent faire des prescriptions pour répondre à certains troubles, mais les professionnels constatent que les médicaments sont vite limités et qu'ils ne sont plus efficaces très vite. Les personnes ont principalement besoin d'espaces de paroles. Les intervenants sociaux orientent parfois les personnes vers Solidarité Santé 63 pour orienter les personnes vers des spécialistes qui sont difficilement accessibles par ailleurs. Certaines familles ont été orientées vers le dispensaire Émile Roux, spécialisé dans le traitement de la tuberculose et du VIH.

Les professionnels du Cada constatent que beaucoup de personnes hébergées sont en difficulté psychique et auraient besoin de voir un psychiatre ou un psychologue. Les intervenants sociaux se trouvent souvent démunis face aux personnes en souffrance psychique.

Les intervenants sociaux orientent beaucoup de personnes vers le CMP de Riom qui accepte de recevoir dans un délai d'un mois environ. Néanmoins, c'est le Cada qui finance systématiquement l'interprétariat pour les consultations. Les professionnels du Cada constatent que les consultations ne correspondent pas toujours aux attentes des personnes migrantes. Il s'agit souvent de consultations courtes avec des prescriptions médicamenteuses, alors que du côté des personnes, un espace de parole peut être attendu. L'EMPP de Clermont-Ferrand peut faire ressource dans certaines situations, notamment en réorientant les personnes vers l'hôpital.

En ce qui concerne les enfants, les relais en santé mentale fonctionnent plutôt bien. Le CMP notamment répond favorablement aux demandes du Cada. Au CMP, un pédopsychiatre a pu faire ressource en proposant une consultation en psychiatrie transculturelle. Des interprètes peuvent être mobilisés lors de ces consultations.

CADA Détours Ambert

Le Cada Détours est un Cada diffus sur 4 communes : Ambert, Cunlhat, Arlanc et Saint-Amant-Roche-Savine. Ces communes sont toutes séparées par plusieurs dizaines de kilomètres, ce qui implique pour les travailleurs sociaux de grosses distances à parcourir chaque jour pour accompagner

les personnes à leurs différents rendez-vous. Les intervenants sociaux accompagnent systématiquement les personnes en voiture vers les lieux de consultation.

Le territoire a une offre médicale très faible, ce qui conduit les intervenants sociaux à orienter les personnes directement vers les urgences de l'hôpital d'Ambert. C'est souvent la seule alternative possible. Un protocole a été mis en place avec les urgences de l'hôpital afin d'effectuer les visites médicales d'entrée dans le Cada. Celles-ci sont par la suite complétées par l'intervention du dispensaire Émile Roux pour la réalisation de dépistages des IST et la mise à jour des vaccins au sein de la maison des solidarités départementale d'Ambert. Les professionnels du Cada travaillent de manière étroite avec le relais santé d'Ambert et plus spécifiquement avec une infirmière coordinatrice qui facilite les accès à l'hôpital dans certains cas. L'assistante sociale, quant à elle, permet de faciliter les démarches liées à l'accès aux droits, tandis que la psychologue peut prendre en charge les personnes francophones en attendant une prise en charge au CMP d'Ambert.

Le CMP d'Ambert affiche des délais très longs (supérieurs à 6 mois) ce qui ne correspond que peu à la temporalité des personnes hébergées au sein des Cada.

Le Cada a consacré une part de son budget à l'intervention d'une psychologue pour 4 consultations par mois. L'objectif est que celle-ci puisse rencontrer les personnes les plus en difficulté. Les intervenants sociaux organisent les rendez-vous et assurent l'interprétariat. Ils lui réservent leur bureau pour qu'elle puisse faire ses consultations. La psychologue oriente parfois des personnes vers les services de psychiatrie de l'hôpital. Les professionnels du Cada s'appuient également sur l'hôpital et la ville de Thiers (environ 40 minutes en voiture) afin d'accéder à certains médecins. Un psychiatre arabophone de l'hôpital de Thiers fait ressource. Néanmoins, certaines spécialités (ophtalmologie, infectiologie, etc.) ne sont pas, ou peu, présentes à Thiers ce qui oblige les intervenants sociaux à aller jusqu'à Clermont-Ferrand (1h30 de voiture d'Arlanc à Clermont-Ferrand). Pour les communes d'Arlanc et Ambert, un bus par jour va jusqu'à Clermont-Ferrand, mais il n'existe aucun transport en commun pour les communes de Cunlhat et Saint-Amant-Roche-Savine.

En ce qui concerne l'interprétariat, le Cada paie la plupart du temps les interprètes pour les consultations. Les intervenants sociaux remarquent qu'un certain nombre de praticiens sont réticents au fait de travailler avec des interprètes et que la plupart des structures de soins ne mobilisent pas d'interprétariat.

Les dispositifs de soins du Puy-de-Dôme⁵²

L'Équipe mobile psychiatrie précarité et la Pass psychiatrique de Clermont-Ferrand

L'EMPP et la Pass spécialisée en psychiatrie de Clermont-Ferrand sont rattachés à l'hôpital Sainte-Marie (spécialisé en psychiatrie générale et en psychiatrie infante juvénile). Ces équipes constituent les premiers interlocuteurs au niveau du soin en santé mentale pour les publics précaires sur l'agglomération de Clermont-Ferrand et parfois même sur le département du Puy-de-Dôme.

Au 31 décembre 2018, l'équipe de l'EMPP fait partie de l'inter secteur et est composé d'un médecin psychiatre en chef (0.1 ETP), d'un psychiatre coordinateur (0.3 ETP), d'une infirmière coordinatrice (1 ETP), de deux infirmiers (0.5 ETP x2) et d'une éducatrice spécialisée. Les effectifs de l'équipe sont néanmoins en cours d'évolution avec l'augmentation prochaine du temps de travail de la psychiatre coordinatrice et l'arrivée de psychologues au sein de l'équipe.

La Pass psychiatrique quant à elle est également en cours d'évolution et dispose, fin 2018, d'une infirmière (1 ETP) et d'une assistante sociale (0.5 ETP). L'équipe est en cours d'évolution, notamment avec l'arrivée du projet « Rétablis-toit » (logement d'abord).

L'EMPP fait de l'aller vers les populations précaires et notamment les personnes

migrantes⁵³. L'équipe effectue des consultations à la demande dans certains centres d'hébergement et reçoit le public à proximité de Clermont-Ferrand. Elle intervient également dans certains squats et dans la rue. L'EMPP essaye au maximum de répondre aux demandes, mais celles-ci ne peuvent pas être toutes honorées : les orientations des personnes les plus éloignées dans le département ne sont pas prioritaires. L'EMPP tente de répondre tout de même ponctuellement aux demandes de ces centres d'hébergement qui sont éloignés de Clermont-Ferrand.

L'EMPP et la Pass psychiatrique travaillent beaucoup avec le CHU de Clermont-Ferrand qui gère notamment les urgences psychiatriques. L'équipe travaille également avec des médecins généralistes, Solidarité santé 63, ou encore le dispensaire Émile Roux. L'EMPP et la Pass psychiatrique bénéficient d'une enveloppe interprétariat, mise en place par l'ARS en partenariat avec ISM Corum.

Le public migrant représente environ entre 80 et 90 % de la file active de l'EMPP. L'équipe constate une évolution constante de sa file active ces dernières années. Les publics déboutés et sans droits ouverts peuvent être reçus à l'EMPP et à la Pass psychiatrique.

⁵² La liste des dispositifs de soins prenant en charge le public migrant demandeur d'asile présenté n'est pas exhaustive, mais permet de mettre en avant quelques dispositifs qui prennent une place spécifique dans le soin des personnes migrantes dans le Puy-de-Dôme.

⁵³ Selon le rapport d'activité 2018 de l'équipe, environ 65 % des actes sont réalisés en dehors de l'hôpital Sainte-Marie.

Solidarité santé 63

L'association Solidarité Santé 63 est financée par l'ARS et a pour but de dispenser des soins gratuits aux personnes les plus précaires. L'association fonctionne exclusivement avec des médecins bénévoles à l'exception d'un médecin salarié à hauteur de 28 heures par semaine. 27 professionnels de santé bénévoles y exercent et font des permanences par tranche de 3 heures. Des consultations avec des infirmiers, en médecine générale, en chirurgie dentaire ou encore en gynécologie sont proposées.

Solidarité Santé 63 dispense ces soins gratuitement à destination principale des publics sans droit ouvert soit (pour des demandeurs d'asile qui n'ont pas la CMU, des personnes en situation irrégulière et déboutées du droit d'asile). L'association accueille aussi des personnes qui ont des visas expirés. Même si les personnes qui devraient dépendre du droit commun sont un public accueilli de manière plus rare, ces personnes ont tendance à revenir voir l'association, car, d'une part, le lieu est repéré et, d'autre part, parce qu'elles ne trouvent pas forcément d'autres lieux de soins qui les accueillent.

L'association reçoit des personnes de tout le département et même parfois des autres départements. Solidarité Santé 63 fait notamment des bilans de santé à l'arrivée des personnes sur le territoire. Beaucoup de mineurs non accompagnés sont reçus par l'association (soit environ 25 % de la file active).

Solidarité Santé 63 travaille en lien avec les autres acteurs du territoire, notamment le dispensaire Émile Roux et l'EMPP de Sainte-

Marie. L'association constate un manque de coordination sur le territoire entre les acteurs, mais aussi un manque de lien et d'information auprès des médecins libéraux qu'il faudrait, par ailleurs, sensibiliser.

Dispensaire Émile Roux

Le dispensaire Émile Roux est un service d'intervention sanitaire du Conseil départemental du Puy-de-Dôme. Il est financé par l'ARS pour ses activités de lutte contre la tuberculose, de vaccination et de santé sexuelle (prévention, dépistage des IST). Le département finance le reste de ses missions, toutes en lien avec la précarité. Le dispensaire propose notamment une prise en charge globale des personnes les plus précaires. Les soins délivrés par le service sont gratuits et ouverts à tous.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 2 médecins titulaires, dont 1 pneumologue (2 ETP), 5 infirmiers, 1 manipulateur en radiologie, 1 travailleur social, 1 équipe administrative. Celle-ci est renforcée par 2 médecins vacataires (1 ETP), 1 médecin gynécologue, 1 médecin dermatologue et 1 sexologue vacataires (0,40 ETP), le service accueil des internes en médecine. Une médiatrice santé-sociale (travailleuse sociale) permet d'orienter les usagers sans droits vers le dispositif de droit commun, ou d'initier, en cas d'urgence, l'ouverture des droits.

Le dispensaire accueille beaucoup de jeunes migrants, sans représentants de l'autorité parentale. Il constate qu'il existe de nombreuses difficultés pour orienter ce public vers le soin dès lors que les jeunes ne sont pas, ou plus, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Le dispositif accueille également des migrants adultes en seconde intention (orientés par les différentes structures d'hébergement des personnes en demande d'asile du département, les professionnels associatifs ou médicaux, l'Éducation nationale) pour des missions spécifiques telles que la lutte contre la tuberculose, les vaccinations et la santé sexuelle (prévention, dépistage des infections sexuellement transmissibles). En cas de situation d'urgence sanitaire, le dispensaire intervient au sein des centres d'accueil des réfugiés réinstallés (CARR), de Pessat-Villeneuve par exemple, ou des dispositifs d'accueil équivalents. Les interventions sont réalisées en lien avec d'autres services du Conseil départemental (PMI) ou avec des partenaires de santé (Solidarité Santé 63) et associatifs (Secours populaire).

Le dispositif peut être amené à développer ses missions dans des lieux d'hébergement divers (type « squats »), dans lesquels les populations migrantes peuvent temporairement résider, ou à l'accueil de jour de Clermont-Ferrand (Collectif précarité), qui reçoit également ces personnes.

Le dispensaire travaille avec différents partenaires dont Solidarité Santé 63 ainsi que l'EMSP de l'hôpital Sainte-Marie pour la partie santé mentale. Il participe à la structuration du système de soin autour des jeunes migrants en sensibilisant les médecins généralistes libéraux ainsi qu'en repérant les acteurs susceptibles d'accueillir les migrants souffrant de

psychotraumatismes. Les acteurs de terrain constatent qu'il reste difficile de dégager du temps pour se réunir, constituer et faire vivre le réseau.

Dans le cadre de ses missions (vaccinations et dépistage des IST), le dispensaire propose des consultations décentralisées dans les maisons des solidarités départementales situées à Riom, Issoire, Thiers, Ambert et Saint-Eloy-les-Mines.

Consultation en psychiatrie transculturelle pour enfants du CHU de Clermont-Ferrand

Le dispositif de consultation transculturelle du CHU de Clermont-Ferrand existe depuis 2005 et est basé dans l'unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants du service de psychiatrie de l'enfant et adolescent du CHU de Clermont-Ferrand. Les consultations de ce dispositif se réfèrent au modèle de consultations transculturelles initiées par Tobie Nathan et Marie-Rose Moro. « Ces dispositifs de seconde ligne sont dédiés à des patients et leurs familles 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'exil⁵⁴. »

Le public accueilli par ces consultations est majoritairement composé d'enfants de parents migrants. Les mineurs non accompagnés représentent également une

⁵⁴ Asensi, H. (2018). *Penser le soin des enfants réfugiés, une consultation d'ethnopsychiatrie au CHU de Clermont-Ferrand*. Journée d'étude « Partir,

grandir, devenir », 4 décembre 2018, Clermont-Ferrand. Lyon : Orspere-Samdarra.

part importante des personnes suivies ces dernières années.

Les demandes de prise en charge sont la plupart du temps formulées par les médecins, les travailleurs sociaux ou les membres de la famille. L'équipe donne suite aux trois quarts des demandes qui lui sont adressées et réoriente un quart d'entre elles sur les consultations de secteur. La consultation transculturelle dispose d'une ligne budgétaire du CHU pour financer des interprètes assermentés.

Les délais entre le premier contact et le premier rendez-vous sont de 2 à 3 mois. 1 à 3 nouveaux patients sont reçus chaque mois.

ISBA santé prévention

ISBA santé prévention est une association qui est conventionnée avec la CPAM. Elle réalise dans ce cadre environ 3 000 bilans de santé par an pour les populations en situation de précarité. Le recrutement peut se faire par ciblage et invitation de la CPAM, mais aussi par l'orientation du réseau.

En parallèle, une infirmière réalise une autre action au sein de l'association en proposant des accompagnements individualisés à la santé pour les populations les plus éloignées du soin. Suite à l'orientation des personnes par des structures sanitaires et sociales, l'infirmière crée une relation de confiance avec les personnes qu'elle reçoit, définit des objectifs de soin et l'accompagne dans ses démarches. À ce titre, et en fonction de l'autonomie de la personne, l'infirmière prend des rendez-vous pour la personne qu'elle accompagne auprès des professionnels de santé. L'infirmière

dispose d'un véhicule et accompagne physiquement les personnes aux rendez-vous. Elle réalise également des visites à domicile et travaille avec l'ensemble du réseau, dont les structures d'hébergement.

