

# **Accompagner la santé mentale des demandeurs d'asile en hébergement collectif temporaire**

*Retour d'expérience en Centre Bretagne*

## Table des matières

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sigles et abréviations.....                                                   | 3  |
| Introduction :.....                                                           | 4  |
| 1) L'accueil en CAES.....                                                     | 5  |
| 1.1) Qu'est ce qu'un CAES ?.....                                              | 5  |
| 1.2) Présentation du CAES de Noyal-Pontivy.....                               | 5  |
| 1.3) Les résidents du CAES.....                                               | 6  |
| 1.4) Temporalité du séjour en CAES.....                                       | 6  |
| 2) Prévalence et causes des troubles psychiques chez les primo-arrivants..... | 7  |
| 2.1) Éléments de généralités.....                                             | 7  |
| 2.1.1) Phase pré-migratoire :.....                                            | 7  |
| 2.1.2) Phase migratoire :.....                                                | 7  |
| 2.1.3) Phase post-migratoire :.....                                           | 8  |
| 2.2) Caractéristiques de la santé mentale au CAES.....                        | 9  |
| 3) Comment améliorer la santé mentale ?.....                                  | 10 |
| 4) Accès aux soins pour les résidents du CAES.....                            | 11 |
| 4.1) Écoute et recueil des besoins en santé.....                              | 11 |
| 4.2) Prise en charge des frais de santé.....                                  | 11 |
| 4.3) Offre de soins et prise en soin des résidents.....                       | 12 |
| 4.3.1) Le CHCB (Centre Hospitalier du Centre Bretagne), site de Kério.....    | 12 |
| 4.3.2) La clinique de Kério à Noyal-Pontivy.....                              | 13 |
| 4.3.3) Les médecins libéraux de ville.....                                    | 13 |
| 4.3.4) Les services spécifiques de prise en charge de la santé mentale.....   | 13 |
| 5) Accueillir dignement.....                                                  | 16 |
| 6) La force du collectif.....                                                 | 17 |
| 7) La nécessité de rythmer le quotidien.....                                  | 18 |
| 8) La place de la religion au CAES.....                                       | 19 |
| 9) Vigilance sur notre posture de travailleur social.....                     | 20 |
| Conclusion.....                                                               | 21 |
| Bibliographie.....                                                            | 22 |
| Lexique.....                                                                  | 22 |
| Remerciements.....                                                            | 22 |

## Sigles et abréviations

**ADA** : Aide aux Demandeurs d'Asile

**AME** : Aide Médicale d'État

**Amisep** : Association Morbihannaise d'Insertion Sociale et Professionnelle

**Cada**: Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

**CAES** : Centre d'Accueil et d'Évaluation des Situations

**CHCB** : Centre Hospitalier de Centre Bretagne

**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé

**CMP** : Cente Médico-Psychologique

**CMPS** : Cente Médico-Psychologique Spécialisé

**Csapa** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSS** : Complémentaire Santé Solidaire

**DNA** : Dispositif National d'Accueil

**DU** : Diplôme Universitaire

**EMDR** : Eye movement desensitization and reprocessing / Intégration neuro-emotionnelle par les mouvements oculaires.

**EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale

**Huda**: Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

**Ofii**: Office Français pour l'Immigration et l'Intégration

**Prahda** : Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

**SNA** : Schéma National d'Accueil

**TCC** : Thérapie Comportementale et Cognitive

**TSPT** : Trouble de Stress Post-Traumatique

**UMP** : Urgences Médico-Psychologiques

## **Introduction :**

Actuellement, je suis intervenante sociale dans un CAES (Centre d'Accueil et d'Évaluation des Situations) en Centre Bretagne. Nous mettons à l'abri pour un séjour bref (2 mois en moyenne) des demandeurs d'asile en provenance d'Île de France. Leur arrivée en France date généralement de quelques jours seulement. Certains arrivent en état de grande fragilité physique et psychologique. J'assure l'orientation vers les services de santé ainsi que le suivi de santé des résidents en lien avec les professionnels de santé. C'est cette mission qui m'a poussé à participer au Diplôme Universitaire en santé des migrants. Pour ce mémoire j'ai choisi de m'intéresser à l'accompagnement à la santé mentale et de retenir la problématique suivante :

« Dans le contexte de brièveté de séjour en CAES,  
comment accompagner la santé mentale des demandeurs d'asile ? »

Après avoir présenté le CAES de Noyal-Pontivy, nous nous intéresserons à la prévalence et aux causes des troubles psychiques chez les primo-arrivants (de manière générale puis sur le CAES). Nous présenterons les solutions et pistes existantes pour améliorer la santé mentale. Ensuite, nous décrirons et analyserons l'accès aux soins de santé - en particulier pour la santé mentale – dans le contexte qu'est celui du CAES. Enfin, nous montrerons dans quelles conditions le CAES peut, en lui-même, être un lieu de soutien à la santé mentale.

## **Méthodologie**

- Prise en compte au fil de l'étude d'éléments de bibliographie.
- Observations globales, après 10 ans d'expériences aux côtés des exilés.
- Observations issues de mon activité quotidienne et celles de l'équipe, au sein du CAES de Noyal-Pontivy depuis 1 an, appuyées par des éléments chiffrés issus du rapport d'activité du centre.
- Description et analyse des situations vécues au CAES et des actions mises en places.

# 1) L'accueil en CAES

## 1.1) Qu'est ce qu'un CAES ?

Le CAES est un **hébergement temporaire d'urgence**, pour une durée initialement prévue de 1 mois, spécifique aux **demandeurs d'asile qui s'enregistrent en Île de France**. L'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) prend la décision d'orientation et finalise la répartition des demandeurs d'asile sur l'ensemble du territoire français à l'aide d'un algorithme, dans le cadre du schéma national de l'asile. Le CAES est un premier maillon du DNA (Dispositif National de l'Asile) géré par l'OFII.

Le DNA c'est, selon les chiffres provisoires de 2025, 109 000 places d'hébergement en France (114 000 places en 2024). Il englobe : les CAES, les Prahda (Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile), les Huda (Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile), les Cada (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) et les CPH (Centres Provisoires d'Hébergement) . En 2024, on comptait 6700 places de **CAES (soit 6 % des places du DNA)**, (Cimade, 2025), (Cimade, 2026).

L'accueil en CAES inclut : un hébergement (généralement collectif), une domiciliation, un accompagnement social et sanitaire, un accompagnement administratif (demande d'asile), le signalement des vulnérabilités à l'OFII et enfin l'organisation du départ vers un autre hébergement du DNA notifié par l'OFII (Prahda/Huda/Cada).

## 1.2) Présentation du CAES de Noyal-Pontivy

Le CAES de Noyal-Pontivy est un hébergement de 30 places, géré par l'Amisep (Association Morbihannaise d'Insertion Sociale Et Professionnelle) dans le cadre d'une réponse à appel d'offre pour l'OFII. L'association est active dans toute la Bretagne sur diverses thématiques (handicap, hébergement, asile, protection de l'enfance, socio-judiciaire, ...). L'Amisep a ouvert son premier Cada à Pontivy en 2001. En 2024, elle comptait en Bretagne 1033 places d'hébergements relevant du DNA, tous dispositifs confondus.

Le CAES de Noyal-Pontivy est rattaché au « Service Asile Réfugiés » de Pontivy qui englobe CAES, Huda, Cada et CPH, avec une même cheffe de service.

Noyal-Pontivy est une commune rurale de 3700 habitants, située en centre Bretagne, à 15 minutes du centre ville de Pontivy (14500 habitants). Le CAES de Noyal-Pontivy a ouvert en 2021 et son accueil en territoire Pontivyen s'est fait dans un contexte tendu (pétitions et réunions d'opposants).

L'équipe du CAES se compose de :

- Une Maîtresse de maison qui coordonne tout ce qui est inhérent au bon fonctionnement de la maison et vient en appui sur les missions de l'intervenante sociale.

- Une intervenante sociale : J'ai pour principale mission, l'organisation des arrivées et des départs des résidents en lien avec l'OFII et les Huda/ Cada, l'accueil des résidents, l'orientation et le suivi santé des résidents et l'animation de la maisonnée.
- Une Conseillère en Économie Sociale et Familiale du Cada qui intervient à 40 % sur le CAES pour la partie juridique et administrative : elle assure la préparation des dossiers de demande d'asile, y compris le recueil des récits d'asile. Elle informe sur la procédure Dublin. Elle complète également les demandes d'ouverture de droit à l'assurance maladie. Elle assure le suivi des effectifs en lien avec l'OFII.
- Un veilleur de nuit est présent, environ une nuit sur trois.

Le bâtiment est équipé avec une cuisine commune, une salle à manger, une salle d'activité, des sanitaires communs non-mixtes, une buanderie et 12 chambres non-mixtes (2 chambres individuelles, 5 chambres de 2 places, 2 chambres de 3 places, 3 chambres de 4 places) et un jardin de 1000m².

### **1.3) Les résidents du CAES**

Nous accueillons essentiellement des demandeurs d'asile isolés, hommes ou femmes et très exceptionnellement des couples et des familles.

En 2025, nous avons accueilli 158 personnes (contre 190 en 2024). Nous avons organisé 152 accueils et 158 sorties.

De nombreuses nationalités différentes se côtoient (28 nationalités accueillies en 2025). Les pays d'origines les plus représentés en 2025 étaient la République Démocratique du Congo (17%), le Tibet (13%), l'Afghanistan (11%) et la Somalie (10%).

Nous avons accueilli 93 hommes pour 53 femmes et 12 enfants (en 2024 : 109 hommes et 47 femmes). La féminisation des exilés est visible aussi en CAES et chaque année depuis l'ouverture du centre la proportion de femmes entrantes augmente.

### **1.4) Temporalité du séjour en CAES**

Si au journal officiel, il est stipulé que la durée du séjour en CAES est prévue pour un mois, elle est en réalité de 2 mois en moyenne (59 jours en 2025 contre 48 en 2024 et 33 en 2023). Certains résidents se maintiennent plus longtemps, parfois jusqu'à 6 ou 7 mois, ce sont des personnes concernées par la procédure Dublin, assignées à résidence.

Bien qu'il y ait moins de femmes que d'hommes qui entrent sur le centre, les femmes se maintiennent plus longtemps sur le CAES car les Cada femmes sont saturés. Ainsi à l'instant T nous avons autant d'hommes que de femmes sur le centre. Cependant, début 2026, des places hommes Huda et Cada ont été converties en places femmes, ce qui a permis début 2026 des sorties plus rapides du CAES pour les femmes.

Le taux d'occupation du CAES était en 2025 de 89 %. A noter que depuis début 2026, il est entre 50 et 70 %.

Après cette description du CAES, intéressons-nous à la prévalence et aux causes des troubles psychiques chez les primo-arrivants.

## 2) Prévalence et causes des troubles psychiques chez les primo-arrivants.

### 2.1) Éléments de généralités

D'une manière générale, la prévalence des troubles psychiques chez les exilés est d'environ 50 % (Lindert et al., 2009). Les troubles principaux recensés sont la dépression (35%), le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) (28%), les troubles anxieux (problème de stress sous forme aiguë ou chronique) (47%), les deuils compliqués et les troubles à symptomatologie somatique ainsi que les addictions. Une étude de Prieb et al. (2016) concernant les demandeurs d'asile, les réfugiés et les migrants irréguliers a permis de distinguer les troubles au moment de la migration (TSPT, troubles de l'humeur ou psychotiques et consommation de substances) et 5 ans après l'installation (dépression, troubles psychotiques). Au moment de la migration, hormis les TSPT, les autres troubles avaient la même prévalence qu'en population générale alors que 5 ans après, la prévalence était supérieure chez la population migrante.

Avant toute autre considération, retenons que :

- Le fait de migrer en lui-même est déjà un facteur de vulnérabilité.
- La dimension transculturelle des troubles est à prendre en compte et ne correspond pas toujours à nos classifications médicales occidentales.
- L'interprétariat joue un facteur clé dans la prise en soin des psychopathologies.
- La santé mentale, dans de nombreuses cultures, fait l'objet de représentations diverses et peut être très stigmatisée voir secrète, ou encore niée par les proches ce qui empêche le recours au soin.
- Le sentiment de culpabilité peut être très fort : « Je ne vais pas bien car je suis ne suis pas assez fort. »

D'une manière plus globale, les personnes exilées cumulent un **nombre élevé de facteurs de risques psychopathologiques** : avant de quitter leur pays, sur la route de l'exil et enfin à l'arrivée dans le pays hôte. Nous prendrons appui sur 4 sources principales (Al Chaabani et Al Chaabani, 2021), (Comède, 2022), (Lindert et al. 2009). et (Orspere Samdarra, 2020) pour décrire les facteurs de risque pour chacune de ces étapes :

#### 2.1.1) Phase pré-migratoire :

- Le **déracinement**, matérialisé par l'abandon des siens, de sa terre, et d'un système social entraîne une perte de repères qui est préjudiciable à la santé mentale.
- Le fait d'avoir vécu dans le pays d'origine des **événements traumatiques** qui transgressent les droits fondamentaux est un fort facteur de risque psychopathologique.- Certaines **pathologies étaient pré-existantes** comme la dépression et la schizophrénie et ont été réactivées lors de la migration.

#### 2.1.2) Phase migratoire :

- Les **événements traumatiques vécus sur le chemin de l'exil** avec l'exposition à de nombreux dangers sur la route sont des facteurs de risques supplémentaires (traversées

de la méditerranées, naufrages, expositions à la mort d'autres migrants, violences policières, traite, travail forcé, viols...).

- Le projet de migration est principalement basé sur la **survie et la fuite sans espoir de retour** ce qui fait porter au migrant une grande responsabilité, facteur de stress vis à vis de la communauté qui peut avoir des attentes immenses de « retour sur investissement » et de départ du reste de la famille vers le pays d'accueil.

- La **longue itinérance** : la route interminable, les rétentions, les tentatives de régularisation échouées dans plusieurs pays, le renvoi d'un pays à l'autre (procédure Dublin) conduisent à des parcours qui parfois durent depuis 4 ans voire 10 ans. Cette itinérance épuise et rend vulnérable.