Le relais santé Ambert

Le relais santé d'Ambert est financé par l'ARS et le Conseil départemental. Hébergé à l'hôpital d'Ambert, ce dispositif est un lieu d'accueil et d'orientation gratuit pour les personnes âgées de plus de 16 ans. Le dispositif se compose d'une infirmière (0.5 ETP), d'une assistante sociale (0.5 ETP) et d'une psychologue (0.5 ETP).

L'activité principale du relais santé d'Ambert concerne la prévention à la santé. Les professionnels du relais santé facilitent l'accès aux droits et aux soins par l'intermédiaire d'entretiens individuels. Ils font des permanences délocalisées aux Restaurants du Cœur et à la Maison des services de Cunlhat. L'équipe réalise des actions collectives d'information et d'éducation à la santé sur différents thèmes (hygiène de vie, violences conjugales, diabète et cholestérol, santé et droits sociaux) au sein de la mission locale et de la maison de l'alimentation. Un panel d'outils est utilisé pour parler de la santé. Nous pouvons citer un jeu de plateau qui aborde des questions de santé générale, de sexualité, d'IST, de vaccinations, d'alimentation et de bien être... Par ailleurs, un des objectifs de la structure est également de communiquer sur les dispositifs existants sur le territoire.

Les personnes sans droits ouverts peuvent accéder au relais santé. Environ 35 % des personnes vues par les professionnels de ce dispositif sont des migrants.

Avec ce public, le relais santé s'occupe d'organiser la visite médicale obligatoire en accompagnant les personnes aux urgences pour la visite médicale et la radio des poumons. Pour les enfants de moins de 15 ans, un rendez-vous est pris avec la pédiatre de l'hôpital. Si besoin, l'infirmière prend des rendez-vous complémentaires (chez l'ophtalmologue, le cardiologue ou au centre de périnatalité de proximité de l'hôpital, où se trouvent des sages-femmes et des gynécologues). Le relais santé sert majoritairement à accompagner les personnes vers le soin sur un territoire où les médecins, notamment psychiatres, se font rares. En effet, les urgences de l'hôpital représentent souvent une porte d'entrée vers le soin sur le territoire.

La psychologue de la structure peut réaliser des suivis, mais sa mission première est d'orienter les personnes vers les CMP d'Ambert ou vers les services de psychiatrie de Thiers lorsque cela est possible. Son objectif est de sensibiliser les personnes à la santé mentale, en rompant notamment les préjugés liés à cette profession et en permettant ainsi aux personnes d'accéder aux soins.

Les professionnels constatent qu'il leur manque des formations sur les dimensions interculturelles dans le soin.

Un acteur de coordination sur le territoire : le groupe santé précarité de Clermont-Ferrand

Le groupe santé précarité est un outil de coordination et d'information des acteurs sociaux, médicaux et médico-sociaux du territoire élargi de Clermont-Ferrand qui interviennent auprès d'un public précaire

qui, bien qu'hétérogène, rencontre des difficultés récurrentes et communes.

L'ensemble des professionnels sociaux et sanitaires de l'agglomération clermontoise s'accorde sur le fait que les populations en situation de précarité sont en difficulté pour accéder aux dispositifs de droit commun, et à fortiori, pour accéder aux droits et aux soins.

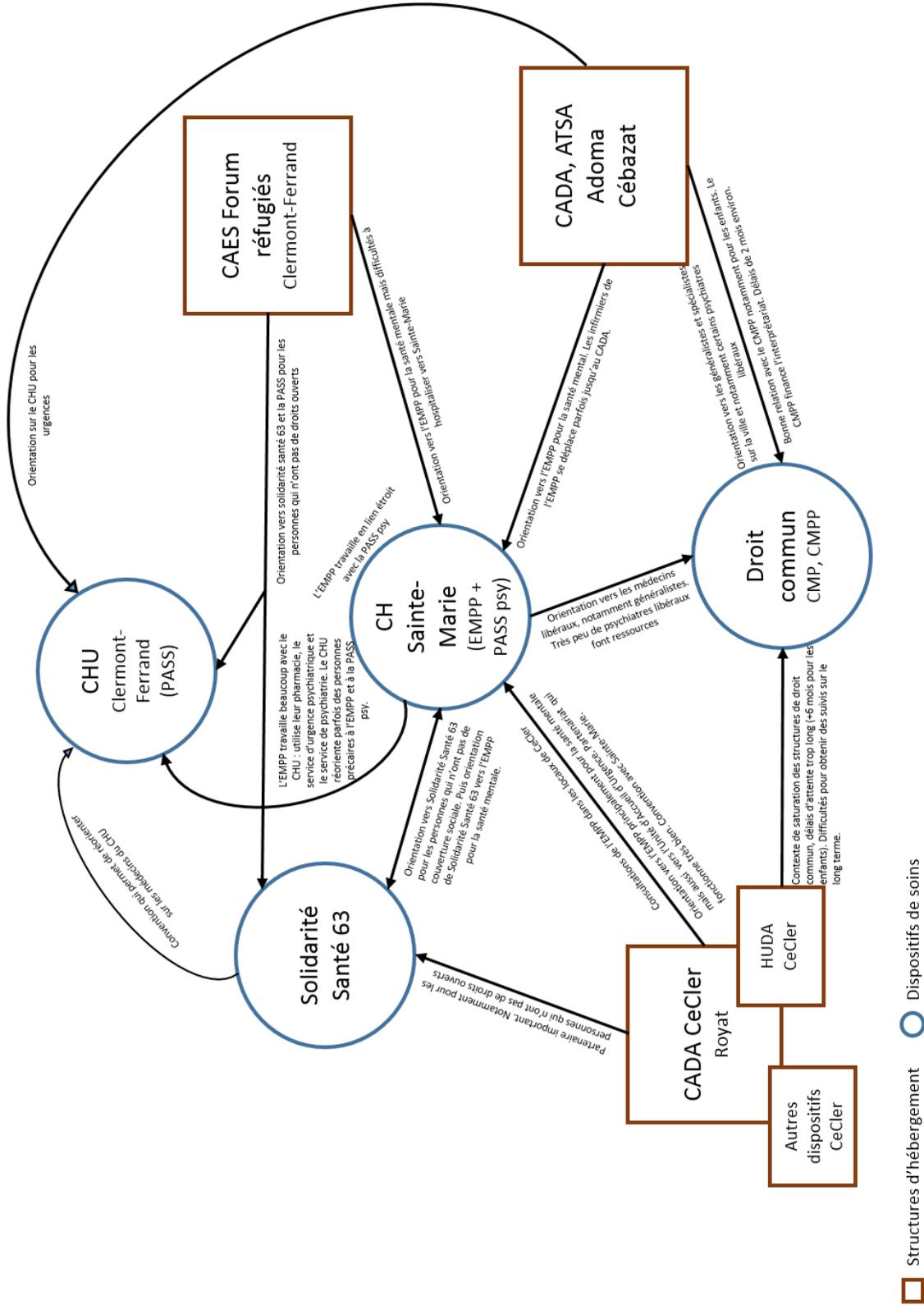
Beaucoup d'acteurs de Clermont-Ferrand participent au groupe santé précarité, notamment : Aides, l'ANPAA, le groupe SOS, la CPAM du Puy-de-Dôme, le relais santé, le CAP santé jeunes, l'ISBA santé, Solidarité santé 63, l'EMPP de Sainte-Marie, le CHU de Clermont-Ferrand, Satis mobile, le département du Puy-de-Dôme, le Centre hospitalier de Riom, le planning familial, la Mutualité française, le Service de santé universitaire et le réseau de médiation et coordination santé Intermed.

Le groupe santé précarité est notamment à l'initiative d'un « carnet de liaison santé » à destination des personnes touchées par la précarité qui peinent à s'orienter et à être accompagnées au plus près de leurs besoins. Ce carnet permet aux différents professionnels de l'accompagnement social et du soin de coordonner leurs actions. L'objectif est d'avoir la possibilité pour les professionnels de suivre ce qui a été fait pour la personne en termes d'ouverture de droits, de soins, de parcours afin de ne pas répéter inutilement certains actes par manque d'information.

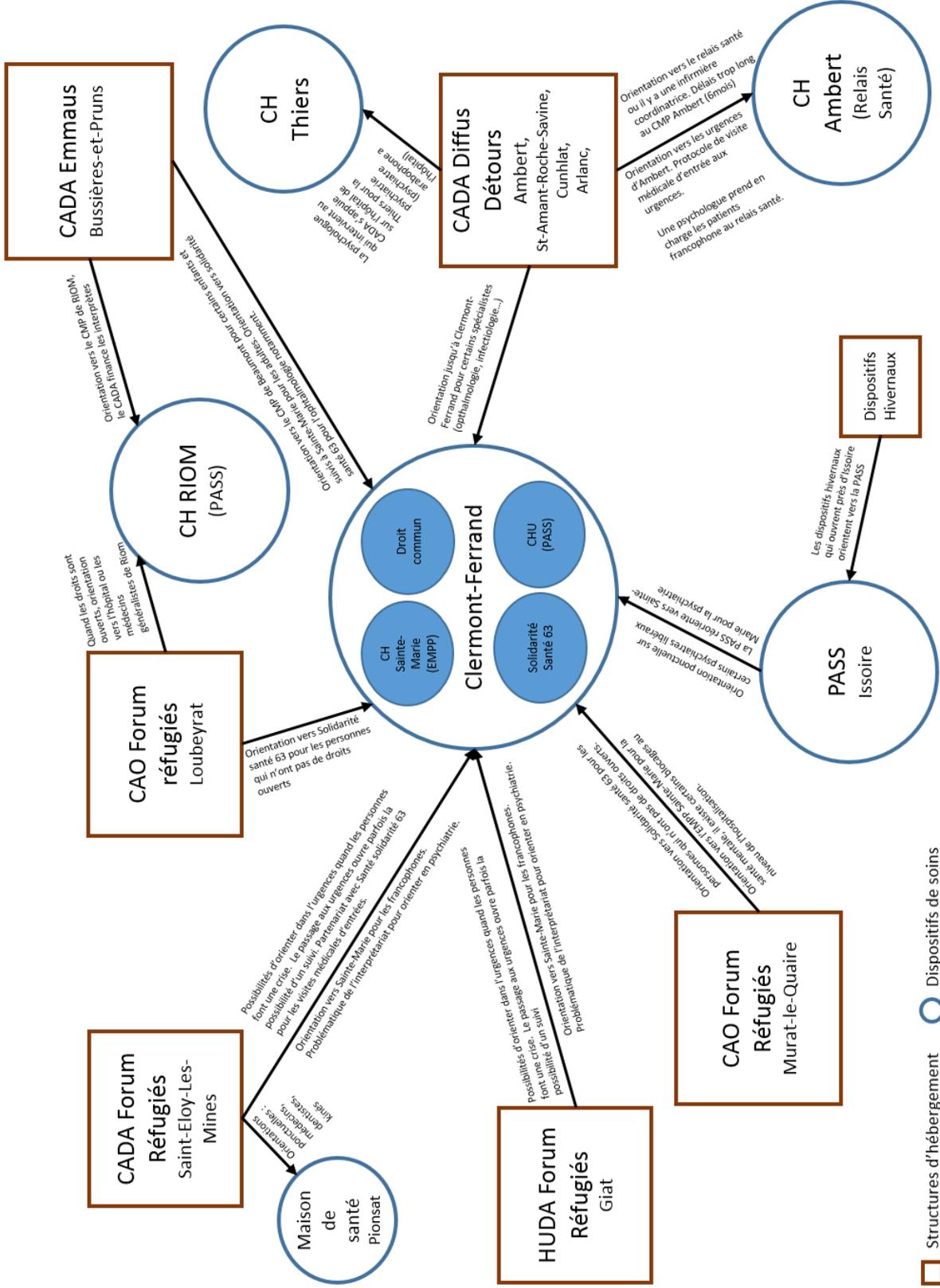
Le groupe organise également une journée d'étude annuelle sur un thème choisi collectivement, des rencontres plénières trimestrielles et des

groupes de travail thématiques en fonction des sujets qui préoccupent les membres.

Principaux partenaires médicaux d'hébergement pour demandeurs d'asile à Clermont-Ferrand



Principaux partenaires médicaux d'hébergement pour demandeurs d'asile dans le Puy-de-Dôme



QUATRIÈME PARTIE : ORIENTER VERS LA SANTÉ MENTALE EN AUVERGNE

Les professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de cette étude ont fait état de leurs diverses et importantes difficultés dans l'orientation des personnes demandeuses d'asile vers la santé et plus particulièrement vers la santé mentale. Il s'agit pour les professionnels de faire face à plusieurs obstacles et problématiques afin que les personnes qu'ils accompagnent soient prises en charge en santé mentale. Aussi, ces difficultés prennent une dimension particulière sur des territoires parfois très isolés. En effet, l'accès aux soins dans un contexte de ruralité pose des questions de distance et d'isolement. De manière plus générale, sur certains territoires, les possibilités d'orientations vers les soins en santé mentale sont presque inexistantes.

I - PROBLÉMATIQUES D'ACCÈS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE REPÉRÉES

Nous proposons d'aborder ici les principales dimensions problématiques qui constituent des freins dans l'accès aux soins du public demandeur d'asile en Auvergne.

Un contexte de saturation générale des dispositifs de soins

En région, et notamment sur le territoire de l'Auvergne, il existe un contexte de saturation générale des dispositifs de droit commun. En effet, les délais pour accéder aux services de psychiatrie, et notamment au CMP ou CMPP,

sont généralement très importants (soit entre 2 et 6 ou 7 mois d'attente environ pour un premier rendez-vous). Sur certains territoires, ces dispositifs de droit commun représentent la seule possibilité d'accès aux soins pour les personnes.

Aussi, nous avons pu constater que beaucoup de postes de soignants, notamment de psychiatres, sont vacants dans les dispositifs de soin de droit commun. Cela est notamment le cas en ce qui concerne les territoires plutôt isolés, où les structures de soin en santé mentale fonctionnent parfois avec des effectifs réduits. Les psychiatres libéraux sont eux aussi souvent débordés et, la plupart du temps, ne prennent pas de nouveaux patients.