### 2.1.3) Phase post-migratoire :

En phase post-migratoire, le manque du pays et des proches et l'inquiétude pour la famille restée au pays s'installent. A cela s'ajoute de nombreux facteurs, intrinsèques au pays d'accueil, en particulier liés à la **situation de précarité des exilés**, qui peuvent venir aggraver voire causer des troubles psychiques . En voici une synthèse :

- Des **difficultés d'accès aux besoins primaires** (hébergement : conditions d'accueil et de vie dans les centres, nourriture, soins).
- L'**incertitude** pour l'avenir, l'impossibilité de se projeter.
- L'attente et l'**inactivité forcée** : l'impossibilité de travailler pendant de longues périodes, d'exercer ses compétences et d'obtenir de l'autosatisfaction ainsi que la perte du statut social.
- Des **difficultés à communiquer** (langue, incompréhension, différences culturelles).
- Le **vécu d'exclusion**, l'isolement, la précarité des liens sociaux et l'absence des amis et de la famille pour être soutenu dans ses difficultés.
- La **discrimination**, le racisme, la xénophobie, la méfiance vis-à-vis du statut de « sans papiers », « demandeur d'asile » ou de « réfugiés ».
- Des **violences** (dans la rue, dans les hébergements, etc.) ; des situations de détention.
- Les **difficultés d'intégration**.
- Les **démarches administratives** : l'incompréhension du système, la lourdeur, et la temporalité des procédures, les difficultés d'accès à l'information. (Demande d'asile, procédure Dublin qui laisse en zone d'attente, ressentie comme injuste).
- Les **interrogatoires répétés** sur le pourquoi de l'exil et ses conditions provoquent un douloureux rappel de l'histoire, décrit comme un injonction à la répétition par Céline Hervieux (2017). De plus, les difficultés à verbaliser l'expérience traumatique conduisent à un déni de la part du pays hôte.
- La **dépendance vis-à-vis des travailleurs sociaux** et des acteurs humanitaires « sachants » avec ses conséquences négatives sur la santé mentale : Altération de l'estime de soi et sentiment d'infantilisation voire de déshumanisation.
- Les **services d'accueil organisés à la chaîne** sans prise en compte de l'individualité

|                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Retenons, que la <b>qualité de l'accueil reçue par les exilés</b> a un impact direct sur leur santé psychique (Lindert et al. 2009). C'est sur cette étape que nous avons un rôle à jouer. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2.2) Caractéristiques de la santé mentale au CAES

Avec 152 entrées au CAES en 2025 je me permets de déposer ces **quelques chiffres, à prendre avec de grandes précautions**. En effet, ils se basent sur la déclaration des personnes et sur les observations de l'équipe sur une année. Aussi, en temps qu'intervenante sociale, je n'ai pas systématiquement accès aux diagnostics médicaux, qu'ils soient posés lors du séjour ou plus tard.

Lors de l'entretien d'accueil la question de la santé médico-psychologique est posée aux résidents (formulation détaillée page 11). Nous pouvons retenir que :

- A son arrivée, environ **1 personne sur 3** (52/152 en 2025), décrit des **difficultés d'ordre psychologique** avec un champ lexical essentiellement autour de l'anxiété : « stress », « des inquiétudes », des « pensées qui ne s'arrêtent pas », des troubles du sommeil importants, voire sévères, des maux de têtes qu'ils associent eux même à leur situation.

- La dépression a été évoquée directement seulement 4 fois, uniquement par des personnes déjà diagnostiquées avant leur arrivée, toutes originaires d'Asie, avec un traitement en place. Globalement le champ lexical de la dépression est absent du discours des personnes accueillies: (tristesse, difficulté d'agir, angoisses, épuisement, désespoir etc.), mis à part les termes suivants : pensée, rumination, insomnies, anxiété.

- En une année, une personne a fait part d'un état de **manque de substance toxique** dès son arrivée. Il s'est avéré qu'un **un trouble psychotique** était sous-jacent.

- En un an, l'équipe a pu constater **5 cas d'addictions sévères à l'alcool** :

- 2 cas d'addictions « discrètes », sans trouble à la vie du centre, dont l'un présentait des troubles apparents de l'humeur.

- 2 cas d'addictions à l'alcool avec « pertes de contrôle » et accès de violence.

- 1 cas d'addiction, qui après échange était ancré depuis l'enfance (âge de 6 ans), intégré au quotidien de la personne très consciente, qui pensait que désormais son organisme fonctionnait comme ça.

- Nous avons été confronté à **3 situations de deuil de proches au pays**, vécus à distance. Dont la perte d'un enfant de 7 ans qui a déclenché un état de choc.

- En un an, **3 situations de douleurs aiguës à la poitrine** ont été qualifiées par les soignants d'**attaques de paniques**.

- Nous avons été touchés par la **tentative de suicide** d'un résident qui est survenu dans les 15 jours **après sa sortie du CAES**. Ce monsieur avait présenté une attaque de panique lors de sa dernière semaine de présence au centre.

Je note particulièrement la **grande vulnérabilité des personnes qui ont un long parcours d'errance** : généralement refus d'asile dans d'autres pays, ou non renouvellement de titre de séjour. Tous les cas d'addictions entraînent dans cette typologie.

Dans le quotidien, nous remarquons que de nombreux résidents passent **beaucoup de temps au lit dans la journée**. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : état d'épuisement physique et/ou moral, besoin de ce temps pour récupérer / oisiveté nécessaire après la route de l'exil, état dépressif, ou simple conséquence de l'ennui et de l'inactivité professionnelle ? Certains ont des rythmes décalés, et ne dorment que le jour.

### 3) Comment améliorer la santé mentale ?

La **prise en soin par un professionnel de santé** est un élément clé pour venir soulager les troubles mentaux. Plusieurs approches se complètent, selon les pathologies :

- Le suivi par un **médecin généraliste ou un psychiatre**
- La prise de **médicaments adaptés** prescrite par un médecin (anxiolytiques, anti-dépresseurs, neuroleptiques...)
- Les **Psychothérapies** : Clinique, psychanalyse, TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive), EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing)...

Nous avons déjà décrit que de nombreux facteurs négatifs viennent rendre les exilés plus vulnérables aux psychopathologies. Listons ici, à l'inverse, **les éléments à impacts positifs qui peuvent soutenir la santé mentale** (sur la base de Ospere Samdarra (2021), de Beatriz Oliveros et al. (2022) et de mon vécu auprès des exilés) :

| Éléments à impact positif         | Rôle/posture optimale du travailleur social                                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accueil bienveillant              | Accueillir l'altérité, faire place, estimer                                                       |
| Les interactions sociales         | Favoriser les rencontres et les interactions                                                      |
| Le sentiment de reconnaissance    | Accueillir, saluer avec respect et reconnaissance                                                 |
| L'autonomie                       | Laisser faire, faire confiance, bannir la condescendance.                                         |
| Le sentiment d'appartenance       | Inclure rapidement et laisser les communautés se (re) trouver                                     |
| Responsabilité sociale            | Laisser prendre soin des pairs, proposer, reconnaître, valoriser                                  |
| Interactions entre pairs          | Groupes de paroles, Groupe de pairs                                                               |
| Pouvoir d'agir                    | Laisser faire !                                                                                   |
| Le travail                        | Laisser participer au sein de la maison, le bénévolat                                             |
| Structuration vie quotidienne     | Laisser s'organiser. Proposer des activités, un planning                                          |
| L'activité physique               | Promouvoir et encourager. Matériel à disposition.                                                 |
| Pouvoir communiquer               | Interprétariat, langage non verbal, apprendre des langues, orientation vers des cours de français |
| Réponses : sociales et juridiques | Être compétent sur ces questions. Donner les clés de compréhension.                               |
| Le lien la nature                 | Indiquer des lieux de balades, proposer des marches, un potager...                                |
| Les activités manuelles           | Permettre les réalisations, le partage des talents. Matériel à disposition.                       |
| Le rythme de sommeil              | Conseils de sommeil, accès à une chambre individuelle...                                          |
| L'alimentation                    | Laisser cuisiner. Donner accès à : lieu, matériel, aliments sains et variés                       |
| Qualité et conditions de vie      | Lieu propre, chaleureux et sécurisé. Laisser participer                                           |
| Être écouté, entendu              | Être disponible, se poser avec la personne, ne rien forcer.                                       |
| Arrêt des excitants               | Sensibilisation                                                                                   |
| La relaxation                     | Résident compétant ou intervenant extérieur.                                                      |
| La spiritualité                   | Laisser la place à la pratique religieuse, indiquer les lieux de culte                            |
| Prendre soin de son corps         | Donner les moyens, ateliers <i>visage</i> auto-gérés ou intervenant extérieur.                    |