Les médecins généralistes jouent un rôle parfois important en termes de santé mentale en offrant une première possibilité de soin. Néanmoins, ceux-ci sont également saturés et les travailleurs sociaux ont le sentiment que les symptômes sont souvent traités avec des médicaments qui ne sont pas forcément adaptés. Les personnes se retrouvent ainsi souvent avec des traitements « *assez lourds* » du fait qu'il n'y a pas de relais au niveau de la prise en charge en santé mentale :

« Quand les personnes vont les voir [les médecins traitants] pour la troisième fois parce qu'elles font 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 psychiatres, il y a un moment les personnes sont tellement en souffrance qu'ils préfèrent, je pense, mettre des anxiolytiques et des traitements du sommeil en espérant que ça aille mieux... » (Intervenant social, Cada)

Les professionnels de l'hébergement constatent qu'il est très fréquent que les médicaments n'aient plus du tout d'effets sur leur patient au bout de quelque temps, ou alors, qu'ils puissent même avoir des effets néfastes sur eux (nous pouvons citer le cas des personnes qui se renferment sur elles-mêmes, qui ne se lèvent plus, etc.).

Les dispositifs d'accès aux soins pour les plus précaires, tels que les Pass et les EMPP, sont eux aussi largement saturés. Généralement, au fil de ces dernières années, le public migrant est venu considérablement impacter la file active de ces dispositifs et parfois sans que des moyens supplémentaires ne leur soient alloués.

Il existe donc un contexte de saturation générale des dispositifs de soins de premiers recours et des dispositifs de psychiatrie. Souvent, les professionnels insistent sur le fait que cette saturation concerne toute la population de manière générale et pas spécifiquement les personnes migrantes : « *Les délais d'attente c'est pas uniquement pour les migrants ! C'est un problème qui touche la population entière !* » (Chef de service, Cada)

Néanmoins, pour le public migrant, toute une série d'autres obstacles s'ajoute à ce contexte, ce qui rend l'orientation vers le

soin en santé mentale difficile. Sur certains territoires, la question des distances géographiques vient également s'ajouter à ce contexte de saturation.

Des inégalités territoriales dans les possibilités d'accéder aux soins

Le schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés (SRADAR) Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2019 précisait déjà que : « 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 psychiatrie. »

La mise en place de structures d'hébergement sur les territoires ruraux et l'accueil des populations migrantes posent aussi la question des possibilités concrètes d'accès aux soins de ces personnes. Celle-ci est rarement prise en compte à l'ouverture des structures. Comme l'indique déjà le SRADAR, l'offre de soin présente sur le territoire est parfois insuffisante pour accueillir ces nouvelles populations qui ont souvent des besoins conséquents en termes de santé. De plus, il n'y a pas toujours de concertation entre les différents acteurs de l'hébergement et du soin à l'ouverture des structures. Ainsi, les dispositifs de soins ne sont parfois pas

informés de l'ouverture des structures d'hébergement, qui viendront pourtant souvent impacter largement leurs files actives. Ce manque de concertation à l'ouverture des structures peut entraîner de la crispation de la part des acteurs. Un chef de service de Cada témoigne de ce problème quand il relate les propos du CMP local, qui a dit :

« Vous n'aviez qu'à venir nous voir avant, vous avez voulu vous implanter tout seul, maintenant vous vous débrouillez tout seul ! »

Pour les professionnels, il est primordial de penser l'accueil de ces populations dans leur globalité et en concertation avec tous les acteurs du territoire. Accueillir n'implique pas uniquement de donner un logement aux personnes, mais il s'agit également de réfléchir à l'accessibilité de tous les services d'accompagnement dont elles auront besoin, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins en santé et en santé mentale.

Certains professionnels du soin de première ligne nous ont fait part de leurs difficultés à l'arrivée du public sur leur territoire :

« Donc quand il y a eu la création du CAO et l'augmentation des places du Cada [...] nous on a été fortement impacté par cet accueil. En sachant que donc les difficultés qu'on a eues c'est : pas de moyen supplémentaire, c'est-à-dire que nous 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... » (Professionnel de PASS)

On voit ici l'impact que peut avoir l'accueil d'un centre d'hébergement sur un territoire où les dispositifs de soin sont déjà saturés et où aucun moyen supplémentaire n'est mis en oeuvre alors que la file active des dispositifs de soins augmente. Dans ce contexte, les professionnels parlent de « bricolage » pour qualifier le fait de faire un travail de moins bonne qualité afin de pouvoir suivre l'évolution de leur file active. De nombreuses personnes nous ont fait part de leur sentiment d'isolement face à la prise en charge du public migrant. Ces situations conduisent les soignants à travailler plus, plus vite, avec moins de temps pour réfléchir à leur pratique. Cela qui participe à créer une souffrance chez ces professionnels.

Les distances à parcourir pour orienter les personnes vers la santé, et notamment vers la santé mentale, posent également des problèmes pratiques :

« [la mobilité] c'est la partie la plus compliquée, c'est vraiment la partie, je pense, la plus compliquée. Que ce soit pour les demandeurs d'asile ou pour les salariés. Parce qu'en plus, les demandeurs d'asile ils arrivent en France avec une espèce de fantasme de la prise en charge de la santé à laquelle on n'apporte pas ou peu de réponses... » (Professionnel de Cada)

Comme nous l'avons déjà évoqué, il existe d'importantes inégalités territoriales en termes d'implantation des dispositifs de

soins et de soignants sur les territoires. En Auvergne, les dispositifs d'hébergement sont parfois implantés dans territoires très ruraux. Les villes et villages ne sont généralement peu ou pas desservis par les transports en commun. Les centres d'hébergement se trouvent parfois à plus d'une heure de voiture des dispositifs de santé mentale disponibles. L'accompagnement physique des travailleurs sociaux aux rendez-vous médicaux est alors une nécessité. Ainsi, certaines équipes de travailleurs sociaux font des trajets très longs presque tous les jours. À titre d'exemple, une équipe nous a précisé avoir fait plus de 100 000 kilomètres en moins d'un an.

Au-delà de la proximité géographique, ce sont aussi les possibilités concrètes pour les personnes d'accéder aux soins qui sont parfois difficiles. Effectivement, certaines structures d'hébergement en Auvergne peuvent sembler proches des dispositifs de soin, mais les possibilités concrètes d'y accéder peuvent être limitées. C'est notamment le cas lorsque les travailleurs sociaux n'ont pas la possibilité d'accompagner les personnes à leurs rendez-vous et que celles-ci doivent y aller seules. Certaines personnes font alors plusieurs kilomètres pour pouvoir se déplacer vers la ville la plus proche :

« Ils sont pas mal à pied c'est dangereux, le retour la nuit c'est pas super.

Donc ils font tout à pied ?

Pas tout, il y en a quand même qui ont des vélos.

Parce que de [ville] il doit y avoir une dizaine de kilomètres non ? Et

les résidents font en vélo et à pied ?

Oui.

Ils font 10 kilomètres à pieds ?

Oui, oui, 10 bornes aller, 10 bornes retour. »

Les personnes migrantes et leurs accompagnants sont donc face à des situations compliquées pour accéder aux différents services et soins. L'implantation des structures d'hébergement sur les territoires est donc parfois peu adaptée aux besoins de prise en charge en santé des personnes. Avant l'orientation, c'est la possibilité même d'évaluer les besoins en santé mentale des personnes qui est parfois difficile pour les travailleurs sociaux.

L'évaluation de la souffrance et la demande de soin

Dans le cadre de cet état des lieux, nombreux sont les professionnels à avoir partagé leurs difficultés dans l'évaluation des souffrances des personnes. Souvent les demandeurs d'asile hébergés dans les structures créent des liens de confiance avec les intervenants sociaux et sont en demande de pouvoir échanger sur leurs parcours, leurs quotidiens, etc. En effet, dès que le lien est fait entre la personne et le travailleur social, celle-ci peut commencer à se livrer. Cela peut être parfois difficile à gérer pour les professionnels qui ne sont pas formés à recevoir cette parole et la souffrance qu'elle traduit souvent. Les intervenants sociaux peuvent avoir le sentiment de ne pas savoir quoi faire de cette parole et que celle-ci déborde de leurs champs de compétence :

« À un moment les gens ils commencent à nous solliciter de plus en plus sur les questions psy, à nous raconter des choses de plus en plus dures... Sauf qu'à un moment le travailleur est obligé de se dire : "Bon là ce n'est plus de mon ressort !" Ça déborde clairement, il y a des gens qui se mettent dans des états, crises de larmes, etc. dans les bureaux et ça prend beaucoup de place dans l'accompagnement. Donc à un moment on se dit : "Bon ben là on a besoin de relais..." La deuxième chose, ça peut être des comportements où on peut imaginer qu'il y ait des passages à l'acte, on sent que la personne n'est pas bien, on suppose qu'elle est dans une dépression lourde : ne pas se lever le matin, certaines ne mangent quasiment plus... Voilà ce sont des signes qui nous alertent ! »
(Intervenant social)

On voit dans cet extrait comment les professionnels sont en difficulté avec ce qu'ils considèrent comme un « débordement » du cadre de leurs missions. Dans ce contexte, les évaluations semblent compliquées aux travailleurs sociaux qui ont du mal à « hiérarchiser » les souffrances.

Les travailleurs sociaux rencontrés insistent sur le fait qu'il existe parfois une demande de soins importante de la part de certaines personnes. Pour illustrer cette forte demande, un professionnel évoquera le cas d'une personne hébergée qui a payé elle-même ses consultations chez le psychologue en libéral alors même qu'elle avait très peu de ressources.

Dans les situations où la demande n'est pas présente, les intervenants sociaux se fient aux signes qu'ils considèrent comme « anormaux » pour reconnaître une éventuelle problématique en lien avec la santé mentale. Ces signes peuvent être que la personne ne se lève plus le matin, ne mange plus, fait des cauchemars répétitifs, des insomnies... Les professionnels constatent que les problématiques de santé mentale se manifestent souvent chez les personnes par des douleurs physiques, des maux de tête, du stress et des angoisses. Il y a souvent une somatisation de problématiques d'origine psychologique :

« Ils viennent souvent me voir pour des symptômes physiques, des pertes de cheveux, par exemple, donc on fait faire des examens, des prises de sang, etc. Mais, la plupart du temps ça donne rien... C'est juste dans leur tête que ça ne va pas... Des fois ils viennent nous voir juste pour parler ! » (Intervenant social)

Les personnes migrantes peuvent parfois avoir des représentations très négatives de la santé mentale. Cela ne facilite pas les orientations vers les dispositifs existants pour les professionnels qui les accompagnent. En effet, les termes de « santé mentale », « psychologue » ou encore « psychiatre » sont parfois inconnus pour les personnes. Aussi, ces termes peuvent très vite faire référence pour certains à des représentations très négatives de la « folie » ou de l'hôpital psychiatrique. Les intervenants sociaux doivent donc parfois tout d'abord tenter de déstigmatiser la santé mentale afin de pouvoir orienter les personnes. De manière générale, les professionnels sont peu

formés sur cette question et disposent de peu d'outils pour communiquer auprès des personnes sur ce qu'est la santé mentale.

Les soignants, en lien avec le public, notent parfois un réel investissement dans le soin et une réelle demande de la part des personnes :

« Pour ceux qui sont dans le travail clinique, ils s'y investissent vraiment quoi... Ils ne loupent pas de rendez-vous, ils sont... Même des fois, ils viennent alors qu'ils n'ont pas de rendez-vous. Non, je pense qu'il y a une réelle demande et je pense que c'est vraiment un refuge, un endroit où on peut vraiment être soi quoi... » (Psychologue)

Néanmoins certains soignants notent que parfois leurs missions ne correspondent pas aux besoins de prises en charge. Nous pouvons évoquer le cas d'une psychologue qui a pour mission de faire de l'évaluation et de la réorientation des personnes, mais qui, en pratique, ne peut faire autrement que de les prendre en charge :

« Dans la pratique, en tant que psychologue, on sait déjà comment c'est dur de passer la porte du psychologue, ça peut être hyper anxiogène, ça peut être plein de choses qui se mélangent à tout ça. Et quand ils nous ont vus déjà une ou deux fois ils ne comprennent pas forcément pourquoi aller ailleurs. Donc il m'arrive de faire des suivis, bien entendu ! Mais ma mission première, et mes financeurs me demandent de le faire, c'est la réorientation. Après, les choses font qu'il y a deux mois d'attente au CMP... On ne va pas les lâcher pendant deux mois et quand on a

fait un suivi pendant deux mois c'est un peu dommage qu'ils repartent faire un travail ailleurs... » (Psychologue)

On voit dans cet extrait comment les contraintes et les impossibilités diverses à réorienter les personnes vers des structures de soin sur les territoires impliquent, pour les soignants de première ligne, de réaliser des suivis plutôt que de l'évaluation et de l'orientation. Aussi, on voit ici que la mise en place de ces suivis fait sens pour les psychologues qui considèrent que leur travail ne peut pas uniquement consister à réorienter les personnes. En effet, cela serait synonyme d'infliger une nouvelle rupture, ou d'obliger la personne à raconter une nouvelle fois son histoire.

L'évaluation de ce dont souffrent les personnes peut-être problématique pour les professionnels et savoir quand orienter peut être délicat, notamment quand les demandes ne sont pas explicitement formulées. Il existe, néanmoins, pour les accompagnants sociaux des besoins importants de trouver des relais en termes de santé mentale dont les dispositifs spécialisés ne répondent pas toujours présents.

L'accès à l'interprétariat dans le soin en santé mentale

L'accès à l'interprétariat est l'un des obstacles que les professionnels ont le plus fait remonter lors de cet état des lieux. Effectivement, beaucoup de structures n'utilisent pas, ou peu, l'interprétariat professionnel dans les consultations. Le fait de ne pas pouvoir réaliser une consultation de soin en présence d'un interprète professionnel est une des principales

raisons de refus de prise en charge des personnes allophones de la part des structures et des professionnels de santé. La plupart des CMP et des services de psychiatrie ne font pas appel, ou ne peuvent pas faire appel, aux interprètes professionnels au cours de leur consultation.

Au sujet de l'interprétariat, plusieurs problématiques sont pointées. Pour certains professionnels du soin, le fait de faire appel à un interprète professionnel, et surtout la question du financement de celui-ci, n'est pas évident. Cela conduit parfois les chefs de service de certaines structures d'hébergement à devoir payer l'interprétariat pour les consultations de leurs résidents.

Nous remarquons que les professionnels de santé peuvent parfois ignorer l'existence des lignes budgétaires destinées à financer l'interprétariat :

« Quand on demande aux CMP et à l'hôpital pour l'interprétariat, on nous répond tout le temps qu'il n'y a pas de budget interprétariat ! Que ça n'existe pas ! » (Intervenant social, Cada)

Pour les intervenants sociaux, il s'agit donc parfois de rappeler aux dispositifs de soins l'existence de ces budgets. Au-delà de la méconnaissance de ces lignes budgétaires du côté de certains professionnels de santé, nous remarquons également que certains d'entre eux peuvent faire le choix de privilégier des outils de traductions, tels que traduc Med ou Google traduction, par exemple.