## 4) Accès aux soins pour les résidents du CAES

### 4.1) Écoute et recueil des besoins en santé

Le lendemain de son arrivée, chaque résident bénéficie d'un entretien d'accueil - avec un interprète pour les allophones - lors duquel je recueille les éventuels problèmes et besoins en santé de la personne. Je demande « Avez vous des problèmes de santé ? ». Bien souvent je fais repréciser, en particulier sur la temporalité, les symptômes, les causes connues, les éventuels traitements en place ou la date de la dernière consultation médicale afin de les orienter au mieux et de faciliter la prise en charge par les professionnels de santé qui nous demandent des adressages les plus précis possibles.

Je demande à la personne comment elle se sent sur le plan psychologique, bien souvent je reformule la question, « Est-ce que ton moral est bon ? » ou « Comment ça va dans ta tête ? », « Est-ce que tu dors bien ? », « Est ce que tu manges bien », « Est ce que tu as du stress ? ». Souvent l'interprète, qui partage la culture du résident, peut également reformuler dans des mots qui seront compris par le résident.

Je ne pose pas systématiquement la question des addictions, mais je pense que je devrais le faire. Nous demandons de plus en plus systématiquement si les personnes ont subi des violences sexuelles, dans le but de les orienter vers les structures adaptées.

### 4.2) Prise en charge des frais de santé

Les résidents ne justifient pas d'une présence stable et régulière sur le territoire français de plus de trois mois, ils ne sont donc **pas éligibles à l'ouverture de droit à l'assurance maladie et à la CSS (Complémentaire Santé Solidarité)**. Il ne sont pas **non plus éligibles à l'AME (Aide Médicale d'État)**, qui nécessite aussi, entre autres conditions, 3 mois de présence en France. Ainsi, toute consultation médicale d'un soignant libéral est à 100 % à charge du résident, il en est de même pour une consultation hospitalière sans démarche préalable. La majorité des résidents n'a pas les moyens de s'offrir ces services.

La **PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)** du CHCB (Centre Hospitalier du Centre Bretagne) de Noyal-Pontivy permet, malgré cette absence de droits ouverts, une prise en charge médicale, pour les demandeurs d'asile (entre autres). Suite à l'entretien d'accueil avec les résidents, je complète un « Formulaire d'adressage PASS » que j'envoie à l'assistante sociale de la PASS. La complétude de cette fiche avec des éléments précis est un élément clé de la prise en charge puis de la prise en soin des résidents.

Un **Certificat médical pour soins urgents et vitaux** est délivré par les soignants de l'hôpital dans les situations qui le nécessitent. Il permet la prise en soin sans facturation lors d'une hospitalisation dans cette période de carence de droit à l'assurance maladie.

Après 2,5 mois de présence en France, l'ouverture de droit à l'assurance maladie et à la CSS est demandée. La grande majorité des résidents sont entrés de manière irrégulière sur le territoire français, peu de temps avant l'enregistrement au Guda (Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile), ainsi cette dernière date est retenue comme date d'arrivée en France pour le calcul des 3 mois de résidence stable et régulière.

### 4.3) Offre de soins et prise en soin des résidents

#### 4.3.1) Le CHCB (Centre Hospitalier du Centre Bretagne), site de Kério

Il est à 5 minutes en voiture du CAES. les services du CHCB que nous sollicitons sont :

- **Le service des urgences**, généralement sur appel du 15, parfois via un transport sanitaire d'urgence, avec recours si besoin à l'UMP (Urgences Médico-Psychologiques).

- En une année, j'ai contacté deux fois le service des urgences pour des situations d'ordre médico-psychologique : personnes addictes en crise de manque avec anxiété généralisée (à posteriori, troubles psychotiques sous-jacents) et pour une résidente en état de choc après la survenue du deuil d'un enfant au pays vécu « à distance ». A cela s'ajoute une situation de douleur poitrine diagnostiquée comme attaque de panique.

- **Le Service de la PASS** où une médecin est présente en consultation chaque lundi : Ce médecin est accessible via l'adressage que je transmets à l'assistante sociale de la PASS. Face à la rareté des créneaux de RDV et à la brièveté des séjours en CAES, la médecin me demande de lui orienter en priorité les suspicions de cas de gale, de teigne et de tuberculose ainsi que les ruptures ou risques de ruptures de traitements (médico-psychologique y compris).

Avec un allongement de la présence en CAES, j'oriente désormais aussi toutes les personnes en demande de consultation avec un motif précis et c'est le médecin qui priorise. Elle peut donner un RDV sous 1 semaine pour les cas très urgents et jusqu'à 3 mois selon la situation.

Toutes les personnes qui sont vues par la médecin de la PASS, avec un motif de consultation, bénéficient d'un **bilan de santé « Primo-arrivant »**, dans lequel la partie médico-psychologique est abordée. Elle met parfois en place une médication et peut orienter vers le CMP (Centre Médico-Psychologique). Les résidents sont très reconnaissants : « elle m'a bien écouté », « elle a pris le temps », « elle m'a ausculté doucement ».

Au regard de la brièveté de séjour en CAES, le bilan « Primo-arrivant » seul, n'est pas un motif de consultation.

Parfois la date du premier RDV arrive après la date de sortie de CAES, le changement d'hébergement génère un retard de prise en charge (*versus prise en charge directe en Cada*). Une attention particulière est portée à l'annulation des RDV des résidents qui quittent le CAES pour libérer les précieux créneaux de RDV.

- Entre mai 2025 et mai 2026, 31 résidents du CAES ont bénéficié d'au moins un RDV avec le médecin de la PASS (avec le biais de décalage de période, ça fait environ 20 % des résidents) : 23 avaient signalé au moins une problématique physique et au moins une problématique psychique, 1 avait signalé seulement des problématiques psychiques et 7 seulement des problématiques physiques . Au global 4 personnes ont consulté avec un motif de rupture de traitements anti-dépresseurs.

- La médecin de la PASS oriente au besoin les résidents vers **des spécialistes**.

- **Le CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic)** : j'y oriente les personnes verbalisant des violences sexuelles n'ayant pas bénéficié d'un dépistage.

- J'y ai orienté 6 personnes en une année. C'est sans doute très peu par rapport à la réalité des violences subies.

- **Le centre de santé sexuelle :**

- En une année j'y ai orienté 2 personnes (IVG et violences sexuelles avec lésions).

#### 4.3.2) La clinique de Kério à Noyal-Pontivy

Il existe un « Centre de soin non-Programmé » à la clinique de Kério qui est accolé au CHCB. Les tarifs sont les mêmes qu'en médecine de ville : 30 € la consultation, ajouter environ 14 euros pour un électrocardiogramme par exemple.

- Sur appel téléphonique j'ai essayé d'y orienter une personne en rupture de traitement anti-dépresseur (le médecin de la PASS étant en congé), ils ont refusé faute de justificatif antérieur (ordonnance etc..) et m'ont orienté vers le service des urgences.
- J'y ai orienté une personne qui présentait des douleurs poitrine en post-opératoire. Il sortait d'une opération en clinique spécialisée dans une autre ville. Au téléphone, l'infirmier de la clinique a orienté vers le 15 car ce n'était pas en rapport avec l'opération. Le 15 a préconisé de consulter un généraliste dans la journée ou les urgences en raison de la précarité. Au regard de son état de fatigue, et après lui avoir annoncé les délais d'attente aux urgences, le résident a fait le choix de la consultation non-programmée et a réglé la consultation. Le diagnostic a été une attaque de panique.

#### 4.3.3) Les médecins libéraux de ville

Aucun médecin généraliste n'accepte de nouveaux patients dans le secteur de Pontivy. Cependant un médecin libéral en centre bourg de Noyal-Pontivy, propose des consultations sans RDV le mercredi matin et le vendredi matin, ouvertes à tous pour les urgences relatives.

- Nous y adressons des situations cliniques spécifiques après échange rapide en équipes, prises en charge par l'association. Dans l'absolu, les résidents dépendraient du service des urgences. Par ailleurs, si un résident n'est pas satisfait du délai d'attente de RDV pour la PASS, nous l'informons du fait qu'il peut bénéficier d'une consultation pour 30 €. Après obtention de l'assurance maladie, l'accès à ce cabinet est facilité.
- A ce jour, je n'ai jamais adressé de résident pour un motif médico-psychologique, sinon une fois pour des douleurs poitrines attribuées par le médecin à des angoisses.

#### 4.3.4) Les services spécifiques de prise en charge de la santé mentale

- **Le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Pontivy** : Le délais pour un RDV avec un infirmier est de 1 mois, 3 mois pour un psychiatre, selon le degrés d'urgence. Les RDV ont lieu avec des interprètes pour les infirmiers et les psychiatres. Il n'y a pas d'interprétariat pour les psychologues, ainsi les exilés ne rencontrent pas les psychologues du CMP (les exilés francophones non plus).

La durée de séjour en CAES étant brève, ça ne laisse pas le temps pour lancer une thérapie de fond et les infirmiers demandent d'attendre l'orientation en Cada pour orienter au CMP. De plus, les infirmiers nous demandent de passer d'abord par un RDV avec le médecin de la PASS car ils ont ainsi « plus d'éléments », mais ça retarde la prise en charge. Lors d'une récente rencontre avec notre service asile-réfugié (CAES, Huda, Cada, CPH), les infirmiers du CMP ont exprimé « Ces personnes sont dans l'urgence, ils ne sont pas prêts à faire un travail de fond ; ils somatisent beaucoup, ils ont mal à la tête et mal au ventre ». Si un tel discours englobe tous les publics du service alors pourquoi attendre le Cada pour lancer un suivi, qui n'est pas un travail de fond ?

Je me suis interrogée sur le terme « ils somatisent beaucoup ». Est-ce que les causes physiques ont réellement été recherchées en parallèle (parasitisme, hélicobacter pylori etc., maladie du foie)? J'ai le souvenir d'un homme au Caes qui se plaignait chroniquement du ventre, la consultation aux urgences, puis la prise en soin spécialisée ont montré une cirrhose avec hépatite. Et qu'en est-il de la question transculturelle ? De ces cultures dans lesquelles on ne dit pas qu'on est triste mais où le mal-être ne se manifeste que par le corps ? On a essayé de l'aborder mais l'équipe a reconnu que jusqu'à ce jour ils n'ont pas exploré le thème du transculturel car ils sont débordés.

Il serait envisageable de proposer des consultations assumées de « simple suivi », sans travail de fond, accessible au CAES. La limite du nombre de soignants est aussi un frein.

Le CMP de Pontivy est né en milieu rural avec des demandes rurales. Un travail de formation aux publics exilés et de sensibilisation à l'approche transculturelle serait intéressant pour favoriser l'accompagnement des Primo-arrivants et plus généralement des étrangers qui s'implantent progressivement sur la ville.

Parfois, les infirmiers estiment qu'une béquille médicamenteuse pour « simples troubles du sommeil » ou « anxiété » est nécessaire et nous orientent vers un généraliste.

- En 2025, 5 femmes du CAES (profils anxio-dépressifs avec ou sans TSPT) ont été suivies au CMP suite à une orientation par la médecin PASS, mais c'est de plus en plus rare suite aux recommandations. Ces RDV constituaient un vrai soutien pour les femmes concernées. Une est restée en Cada sur Pontivy, et a continué son suivi.
- Un homme pris en charges aux urgences de l'Hôpital par l'UMP (Urgences Médico-psychologiques) a reçu un traitement béquille pour un état de manque et des possibles troubles psychotiques. 15 jours après, il a eu RDV avec un psychiatre du CMP. (programmé par l'UMP). Un traitement médicamenteux complet a alors été mis en place. Il a passé 1,5 mois au Caes. A son arrivée en Huda, il a été hospitalisé en psychiatrie.
- Un homme sujet à une addiction à l'alcool et à des insomnies, a été reçu par une infirmière, il a livré toute son histoire. Il a été décidé qu'il n'y aurait pas d'autres RDV en raison de la brièveté de son séjour. Les jours suivants le rdv son état s'est dégradé.

#### **- L'Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP).**

- J'y ai fait appel 2 fois en un an pour des cas d'addiction : l'un a quitté le CAES avant le RDV, l'autre a été directement dirigé vers le CMP car il adhérerait au soin.

### - **Le Centre Médico-Psychologique Spécialisé (CMPS) de Pontivy:**

- J'y ai orienté un homme addict à l'alcool, avec des accès de violence, sur les frais d'interprétariat du CAES. Il a déposé toute son histoire lors d'un entretien d'une heure. A la fin du RDV, l'infirmière a dit qu'il n'y aurait pas de suite en raison de la brièveté du séjour et de l'absence de budget interprétariat. L'état du résident s'est dégradé et les accès de violence se sont aggravés et il a été exclu du CAES.

Les soignants nous demandent désormais de ne pas envoyer les personnes en séjour temporaire. Un budget interprétariat est maintenant existant au CMPS.

- **Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention à l'Addictologie (CSAPA) de Pontivy** dépend de l'association Douar-Nevez. Je n'ai pas encore contacté cette structure mais on a le projet de le faire pour une intervention de prévention sur le CAES.

- Au sein du CHCB de Noyal-Pontivy il existe **l'unité hospitalisation psychiatrique Frida Khalo** (21 lits), pour une prise en charge à temps complet, libre et de courte durée de pathologie psychiatrique aiguë. Elle est gérée par l'Association Hospitalière de Bretagne.

- J'y ai rendu visite à un résident du Cada de notre association (ancien du CAES) qui avait fait une tentative de suicide.

- **Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de lutte contre les maladies mentales de Plouguernevel** à 40 km du CAES, est géré par l'Association Hospitalière de Bretagne. Il dispense des soins sans consentement et soins de courte durée. Un hôpital de jour existe dont un sur le bâtiment du CMP de Pontivy. A ce jour, aucun résident n'y a été adressé.

- Sur la ville de Pontivy on recense un **Psychiatre libéral** et **une dizaine de psychologues**. Nous ne travaillons pas avec eux. **Des thérapies spécifiques**, bien que modestes, existent à Pontivy (beaucoup plus développées sur Vannes et Lorient) : Thérapie EMDR, TCC, sophrologie, relaxation. Toutes ces consultations sont payantes, dans certains cas prises en charge par l'assurance maladie selon le praticien.