Les professionnels de santé qui ont connaissance de ces lignes budgétaires peuvent également ignorer comment faire

appel à un interprète professionnel. Il faut donc parfois insister pour que l'accès à l'interprétariat puisse se faire :

« Et l'hôpital joue bien le jeu des interprètes, parce qu'ils ont un gros budget ! Mais souvent ils disent : "Ah on n'a pas !" Il faut pousser un peu et puis au final ils se rendent compte : "Ah ben oui on a !" "Ben oui vous avez !" Mais c'est vrai que la première fois ça a été un peu difficile, mais voilà le psychiatre [au sein de l'hôpital] a bien poussé et puis maintenant ils l'utilisent... Mais c'est vrai qu'il faut appuyer un peu au début oui ! » (Psychologue)

Dans d'autres situations rapportées par les professionnels, ce sont les directions d'établissements de santé qui donnent les consignes. Ainsi, elles encouragent de recourir à d'autres solutions plutôt que de faire appel aux interprètes professionnels :

« En fait l'hôpital propose de rechercher dans leur personnel des personnes qui peuvent faire de l'interprétariat, mais ça 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 ya de 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 ce sont des choses qui inquiètent rapidement. » (Intervenant social de Cada)

Cet extrait montre bien que les solutions qui sont proposées par certaines structures de santé peuvent soulever des difficultés. La

question de l'anticipation des consultations en passant par le réseau interne de l'hôpital pour traduire est évoquée. En effet, cette proposition ne correspond pas à la réalité de l'urgence des situations. Aussi, 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 révélateur du fait que les propositions d'alternatives à l'interprétariat professionnel se révèlent souvent infructueuses. Dans l'extrait, l'intervenant social nous précise aussi l'importance pour les personnes de comprendre ce qui leur est expliqué au sujet de leur santé. L'incompréhension au niveau du soin peut être source d'inquiétudes et d'angoisses, et donc être contreproductif.

Certains soignants peuvent avoir des demandes particulières au niveau du recours à l'interprétariat lors de leur consultation :

« Donc il faut qu'ils viennent avec des interprètes physiques par contre, donc là c'est compliqué parce qu'on n'a pas d'interprète professionnel sur [Ville]. Du coup les médecins n'acceptent pas l'interprétariat par téléphone. Donc là c'est un peu plus compliqué. On essaye avec le réseau des bénévoles, etc., mais du coup après il y a la question aussi de la confidentialité qui se pose, et même de la relation que le patient peut avoir avec l'interprète bénévole. »
(Intervenant social)

Les exigences de la part de certains soignants peuvent se révéler particulièrement problématiques. Dans cet extrait, il s'agit d'une ville située sur un

territoire assez rural où les interprètes professionnels sont rares. Ces situations imposent donc aux intervenants sociaux de trouver des solutions alternatives qui ne sont pas toujours adaptées, comme le précise cette intervenante sociale.

Il y a aussi, chez certains soignants, une forme de réticence à faire appel à des interprètes lors des consultations :

« Après, nous c'est plutôt notre médecin qui s'en est occupé [de l'accès à l'interprétariat] et lui ce qu'il dit... Il le fait vraiment en cas d'extrême, d'extrême... Enfin, qu'il n'y a pas d'autres solutions pour pouvoir parler d'un patient, parce que sinon effectivement le fait d'être avec un tiers... Ça lui est arrivé de tomber sur quelqu'un [un interprète] qui faisait ses courses donc aborder quelque chose quand même euh... Et donc il a eu l'impression que ça coupait l'échange, et donc il se débrouille avec traduc Med et Google... et il a travaillé avec... Donc il a des bases d'arabe, donc il arrive à faire des micmacs avec français-anglais-arabe... Et du coup il n'y a plus d'intermédiaire et il arrive quand même à faire ce qu'il a à faire ! »
(Professionnel de Pass)

« Je trouve... pour avoir déjà expérimenté avec un traducteur physique, et ben je préfère sans... Parce que l'accompagnement psychologique des demandeurs d'asile c'est tellement fort en transfert, contre-transfert que le langage corporel ça en fait partit même si on perd un peu de sens, on le récupère... J'ai été bluffé de voir comment quelqu'un peut

transmettre son histoire sans la langue, à partir du moment où on prend le temps d'écouter : on dessine, on explique, même dans des détails de vie, comment la personne elle a fui, enfin... Il faut juste avoir envie de bricoler... »
(Psychologue)

Ce sont donc aussi des considérations cliniques qui font parfois obstacle à l'interprétariat professionnel pour certains psychiatres et psychologues. La présence des interprètes en consultation viendrait en effet déstabiliser et appauvrir la relation de soin en introduisant un biais dans la clinique. Plus généralement, certains soignants auraient une représentation négative du travail avec interprète dont la forme tripartite dénaturerait la relation de soin avec le patient :

« À partir du moment où la personne ne parlait pas français, il y avait vraiment un refus de passer par un intermédiaire... Par un interprète, parce que pour eux ça dénaturait la relation avec le patient. » (Intervenant social Cada)

En pratique, ces considérations théoriques impliquent souvent l'impossibilité de soins en santé mentale pour les personnes allophones. Cela est déploré par les structures d'hébergement, qui sont souvent démunies pour orienter ce public vers la santé mentale. Ainsi, au-delà du contexte de saturation des dispositifs de santé mentale, les possibilités concrètes d'orientation vers le soin peuvent aussi dépendre de la volonté des médecins à travailler avec des interprètes professionnels.

Il semble important de préciser à nouveau que les intervenants sociaux ont partagé le fait que les personnes accompagnées soient souvent en demande d'un espace de parole dans lequel elles peuvent être entendues. Aussi, comme nous l'avons déjà illustré précédemment, certaines situations d'incompréhension peuvent être source d'angoisse et d'inquiétude pour les personnes.

Dans ce contexte, l'interprétariat en santé semble être particulièrement important. Mais c'est aussi l'accompagnement des personnes par les intervenants sociaux qui est parfois un prérequis à l'accès aux soins.

La place de l'accompagnement et de la médiation vers le soin

Les intervenants sociaux sont souvent très 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. Pendant cet état des lieux, les professionnels de l'accompagnement, notamment ceux exerçant dans les dispositifs d'hébergement, nous ont fait part de leurs interrogations sur leur rôle d'accompagnant vis-à-vis des professionnels du soin.

L'accompagnement physique des personnes orientées dépend parfois la possibilité concrète d'accompagnement des intervenants sociaux :

« L'hôpital de [ville] nous demande d'accompagner systématiquement les personnes, sauf que nous c'est pas du tout la politique de la maison ! Donc les rendez-vous c'est

assez compliqué pour les avoir et ils ne sont pas toujours contents... Et puis, dans tous les cas, on n'a pas le temps disponible pour accompagner systématiquement ! »
(Professionnel de Cada)

Ainsi, les soignants demandent souvent aux travailleurs sociaux d'accompagner les personnes à leurs rendez-vous. Cela s'avère problématique dans certains cas, notamment par manque de temps. À l'inverse, certains travailleurs sociaux accompagnent les personnes au maximum par peur que celles-ci soient mal reçues par certains soignants. En effet, des situations de ce type ont déjà été relatées du côté des intervenants sociaux. Par exemple, lors d'un échange informel, un professionnel nous expliquera comment les pompiers n'ont pas pris en charge une femme enceinte qui avait ressenti des contractions violentes sous prétexte qu'elle n'avait pas la CMU. D'après les intervenants sociaux, il existe beaucoup de situations de non prise en charge, ou de prise en charge partielle, des personnes migrantes. Cela peut parfois conduire les travailleurs sociaux à accompagner le plus possible les personnes à leurs différents rendez-vous.

Une des difficultés que ces situations peuvent créer est que parfois, les intervenants sociaux sont mis dans des situations délicates par des soignants, notamment lorsqu'ils doivent endosser le rôle de traducteurs :

« Et la barrière de la langue aussi, du coup c'est un facteur important, parce que 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 [les professionnels de santé] : "Non, mais il ne peut pas venir tout seul le monsieur, faut que quelqu'un l'accompagne." Donc il y en a c'est comme ça. Alors que moi je ne parle pas sa langue... Mais on arrive à traduire, alors qu'on ne parle pas la même langue [rires]. »
(Intervenant social)

De nombreux professionnels de l'accompagnement des personnes migrantes s'interrogent sur leur place de « traducteurs », notamment dans certaines consultations médicales. Effectivement, ceux-ci sont mis dans des situations qui peuvent questionner largement leur place. Tout d'abord, la simple présence de l'intervenant social à une consultation pose la question du secret médical et de l'intimité de la personne⁵⁵. Ensuite, ce sont souvent les situations d'interaction particulières de cette relation tripartite qui gênent les travailleurs sociaux. En effet, ceux-ci nous ont rapporté que, parfois, les soignants peuvent avoir tendance à s'adresser directement à l'accompagnateur de leur patient plutôt qu'au patient lui-même. Cela aura comme effet d'exclure le patient de l'interaction qui le concerne. Enfin, les intervenants sociaux s'interrogent souvent sur la manière dont ils devront transmettre des informations

⁵⁵ 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.

potentiellement sensibles que le médecin n'a pas directement communiquées à personne concernée. Effectivement, les médecins se déchargent en quelque sorte d'une part de leur responsabilité (parler et informer leur patient) sur l'intervenant social. Celui-ci devra, par la suite, trouver les bons mots pour faire comprendre à la personne sa situation médicale. Il sera donc indirectement chargé d'une tâche qui ne relève pas du tout de ses missions et qu'aucun autre que le médecin, formé à cela, ne devrait avoir à faire.

Les intervenants sociaux peuvent donc rencontrer des difficultés à répondre à l'exigence des médecins d'accompagner systématiquement les personnes à leur rendez-vous médicaux. Cela est d'autant plus problématique quand les structures d'hébergement sont implantées sur des territoires ruraux et que l'accompagnement implique de longs trajets en voiture. Mais, ce sont aussi les prises en charge proposées par l'offre de soins qui ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes.

Une prise en charge en santé mentale partielle et peu adaptée aux besoins des personnes

Comme nous venons de l'évoquer à travers différents aspects, l'orientation des personnes en demande d'asile vers le soin peut être difficile. L'offre de soins ne s'adapte que très peu aux spécificités des situations des personnes.

Lorsque les orientations peuvent se faire, les professionnels constatent que les prises en charge ne sont pas toujours adaptées aux demandes des personnes :

« Ce qu'ils [le public migrant] nous font remonter c'est que [les

consultations] ne correspondent pas forcément à ce qu'ils attendent. En fait, nous c'est vrai qu'ils attendent plus un suivi psychologique où il y a vraiment de la place pour la parole... Et finalement, la seule alternative qu'on a c'est de les orienter au CMP avec un psychiatre, mais... On sait que ce n'est pas forcément adapté ! » (Intervenant social de Cada)

Les soignants font également des demandes particulières aux intervenants sociaux. C'est notamment le cas des disponibilités limitées en psychiatrie en ce qui concerne la prise en charge des enfants. En effet, à titre d'exemple, des soignants ont déjà pu demander aux structures d'hébergement de passer par l'aide sociale à l'enfance pour faciliter la prise en charge des enfants. Cela pose des problèmes d'ordre pratique aux travailleurs sociaux :

« C'est compliqué parce qu'on ne fait pas un dossier ASE pour rien... Alors qu'on a quand même pas mal d'enfants entre les deux, qui n'ont pas besoin d'un suivi ASE, mais qui auraient besoin quand même d'aller déposer leurs valises une fois de temps en temps chez un psychologue quoi... » (Intervenant social)

Les soignants qui prennent déjà en charge ce public constatent que le soin est souvent étroitement lié aux situations administratives, économiques et sociales dans lesquelles sont prises les personnes. De ce fait, les soignants se sentent parfois impuissants dans leur prise en charge en santé mentale, car ils ne peuvent pas agir sur ces causes.

Certaines situations sont très problématiques dans les structures d'hébergement, c'est notamment le cas lorsque les personnes ne sont pas prises en charge. Les professionnels de terrain ont souligné comment certains troubles non pris en charge peuvent déborder sur les autres résidents et sur la vie collective. Cela peut parfois même conduire à exclure la personne de la structure d'hébergement, alors que celle-ci aurait dû être prise en charge et soignée avant d'en arriver là. Ici, c'est l'absence de possibilité d'orientation qui conduit les professionnels à exclure la personne de son hébergement. L'impossibilité d'accéder au soin plonge la personne dans une précarisation concrète, puisqu'elle se retrouve à la rue, sans prise en charge en santé mentale malgré ses troubles.

L'impossibilité d'orienter les personnes vers les dispositifs de prise en charge en santé mentale peut avoir des conséquences graves :

« Pour le coup c'est des patients qui ne sont pas suivis comme ils devraient l'être quoi... Et avec des conséquences, c'est-à-dire des décompensations, où la psychiatrie du coup, là, elle prend le relais. Mais en sachant que les choses ont souvent été repérées bien en amont ! C'est-à-dire je pense que [...] si peut-être il y avait eu un suivi en amont pour le coup ça aurait permis d'éviter une hospitalisation... » (Professionnel de Pass)

Ainsi, les difficultés d'orientation vers la santé mentale conduisent parfois à des situations prises en compte de manière

trop tardive, à un moment où les personnes ont déjà décompensé et alors que, souvent, les professionnels (des structures d'hébergement d'abord et de la Pass, par exemple) ont tenté d'alerter et d'orienter les personnes vers la psychiatrie. Dans ces situations ce n'est que quand la personne passe par les urgences qu'une prise en charge réelle peut être mise en place.

En ce qui concerne certains territoires, le soin ne peut se faire qu'en passant par les urgences des hôpitaux. Cela peut provoquer une certaine incompréhension de la part des professionnels. D'une part, les soignants des urgences peuvent ne pas comprendre pourquoi des personnes souffrant de maladies « communes » (une grippe, par exemple) leur sont orientées. D'autre part, du côté des intervenants sociaux, les urgences constituent la seule possibilité de soin sur le territoire pour le public qu'ils accompagnent.

Des blocages, causés par une méconnaissance des réalités de chaque professionnel, peuvent donc émerger dans l'accès au soin du public migrant.

Une interconnaissance limitée entre les acteurs

Nous avons pu constater au cours de cette étude que les différents acteurs du territoire manquent d'interconnaissance, que ce soit du côté des acteurs de l'accompagnement social vis-à-vis du soin, ou inversement, du côté des soignants vis-à-vis des professionnels de l'accompagnement social et des structures d'hébergement (méconnaissance des procédures, des réalités vécues par les personnes...).