- Une « **Consultation exil** » existe à Lorient, rattaché à l'EPSM (Établissement Public de Santé Mental) Bretagne Sud. Un infirmier psychiatrique assure des consultations. Elle n'est pas dans notre secteur, l'équivalent mériterait d'exister sur Pontivy.

- Il existe un **Centre de Psycho-trauma à Rennes**. Son implantation étant régional et nos résidents étant tous orientés en région Bretagne, une prise de contact est à envisager.

Ainsi, malgré la liste des lieux de prise en soin possibles, l'accès aux soins de santé mentale s'avère compliqué en particulier en lien avec la brièveté du séjour en CAES. Les situations à caractère urgents doivent absolument être prises en soin, charge à nous, travailleurs sociaux, d'orienter, d'alerter voir d'insister pour la prise en soin. Les autres situations moins urgentes mais qui ne causent pas moins de souffrance morales sont mises en attente de l'orientation en Cada. L'accès aux soins de santé mentale en Cada, selon sa localisation (rural/urbain) et les moyens propres des associations (certains emploient des psychologues) est très hétérogène.

Continuons notre recherche en nous intéressant à comment le CAES peut être un lieu qui impacte positivement la santé mentale des résidents en phase post-migratoire.

## 5) Accueillir dignement

J'ai reconstitué ce récit mental à partir des témoignages des résidents du CAES :

« On m'a donné un endroit pour dormir. Ah, mais ce n'est pas à Paris, c'est à Noyal-Pontivy, c'est très loin. Mais si je refuse, je n'aurai rien d'autre. Alors j'accepte, je reverrai mes amis ou les membres de ma famille qui sont à Paris plus tard... J'espère que j'y serai en sécurité, je m'inquiète de savoir où je vais arriver, est-ce que je serai bien traité ? Je suis tellement fatigué. »

Le temps du premier accueil est capital pour permettre à la personne accueillie d'**être rassurée** et de **s'apaiser**. Il s'agit aussi, d'établir un **lien de confiance** avec elle qui doit s'établir rapidement au regard de la **brièveté du séjour**. A l'échelle du CAES :

- On passe **un appel téléphonique** à la personne en amont de son arrivée ce qui contribue à un premier apaisement.
- On **accueille les résidents en gare de Pontivy** systématiquement. Et dès que cela est possible on se fait accompagner d'un ou plusieurs autres résidents, parfois de la même origine. **On stimule ainsi l'accueil entre pairs et la responsabilité sociale**. Le résident devient accueillant et l'accueilli est intégré très vite. Il n'est pas rare que l'ont accueille deux voire trois personnes en même temps à la gare.
- **A l'arrivée à la maison**, souvent quelques résidents se trouvent là et aident à monter les bagages, accueil entre pairs, encore. La personne accueillie est souvent fatiguée et aspire à passer un peu de temps tranquille en chambre. On la laisse se reposer. On l'invite à descendre prendre un thé dès qu'elle est prête.
- **Le thé d'accueil** est une nouveauté de l'année dernière. L'équipe prend ce temps avec le ou les nouveaux et quelques anciens qui sont là. Accueillir avec un thé fait sens dans la culture d'origine d'une bonne partie des personnes accueillies. C'est là encore un temps de connexions entre les résidents et une étape supplémentaire de mise en confiance avec l'équipe accompagnante.
- **La visite de la maison** doit permettre au résident d'habiter les lieux rapidement, d'y prendre des habitudes et de s'y sentir bien.
- **Installation matérielle** : Le résident reçoit des couverts personnels, ainsi qu'un kit alimentaire, du linge de lit et de toilette ainsi qu'un kit d'hygiène (besoins primaires).
- **L'entretien d'accueil** a lieu le lendemain de l'arrivée avec un interprète au téléphone. Nous abordons : les échéances de demande d'asile, la santé, le fonctionnement du centre. L'accueil sur un hébergement collectif peut rebuter certains, nous insistons sur le fait que cet accueil est temporaire en attendant une place en Cada ou en Huda. On donne rendez-vous pour aller aux restos du cœur, on explique le fonctionnement de la cuisine, les tours de ménage, les horaires de cours de français, les changements de draps, le fonctionnement de la laverie... des choses très pratiques mais qui **ancrent dans la réalité et le quotidien**. La personne signe un contrat hébergement et un règlement. On lui remet 15 euros à son arrivée puis chaque lundi en attendant le versement de l'ADA (Aide au Demandeur d'Asile) par l'OFII sur une carte de paiement, soit 6,80 €/jour/ personne. Cette entretien doit permettre au résident d'être écouté, entendu et rassuré.

Lors de leur arrivée, certains résidents parlent de « **Camp** » (prononcé en anglais). La première fois ça m'a heurté. Mais, bien que, matériellement, j'estime que nos conditions d'accueil sont au dessus de celle d'un « camp », les points communs sont bien là : *mélange avec des inconnus avec toutes les inquiétudes que cela peut induire couplé à une situation d'attente*. Au quotidien, nous essayons de parler de « **maison** ».

Nous sommes particulièrement vigilant à la **bonne tenue de la maison** : Être accueilli ans **un endroit propre et chaleureux** c'est aussi une preuve de respect. Les murs de la salle à manger et de la salle d'activité on tété repeints en **couleur** par les résidents. Nous avons commencé à équiper chaque chambre d'un tableau afin d'accrocher le regard et d'aider à la détente des occupants. Quelques tableaux ont été mis sur les murs des espace communs de la maison, quelques beaux objets mériteraient aussi d'être disposés.

## 6) La force du collectif

Être ensemble à l'arrivée en France est une vraie force. Le collectif évite l'isolement, il permet à des pairs de se rencontrer, à des réseaux de soutien et à des amitiés de se créer. Les résidents du CAES constituent les uns pour les autres de véritables soutiens. Nous le constatons chaque semaine. Et nombreux gardent des liens après leur départ de la maison. Lorsqu'une personne en difficulté, voire en grande détresse rejoint le centre, le groupe sera pour lui un cadre et un réconfort. Nous avons plusieurs exemples :

- Une femme qui a vécu le deuil d'un enfant à distance a été beaucoup soutenue par les autres femmes du centre qui cuisinaient pour elle et l'incitaient régulièrement à sortir marcher dehors.
- Un homme sujet à des logorrhées, dans une forme d'excitation anxieuse, a été pris sous l'aile d'un autre monsieur plus âgé. Les autres personnes du centre disaient « il l'a emmené dehors il l'a écouté longtemps, et comme ça petit à petit il s'est calmé »
- Une personne psychotique était surveillée de près par un groupe de 4 garçons qui à tour de rôle ne le lâchaient pas dans le quotidien. (Après son admission aux urgences il n'avait pas été hospitalisé).
- Au CAES, chacun se débrouille pour se faire à manger. Spontanément des petits groupes se forment, souvent par communauté pour cuisiner, soit à tour de rôle, soit une personne prend en charge, parfois contre un avantage financier. Une petite communauté de vie se recrée ainsi dans le grand groupe. Le vivre ensemble soutient, fait du bien, et rassure.
- Et il y a tout ce qu'on ne voit pas, ce que l'on ne sait pas mais nombreux sont les conseils et les coups de main entre eux. Et peut être à l'inverse des difficultés vécues entre pairs et non communiquées .