Dans beaucoup de départements, les professionnels de l'accompagnement social et les dispositifs de soins qui prennent en charge les personnes précaires (notamment les Pass et les 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 (les CMP et les services de psychiatrie des hôpitaux) et les professionnels des structures d'hébergements sont très peu en lien. La plupart du temps, les professionnels de l'accompagnement social tentent de passer par les Pass ou les EMPP du territoire, quand elles existent, pour qu'elles puissent faire le lien avec l'hôpital.

Aussi, au sein même de l'hôpital auquel les Pass et les EMPP sont rattachés, la communication est parfois difficile entre les dispositifs de soins qui prennent en charge les personnes précaires et le reste des services de l'hôpital. Les Pass et les EMPP tiennent, en effet, souvent une place particulière dans l'hôpital. Leur lien avec les services de psychiatrie est parfois difficile. Dans ce contexte de cloisonnement des dispositifs de prise en charge, certains professionnels organisent des rencontres afin de trouver des solutions :

« 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 cloisonné dans nos trucs ! Non, mais là c'était bien cette première réunion. J'espère que ça va continuer parce que le

lien il est fait pour le coup ! »
(Professionnel de Pass)

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les professionnels qui prennent en charge le public migrant ressentent souvent une forme d'isolement dans leurs prises en charge⁵⁶. En effet, les personnes migrantes cumulent souvent différentes problématiques qui impliquent des prises en charge en réseau. À priori aucun dispositif ne peut prendre en charge toutes les dimensions problématiques des situations dans lesquelles les personnes migrantes sont prises (langue, droits, soins, accompagnement, hébergement, travail, etc.). Aussi, le fait que les professionnels des structures d'hébergement et des structures de santé se rencontrent permet à chacun de connaître les réalités professionnelles de l'autre :

« Peut-être qu'avec les structures [d'hébergement], des réunions comme ça, ça 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 - quand on se connaît on s'appelle : "J'ai quelqu'un qui n'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 alors que quand on se connaît pas... » (Professionnel de Pass)

Il y a donc un besoin de coordination des actions pour savoir qui prend en charge et

⁵⁶ Cela est vrai pour les équipes, mais aussi beaucoup pour les médecins libéraux qui prennent en charge seuls ce public.

de quelle manière. Ce sont donc aussi les relations interpersonnelles et les connaissances qui permettent d'orienter les personnes plus facilement vers le soin. De plus, il est également important que la rencontre ait lieu entre les dispositifs de soins destinés aux personnes précaires et le reste de l'hôpital, et plus spécifiquement avec les services de psychiatrie. Cela permet de faire du lien et de déstigmatiser les rôles et les problématiques de chacun. Comme nous pouvons le remarquer grâce à l'extrait d'entretien ci-dessus, les professionnels qui accompagnent les personnes migrantes et les professionnels des services de soin en santé mentale sont souvent chacun de leur côté, tout en ayant des préjugés sur les manières de travailler de chacun. Dans ce contexte, proposer un espace de dialogue permet à chacun d'exposer ses difficultés dans l'objectif de trouver des solutions adaptées.

De manière globale, les professionnels qui prennent en charge le public migrant affirment l'intérêt de la prise en charge de ce public par un réseau d'acteur qui agirait manière coordonnée. Il s'agit donc de travailler ensemble à la prise en charge de ce public et des spécificités des situations dans lesquelles il est pris.

Des spécificités cliniques du public migrant ?

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 - maintenant de manière assez commune - le « traumatisme ». En effet, aux traumatismes potentiels s'ajoute une multitude de problématiques « sociales » auxquelles les personnes migrantes doivent

faire face. La psychiatrie publique ferme souvent la porte à la clinique du traumatisme et de sa prise en charge qui est proposée pour accompagner ce public. Ainsi, certains soignants ou dispositifs de soin avancent que ce dont souffrent les personnes migrantes ne relève pas de la psychiatrie :

« Ce qu'on nous dit c'est... que les traumatismes ce n'est pas pour nous ! [...] Qu'ils prennent que des pathologies avérées ! »
(Intervenant social)

Cette distinction entre les pathologies psychiatriques avérées et les « traumatismes » est souvent rapportée par les professionnels comme étant une des raisons avancées par certains soignants pour ne pas prendre en charge le public migrant.

Il est intéressant de noter que le traumatisme a été reconnu de manière assez récente par les manuels de classification de psychiatrie. C'est la troisième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*, publiée en 1980, qui évoquera le traumatisme sous le nom de *post traumatic stress disorder (PTSD)*, traduit en français par « l'état de stress post-traumatique » (ESPT). Didier Fassin, dans son ouvrage *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 même⁵⁷. » 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'événement⁵⁸. »

Il est intéressant de voir qu'il n'est donc pas forcément uniquement question des particularités liées aux situations des personnes migrantes (allophones, précaires, etc.), mais bien à la spécificité du « traumatisme ». En effet, le fait que cette catégorie nosographique soit récente et sa particularité (car elle peut concerner tout le monde et ce sont des facteurs extérieurs aux individus qui sont en cause) en font une catégorie à part qui semble ne pas être reconnue par tous au même titre que d'autres pathologies. Les différents parcours et les histoires souvent traumatiques, vécues par les personnes sont d'ailleurs difficiles à prendre en charge et peuvent représenter une difficulté spécifique pour les soignants dans la prise en charge du public migrant :

« Entendre certains parcours il faut quand même être solide en face ! La verbalisation vient forcément apaiser quelque chose, même s'il n'y a rien de magique évidemment, mais cela permet d'apaiser... Déjà quelqu'un qui les écoute, et qui comprend ! Mais bon... on se sent

démuni aussi en face hein ! »
(Psychologue)

Il y aurait donc une particularité du travail d'écoute auprès de ce public qui est également ressentie par les travailleurs sociaux :

« Mais c'est vrai qu'au début c'était difficile, ça suit au début un petit peu en revenant le week-end, voilà ça se travaille, quand tu entends des histoires horribles en fait, y'a certains gars qui ont des vécus apocalyptiques, ça suit un peu, ça travaille... » (Intervenant social)

Dans le travail clinique avec le public migrant, les problématiques sociales débordent parfois sur le soin, ce qui rend la clinique 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 aussi de prendre en compte leurs dimensions sociales et leur situation. Le public migrant peut « déborder » des cadres cliniques habituels. Pour ce public, le « traumatisme » prend une place particulièrement importante. Leur prise en charge peut être vécue comme étant éprouvante du côté des professionnels de santé. Plus généralement, les professionnels de santé ainsi que les travailleurs sociaux qui accompagnent le public migrant peuvent être en difficulté dans leur prise en charge quotidienne.

⁵⁷ Fassin, D. et Reichtman, R. (2011). *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime* (p. 119). Paris : Flammarion.

⁵⁸ Fassin, D. et Reichtman, R. (2011). *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime* (p. 120). Paris : Flammarion.

II - DES PROFESSIONNELS EN SOUFFRANCE

Nos différentes rencontres et observations nous ont permis de constater qu'il existe une souffrance importante des professionnels qui prennent en charge le public migrant. Ceci n'est bien entendu pas uniquement dû au public pris en charge, mais souvent aux conditions de travail dans lesquelles exercent ces différents professionnels.

Les travailleurs sociaux font face à un contexte de diminution des encadrements des personnes⁵⁹. Ainsi, chaque intervenant social doit s'occuper de plus en plus de personnes. En conséquence, les intervenants sociaux n'ont généralement plus le temps de s'occuper de certaines tâches, comme des activités d'animation par exemple, qui sont souvent réalisées par des bénévoles. De plus, les réalités territoriales créent des contextes d'accompagnement difficiles. En effet, lorsque les structures d'hébergement sont implantées dans des territoires particulièrement isolés, les intervenants sociaux doivent parcourir des kilomètres en voiture tous les jours afin d'accompagner les personnes hébergées à leurs différents rendez-vous. Certains 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.

Un révélateur particulièrement important de la souffrance de ces professionnels au travail est le phénomène de *turn over* très important des équipes des structures d'hébergement, tout comme les arrêts maladie qui sont fréquents⁶⁰ :

« Mais oui ça pèse un petit peu, tu vois les travailleurs qui sont là en plus qui entendent toutes les histoires toute la journée. Moi je sais qu'il n'y a pas mal de roulement dans l'équipe. Il ya pas mal de gens qui sont partis, qui ne se sont pas sentis. Depuis que je suis là [4 mois], j'ai vu deux travailleurs sociaux qui ont changé. C'est vrai, encore plus pour eux ça doit être difficile. »
(Stagiaire en Cada)

Les impossibilités répétées à orienter des personnes qui ne vont pas bien vers les dispositifs de soin en santé mentale peuvent créer un sentiment d'impuissance chez les intervenants sociaux. Cela peut provoquer des souffrances et avoir des effets sur leur propre santé mentale.

Les soignants de première ligne (travaillant dans les Pass et les EMPP) sont confrontés à la saturation de leurs dispositifs, cumulée à un manque de moyen global qui crée des difficultés importantes :

« 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

⁵⁹ L'arrêté du 29 octobre 2015, relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, fait passer le taux d'encadrement 1 ETP pour 10 hébergés au maximum à 1 ETP pour 20 hébergés au maximum. De plus, le taux d'encadrement devait être (avant cet arrêté) composé d'au moins 60 %

d'intervenants sociaux éducatifs, contre 50 % aujourd'hui.

⁶⁰ Nous avons pu constater qu'entre le début et la fin de cet état des lieux, beaucoup de personnes ont changé de postes, sont parties ou ont été remplacées.

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 satisfait 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 et en sachant que le médecin aussi était frustré, parce qu'elle disait des fois : "Je n'ai pas assez de temps en consultation... Ce sont des consultations où, quand il ya des victimes, il ya besoin d'un temps de consultation beaucoup plus long. C'est-à-dire, je sens que derrière 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... »
(Professionnel de Pass)

Cet extrait montre l'écart entre ce qui est parfois perçu par les services de l'état - soit la prise en charge des personnes par les professionnels de la Pass - et la réalité du terrain où les professionnels soignants sont « à bout de souffle ».

En effet, les professionnels ont souvent le sentiment de ne pas avoir le temps de faire leur travail correctement. Cela peut aussi les conduire à des souffrances de la part des professionnels, comme en atteste l'arrêt maladie de la médecin de la Pass citée ci-dessus.

De manière générale, les dispositifs Pass et EMPP manquent de moyen 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. Aussi, 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.

Les professionnels ont le sentiment de ne pas être accompagnés dans la prise en charge du public migrant. Les soignants font face aux difficultés et aux problématiques particulières du public de manière isolée. Ils ont la sensation que le temps leur manque, notamment en ce qui concerne la prise en compte de la santé mentale des personnes qu'ils reçoivent.

Au niveau des structures de soin de droit commun, et comme nous l'avons largement évoqué, les dispositifs sont eux aussi saturés :

« 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 qu'on ne savait pas déjà comment on allait fonctionner. »

Il semble important de rappeler, suite aux différents constats que nous venons de faire, que la psychiatrie est extrêmement saturée. Il existe un contexte de réduction des effectifs dans certains établissements qui renforce ce constat, mais nous relevons aussi des difficultés de recrutement sur certains territoires, où les médecins manquent et beaucoup de postes sont vacants.

Le nombre d'arrêts maladie dans les structures de soins est également important, comme le montre une étude de la Drees qui précise : « en France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs⁶¹ ».

Nous pouvons avancer l'hypothèse que les nombreux freins et les difficultés à travailler avec les CMP ou les services de psychiatrie peuvent être dus à ce contexte de saturation et aux difficultés que cela implique. Des « stratégies » (sans doute plus ou moins conscientes) qui ont été mises en place pour « réguler » les files actives de ces dispositifs, et que certains professionnels ont évoquées, peuvent aussi révéler une nécessité des professionnels de se préserver, alors que certains d'entre eux sont « à bout de souffle ».

III - CE QUE LA RURALITÉ FAIT AUX PERSONNES : QUEL SOIN EN SANTÉ MENTALE DANS UN CONTEXTE DE RURALITÉ ?

À la suite des constats sur les problématiques d'accès aux soins en santé mentale repérées sur les départements de l'Auvergne, il nous semblait intéressant de revenir sur un des aspects particulièrement présents sur ce territoire : la ruralité. Il ne s'agit pas de dire ici que l'Auvergne est un

territoire uniquement rural ni de faire de cette observation une généralité⁶². Néanmoins, ce qui a été observé c'est que cette ruralité a un impact direct sur la santé mentale des personnes en demande d'asile. C'est donc à ce titre que le soin en santé mentale dans un contexte de ruralité mérite d'être documenté. D'une part, et comme nous l'avons évoqué précédemment, les distances et les modalités pratiques d'accès aux soins (ou de non-accès aux soins) ont un effet sur les possibilités concrètes de se faire soigner. D'autre part, cette ruralité « fait » quelque chose aux personnes, dans le sens où celle-ci viendrait impacter directement la santé mentale.

Le choc de l'arrivée en territoire rural

Le fait d'arriver dans un centre d'hébergement localisé au sein d'un territoire rural a pu être source d'angoisse pour les personnes arrivées sur le territoire, notamment lorsqu'elles n'ont pas été informées de l'endroit où elles se dirigeaient, comme c'est le cas pour monsieur Maadi⁶³ :

« Et tu t'attendais à arriver dans un territoire... à la campagne ?

Oui, je me souviens bien j'étais à Calais et là-bas on nous a dit : "Vous allez à Lyon." Je me suis dit : "Bon, Lyon c'est une grande ville, ça sera bien de vivre dans une grande ville comme Lyon." Dans le car on était

⁶¹ Pollak, C. et Ricroch, L. (2017). *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions*. Repéré à https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf

⁶² Des centres d'hébergement pour demandeur d'asile sont implantés au sein des territoires ruraux sur l'ensemble des départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

⁶³ Les noms ont été anonymisés.

50, quelque chose comme ça. Au moment où on est arrivé à Lyon, 25 personnes sont descendues, et nous, nous sommes toujours restés dans le car. Je... "Ce n'est pas Lyon ici ?" On m'a dit : "Oui, oui, c'est Lyon, mais vous allez continuer un peu, c'est juste à côté de Lyon ce n'est pas très loin." Et le car avançait avançait, avançait, et après on est rentré dans le sombre, y a plus de lumière. Je dis : "Ce n'est pas Lyon", je me dis : "Ce n'est pas grave, peut-être on va prendre le bus, le métro, pour aller à Lyon." Et après je suis arrivé ici, à minuit et quand j'ai regardé, j'ai vu que les arbres. Je me suis dit : "Où suis-je ?" "Où suis-je dans la France ? C'est vrai je suis en France, mais où ?" C'était un moment difficile. »
(Monsieur Maadi)

Il est intéressant de voir, dans le récit de monsieur Maadi, comment est décrite son arrivée dans un territoire rural. Un écart est créé entre la lumière de la ville et « *l'entrée dans le sombre* », qui est aussi associée à une perte de repère. Il a donc le sentiment d'arriver sur un territoire inconnu : « *Où suis-je ?* » On imagine aisément l'expérience négative qu'a pu représenter l'arrivée sur ce territoire pour monsieur Maadi, notamment dans un contexte où les mauvaises informations qu'on lui a données viennent sûrement renforcer l'angoisse générale ressentie dans cette situation.