Cependant une personne en détresse peut être aussi un stress supplémentaire pour le groupe, une crainte d'insécurité. Cohabiter avec une personne addictive, psychotique ou en grande dépression peut faire craindre une certaine « contagion de la misère », ce qui ajoute du stress au stress. Combien me disent « moi je ne suis pas comme les autres personnes ici ».

Sortir d'un collectif pour rejoindre un appartement de Cada peut être vécu soit comme un soulagement soit comme un isolement. Il sera important de préparer la sortie

## 7) La nécessité de rythmer le quotidien

L'ennui est l'ennemi de la santé mentale. Le « rien » laisse place au « tout » des ruminations et des pensées envahissantes et à l'angoisse. La structuration des journées est un enjeu clé pour essayer de rythmer un quotidien en jouant la carte de l'occupationnel et de la relation.

Nous avons mis en place au CAES, il y a un an, un **grand planning hebdomadaire** près du bureau, accessible en continu aux résidents. Les noms des jours sont de couleurs différentes. Dans chaque colonne il y a des RDV, pourtant bien simple : départ pour les restos du cœur, cours de français, changement de draps... thé au jardin, distribution de l'argent ou encore horaire et départ de l'un pour le Cada, sorties extérieures (avec possibilité d'inscrire son nom). On utilise des pictogrammes ou des photos pour que les éléments soient le plus clairs possibles. Un jour ma collègue m'a dit « *ils passent un temps fou là, il reste devant ce tableau, je ne sais pas pourquoi* ». J'ai envie de croire que ce modeste tableau constitue un repère pour eux.

Chaque lundi nous animons la **réunion des résidents**. C'est un véritable temps de cohésion pour le groupe. Nous accueillons officiellement les nouveaux et annonçons les départs de la semaine. C'est l'occasion de rappeler les règles de vie en collectivité, des éléments de sécurité et de proposer le planning d'activités de la semaine. La parole est libre pour que chacun exprime telle ou telle problématique ou fasse des propositions. C'est aussi l'occasion d'être reconnu comme individu dans le groupe.

Nous essayons d'impliquer les résidents le plus possible dans leur **vie quotidienne** : tours de ménage une fois par semaine pour les parties communes, entretien de la chambre, changement des draps et chacun se fait à manger. Toute occasion est bonne pour se rendre utile, sur la base du volontariat : l'entretien du jardin, la réparation des vélos, le rangement d'une commande de produits d'entretien, le montage des nouvelles armoires, la peinture des murs, le désherbage des parterres de fleurs. Les moments de « **travail ensemble** » apportent beaucoup de convivialité et un sentiment d'utilité.

Un modeste **potager** a été mis en place au CAES en 2025. Ces gestes - qui parfois rappellent le pays - temps de travail utiles, vécus en extérieur sont précieux et les bienfaits du jardinage sur la santé mentale ont été largement prouvés.

Des **ateliers de français** sont assurés par une bénévole trois après-midi par semaine au CAES, outil précieux pour améliorer son niveau de communication. Actuellement un couple du Cada y participe, leur présence permet d'ouvrir le groupe sur l'extérieur.

Des **temps collectifs** sur site sont proposés : thé au jardin, visionnage de film, temps festifs (repas, barbecue, danse...), « soin du visage » en autogestion par les femmes, chant et musique. Ces temps de cohésion et de convivialité occupent aussi l'esprit.

Des moments de **sports** sont animés par les résidents pour les résidents.

Nous proposons quelques **sorties vers l'extérieur**, de proximité et gratuites, qui permettent de sortir du quotidien : visites guidées par nos soins de la ville de Pontivy, Josselin ou Rohan ; Abbaye de Timadeuc ; marches le long du canal de Nantes à Brest. Les résidents sont très partants pour ces propositions et reviennent ravis, « ça fait du bien », « c'était super ». Nous encourageons les résidents à sortir du centre par eux-même, en leur donnant des indications.

Les partages de **moments informels et spontanés** avec les résidents, de personne à personne, autour d'une tisane ou en désherbant le jardin sont à privilégier. En favorisant au maximum le lien de confiance avec eux, en restant à l'écoute et ouvert aux échanges, nous permettrons aux résidents d'être écoutés et re-connus. Prenons l'exemple de ce monsieur, particulièrement agité dans l'incertitude de sa procédure Dublin : le temps d'un café n'a pas résolu son problème mais lui a permis de s'asseoir et de peu à peu faire redescendre la tension.

La **salle d'activité est en accès libre et permanent**. On y trouve des livres, du matériel pour dessiner ou peindre, des jeux de société, un baby-foot.

Le **lien avec les habitants du village** n'est pas notre point fort. Nous avons été échaudé par la pétition contre l'installation du centre, quelques tags ou encore des propos très durs reçus en direct par des voisins. La stratégie actuelle est la discrétion maximum, voire l'effacement. La brièveté de séjour en CAES limite l'intégration des résidents sur la commune. La situation actuelle n'est pas satisfaisante, un vrai travail de fond est à envisager.

## 8) La place de la religion au CAES

Le pluralisme culturel passe aussi par la religion. La quasi-totalité des personnes accueillies ont une religion et la pratique. Cette année nous avons reçu : des Musulmans Sunnites, Chiites, des Alévis, des Bouddhistes, des Hindous, des Catholiques, des Orthodoxes, des Protestants (Église réformée, Église du réveil, Pentecôtiste...).

Il n'est pas rare que vers 9 h j'entende les méditations bouddhistes de la télévision, puis en fin de matinée des louanges évangéliques et le vendredi les résidents musulmans se retrouvent en salle d'activité pour prier ensemble. La cohabitation entre les cultes se passe très bien. La limite étant le prosélytisme, la pratique est libre.

Une information sur les lieux de cultes est donnée : église catholique à Noyal, 3 églises protestantes à Pontivy, mosquée de Loudéac, cendre bouddhique de Plouray....

La bougie occupe une place importante dans le culte orthodoxe éthiopien, après plusieurs utilisations en chambre malgré les interdictions, nous avons fourni des petites bougies électroniques.

Les fêtes religieuses ont aussi leur place au CAES, surtout quand elles s'accompagnent d'un bon repas !

La spiritualité vient soutenir la santé mentale, il est important de laisser de la place à la religion. Cette dernière a souvent constitué un élément clé pour tenir bon sur la route de l'exil. Mais, certains peuvent refuser une prise en charge médico-psychologique, car selon eux, seul Dieu peut les aider. Charge à nous de suggérer que Dieu passe peut être par les médecins pour aider.

Ils nous arrive de faire une visite à l'Abbaye de Timadeuc toute proche du CAES où nous sommes accueillis par un moine. Cette visite est libre et préparée, on précise bien qu'il ne s'agit surtout pas de changer la religion de qui que ce soit, mais simplement de se rencontrer, différents. Ça permet à chacun d'être reconnu dans son appartenance religieuse. Les résidents rentrent toujours enchantés.

Pour ma part j'ai été décomplexée sur le sujet de la religion en participant à une formation de Forum réfugié : « Prendre en compte l'identité religieuse dans l'accompagnement ».

## 9) Vigilance sur notre posture de travailleur social

Toutes les conditions matérielles nécessaires peuvent être mises en place, ou encore nous pouvons organiser de nombreuses activités, cela est vain si notre posture d'accompagnement ne respecte pas les résidents.