Les professionnels rencontrés expliquent en effet que les arrivées des personnes en territoire rural sont souvent mal vécues :

« Vous vous considérez comme ruraux vous ?

Ici oui, quand elles arrivent d'ailleurs, les personnes accueillies pleurent. [...] Regardez autour quand même ! [...] Une chance qu'il y ait le train dans la ville d'à côté sinon ce serait problématique. D'ailleurs, ça les rassure qu'à moitié quand ils arrivent [...] C'est difficile quand ils arrivent. Ils sont très, très mal, certains sont en colère, ils sortent de Paris souvent... Souvent ce sont des urbains d'origine. »

Ainsi, les personnes étaient souvent installées dans de grandes villes, que ce soit dans leur pays d'origine ou à leur arrivée en France. Le déplacement des personnes vers des zones plus rurales implique donc souvent la perte des liens qu'elles avaient pu créer précédemment, d'une part, et l'accès difficile aux services qui étaient facilement accessibles en ville, d'autre part. Plus généralement, c'est aussi aux activités et accès aux services culturels ou sportifs, qui sont potentiellement limités à l'arrivée sur les territoires ruraux :

« Le principal problème ici c'est l'ennui qui dévore tout, qui s'immisce partout, qui mine le moral tous les jours. Je veux dire, y en a qui sont là depuis un an et demi quoi. Sans activité, sans rien, enfin s'il y a des choses, il y a plein de choses, mais c'est au jour le jour, c'est le quotidien. Ça je pense que c'est un des trucs les plus durs à gérer justement au niveau psychologique. » (Stagiaire en Cada)

Le constat que les personnes s'ennuient ou sont isolées n'est pas forcément exclusif aux territoires ruraux. Néanmoins, celui-ci prend une forme particulière sur ces

territoires où, à priori, les liens et les attaches seront plus difficiles à construire du fait que les possibilités de créer du lien seront moins présentes.

Dans tous les cas, l'arrivée sur les territoires ruraux angoisse et correspond à une perte de repères, de liens, pour des personnes qui ont déjà subi beaucoup de ruptures tout au long de leur parcours.

L'absence de possibilités d'orientation...

Certains territoires ruraux disposent de très peu de possibilités d'orientation vers la santé mentale :

« En tout cas, un des trucs que j'avais identifiés aussi, c'est qu'en termes d'aide psychologique, bah c'est le néant, y a rien. Les éducateurs, ils font le travail de psychologue. Et ils peuvent être quand même un petit peu formés dessus, et ils peuvent justement apporter une aide, mais ils n'ont pas le temps. C'est quand même les trucs administratifs qu'ils sont obligés de faire. Donc voilà, ils n'ont pas le temps pour tout le monde et tout le temps. Donc il y a de la difficulté à ce niveau-là. »
(Stagiaire en Cada)

Comme nous l'avons déjà évoqué, il y a parfois une impossibilité concrète à orienter les personnes vers le soin en santé mentale et notamment vers des psychologues ou des psychiatres. Les déserts médicaux, sur certains territoires, et les distances à parcourir pour accéder aux soins se cumulent aux autres problématiques, ce qui rend le soin en santé mentale quasi impossible. On voit, dans l'extrait précédent, que du fait du manque de possibilité d'orientation, ce sont les

travailleurs sociaux qui peuvent se retrouver à « [faire] le travail de psychologue », sous-entendu le travail d'écoute des personnes hébergées en souffrance.

Dans ces contextes de ruralité où l'accès aux dispositifs de soins est très compliqué, les réponses apportées aux demandes de soins peuvent prendre des formes particulières :

« [les demandes] c'est presque systématique au début, on ne répond pas aux demandes de médicaments pour l'insomnie et ça se calme... Et quand on a une demande de voir un médecin psy répétée, on oriente vers le CMP ! »
(Professionnel de centre d'hébergement)

Ici, on voit comment la réponse amenée à la demande de soin prend une forme qui aurait pu être différente si elle avait eu lieu sur un territoire mieux fourni en termes de dispositifs de soins. Dans ce territoire très rural, c'est peut-être la difficulté à orienter vers le soin qui crée aussi la « non réponse » vis-à-vis des demandes. Il y a donc une forme de temporisation de la demande, notamment ici de médicaments, mais aussi parfois de voir un médecin vers qui il sera de toute façon très difficile d'orienter. Ce sont ici les demandes répétées, particulièrement pour un voir un médecin psychiatre, qui conduisent les professionnels à tenter d'orienter vers des soignants.

Ne pas pouvoir orienter les personnes conduit donc à revoir la manière de traiter les demandes de soin. Mais quels soins en santé mentale peut-il exister dans un contexte de désert médical ?

... et ce qui fait soutien en santé mentale ?

L'impossibilité d'orienter vers le soin, que l'on pourrait qualifier de « classique » en santé mentale (infirmiers, psychologues, psychiatres, etc.), conduit parfois les professionnels à trouver d'autres soutiens en santé mentale ou à élargir la représentation de ce qui peut faire soutien en santé mentale :

« Je dirais que les possibilités d'orientation sont limitées par la situation géographique du centre d'hébergement... Mais qu'elle est compensée par le fait qu'on soit [un petit centre], donc vraiment ambiance village on va dire et que ça, ça rassure les gens... Il ya une grande solidarité ! » (Professionnel de centre d'hébergement)

Dans cet extrait, on voit comment les possibilités concrètes d'orientation vers la santé mentale sont, en quelque sorte, compensées pour ce professionnel, par la configuration du centre et son implantation. Il est intéressant de constater qu'ici, la ruralité se retrouve connotée positivement. Ainsi, « *l'ambiance village* » et la solidarité qu'elle implique viendraient compenser les manques en santé mentale. Pour ce professionnel, l'environnement offert aux personnes est un réel avantage en comparaison des choses vécues antérieurement en France :

« Une fois sortie du stress et des difficultés des centres parisiens, et de tout le côté inhumain de ce qu'ils vivent là-bas, ils arrivent ici, ils se reposent et finalement un mois plus tard on a peu de demandes, notamment pour les insomnies... »

(Professionnel de centre d'hébergement)

L'arrivée dans un centre d'hébergement en milieu rural correspond donc, pour les professionnels, au temps du « repos », où l'environnement va permettre d'apaiser les personnes. On voit dans cet extrait que la non-réponse aux demandes des personnes se justifie par le fait que quelques semaines après leur arrivée, elles ne sont plus en demande de rencontrer des soignants. Ainsi, comme l'évoque ce professionnel, l'environnement et le « repos » constituent une forme de réponse en vis-à-vis à l'impossibilité d'orienter vers la santé mentale.

Certains aspects culturels et sportifs peuvent aussi faire soutien à la santé mentale des personnes sur les territoires ruraux :

« Moi j'essaye vraiment quand les gens dorment mal et tout ça de... de leur dire de faire du sport, de bouger de se lever le matin, donc tout ça y contribue... » (Professionnel de centre d'hébergement)

Il est intéressant de voir que, dans cet extrait, le sport constitue pour ce professionnel une manière de traiter les problématiques qui pourraient relever, par ailleurs, de traitements ou de consultations en santé mentale. D'autres professionnels nous ont également parlé de l'importance du sport et de la culture pour les personnes :

« Et du coup de ce point de vue là, le sport et même la culture peuvent amener des choses super intéressantes pour soigner à la fois le corps et l'esprit. Parce que ça

donne de l'occupation, parce que ça donne aussi du lien social, les jeux d'équipe, de collaboration et ça panse pas mal en termes de santé psychologique. » (Professionnel de centre d'hébergement)

Ainsi, le sport et la culture auraient des effets sur les personnes en termes de santé mentale. Les effets occupationnels sont importants, car, comme nous l'avons noté précédemment, l'ennui et l'isolement sont très présents pour les personnes en demande d'asile. Ensuite, c'est le lien social favorisé par le jeu qui paraît faire soutien en santé mentale.

D'autres soutiens peuvent se faire quand les personnes retrouvent certaines attaches telles que la religion, par exemple :

« Par rapport aux gens qui sont croyants, ça fait partie un peu de pouvoir se poser que de pouvoir trouver pour les uns une mosquée, pour les autres une église... Et bon j'ai vu des personnes pour lesquelles ça contribuait à un apaisement. »

Il paraît intéressant de comprendre comment les personnes elles-mêmes gèrent l'attente de leur protection en milieu rural et de voir ce qui peut faire soutien pour elles :

« Des fois, quand j'écoute les gens, par exemple, y a quelqu'un qui écoute ses soucis, ses problèmes ça remonte le moral aussi. Et comme je n'ai aucune solution à moi-même et aux autres, je ne savais pas comment on peut aider. Mais je n'ai aucune idée pour aider les gens par rapport aux soucis au Soudan et des choses comme ça, mais pour passer

les journées... J'ai essayé plusieurs fois de parler aux gens un par un, ou parfois on fait une réunion ensemble et je leur explique : "C'est vrai qu'on a beaucoup de soucis, on a beaucoup de problèmes, mais il faut être toujours positif, il faut garder l'espoir, continuer pour avancer." Et des fois ça marche et des fois non. Des fois, si je trouve quelqu'un qui n'est pas bien, je l'emmène aller se balader autour du [centre], comme ça on parle, on prend l'air et quand on rentre au [centre] ça nous fera du bien. »
(Monsieur Aman)

Ce sont donc parfois la communauté ou les autres résidents qui peuvent se retrouver en position d'encourager, de faire soutien et appui pour les autres. On voit comment ici la parole et les échanges prennent une place importante pour cette personne : être écoutée et entendue peut donc faire soutien. Plus largement, il s'agit de ne pas rester inactif. Il faut favoriser la parole et les échanges dans toutes leurs formes :

« Oui, des fois je lui transmets des musiques françaises, soudanaises. Si je regarde un bon film, je lui transmets aussi. Parce que ce n'est pas la peine de rester tout le temps dans les chambres. Au moins, à la limite si on va se balader, ça va mieux. » (Monsieur Aman)

Il s'agit donc surtout ici de lutter contre l'isolement de chacun. Pour cela, et comme le montre ces deux citations, les résidents des structures d'hébergement peuvent jouer un rôle important en termes d'écoute et de soutien et notamment en pratiquant de l'auto support ou en créant des groupes de pairs, comme le fait monsieur Aman.

Ainsi, l'environnement rural est à la fois un inconvénient du fait des distances et des difficultés pratiques d'orienter vers les dispositifs de psychiatrie, mais peut aussi se révéler être un avantage. Dans ce contexte de ruralité, les bénévoles jouent également un rôle important dans l'accueil des personnes :

« Les bénévoles renforcent le fait qu'on est dans un petit centre à taille très humaine et que les gens se sentent entendus... »

Il est intéressant de noter que la présence des bénévoles et leur écoute peuvent jouer un rôle important sur la santé mentale des personnes hébergées au centre d'hébergement.

Ce que les bénévoles apportent aux demandeurs d'asile

Dans les centres d'hébergement implantés en milieu rural, les bénévoles sont souvent assez nombreux à s'investir auprès des demandeurs d'asile, notamment pour proposer des activités culturelles, sportives, des sorties, des projections de films ou des ateliers en tout genre :

« Heureusement qu'il y a les bénévoles ici, ils font plein de trucs, ils font des diffusions de films, ils font des cafés solidaires, ils font des sorties, ils s'impliquent vraiment quoi, pour une bonne partie d'entre eux. » (Professionnel de Cada)

On peut souligner que les bénévoles prennent aussi une place importante dans une forme d'accompagnement plus général des personnes, dans un contexte où les professionnels de l'accompagnement sont de moins en moins nombreux avec un nombre de personnes de plus en plus

important à prendre en charge. Les bénévoles peuvent donc parfois également accompagner les personnes à leurs rendez-vous, par exemple.

Certains soignants bénévoles interviennent également directement dans les structures d'hébergement et constituent parfois la seule possibilité de soin :

« On a une bénévole infirmière aussi et depuis qu'elle vient une fois par semaine on a beaucoup moins de demandes de voir de vrais médecins ou de vrais pysys parce que [les personnes] savent que là, ils ont un espace, un espace pour eux, pour parler de leurs maux. Elle n'est pas du tout psy, mais elle est là pour les recevoir pour les entendre... » (Professionnel de centre d'hébergement)

Les bénévoles peuvent donc parfois faire soutien, dans le sens de proposer une écoute, et peuvent pallier à l'impossibilité des personnes hébergées à accéder aux soins en santé mentale.

De manière générale, les bénévoles proposent des activités variées et nombreuses dont l'objectif principal n'est pas toujours celui attendu :

« Et c'est vrai que j'essaye, dans la mesure du possible, qu'il y ait un moment de, où on dit des bêtises quoi. Quand je vois qu'ils sont, qu'ils ont réussi à sourire et encore maintenant eux ça va, mais c'est quand ils arrivent, ils sont... Quand on arrive à les faire sourire un petit peu et quand ils s'en vont, on voit qu'ils sont plus détendus que quand ils sont arrivés, on dit : "Bon c'est gagné", parce que c'est ça le but

aussi. C'est surtout ça. Bien sûr, il y a le français, s'ils apprennent quelques mots de vocabulaire tant mieux, mais si on peut les voir partir avec un air un peu plus détendu que quand ils sont arrivés, c'est parfait. » (Bénévole qui dispense des cours de français)

Cet extrait semble particulièrement intéressant. Alors que ce bénévole propose des cours de français et que l'on pourrait logiquement attendre que l'objectif premier de ces cours soit l'apprentissage de la langue française, celui-ci nous précise que l'apprentissage de la langue est secondaire. Effectivement, selon lui, l'objectif premier est de participer au mieux-être des personnes accueillies. Les cours de français ne sont alors qu'un prétexte pour « faire sourire » les personnes. La volonté première de ce bénévole est de faire soutien avant tout et donc d'agir positivement sur la santé mentale des personnes.

Les demandeurs d'asile, qui ont été rencontrés dans le cadre de l'étude, précisent l'importance et le soutien qu'ont pu représenter les bénévoles au sein de leur parcours :

« Oui, oui discuter, parce que les bénévoles ne savent pas la vie ici, donc ça permet de discuter des choses ailleurs, ça fait du bien aussi. Nous ici quand on discute c'est toujours les papiers, mais quand on pense à autre chose, ça fait du bien. » (Monsieur Maadi)

Il s'agit donc pour les personnes de pouvoir sortir du quotidien dans lequel la procédure de demande d'asile, l'attente et l'ennui prennent une place trop importante. Les

bénévoles viennent donc permettre aux personnes de sortir du quotidien et de penser à autre chose. Ils permettent aussi de réintégrer plus directement les personnes « dans la vraie vie » :

« Oui. J'aime beaucoup les bénévoles, parce qu'ici ce n'est pas la vraie vie. Parce qu'on est tous dans l'attente de notre demande. Dès que les bénévoles viennent ici, ça nous semble la vraie vie, parce qu'on parle sur les choses vraies, par exemple, sur les politiques, les choses qui passent ailleurs. Et ils nous apprennent le français, et les activités, comment les français vivent leur vie. J'aime beaucoup les bénévoles. C'est pour ça que j'ai accepté d'aller chez les bénévoles [certains bénévoles accueillent parfois des personnes chez eux le temps d'un week-end]. Et ça me permet d'apprendre les traditions auvergnates, les danses auvergnates et j'aime beaucoup. »
(Monsieur Maadi)

Cet extrait permet déjà de prendre la mesure de ce que représente l'attente des personnes en demande d'asile. En effet, Monsieur Maadi fait une distinction forte entre la « vraie vie » et la vie dans le centre d'hébergement. Cette dernière représente pour lui un espace où le temps est arrêté pendant la demande d'asile, celle-ci venant figer tous les autres aspects de la vie des personnes inscrites dans cette procédure. Monsieur Maadi nous précise également que pour lui, les bénévoles permettent ce lien avec la « vraie vie » et c'est en cela qu'ils tiennent une place très importante pour lui. On peut penser qu'en milieu rural les bénévoles sont justement très

importants, car ils amènent cette « vraie vie » au sein des structures d'hébergement. À l'opposé, nous pouvons imaginer que les personnes hébergées dans des structures implantées au sein de villes plus importantes disposent de beaucoup plus de biais pour faire le lien avec cette « vraie vie », grâce à la proximité et à l'accessibilité des espaces de socialisation et de culture.

Ce que les demandeurs d'asile apportent aux bénévoles

Nous venons d'essayer d'expliquer la place et l'importance que peuvent tenir les bénévoles dans le quotidien des personnes en demande d'asile en milieu rural. En considérant qu'aucune relation n'est unilatérale, il nous semblait primordial d'aborder la question de ce que l'arrivée des personnes en demande d'asile peut créer chez les bénévoles et, plus généralement, chez les habitants des villes et villages qui accueillent les centres d'hébergement.

« Comment vous êtes arrivée à l'association ?

Pour faire simple, j'avais arrêté mon travail et je cherchais à faire quelque chose. Et puis, je suis venue à la brocante un jour, j'ai vu qu'ils faisaient des cours de français, et je me suis dit : "Ça peut m'intéresser !" » (Bénévole qui dispense des cours de français)

Cette bénévole, qui donne des cours de français dans un centre d'hébergement, nous explique ici comment elle en est venue à donner ses cours. On remarque que l'ouverture de la structure et la possibilité de donner des cours de français lui ont permis de trouver une activité qui lui

correspond sur ce territoire. Pour certaines personnes, l'ouverture des centres d'hébergement en territoire rural et l'arrivée des personnes migrantes peuvent donc représenter des opportunités pour commencer une nouvelle activité ou en reprendre une qui n'était peut-être pas possible avant l'ouverture de la structure d'hébergement.

Plus largement, il est intéressant de constater que l'ouverture des centres d'hébergement sur les territoires ruraux peut relancer certaines dynamiques sur les territoires :

« On a commencé à faire le centre de loisirs il y a une dizaine d'années. Le but du jeu était de répondre à des besoins internes, c'est-à-dire que pendant les vacances, il fallait occuper les gamins et puis c'était de faire rentrer du monde ici. Le centre de loisirs est ouvert à tout le monde, comme l'épicerie solidaire. Il y a des gens ici qui s'aperçoivent que les demandeurs d'asile ce n'est pas des sauvages. Le centre de loisirs maintenant il est intégré à la campagne, et on essaye d'ouvrir au mois d'août et la première semaine de septembre. On a des besoins qui sont en fait des besoins du territoire quoi. » (Bénévole)

Le centre de loisirs, créé au sein du centre d'hébergement dans le but d'offrir aux enfants de la structure des activités l'été, a ouvert ses portes aux autres enfants du village et des communes voisines. Ainsi, l'ouverture de ce centre aura impulsé l'ouverture d'un nouveau service aux habitants des communes proches de ce centre d'hébergement. De manière générale, ce que l'on constate c'est que

l'ouverture des centres d'hébergement pour demandeur d'asile sur certains territoires ruraux est souvent synonyme de nouvelles dynamiques dont la population locale profite. La présence des personnes migrantes impacte donc positivement la vie globale de certains territoires. Pour la population locale comme pour les personnes migrantes, il s'agit donc de créer de nouveaux liens, de nouvelles attaches.

Accueillir en milieu rural ?

Dans un contexte de ruralité, différents éléments peuvent faire soutien à la santé mentale des personnes migrantes. Ce sont aussi souvent les liens ainsi que les rencontres avec les gens et, plus largement, l'accueil qui peuvent créer une forme de soutien. En milieu rural, ces liens prennent une dimension particulière :

« [sur l'intégration] je suis convaincu que ça marche, d'autant plus qu'on est en milieu rural, parce que les gens regardent, observent et, ça va doucement, mais dès que les gens entrent en contact, ils font connaissance, notamment avec les gosses, les parents d'élèves, ça se passe vraiment bien. »

On peut remarquer que pour ce professionnel, il y a une particularité de l'accueil des personnes migrantes en milieu rural. Il est intéressant de voir qu'au sein de ces territoires, l'arrivée des personnes en demande d'asile est particulièrement visible, contrairement aux grandes villes, qui peuvent invisibiliser leurs arrivées :

« Mais voilà, c'est l'usine, c'est la ville c'est grand c'est encore plus facile d'ignorer la souffrance. Ils sont tellement habitués à voir des SDF tout le temps qu'en fait ça leur fait ni chaud ni froid. Et franchement je pense que c'est pire. » (Professionnel Cada)

En effet, dans les grandes villes, l'ouverture d'une structure d'hébergement peut sans doute passer inaperçue et n'avoir aucun impact sur le quotidien des habitants. Les personnes migrantes sont alors des « tout-venants » que l'on croise dans l'espace public, mais qu'on ne peut pas forcément rattacher une catégorie (personne migrante, étrangère) parce qu'elle pourrait être « n'importe qui » ou « tout un chacun⁶⁴ ». On peut imaginer qu'il n'en soit pas de même dans des territoires où l'implantation de la structure aura déjà fait « évènement » et où les personnes en demande d'asile seront d'office repérées, visibilisées. On peut faire l'hypothèse que cette visibilité particulière, grâce à laquelle « les gens regardent, observent », implique aussi pour les habitants de se positionner par rapport à l'accueil de ces personnes. Effectivement, cet accueil ne peut que difficilement laisser indifférent et c'est en cela qu'il prend une forme particulière sur les territoires ruraux. Certaines personnes se positionnent contre l'accueil de cette population, mais beaucoup de personnes, et c'est bien ce que montre le nombre important de bénévoles et de citoyens impliqués sur ces territoires ruraux, se positionnent dans un accueil fort de ces

⁶⁴ Joseph, I. (2007). *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*. Paris : Economica.

personnes. Souvent, et comme le précise ce professionnel ci-dessus, les contacts « *se passent vraiment bien* » et les préjugés qu'il peut y avoir au départ ne résistent pas à la réalité.

Le lien comme soutien à la santé mentale

Les rencontres au fil du temps peuvent faire soutien pour les personnes en demande d'asile qui arrivent sur des territoires ruraux. Ce sont notamment les liens particuliers qui peuvent se créer entre les personnes qui deviennent des éléments qui permettent aux demandeurs d'asile d'avancer :

« Et on travaille beaucoup avec des paysans aussi. Ils sont comme tout le monde, ils sont curieux. Il a cette particularité le paysan, c'est qu'il travaille la terre, le gars qu'il a à côté de lui, qu'il soit noir, vert ou jaune, s'il travaille avec lui, ça crée des liens tout de suite. On a beaucoup de gens qui sont d'origine rurale ici, ils aiment ça. Et il y a une reconnaissance. J'ai eu des paysans qui m'ont ramené des gens et qui me disent : "Tu me racontes, c'est quoi ces gens, c'est quoi cette histoire ?" Ils étaient complètement sidérés par les gens qui leur racontaient leur histoire. Ça produit ce genre de choses là. Ça fonctionne toujours et ils en redemandent ! » (Professionnel en Cada)

Cet extrait paraît intéressant, car il expose ce que la création de liens peut revêtir en

termes de valorisation des savoir-faire des personnes migrantes et de reconnaissance de l'autre. En effet, on peut imaginer les effets bénéfiques du côté des personnes migrantes de pouvoir participer à une activité qui les intéresse particulièrement. Aussi, l'intérêt que portent, dans cet extrait, les agriculteurs aux personnes en demande d'asile implique quelque chose de fort en termes de reconnaissance de l'autre. Le philosophe Axel Honneth précise que : « les individus ne se constituent en personnes que lorsqu'ils apprennent à s'envisager eux-mêmes, à partir du point de vue d'un autrui approuvateur ou encourageant, comme des êtres dotés de qualités et de capacités positives⁶⁵. » Les agriculteurs qui reconnaissent le travail et les capacités des personnes permettent donc de renforcer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. De manière générale, la création de liens et d'attaches, additionnée à la reconnaissance des capacités des personnes par l'autre, participent à la création d'un « monde commun » où les personnes se rendent compte qu'elles partagent des choses et qu'elles peuvent construire des projets ensemble.

Du côté des personnes migrantes, il est intéressant de constater que des liens et des attaches se créent indépendamment de la difficulté à se reconstruire et à se projeter dans le contexte d'incertitude et de « temps suspendu » que représente la demande d'asile :

« Je suis venu avec d'autres amis et mes amis ont décidé de partir d'ici. Et moi j'ai dit : "Je suis d'accord

⁶⁵ HONNETH, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance* (p 290). Paris, France : Gallimard.

avec vous, si vous voulez partir, moi je ne reste pas ici tout seul." Parce qu'on était ensemble à Calais donc on a choisi d'être ensemble. Donc le lendemain à minuit, on est tous parti et au bord de la route, et on voit une voiture qui fait demi-tour, et après ils ont mis le flash [c'était la gendarmerie]. Et c'est dommage, et heureusement mes amis avaient leurs papiers parce qu'ils avaient déjà commencé les démarches. Et moi je n'avais aucun papier, donc ils ont laissé mes amis aller à Paris et ils m'ont ramené ici. C'était un peu dur parce que je me sentais seul, je n'ai connu personne ici, mes amis sont partis. Je me suis posé des questions, comment je peux vivre tout seul dans la forêt comme ça. Mais dans quelques jours après, je trouve que les salariés sont très gentils, très humains, très efficaces. Donc j'ai changé mon avis, de rester ici. Et mes amis m'appellent : "Allez viens, on t'attend !", j'ai dit : "Non, non je reste ici." "Tu es fou toi, comment tu restes dans la forêt comme ça ?" Je leur dis : "Je vais bien, vous n'inquiétez pas, ici ça va." » (Monsieur Maadi)

Cet extrait paraît intéressant, car il montre comment monsieur Maadi a changé d'avis sur le milieu dans lequel il se trouvait et comment son expérience dans ce centre d'hébergement a changé de manière positive, notamment parce que les salariés étaient « *très gentils, très humains, très efficaces* ». C'est plus particulièrement la prise de repères et la création de nouvelles attaches qui conduisent les personnes à rester malgré les difficultés liées aux distances :

« Oui, c'est vrai que le centre est un peu loin de la ville, mais on est au milieu du paysage, de l'air frais, on est bien ici. C'est vrai qu'on est un peu loin dans la ville, mais on a notre vie ici, parce qu'il y a beaucoup de bénévoles qui viennent donner des cours de français et il y a des activités culturelles. Par exemple, des fois on va à [ville] assister à un concert et y a des gars qui jouent au foot. Et ça c'est bien parce qu'on est isolé ici et on a des soucis, mais je suis content quand les gens viennent ici. »
(Monsieur Aman)

On voit dans cet extrait comment monsieur Aman s'est attaché au lieu et à la vie dans le centre d'hébergement, à l'environnement, aux personnes. Il nous semble que cela se traduit fortement dans ses propos quand il nous dit : « *on a notre vie ici.* » Il y a donc une attache qui a pu se créer au fil du temps et qui se traduit parfois par des détails, comme le choix d'une place bien précise pour réaliser l'entretien lors de notre venue. Cela montre bien que les personnes se sont approprié les lieux :

« Moi je ne suis pas quelqu'un de sportif, mais j'aime beaucoup discuter avec les gens, regarder des films, aller se balader. J'aime bien la nature, les paysages comme ça. Pour ça j'ai choisi cette place [nous sommes au bout d'une table, avec une vue sur un petit champ et la forêt] pour regarder le paysage, ça me fait du bien. » (Monsieur Maadi)

Les individus s'attachent donc à des personnes, un environnement, mais aussi à la commune qui les accueille :

« Les personnes en parlent beaucoup, au départ c'est très angoissant. Pour la plupart tous arrivent en disant ça : "Olala [ville] il n'y a rien", euh... La plupart, pour nous, ils viennent de [grande ville] en fait, donc [grande ville] c'est une petite ville, mais c'est une ville quand même... Et puis après, au fur et à mesure du temps, la plupart ont du mal à partir en fait ! Euh... surtout les familles [...] Elles ont beaucoup de mal à quitter la commune en fait... parce qu'il y a l'école, parce qu'ils finissent par connaître un peu tout le monde... Enfin voilà ! Et puis ici maintenant j'ai un peu l'impression que la grande majorité des gens vivent ce Cada et les gens qui arrivent dans les murs de la commune plutôt d'une manière positive, en disant : "Ben ça nous a amené plein de choses..." Donc la plupart ont du mal à partir, quelques-uns poussent pour rester à [ville] ! Parce qu'ils se sentent... Et je vois une famille là, je crois qu'ils sont arrivés en [année] et ils ont trouvé un travail dans la commune l'un et l'autre. Maintenant les enfants sont grands, mais moi ils me disent :

"non, mais ici c'est ma terre d'accueil je partirai plus, c'est comme ça !" »

On remarque ici que les attaches sont parfois assez fortes pour que les personnes restent sur ces territoires après l'obtention de leur protection internationale. C'est notamment vrai pour les familles qui ont des enfants scolarisés.