Nous avons précédemment décrit qu'une mauvaise posture de l'accueillant peut venir fragiliser les populations migrantes. Une vigilance toute particulière est à apporter à notre posture de travailleur social accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité.

Retenons ces quelques conseils :

- Demandons nous « si moi j'arrive à l'étranger, fatiguée, comment je voudrais être accueillie ? »
- Considérons « l'individu » sans tomber dans un accueil à la chaîne qui serait déshumanisant. Une vigilance est à apporter les semaines à forte charge de travail
- Bannissons les considérations telles que « Ils en ont vu d'autre », « Ils ont traversé la moitié de la planète à pieds, alors ils peuvent bien se débrouiller », ou à l'inverse « le pauvre, il ne va pas y arriver ». Ne pas infantiliser.
- Gardons comme cap la qualité et la dignité de l'accueil
- Demandons nous régulièrement : quel est mon état de disponibilité, quelle place j'ai pour accueillir intérieurement ? Les situations de dépassement, de surcharge ou l'impossibilité d'apporter des réponses peuvent conduire à des discours ponctués d'agacement et d'impatience non respectueux, voire maltraitants pour les personnes accueillies.
- Si l'apitoiement n'est pas une posture possible, à l'inverse le risque de faire « comme si de rien » et de banaliser des parcours de vie hors-normes est bien présent. Faire comme si ces souffrances n'existaient pas et tomber dans le déni est un réel piège : ne pas voir, et ne pas entendre pour se protéger à tout prix, c'est une forme de déni.
- Être à l'écoute

En résumé : être là, à côté, dans une relation simple, d'humain à humain qui considère l'autre dans son altérité, en s'intéressant à lui.

Au CAES depuis un an, nous avons fait le choix de séparer les missions : ainsi les personnes qui interviennent au quotidien ne sont pas les personnes qui recueillent le récit d'asile. Moi en tant qu'intervenante sociale, je ne souhaite pas avoir accès au récit d'asile (sauf cas particulier en lien avec la santé). Ça me permet chaque jour, lorsque je croise les personnes, de ne pas voir leur parcours, mais d'abord des êtres humains. Ça me permet aussi de me protéger. Ça ne m'empêche pas de percevoir, de recevoir la souffrance dans le quotidien. Ça évite aussi aux résidents se remémorer ce moment du récit.

Le recueil du récit d'asile est un exercice très difficile, la juste posture est plus que nécessaire lors de ce temps. Aussi le risque d'usure professionnelle est grand pour les travailleurs sociaux.

## Conclusion

La CAES de Noyal-Pontivy a cette particularité d'être un lieu d'accueil collectif, à durée de séjour courte mais non connue, dans un territoire rural que les demandeurs d'asile n'ont pas choisi.

Environ 1/3 des personnes accueillies évoquent à leur arrivée, avec leurs mots, des difficultés d'ordre « médico-psychologique ». Les statistiques font état de 50 % de prévalence des troubles mentaux chez l'ensemble des exilés : ainsi on peut considérer qu'il y a peut-être chez des primo-arrivants, un temps nécessaire à la prise de conscience et d'acceptation de leur état et/ou que parallèlement, des troubles peuvent apparaître plus tard dans le parcours. La vulnérabilité est maximisée dans les situations de longs parcours d'errance, y compris en Europe.

Face à ces souffrances, le réflexe est d'orienter vers les professionnels de santé. Hors, ces derniers nous mettent en garde face au risque de démarrer un suivi médico-psychologique ici, qui sera rapidement interrompu suite à l'orientation notifiée par l'OFII pour rejoindre un autre hébergement dans une autre ville de Bretagne. Nous avons pu en être témoins. C'est cette brièveté de séjour, concomitante du manque de professionnels de santé, qui devient elle-même un frein à la prise en charge médico-psychologique. L'orientation vers les professionnels de santé mentale se fait ainsi avec parcimonie, ce qui ne doit pas nous empêcher d'interpeler les services soignants pour assurer la prise en soin dans les situations d'urgence.

Parallèlement, si la vie d'un demandeur d'asile dans un CAES n'a rien de normale, notre métier consiste à faire en sorte qu'elle soit la plus normale possible... Ils s'agit de favoriser les éléments à impacts positifs sur la santé mentale. Nous devons accueillir dignement : Soigner l'accueil tout en veillant aux conditions matérielles. Aussi, le vécu en collectif peut s'avérer être une réelle force pour les résidents, une forme de pair-aidance spontanée s'installe. Il s'avère important de contribuer à rythmer les journées, tout en laissant sa place à la religion.

Une vigilance toute particulière est à apporter à notre posture de travailleur social : restons à l'écoute, disponible et considérons chacun comme « individu » à part entière, sans déshumaniser ni infantiliser.

Pour aller plus loin : La sortie du CAES vers un Cada ou un Huda sera une nouvelle étape pour les demandeurs d'asile accueillis. En effet les maigres repères installés vont changer. Les départs sont rapides, mais un temps de préparation à la sortie avec le résident est à prévoir. Un bon passage de témoin avec le nouveau travailleur social favorisera aussi une bonne prise en charge de la santé mentale par la suite.

## Bibliographie

**Cimade (2025) :** Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : Etat des lieux <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux-2024/>

**Cimade (2026) :** Premier Bilan du DNA en 2025, <https://www.lacimade.org/premier-bilan-du-dna-en-2025/>

**Lindert et al. (2009) :** « Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis ». *Revue systématique de 35 études*. Social Science & Medicine.

**Pireb et al (2016) :** « Health evidence network synthesis report 47 », World Health Organisation - Organisation Mondiale de la Santé.

**Docteur Al Chaabani Souheil et Mme Maïssa Al Chaabani (2021) :** Webinaire « Migration et santé mentale » organisé par Médecin sans frontière.

**Orspere-Samdarra (2020) :** « Soutenir la santé mentale des personnes migrantes », guide ressources à destination des intervenants sociaux.

**Comede, Comité pour la Santé des Exilés (2022) :** Repères « Exil, vulnérabilité, santé. ». <https://guide.comede.org/exil-vulnerabilite-et-sante/>

**Céline Hervieu (2017) :** La répétition dans la Clinique des réfugiés in La répétition : entre résistance et changement, *Revue Clinique* 2017/1 n°13 p 170 à 182. Erès Editions.

**Beatriz Oliveros et al. (2022) :** « Risk and Protective Factors of Mental Health Conditions: Impact of Employment, Deprivation and Social Relationships »

## Lexique

**TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique (selon la description du DSM 5) :** Il s'agit d'un trouble, présent au-delà d'un mois après un événement traumatique (exposition à la mort, à des blessures graves à des violences sexuelles effectives ou potentielles). Il comprend des phénomènes d'intrusion/répétition (flash-back, reviviscences, cauchemars, détresse émotionnelle ou hyperactivité physique au tiger), un syndrome de l'évitement, des pensées ou émotions négatives (troubles de la mémoire, négativisme, intérêts réduits, isolement social ou idées suicidaires) et un syndrome de l'hyperactivation (hypervigilance, trouble du sommeil et de la concentration, irritabilité ou comportement à risque).

## Remerciements

Je remercie bien sincèrement toute l'équipe du Diplôme Universitaire « Santé des migrants » de nous avoir donné accès à des interventions passionnantes et d'une grande qualité. Merci à tous les collègues de la promotion : les échanges ont été riches !

Je remercie mon employeur et l'équipe du CAES de m'avoir laissée adapter mon planning pour me permettre de participer à cette formation. Merci aux collègues et aux exilés pour les riches échanges.