La santé mentale des personnes migrantes passe donc notamment par le fait d'être bien accueilli au sein de leur parcours en France. Bien accueillir n'est pas seulement fournir un logement, l'accès à tel ou tel service, mais c'est aussi le fait d'offrir aux personnes, dont le parcours est souvent ponctué de ruptures et de pertes, la possibilité et les conditions dans lesquelles elles pourront créer de nouvelles attaches. Dans un contexte de ruralité, ces nouveaux liens sont loin d'être évidents compte tenu du manque de structures, de dispositifs, de services et du nombre limité de personnes présentes. Néanmoins ces liens sont peut-être renforcés par le fait que l'environnement et les gens qui le composent ne peuvent ignorer la présence (et la souffrance ?) des personnes nouvellement arrivées sur le territoire.

CONCLUSION

Comme nous l'avons montré, l'accès aux soins en santé mentale du public migrant demandeur d'asile en Auvergne est complexe. Les problématiques liées à l'interprétariat, aux saturations des dispositifs de soins, certaines considérations cliniques, le manque d'interconnaissance entre les acteurs, les difficultés liées aux situations sociales des personnes, les difficultés d'évaluer ce dont elles souffrent rendent le soin et l'accompagnement vers le soin problématique.

L'inadéquation entre l'implantation des structures d'hébergement sur certains territoires et les dispositifs de soins renforcent ces difficultés. Nous avons perçu que, lorsqu'il n'est pas possible d'accéder à un psychologue, à un psychiatre ou à un soignant, d'autres biais peuvent faire soutien, notamment sur les territoires les plus ruraux. Ce sont alors l'engagement des travailleurs sociaux, des bénévoles et, plus largement, des citoyens qui rend possible une forme de soutien en santé mentale.

De manière générale, la question de l'accueil est peut-être au centre ou au départ de la réflexion sur la santé mentale des demandeurs d'asile. En effet, on constate que le système d'accueil tel qu'il existe aujourd'hui crée de la souffrance en santé mentale. Ainsi, les personnes migrantes ne souffrent pas uniquement des

causes qui les ont poussés à quitter leurs pays ou encore des violences subies sur le trajet pour arriver jusqu'en France. Ce qui fait « traumatisme » ce sont aussi les conditions dans lesquelles les personnes sont parfois accueillies : sans propositions d'hébergement ou sans possibilités d'accéder aux services les plus basiques.

Les personnes migrantes ont souvent vécu de nombreuses ruptures et pertes au long de leur parcours. Partir de son pays implique de perdre des attaches et des liens : famille, objets, environnement et plus généralement toutes les choses auxquelles les personnes tiennent. Un des enjeux de l'accueil des personnes en demande d'asile est alors, sans doute, de créer des conditions d'accueil qui donnent une place aux personnes ainsi que recréer des liens et des attaches perdus. En délivrant une protection internationale, c'est l'État (et peut-être en premier lieu) qui peut donner une nouvelle place à la personne. Mais, à un tout autre niveau, ce sont aussi les individus et les citoyens qui peuvent donner une place aux personnes migrantes ainsi que des nouvelles attaches, en les accueillant et en les reconnaissant dans leurs souffrances, mais aussi dans leurs capacités et compétences.



PROPOSITIONS

I - RENFORCER ET DÉVELOPPER L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE SUR LE TERRITOIRE DE L'Auvergne

Sur les territoires, les équipes de soin à destination des publics les plus précaires - que sont les Pass, les Pass psychiatriques, les EMPP, les SASPP - constituent souvent les seules possibilités d'accès aux soins pour ces publics. Actuellement, ces dispositifs sont saturés et fonctionnent souvent avec des effectifs insuffisants compte tenu de leur charge de travail.

La mobilité de ces équipes prend une place particulièrement importante dans la prise en charge des publics migrants qui ont, comme nous l'avons évoqué précédemment, des difficultés importantes d'accès aux soins. Actuellement, les équipes mobiles en place ne peuvent pas répondre à toutes les demandes et se déplacer sur tous les territoires des départements compte-tenu du manque de temps de travail et des distances qui les séparent des lieux d'hébergement des personnes.

Nous proposons que la création des Pass psychiatriques et des EMPP sur tous les départements soit impulsée. Les moyens de ces équipes doivent également être largement augmentés afin qu'elles puissent se déplacer sur l'ensemble des territoires sur lesquelles elles se situent. L'idée est de donner la possibilité à ces dispositifs d'aller vers les personnes migrantes sur les territoires les plus isolés. Il pourrait s'agir, par exemple, de la mise en place de permanences dans les différentes villes du

département, mais aussi directement dans les structures d'hébergement pour demandeurs d'asile.

La question de l'aller-vers et des déplacements en Auvergne est particulièrement importante compte tenu du contexte rural de certains territoires. Nous proposons alors la mise en place de dispositifs de médiation sur tous les départements d'Auvergne. Ces dispositifs pourraient permettre un accès facilité aux différents soignants sur les territoires en proposant un accompagnement des personnes les plus vulnérables vers le soin. Aussi, ces dispositifs pourraient permettre de s'assurer de la continuité des soins pour le public migrant, au-delà de l'instabilité de la situation des personnes (changement d'hébergement, personnes déboutées).

La prise en charge en santé mentale des personnes migrantes amène avec elle beaucoup d'interrogations cliniques. La langue, les dimensions culturelles, la représentation du soin des personnes, l'instabilité sociale, sont des éléments qui peuvent rendre la clinique et la prise en charge en santé complexe. Compte tenu de cela, il existe des dispositifs de soins spécialisés dans la prise en charge en santé mentale des personnes migrantes. Ces dispositifs sont très peu nombreux en Auvergne (et plus largement en région) et disposent souvent de moyens très limités. Afin d'offrir aux personnes migrantes la possibilité d'une consultation en santé mentale qui prend en compte leurs spécificités, nous proposons la création ou le renforcement des dispositifs de soins

spécialisés sur les départements de l'Auvergne.

II - SOUTENIR LA COORDINATION ET LA CONCERTATION DES ACTIONS SOCIALES ET SANITAIRES À DESTINATION DES MIGRANTS

En développant des dispositifs de coordination de l'accueil des personnes avec les acteurs de la santé des territoires

lors de cet état des lieux, plusieurs professionnels ont évoqué les difficultés causées par les manques de dispositifs de soins sur leur territoire. Les structures sont en effet parfois mises en place sur des territoires très isolés et qui manquent de soignants et de dispositifs de soins.

Les professionnels nous ont également fait remarquer le manque de concertation avec les dispositifs de soins à l'ouverture des structures d'hébergement, ce qui peut parfois bloquer les possibilités d'orientation. En effet, les acteurs du soin qui n'ont pas été informés de l'ouverture des structures peuvent parfois se fermer à accueillir cette nouvelle population.

Nous proposons donc d'une part qu'une attention particulière soit portée aux lieux choisis dans l'implantation des nouvelles structures d'hébergement sur le territoire de l'Auvergne. Il doit y avoir une mise en cohérence entre l'implantation des hébergements et les possibilités concrètes d'accéder aux services les plus essentiels

sur ces territoires et notamment les possibilités concrètes d'accès aux soins⁶⁶. L'accueil des populations migrantes ne peut se réduire à l'attribution d'un logement, mais doit se traduire par la possibilité pour ces personnes d'accéder à tous les services dont elles ont besoin au quotidien (pouvoir faire ses courses, accéder aux soins), mais aussi accéder à la vie dans la cité, à la vie sociale⁶⁷.

Nous proposons d'autre part de veiller à discuter des possibilités concrètes d'accueil de ces populations par les acteurs de santé avant l'ouverture des structures. À minima, des rencontres interpartenariales pourraient être mises en place à chaque ouverture de structures d'hébergement afin d'en informer les acteurs sanitaires des territoires. Ces rencontres pourraient réunir les directions territoriales de l'ARS, les directions des structures d'hébergement, mais aussi les PMI, les CMP, les hôpitaux, les médecins généralistes et les médecins libéraux du territoire.

En développant des coordinations santé mentale et migration sur le territoire de l'Auvergne

Les différents acteurs du soin et de l'accompagnement social sont peu en lien sur les territoires de l'Auvergne. Il y a parfois une méconnaissance des pratiques de chacun, notamment entre les services de psychiatrie, les CMP et les professionnels qui accompagnent les publics demandeurs

⁶⁶ L'Académie de médecine, dans son rapport *Précarité, pauvreté et santé* publié le 20 juin 2017, identifie les migrants comme l'une des populations devant bénéficier d'une attention particulière d'un

point de vue médical, du fait qu'elle présente de nombreux facteurs de vulnérabilités et de précarité.

⁶⁷ L'isolement géographique peut aussi impliquer parfois l'exclusion des espaces de socialisation.

d'asile et migrants. On peut également remarquer que les dispositifs de soins destinés aux personnes précaires (Pass, EMPP) sont également parfois peu en lien avec les structures hospitalières dont ils dépendent. Or, comme nous l'avons évoqué, le public migrant implique souvent une prise en charge en réseau et une coordination des actions afin que celui-ci soit correctement pris en charge.

Nous proposons donc de créer une coordination santé mentale et migration sur les différents territoires de l'Auvergne. Celle-ci viendrait répondre à plusieurs objectifs :

- renforcer l'interconnaissance entre les acteurs et ouvrir le dialogue autour d'une coordination commune des actions sur le territoire ;
- partager les expériences et difficultés de chacun afin de décloisonner les pratiques des soignants et des intervenants sociaux ;
- offrir un espace de réflexivité par rapport aux pratiques permettant de rompre le sentiment d'isolement de certains professionnels dans la prise en charge de ce public.

III - FORMER, INFORMER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS DU SOIN ET DU SOCIAL

Du côté des intervenants sociaux

Cet état des lieux nous a permis de constater des difficultés rencontrées par les professionnels à évaluer ce dont souffrent les personnes migrantes. En effet, le public n'a pas forcément de demande et les

symptômes ne sont pas forcément faciles à décrypter pour des travailleurs sociaux non formés à la santé mentale.

Nous proposons donc la mise en place de formations à destination des intervenants sociaux sur la santé mentale du public migrant. Ces formations pourraient permettre aux professionnels de mieux appréhender le soin en santé mentale afin d'être plus confiants dans l'évaluation et l'orientation des personnes.

Aussi, les professionnels se retrouvent souvent en difficulté pour parler de la santé avec les personnes en demande d'asile. Celles-ci peuvent, en effet, avoir des représentations très négatives du soin et notamment de la santé mentale dans laquelle les termes « psychologue » ou « psychiatre », par exemple, peuvent tout de suite faire référence à une conception très péjorative de la « folie ». Certaines personnes ont également peu de représentations de ce qu'est la santé mentale, car ce concept n'existe pas comme tel dans leur pays d'origine. Ainsi, parler de souffrance psychique et de santé mentale avec les personnes migrantes s'avère parfois très complexe pour les travailleurs sociaux qui ne savent pas toujours comment aborder ces questions.

Nous proposons la création d'outils de sensibilisation et d'information à destination des professionnels de l'accompagnement afin de faciliter la communication sur la santé et notamment sur la santé mentale auprès de ce public. Ces outils pourraient prendre différentes formes afin que l'information puisse être passée de la manière la plus adaptée aux situations.

Du côté des soignants

Comme nous l'avons noté, beaucoup de soignants peuvent être réticents à la prise en charge du public migrant. La méconnaissance de cette population peut être source d'inquiétude pour les soignants et parfois conduire à des refus de prise en charge. Aussi, l'utilisation de l'interprétariat dans les consultations vient déstabiliser le cadre habituel de celle-ci et créer un biais qui n'est pas toujours bien perçu par les professionnels soignants. De même, les situations d'instabilité sociale dans lesquelles sont prises les personnes migrantes « débordent » parfois sur le soin, ce qui rend la clinique difficile auprès de ce public. Pour les médecins qui reçoivent déjà ce public en consultation, ces questions ont été directement traitées face au public sans que ceux-ci aient pu bénéficier de formation ou même d'information spécifique concernant cette prise en charge.

Sur le territoire de l'Auvergne, nous avons pu constater que beaucoup de dispositifs de soins n'utilisent pas ou peu l'interprétariat avec un public allophone. Il s'agit parfois de méconnaissance des lignes budgétaires existantes ou des procédures pour les utiliser, mais, parfois, ce sont des raisons d'ordre clinique qui constituent un motif de refus à travailler avec un interprète. Les soignants peuvent en effet être réticents aux différents biais amenés par la présence de l'interprète et notamment par la relation tripartite créée par sa présence. Ces interrogations cliniques sont partagées par beaucoup de soignants qui travaillent avec l'interprétariat. À côté de cela, les

professionnels en lien avec le public migrant constatent tous les jours l'importance, pour les personnes, d'être comprises et entendues par leurs soignants.

Nous proposons, d'une part, la mise en place de campagnes d'information et de sensibilisation auprès des médecins et des psychologues sur la question de la prise en charge en santé du public migrant, ainsi que des spécificités cliniques qu'il amène. Il s'agirait alors d'insister tout particulièrement sur l'importance du travail avec interprète au cours des consultations.

D'autre part, il nous semble important de mettre à disposition des soignants des outils pratiques qui puissent faire soutien sur les principaux aspects qui peuvent être problématiques dans la prise en charge en santé du public migrant précaire. Ces outils pourraient permettre aux soignants d'appréhender clairement les situations vécues par les personnes migrantes tout au long de leur parcours, ainsi que leur impact dans le soin, qui peut être problématique. Enfin, ils auraient également comme objectif de proposer différentes ressources qui peuvent être mobilisées pour venir en aide aux soignants dans leurs prises en charge.

IV - FAVORISER ET RENFORCER L'UTILISATION DE L'INTERPRÉTARIAT DANS LE SOIN

Comme nous l'avons déjà précisé, beaucoup de dispositifs de soin n'ont pas recours à l'interprétariat, ce qui constitue un frein majeur dans l'accès aux soins des publics allophones. Les raisons invoquées par les différents dispositifs soignants dans la non-utilisation de l'interprétariat sont

floues et diverses, mais ne permettent pas de comprendre à quel niveau se situe réellement la problématique.

Afin d'éclaircir la situation, nous proposons de réaliser une enquête, notamment au sein des hôpitaux et des dispositifs de soins de droits communs, pour comprendre à quel niveau se situe la problématique du non-recours à l'interprétariat.

Aussi, des campagnes d'information et de sensibilisation pourraient être mises en place à destination des directions des hôpitaux afin que les équipes soignantes puissent faire appel à des interprètes professionnels lors des consultations avec les personnes allophones.



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 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

Vincent Tremblay, chargé de mission en sociologie, Orspere-Samdarra

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien de

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes