



**DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE**  
**SANTÉ**  
**SOCIÉTÉ**  
**MIGRATION**

**Repérer, orienter, prévenir :**  
**Illustration de l'accompagnement sanitaire proposé dans un**  
**Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**  
Rédigé sous la direction de Gwen LE GOFF



LAURENT Elodie  
Année 2020-2021

## INTRODUCTION

En tant qu'assistante de service social dans un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, je constate que l'accès aux soins et l'accompagnement lié à la santé des personnes accueillies sont des enjeux majeurs dans le cadre de mes missions.

Les traumatismes subis dans le pays d'origine, l'exil bien souvent contraint et le parcours migratoire éprouvant et risqué, viennent impacter la santé physique et psychique des personnes que l'on accueille. Pour les personnes qui se voient proposer une place en CADA (53% des demandeurs d'asile en 2019), elles ont bien souvent vécu dans des conditions très précaires depuis leur arrivée en France, sans bénéficier de l'aide de personnes « ressources » - professionnels ou bénévoles. L'arrivée en CADA ouvre une parenthèse plus stable dans leurs parcours, pendant laquelle elles pourront bénéficier d'un accompagnement global.

Je mesure comme cet accueil est une opportunité, une chance même, pour les personnes accueillies. Les besoins et demandes de celles-ci sont multiples et divers : dans le cadre des démarches administratives, notamment en lien avec la demande d'asile, en lien avec la santé, la scolarité, la vie quotidienne... Le travailleur social du CADA devient le premier interlocuteur de proximité, tel un facilitateur, un médiateur avec l'environnement et plus généralement avec le système administratif français.

Sur le plan de la santé, là aussi les équipes socio-éducatives des CADA, bien que n'étant pas des personnels soignants, se retrouvent en première ligne au quotidien, dans le repérage des problématiques.

Pour illustrer ce propos, je souhaite partager des situations de terrain qui m'ont amenée à me questionner sur mes missions, ma pratique professionnelle et ainsi guider mon choix de mémoire :

Mme A, 35 ans, est accueillie au CADA avec son mari et ses trois enfants, ils sont en cours de demande d'asile. Mme A se présente au bureau du CADA, en pleurs. Elle m'informe avoir fait un test de grossesse, qui se révèle positif. Elle n'avait pas de désir d'enfant, notamment car « *ce n'est pas le moment* » selon ses mots. Les violences subies dans le pays d'origine et l'insécurité de l'avenir la font beaucoup souffrir, elle bénéficie d'un suivi renforcé au Centre Médico-Psychologique. L'arrivée d'un nouvel enfant n'était pas attendue par le couple dans ce contexte.

Mme A est accueillie au CADA depuis 10 mois, un lien de confiance est établi entre l'équipe et sa famille. La famille, bien intégrée dans son environnement, a un bon niveau de français facilitant la communication. Cependant, nous n'avions jamais évoqué la contraception avec le couple. La présence de trois enfants avait laissé supposer à l'équipe qu'il avait une connaissance liée à la grossesse et aux moyens de contraception. Cependant, au cours de cet entretien, Mme a pu révéler ne pas connaître de moyens de contraception et n'en avoir jamais utilisé, bien qu'elle n'ait pas de désir d'enfant.

Sur la base de nos propres connaissances et représentations, nous avons été amenés à penser qu'il serait intrusif voire infantilisant d'évoquer le sujet avec le couple. La contraception était finalement un sujet tabou, jusqu'à ce que cette grossesse non désirée mette en lumière nos manquements.

Sur cette même année, trois femmes hébergées au CADA ont été confrontées à des grossesses non désirées.

~

Monsieur B me téléphone, il demande à me voir rapidement car il a un problème. Je suis disponible au bureau, prête à gérer une éventuelle urgence, aussi il se présente devant moi. Il tente de m'expliquer : « Moi grand problème ! Regarde, mes mains, mes bras, depuis une semaine, mal beaucoup ». Je regarde ses mains, spontanément, même s'il me serait bien impossible de poser un diagnostic face aux légères rougeurs sur ses mains. Les démangeaisons semblent s'accroître la nuit. S'en suit un interrogatoire aléatoire de ma part, à grand renfort de gestes et de google traduction : Est-ce que ça le démange sur tout le corps / localisés sur certaines zones ? Beaucoup ? Depuis quand ? A-t-il vérifié la présence de petits insectes nuisibles dans son lit ? Est-il proche parfois d'autres résidents du CADA (dont un porteur de la gale, mais sans nommer ni lui, ni la maladie) ? Est-ce des boutons, des plaques, des lésions ? ....

Différentes explications me viennent en tête, déjà rencontrées dans d'autres situations : punaises de lit, gale... qui impliquent toutes, au-delà du traitement médical, une action de ma

part (organisation du traitement des punaises dans l'appartement, distanciation du résident en cas de gale avec ses colocataires, mesures d'hygiène...).

L'équipe se retrouve ici à mener une sorte de pré-entretien médical, à la fois pour mesurer l'urgence de la situation comme décrit initialement par le résident, mais aussi anticiper la gestion éventuelle sur le plan logistique - mission conférée à ces mêmes travailleurs sociaux. La personne concernée maîtrise assez peu le français, ne sait pas comment prendre elle-même un rendez-vous auprès du médecin qu'elle a pourtant déjà rencontré plusieurs fois. La porte du bureau du CADA étant plus accessible et son intervenante sociale référente présumée infirmière, une réponse à ce problème médical est attendue auprès du CADA directement.

~

Rendez-vous avec Monsieur C à sa demande, qui parvient à communiquer avec l'équipe grâce à quelques mots d'anglais : « *I need you to make an appointment with the doctor* ». Je lui demande en anglais, si cela est urgent, car le secrétariat du médecin est fermé ce jour, donc je ne pourrai appeler que le lendemain. Il me répond qu'il m'enverra un message pour me donner le motif de sa demande, car il ne sait pas comment me le traduire. Je lui réponds que n'étant pas médecin, il n'a pas à me donner le motif de sa demande de rendez-vous, mais que je souhaite surtout savoir si sa demande peut attendre demain : « *yes, no problem, i can wait* ». Quinze minutes plus tard, après avoir quitté le bureau, message Whatsapp de Monsieur F, qu'il a pris soin de traduire en français : « *J'ai des douleurs lorsque je vais aux toilettes, ma constipation me gêne. C'est très embêtant car [...]. J'attends votre message demain.* ». Le lien avec le travailleur social et la perception de son rôle dépassent souvent le cadre que l'on tente de fixer.

~

Messieurs D et E sont accueillis au CADA depuis 18 mois environ. Ils ont 26 et 30 ans, sont célibataires, sans enfant et arrivés seuls en France. Leurs procédures de demande d'asile sont en cours, les délais ont été allongés par le contexte sanitaire. Au cours de nos échanges, ils évoquent souvent les problèmes de sommeil, l'ennui, le sentiment d'inutilité. Quand je leur souhaite « *bon week-end* » un vendredi soir pour clôturer une visite à domicile, ils me répondent « *tous les jours, week-end pour nous* ». Leurs familles restées au pays leur manquent, ils perdent espoir quant à la suite de leur demande d'asile. Ils sollicitent des rendez-vous médicaux pour divers troubles, cependant sur le plan clinique, rien n'est décelé. Leurs inquiétudes, doutes et lassitude sont légitimes. Comment ne pas perdre espoir quand, après plus de deux ans sur le territoire, la volonté de s'intégrer, il n'est toujours pas possible de se projeter en France.

L'équipe est démunie, impuissante, nous ne parvenons pas à apporter une réponse à ces jeunes qui ne veulent pas rencontrer un psychologue, car « *ils ne sont pas fous* » selon leurs mots. Dans cette gestion de l'attente, comment identifier les troubles et prévenir l'aggravation de leur santé mentale ?

Ces descriptions illustrent les situations dans lesquelles se retrouvent souvent les travailleurs sociaux du CADA. Ils font face à une attente forte du public ou inversement une absence de verbalisation. La mise en lien avec le réseau de partenaires de santé ne peut se faire qu'après un recueil, une identification des besoins du public accueilli. Cependant, dans ma pratique professionnelle, j'ai souvent cette impression de « jouer » au psychologue ou à l'infirmière. Pas toujours facile de rester à sa place de travailleur social lorsqu'il faut, pour orienter au mieux la personne vers le professionnel ou service compétent, comprendre le besoin et l'urgence de celui-ci. Face aux personnes qui n'expriment pas de demande, comment ne pas passer à côté d'une problématique et rester tout de même en alerte ? Aussi, faut-il avoir des points de vigilance pour ce public spécifique et quels seraient-ils ?

Enfin, les problématiques de santé sont souvent découvertes et prises en considération de manière curative, lorsque le problème n'est plus silencieux mais aiguë, trop conséquent ou ingérable pour la personne. Se pose alors la question de la prévention qui pourrait être mise en œuvre dans nos pratiques. La prévention en santé implique là aussi des dimensions diverses : comment ne pas être uniquement dans une relation asymétrique « éduquant / éduqués » ? Comment favoriser la capacité à « prendre soin de soi » ? Et comment impulser ainsi une dynamique de prévention en santé ayant un réel impact sur le public concerné ?

En début d'année 2020, l'Association pour laquelle je travaille a ouvert à l'ensemble des salariés une « bourse aux projets ». Il s'agissait d'une possibilité pour chaque salarié ou équipe de proposer une initiative, avec la possibilité de bénéficier d'un soutien financier pour sa mise en œuvre.

Avec mes collègues, nous avons vu là une réelle opportunité de formaliser un projet autour de la prévention en santé de notre public. Cela répondait à notre volonté de ne plus agir dans l'urgence et de concevoir d'autres modes d'intervention sociale, préventifs et durables.

A titre personnel, j'interviens sur le CADA depuis quatre ans désormais. L'accompagnement des personnes en demande d'asile est aussi passionnant que frustrant pour moi : passionnant par la richesse des rencontres, des échanges et des découvertes juridiques et géopolitiques,

frustrant car il engendre souvent un sentiment d'impuissance. Mon inscription au Diplôme Inter-Universitaire Santé Société Migration et la rédaction de ce mémoire s'inscrivent pleinement dans cette démarche. Au-delà de la thématique de la prévention en santé, c'est l'opportunité pour moi de prendre du recul, questionner ma pratique et la maintenir dans une dynamique d'évolution.

Aussi, de par les situations rencontrées, les différents questionnements suscités et le projet actuellement porté au sein de ma structure, le présent mémoire sera articulé autour de la problématique suivante :

**Dans le cadre de ma pratique professionnelle actuelle, comment mettre en place des actions de prévention en santé, adaptées aux besoins du public accueilli en CADA ?**

Dans un premier temps, je poserai le cadre de l'accueil en CADA, lieu ressource dans le parcours des demandeurs d'asile, et plus particulièrement le contexte de ma pratique professionnelle actuelle.

Puis, je détaillerai l'accompagnement sanitaire du public accueilli, ses différents enjeux et les limites rencontrées dans ce cadre.

Enfin, je m'intéresserai à des pistes d'actions concrètes de promotion et de prévention à la santé, menées auprès du public cible.

Le mémoire sera illustré de témoignages de personnes en demande d'asile, recueillis au cours d'entretiens menés au sein de ma structure, que j'ai choisi de renommer par souci de confidentialité. J'ai également fait le choix de ne pas nommer l'Association pour laquelle je travaille et ma ville d'intervention. L'objectif étant de relater avec neutralité un quotidien de travail qui, me semble-t-il, peut être partagé par d'autres de mes collègues intervenant en milieu semi-rural, sans volonté de porter de jugement lié au contexte local ou associatif.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b>I. L'accueil en CADA, lieu ressource dans le parcours de demande d'asile</b> .....	8
<b>A) Parcours des demandeurs d'asile à l'arrivée en France</b> .....	8
1) Quels droits ? .....	8
2) En attendant une place en CADA .....	9
3) L'accueil en CADA .....	12
<b>B) Contexte de ma pratique professionnelle</b> .....	13
1) Contexte géographique et institutionnel .....	13
2) Organisation pratique .....	14
<b>II. L'accompagnement sanitaire des demandeurs d'asile : enjeux et difficultés</b> .....	17
<b>A) Situation des demandeurs d'asile</b> .....	17
1) Frein à l'accès aux soins dans le pays d'origine .....	17
2) Traumatismes au pays, exil, parcours migratoire : quels impacts ? .....	18
3) L'attente en France .....	20
<b>B) L'accompagnement sanitaire proposé en CADA</b> .....	22
1) Cadre légal .....	22
2) En pratique .....	23
<b>C) Difficultés rencontrées dans le repérage des problématiques de santé et l'orientation du public</b> .....	27
1) Une prise en charge spécifique pour un public spécifique ? .....	27
2) L'intervenant social : un référent au quotidien omniscient ? .....	29
<b>III. La promotion de la santé au sein d'un CADA</b> .....	33
<b>A) Concepts clés de la promotion de la santé</b> .....	33
<b>B) Émergence du projet mené par le CADA</b> .....	34
<b>C) Sa formalisation</b> .....	36
<b>D) Mise en œuvre</b> .....	38
<b>CONCLUSION</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	43
<b>GLOSSAIRE</b> .....	45
<b>ANNEXES</b> .....	46

## **I. L'accueil en CADA, lieu ressource dans le parcours de demande d'asile**

Dans cette première partie de mémoire, nous allons étudier le postulat initial selon lequel l'accueil en CADA ouvrirait une parenthèse plus stable dans le parcours des demandeurs d'asile. Nous allons évoquer les droits auxquels la personne en demande d'asile peut prétendre à son arrivée en France. Puis, pour les personnes ayant l'opportunité d'obtenir une place en CADA, nous observerons le cadre de cet accueil, et plus particulièrement le contexte de ma pratique professionnelle.

### **A) Parcours des demandeurs d'asile à l'arrivée en France**

#### **1) Quels droits ?**

Après un parcours bien souvent éprouvant, les personnes en exil arrivées en France, appelées « primo-arrivantes », vont devoir se présenter auprès de différents services d'accueil avant, peut-être, de bénéficier d'une place en CADA. Le descriptif suivant est représentatif de « l'univers » dans lequel est immergée la personne nouvellement arrivée, fait de sigles, délais et interlocuteurs multiples – pas toujours évident à comprendre pour les non-initiés mais que je vais tenter de synthétiser.

La porte d'accès à la procédure de demande est la Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA), présente dans chaque région. Ces structures conventionnées et agréées pour l'accueil du public demandeur d'asile, ont pour mission d'accueillir les primo-arrivants et de leur délivrer un rendez-vous au Guichet Unique des Demandeurs d'Asile (GUDA), rattaché à son périmètre d'action géographique. La structure informe les usagers sur la procédure d'asile et les dispositifs sociaux qui lui sont associés.

Le rendez-vous au GUDA - réunion des services de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) et de la Préfecture, permet ensuite à la personne d'être enregistrée comme demandeur d'asile. D'un point de vue du droit au séjour, une Attestation de Demandeur d'Asile est délivrée suite à ce passage au GUDA, permettant de séjourner en France légalement pendant le traitement de la demande d'asile.

Les demandeurs d'asile peuvent dès lors accéder aux « Conditions Matérielles d'Accueil » (CMA). Ces conditions prévoient notamment l'attribution d'une allocation mensuelle (ADA - Allocation pour Demandeur d'Asile) ainsi qu'une proposition de place en hébergement dédié, dont les CADA font partie.



L'OFII est garante de l'accès aux CMA et pilote le Dispositif National d'Accueil (DNA)<sup>1</sup>. Le bénéficiaire des CMA est donné pendant la durée d'instruction de la demande d'asile. Le demandeur d'asile n'y est plus éligible dès lors qu'il bénéficie de la protection internationale ou est débouté.

## **2) En attendant une place en CADA...**

Bénéficiaire des CMA ne garantit pas l'accès à un hébergement, la saturation du dispositif national d'accueil (DNA) ne permettant pas d'héberger tous les demandeurs d'asile. En 2019, seuls 53 % des demandeurs d'asile ont eu accès à un hébergement dédié. Et pour les personnes qui accèdent à une structure d'accueil du DNA, les rapports d'activité de l'OFII ne précisent pas le délai d'attente d'accès à une place en structure. Bien que le nombre de places d'hébergement dédié ait doublé entre 2015 et 2020 (le parc d'hébergement du DNA comprenait 100 044 places au 31/12/2020<sup>2</sup>), l'offre actuelle ne couvre pas les besoins.

Les personnes non prises en charge par le dispositif national d'hébergement dédié, peuvent bénéficier d'une domiciliation et d'un accompagnement social et administratif au sein des SPADA. Cet accompagnement se limite toutefois à l'information, à l'accès aux droits et à l'orientation des personnes accueillies.

L'Association Forum Réfugiés-Cosi, gestionnaire des SPADA d'Auvergne-Rhône-Alpes, d'Occitanie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, souligne que « le nouveau cadre légal des SPADA, issu de la « loi asile et immigration », a nécessité des adaptations du premier accueil. L'exclusivité de la domiciliation en SPADA pour tout demandeur d'asile non hébergé a généré une augmentation parfois très importante de l'activité dite « post-GUDA », mais aussi des difficultés d'accès aux services de la SPADA pour certains usagers bénéficiant d'un hébergement hors DNA, dans certains territoires éloignés du dispositif. De manière générale, la file active en post-GUDA est demeurée élevée en 2019, faute d'accès suffisant à l'hébergement dans le DNA. Soumis à une forte pression, le premier accueil voit ses équipes exposées à des tensions régulières. »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Le Dispositif National d'Accueil (DNA) comprend différents types d'hébergement de demandeurs d'asile dont les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), les centres relevant du PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA), les Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) et les Centres d'Accueil et d'Examen des Situations administratives (CAES).

<sup>2</sup> Rapport d'activité OFII 2020, disponible sur <https://www.ofii.fr/rapports-activite/>

<sup>3</sup> Rapport d'activité Forum Réfugiés-Cosi 2019 <https://www.forumrefugies.org/images/l-association/rapports-activites/RA-FRC-2019.pdf>

On mesure ici la tension qui pèse sur ces structures et les limites de l'accompagnement proposé aux personnes domiciliées en SPADA.

En matière d'hébergement, dans l'attente d'une place dans le DNA, les demandeurs d'asile se retrouvent souvent dans des situations de grande précarité. L'hébergement d'urgence via le 115 est souvent saturé et rarement garant de stabilité (propositions d'accueil au jour le jour, dortoir collectif, chambre d'hôtel sans accès à une cuisine). Cet accès aux hébergements d'urgence est d'autant plus difficile lorsque les vulnérabilités ne sont pas identifiées, ce qui est notamment le cas pour le public d'hommes isolés en demande d'asile.

Ces limites liées aux capacités d'hébergement ont des conséquences non négligeables sur les conditions de vie des demandeurs, en témoigne le nombre croissant, bien que difficile à quantifier, de personnes en situation d'errance résidentielle et les formations de campements en périphérie des grandes villes, faisant fréquemment l'objet d'opérations de démantèlement.

Des solutions alternatives sont parfois mobilisées : accueil par des membres de la communauté, mobilisation de réseaux de bénévoles ou associations humanitaires. Ces solutions sont variables, notamment selon les secteurs géographiques et la présence de ces réseaux, et aussi le potentiel individuel à aller capter ces réseaux.

L'Association France Terre d'Asile note à ce propos que « si les initiatives citoyennes constituent dès lors une forme d'engagement indispensable face aux défaillances actuelles du dispositif national d'accueil, deux points doivent toutefois être portés à notre vigilance. D'une part, l'État ne saurait se défaire de ses responsabilités parce que d'autres se mobilisent. D'autre part, ces initiatives ne peuvent, et ne doivent remplacer le travail réalisé par des professionnels du secteur social. »<sup>1</sup>

L'hébergement constitue cependant un prérequis à l'accompagnement. « 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 [...]. Pour les personnes sans hébergement, ce suivi est absent ou très partiel et peu de dispositifs 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

---

<sup>1</sup> France Terre d'Asile (Janvier 2020), Migrants et réfugiés à la rue, *La lettre de l'asile et de l'intégration*, N°90

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. »<sup>1</sup>

Ahmad<sup>2</sup> : « *Je voulais aller à Paris, mais Police a arrêté moi à Clermont : « toi pas ticket, tu t'arrêtes là ! ».* Le premier soir je me suis mis dans un parc, et après un Monsieur m'a dit « *toi dormir où ?* » J'ai dit « *là dans le parc* », il m'a dit « *non non, là c'est froid, viens chez moi* ». C'était un monsieur vieux, français, très bien, très gentil, je suis resté un peu à sa maison. J'ai aussi dormi dans une station de bus, caché. Et après, OFII m'a donné place dans une petite maison [place en CAO<sup>3</sup>], j'étais avec quatre personnes, deux afghans et deux africains. C'était une petite chambre avec deux lits dans la même chambre. Il y avait une sociale, mais elle n'avait jamais le temps, elle disait tout le temps « *prends rendez-vous, tu n'es pas tout seul ici* ». Alors je disais « *d'accord* » et je faisais tout seul. »

~

Fatou : « *J'ai dormi dehors les premiers jours. Après au 115, on pouvait y aller à 19h. On attendait la journée dehors et à 20h on se présentait. Là-bas on nous a donné serviette, draps. La journée on n'avait pas à manger, il fallait attendre le soir. Vers 19h, on nous donnait à manger mais c'était bizarre, on ne connaissait pas trop la nourriture ! Mais moi quand même je prenais du pain, je me débrouillais. Et le matin, tu dois sortir. Alors la journée tu es dehors, tu t'assoies à la gare. Vous n'avez nulle part où partir, vous ne connaissez personne. C'était comme ça. La journée à la gare, le soir au 115. On galérait. On n'avait pas encore l'argent de l'OFII au début, tu dois attendre 45 jours. 45 jours ! Je me plaignais tout le temps, au 115, à Forum, mais ils n'ont pas cherché à savoir qu'est-ce qui ne va pas. Au 115, j'ai insisté, ils voyaient que je ne dormais pas. Je voulais quelque chose de stable ou je peux dormir bien. Je ne voulais pas changer tout le temps. Mais il n'y avait pas de place. Je dormais dans une grande salle, où il y avait des tentes avec des lits de camp. Pourtant moi je suis balaise, regardes moi, je ne tenais même pas dans le lit ! J'ai voulu emmener un matelas mais on n'avait pas le droit de prendre des matelas d'ailleurs. Et chaque semaine, il fallait rappeler le 115 pour s'enregistrer. »*

---

<sup>1</sup> TREMBLAY Vincent (Décembre 2019), L'accès aux soins en santé mentale du public demandeur d'asile en Auvergne. État des lieux, publication de l'ORSPERE-SAMDARRA

<sup>2</sup> Propos recueillis auprès de personnes hébergées par le CADA dans lequel je travaille. Les prénoms ont été modifiés par souci de confidentialité.

<sup>3</sup> CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation) : créés en 2015 afin de réduire le nombre de migrants vivant dans le campement de Calais et d'en permettre la dissolution, les places d'hébergement en CAO ont été peu à peu remplacées par des places HUDA ou CAES.

### 3) L'accueil en CADA

Comme détaillé précédemment, l'accueil en CADA ne constitue pas une norme en matière d'hébergement des demandeurs d'asile.

Toutefois en 2020, les CADA occupent près de la moitié des places du Dispositif National d'Accueil avec au 31 décembre 2020, 373 CADA pour respectivement 43 454 places sur un total de plus de 100 000 places<sup>1</sup>. Malgré la diversification de places d'hébergement dédié, les CADA, structures historiques, constituent encore aujourd'hui le pivot du DNA.

L'accueil en CADA met à la disposition de la personne orientée un lieu d'hébergement garant de stabilité, sécurité et dignité. Tel que défini par le cahier des charges<sup>2</sup>, leurs missions sont les suivantes :

- « - l'accueil, l'hébergement et la domiciliation des demandeurs d'asile ;
- l'accompagnement dans les démarches administratives et juridiques ;
- l'accompagnement sanitaire et social ;
- le développement de partenariats avec les collectivités locales et le tissu associatif ;
- l'accompagnement à la sortie du centre d'accueil pour demandeurs d'asile, notamment vers le logement ».

C'est ainsi une opportunité pour les personnes accueillies de se voir proposer un accompagnement global. Sur le plan juridique, les professionnels de la structure informent les demandeurs d'asile sur la procédure d'asile et sur le droit au séjour des étrangers en France et s'assurent de l'accès effectif au droit. Ils soutiennent également les personnes dans leurs démarches auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) et le cas échéant, de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

Un focus sur l'accompagnement sanitaire sera fait dans la seconde partie du présent mémoire, nous pouvons toutefois indiquer ici que les professionnels du CADA veillent notamment à l'accès aux droits sociaux et à la mise en relation avec les services de santé compétents. Par ailleurs, un soutien est apporté aux parents pour la mise en œuvre de la scolarisation des mineurs. Enfin, les équipes des CADA veillent à la mise en œuvre d'activités concourant à l'autonomie et à l'intégration des personnes hébergées dans le territoire en développant notamment des partenariats de proximité.

---

<sup>1</sup> Rapport d'activité OFII 2020, disponible sur <https://www.ofii.fr/rapports-activite/>

<sup>2</sup> Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Cet accompagnement, facilitateur d'accès à l'information et aux droits, permet aux personnes accueillies d'être acteur de leur parcours et de leurs choix.

Le taux d'encadrement au sein des structures est fixé à un équivalent temps plein pour 15 à 20 personnes hébergées. Une organisation variable des équipes est constatée selon les gestionnaires de Centre, avec la présence de professionnels, diplômés ou non, généralement issus du travail social, du domaine juridique ou encore de l'animation. La présence de bénévoles en soutien des équipes salariées est souvent observée.

Concernant la durée moyenne de séjour global en CADA, celle-ci était de 524 jours en 2019<sup>1</sup>, laissant le temps à la personne de se stabiliser, trouver des repères et s'intégrer ainsi dans son environnement. Cette durée de séjour, chiffre stable depuis plusieurs années<sup>2</sup>, permet également de tisser un lien de confiance avec l'équipe de la structure.

Comme le défendent les associations et collectifs du secteur, l'orientation en CADA constitue une référence en matière d'hébergement. Cet accueil constitue un lieu ressource, une parenthèse entre le difficile parcours migratoire, et une potentielle intégration en France, prérequis à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux besoins des demandeurs d'asile.

## **B/ Contexte de ma pratique professionnelle**

### **1) Contexte géographique et institutionnel**

J'interviens au sein d'un CADA géré par une association loi 1901, à but non lucratif, basée dans un département semi-rural. Née en 2006 de la fusion de deux autres associations, l'Association pour laquelle je travaille intervient historiquement dans le domaine de l'hébergement d'urgence et de l'habitat jeunes, avec la gestion de Centres d'Hébergement d'Urgence et de Réinsertion Sociale et de Foyers de Jeunes Travailleurs.

En 2015, période de création nationale de places CADA, l'Association s'oriente vers le champ de l'asile et ouvre 150 places CADA dans le département. Depuis, d'autres places ont ouvert, l'Association gère désormais près de 300 places CADA, 68 places HUDA, 20 places CAES, réparties sur cinq départements. A noter qu'une centaine de places est à ce jour en

---

<sup>1</sup> Rapport d'activité OFII 2019, disponible sur <https://www.ofii.fr/rapports-activite/>  
N.B. : Les chiffres de 2020 pouvant être biaisés par le contexte sanitaire.

<sup>2</sup> En 2015, la durée moyenne de séjour en CADA était de 528 jours.

Rapport d'activité OFII 2015, disponible sur <https://www.ofii.fr/rapports-activite/>

cours d'ouverture (CADA ou CAES). Dans un domaine d'activité assez proche, elle gère également depuis 2017 des programmes de réinstallation de réfugiés ainsi que des dispositifs d'intégration socio-professionnelle de ce public.

D'une manière générale, l'Association s'est considérablement développée ces dernières années. Avec près de 200 salariés présents sur quatorze départements, elle est aujourd'hui organisée autour de cinq pôles d'activités : réinsertion sociale, habitat jeunes, asile, réfugiés et insertion professionnelle.

Pour ma part, le CADA sur lequel j'interviens est situé dans un département semi-rural et a été le premier à ouvrir dans l'Association, en 2015. Ce CADA est composé de 90 places, réparties sur trois antennes : 30 places sur une commune de près de 20 000 habitants, ville Préfecture du département ; 30 places sur une commune voisine de la même agglomération de près de 13 000 habitants ; et enfin 30 places sur une commune de 3 500 habitants située à une trentaine de kilomètres des deux précédentes.

Les deux premières antennes sont situées en zone urbaine, à proximité de toutes les administrations, services et commerces, desservies par les transports en commun (train, bus urbains). La troisième antenne est plutôt en milieu semi-rural, desservie par le train. Cependant, elle est plus limitée dans son offre de services. Malgré la présence de commerces, l'accès à certains professionnels de santé, associations caritatives ou services publics, n'est pas possible sur place et nécessite de se déplacer dans un secteur de 10 à 30 kilomètres.

Pour ma part, j'interviens sur la première antenne, située sur la ville Préfecture du département.

## **2) Organisation pratique**

Chaque antenne est organisée de façon similaire : les places d'hébergement sont en appartements diffus sur un même quartier ; le bureau de l'équipe socio-éducative est situé dans ce quartier, à proximité des appartements.

Le CADA accueille des familles, des femmes isolées et des hommes isolés. Depuis le nouveau « schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés »<sup>1</sup>, publié le 18 décembre 2020, nous accueillons majoritairement des demandeurs d'asile

---

<sup>1</sup> Pris en application de la loi Asile et Immigration de 2018, le nouveau schéma d'accueil prévoit un rééquilibrage des demandes au niveau national, avec une orientation régionale précoce des demandeurs d'asile d'Île-de-France dès leur passage au GUDA, vers des CAES dans différentes régions métropolitaines, puis ensuite vers des CADA de ces mêmes régions.

enregistrés en région parisienne. Les nationalités des personnes accueillies sont très diverses à ce jour : afghane, guinéenne, kurde d'Irak, bangladaise, tchéchène, mauritanienne, malienne, serbe, ivoirienne, sierra-léonaise, etc... Quant à l'âge, les personnes isolées que nous hébergeons ont pour la plupart entre 20 et 30 ans, et les parents d'enfant(s) entre 25 et 50 ans. Les enfants accueillis avec leurs parents sont de tous âges, autant en bas âge que des adolescents ou jeunes majeurs.

Les personnes seules sont accueillies en colocation de deux ou trois personnes. Les colocations sont réparties par sexe, mais elles sont mixtes en termes de nationalité.

Chaque personne dispose d'une chambre individuelle et partage les communs (cuisine, sanitaires, salle à manger). Les familles quant à elles, disposent chacune de leur propre appartement. Je trouve que les conditions d'accueil de ma structure sont relativement bonnes, chaque personne accueillie dispose d'un espace intime adapté, les logements sont meublés et pourvus de tous les équipements nécessaires pour y vivre décemment.

*Fatou : « Pauline [l'assistante sociale du CADA] est venue me chercher à la gare, elle m'a montrée l'appartement, elle m'a tout expliqué. Elle m'a dit là il y a une dame enceinte qui habite avec toi et autre dame qui va arriver. Elle m'a donnée tout ce qu'il faut pour la chambre. Avec un vrai lit ! Je me suis dit ça c'est plus le luxe que là où j'étais avant ! J'ai dormi des heures les premiers jours ! Tu as ta chambre seule, tu as ton intimité... Ahlala c'était très très bien hein ! Je faisais à manger ce que je voulais, la nourriture que je connaissais. Il y avait aussi une stagiaire, elle m'a accompagnée pour avoir une carte de bus, on a fait les démarches qui doivent se faire pour mes papiers. On m'a expliqué les règles, comment ça se passe ici. On a été bien accueilli quand même !*

L'équipe est composée uniquement de travailleurs sociaux, ayant des formations initiales dans le domaine social différentes mais occupant tous le poste d'« intervenant social ». La gestion de 30 places CADA, soit une antenne, est faite par 1,5 équivalent temps plein intervenant social, comme le prévoit le cahier des charges. L'équipe est donc composée de cinq intervenants sociaux (4,5 ETP), elle est supervisée par la Directrice du Pôle Asile et plus récemment suite à une réorganisation interne, également par une cheffe de service.

Le poste d'intervenant social est polyvalent. Chacun d'entre nous occupe les mêmes missions et mène les accompagnements de manière globale : administratif, juridique lié à la demande d'asile, accès aux soins, à la scolarité, etc. Nous avons chacun la référence d'une vingtaine de personnes, c'est-à-dire que chaque personne accueillie à un interlocuteur dans l'équipe

concernant sa situation personnelle. Au-delà de l'aspect individuel, nous gérons la dimension collective de la structure. Nous sommes en charge de la gestion de la vie quotidienne au CADA, comme la bonne tenue des logements ou la préparation logistique des entrées et sorties.

Enfin, nous proposons des animations ou actions collectives thématiques. Sur ce point, il convient de souligner qu'il s'agit d'une valeur forte de notre Association. L'intervention collective au travers de supports socio-éducatifs variés et innovants est en effet un levier d'accompagnement valorisé en interne. Les équipes disposent d'ailleurs d'une certaine autonomie dans le développement d'actions adaptées aux besoins ou souhaits identifiés.

Notre équipe peut ponctuellement compter sur le soutien de bénévoles, plus particulièrement sur l'antenne qui est située sur une petite commune, plus éloignée. Ils proposent notamment des cours de français ou de l'aide aux devoirs, ces activités n'étant pas proposées sur place par le secteur associatif.

Les travailleurs sociaux du CADA sont présents de 9h à 17h du lundi au vendredi, avec une variation possible des horaires en fonction des besoins. Le bureau de l'antenne sur laquelle j'interviens est ouvert au public de 14h à 15h30, quatre jours par semaine. Ces permanences permettent d'accueillir les personnes sans rendez-vous et sont l'occasion notamment de remettre le courrier reçu ou de gérer les demandes liées au quotidien. En dehors de ces horaires, l'équipe mène des rendez-vous individuels au bureau, des visites à domicile ou des accompagnements sur l'extérieur. Le mercredi après-midi est plutôt dédié aux temps d'animation ou actions collectives, bien que le contexte sanitaire lié à l'épidémie du Covid-19 ait freiné cette partie de notre travail. Enfin, la cheffe de service anime une réunion d'équipe tous les quinze jours, permettant d'évoquer des informations générales (informations associatives générale ou liées à la structure) ainsi que l'évolution des situations individuelles des personnes accueillies.



## II. L'accompagnement sanitaire des demandeurs d'asile : enjeux et difficultés

Le concept de vulnérabilité, bien qu'il recouvre des dimensions multiples, peut se définir par « le cumul d'une faiblesse et d'un risque »<sup>1</sup> et il est relatif à un environnement spécifique. Nous allons étudier dans cette seconde partie qu'est-ce qui amène les personnes en demande d'asile à se retrouver en situation de faiblesse et quels sont les risques induits sur le plan de la santé. Face à ces enjeux, nous nous intéresserons à la mission d'accompagnement sanitaire attribuée aux CADA et évoquerons ses limites.

### A) Un public confronté à des vulnérabilités multiples

#### 1) Frein à l'accès aux soins dans le pays d'origine

Malgré des progrès mesurables durant ces vingt dernières années, la situation sanitaire des pays d'origine d'une majorité des demandeurs d'asile reste caractérisée par une forte mortalité, infantile notamment, une espérance de vie faible et une morbidité toujours aussi préoccupante liée aux carences nutritionnelles et aux maladies transmissibles.

À titre d'exemple, le VIH<sup>2</sup> reste la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité en Afrique. Quant à la tuberculose, il s'agit de la 8<sup>ème</sup> cause de mortalité en Afrique et la 5<sup>ème</sup> en Asie du Sud-Est<sup>3</sup>. Les maladies transmissibles continuent de prévaloir dans les pays à faible revenu.

Fatou (annonce d'une maladie en France, après son arrivée au CADA) : « *Le résultat est tombé. On m'a dit tu as le VIH, j'ai dit c'est quoi VIH ? (silence) J'ai le sida. Chez moi c'est un nom qui tue. Je me suis assise, je ne parlais pas, je les regardais. Je n'entendais plus ce qu'ils disaient. Le monde s'est... j'ai pris un coup. [...]*

*Moi j'ai vu la fin de ma vie. Ce jour-là, ma vie était... complètement... je peux dire finie. Encore là je ne peux pas l'accepter, je ne pourrai jamais l'accepter mais je me dis, Dieu merci, c'est ici. Dieu merci au CADA aussi, sinon je serais restée comme ça, sans me rendre compte exactement de ce que j'ai. Ça me détruisait un peu, un peu. [...] C'est le fardeau de toute ma vie. Des fois je m'assois, je regarde toutes les dépenses que l'Assurance Maladie envoie à l'hôpital, quatre cents et quelques euros, quelque chose que je ne pourrais même pas*

<sup>1</sup> DUPERRET Serge, Les conditions de la crédibilité – expérience de Médecine et Droit d'Asile, intervention du 11/11/2020 dans le cadre du DIU Santé, société et migration.

<sup>2</sup> VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé, communiqué de presse du 09/12/2020, L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019, disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

*avoir dans mon pays. Quand j'étais chez moi en Guinée, je ne savais pas que j'étais malade, mais j'étais malade. Dieu m'a poussée à venir ici, à découvrir ça. Chez moi, ça aurait été la mort assurée, la mort. Je vois comment les gens meurent de ça chez nous. Ils sont finis. Personne ne peut rien faire pour eux. Ils sont couchés dans un lit à l'hôpital, on dirait des bébés. Même quelqu'un gros comme moi avec cette maladie, il est couché, comme un bébé, il est fini ! Je me suis vue comme ça. Je me suis mise à la place de ces gens. »*

Les réalités en matière d'accès aux soins décrites par les demandeurs d'asile peuvent être assez différentes selon le pays d'origine, le secteur géographique de vie ou encore le milieu social. Aussi, il serait difficile d'en faire une description exhaustive, tant les profils des demandeurs d'asile peuvent être multiples.

Cependant, l'accès aux soins est généralement décrit comme complexe, qu'il soit lié à l'éloignement géographique des structures de soins et aux problèmes de mobilité ou encore au financement, ou à l'existence-même des soins dans le pays. Selon un rapport de 2014 de l'Organisation Internationale du Travail, environ 39 % de la population mondiale est toujours privée de toute affiliation à un système ou dispositif de santé. Ce chiffre atteint plus de 90 % dans les pays à bas revenu<sup>1</sup>. Dans ces conditions, l'accès à l'information et à la prévention en santé est très limité. Le témoignage de Fatou illustre bien ici le manque d'information et les préjugés de la population vis-à-vis des maladies infectieuses, ainsi que les difficultés de prise en charge notamment financière de celles-ci, avec une mortalité rapide inéluctable des personnes atteintes.

## **2) Traumatismes au pays, exil, parcours migratoire : quels impacts ?**

En préambule, il me semble nécessaire de rappeler que le statut de réfugié est appliqué « à toute personne (...) qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner »<sup>2</sup>. Quant au bénéfice de la protection subsidiaire, il est accordé à « toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié

<sup>1</sup> Guide Comede 2015, *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement* - édition 2015

<sup>2</sup> Article 1<sup>er</sup> A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951

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 : la peine de mort ou une exécution ; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ; pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. »<sup>1</sup>

Aussi, le motif-même de l'exil des personnes qui viennent demander l'asile en France est lié à des évènements adverses et traumatiques : persécutions, guerre, violence, torture, deuil de proches dans des contextes de meurtre ou de guerre, emprisonnement, exposition à des scènes horribles, etc. Ces situations de traumatismes multiples et intentionnels peuvent susciter des effets psychiques (attaques narcissiques très importantes, perte d'affiliation, isolement) et des conséquences psycho-pathologiques (tableaux dépressifs, troubles anxieux, psycho-trauma, etc.). Lorsque les conséquences et les effets du stress sont intenses et permanents, on bascule dans un état de stress post-traumatique<sup>2</sup>.

De plus, la migration est en elle-même un évènement de vie particulièrement intense, impliquant des renoncements douloureux. Certains partent avec un projet migratoire pensé, élaboré, quand bien souvent pour d'autres, il n'y a pas d'autre projet que la survie.

Le voyage en lui-même peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années, comme en témoigne le parcours de ce jeune, similaire à celui de nombreux afghans :

9 Sortie du pays de nationalité ou de résidence habituelle :

Date : 07 05 2020    Lieu : .....

---

10 Où avez-vous séjourné avant votre arrivée en France :

Pays	Sous quel statut	Villes	Dates
IRAN	) passeport		
TURQUIE			transit
GRECE	) irrégulier		
MACEDOINE			
SERBIE			3 mois
CROATIE			
ITALIE			

11 Conditions d'entrée en France :

Date : 18 02 2021    Lieu : NICE

Régulière     Irrégulière

*Extrait d'un dossier de demande d'asile envoyé à l'OFPRA, d'une personne hébergée au CADA*

<sup>1</sup> Article L. 512-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

<sup>2</sup> BEROUD Marion, Santé mentale et souffrance psychique d'un public en demande d'asile, intervention du 21/01/2021 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

La grande majorité des récits de demandeurs d'asile relatent malheureusement la dangerosité extrême des routes migratoires : traite des êtres humains avec des phases d'incarcération, de prostitution ou de travail forcé, violences / tortures physiques et sexuelles perpétrées par les passeurs, drames en Méditerranée... les exposant à des risques majeurs et à de nouveaux traumatismes pour leur santé physique et psychique.

### **3) L'attente en France**

Comme déjà évoqué en première partie, l'arrivée dans le pays hôte confronte les demandeurs d'asile à d'autres limites. L'organisation de l'accueil et de l'hébergement précarise les personnes, n'étant pas assez conséquent pour répondre à tous les besoins. Beaucoup de primo-arrivants se retrouvent ainsi à la rue ou dans des habitats précaires avec peu de possibilités d'accompagnement dans les différentes démarches. Cette précarité, créée par le système d'accueil, impacte négativement la santé physique et mentale des personnes en demande d'asile. L'étude ANRS Parcours réalisée en France en 2012-2013 a mis en évidence que près de la moitié des personnes atteintes du VIH originaires d'Afrique subsaharienne enquêtées ont été contaminées après leur arrivée en France, le risque de contamination étant accentué par les conditions de migration et la précarité sociale<sup>1</sup>. Les femmes sont particulièrement vulnérables, notamment lorsqu'elles n'ont pas de solution de logement stable et sont ainsi en proie à des violences sexuelles.

Par ailleurs, 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, 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. « 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

---

<sup>1</sup> MAYEUX Aurélie, Accès au séjour pour raisons médicales, intervention du 16/10/2020 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

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. »<sup>1</sup>

Même si les délais de traitement des demandes de protection se sont largement réduits ces dernières années, la plupart des personnes ont néanmoins de longs mois, voire des années, à attendre avant d'obtenir leur protection. Aussi, certaines situations impliquent des délais de traitement plus long. C'est le cas, par exemple, des personnes qui relèvent de la procédure dite « Dublin » et qui doivent attendre plusieurs mois avant de pouvoir déposer leur demande d'asile en France.

Ahmad : « *J'ai eu beaucoup stress, car avant, moi, j'étais Dublin. On avait pris mes fingers en Bulgarie. J'allais à Préfecture pour signature tous les mois et à chaque fois, on ne sait pas si il dit « c'est bon » ou « c'est pas bon ». Quelqu'un me disait « non, toi peut-être pas aller Préfecture sinon toi arrêté par Police et partir Bulgarie ». J'avais peur, mais j'allais quand même. Après sept mois, fini. Mais beaucoup de stress. J'avais pas social comme toi pour parler, pour me dire ça c'est bien, ça c'est pas bien, il faut faire comme ça, comme ça. J'allais tout seul. »*

Cette attente représente pour les personnes une situation d'entre-deux, de temps suspendu, où il est difficile de se projeter dans l'avenir. Pendant cette attente, l'ennui, l'inactivité et l'incertitude pèsent fortement sur la santé mentale des demandeurs d'asile. L'impossibilité de travailler engendre un sentiment d'inutilité et l'absence de rituels, de rythme de vie. 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<sup>2</sup>. Jean FURTOS, dans ses travaux, parle de « souffrance psychique d'origine sociale ». La régularisation de la situation est alors un prérequis sans quoi aucun autre aspect de la vie des personnes ne peut être envisagé sereinement.

---

<sup>1</sup> TREMBLAY Vincent (Décembre 2019), L'accès aux soins en santé mentale du public demandeur d'asile en Auvergne. Etat des lieux, publication de l'ORSPERE-SAMDARRA

<sup>2</sup> BEROUD Marion, Santé mentale et souffrance psychique d'un public en demande d'asile, intervention du 21/01/2021 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

## **B) L'accompagnement sanitaire proposé en CADA**

### **1) Cadre légal**

La mission d'accompagnement sanitaire est prévue par le cahier des charges des CADA<sup>1</sup>, qui détaille que :

« Les professionnels du centre d'accueil pour demandeurs d'asile assurent les démarches d'ouverture des droits sociaux des demandeurs d'asile dès leur admission, notamment l'affiliation à la protection universelle maladie, lorsque celle-ci n'a pu être effectuée avant leur admission ». Lors des trois premiers mois de séjour en France, les demandeurs d'asile ont uniquement accès au « Dispositif Soins Urgents et Vitaux » (DSUV) ou aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass). Au-delà de trois mois de séjour, ils ouvrent des droits à l'Assurance Maladie et à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)<sup>2</sup>, facilitant l'accès aux soins de manière moins restrictive.

Ensuite, « les professionnels du centre d'accueil pour demandeurs d'asile informent les personnes hébergées sur le fonctionnement du système de santé. Ils veillent à la diffusion des règles de prévention en matière sanitaire ». Il prévoit également qu' « une visite médicale systématique [soit] organisée dès l'admission par les professionnels du centre d'accueil pour demandeurs d'asile ou dans le cadre du parcours santé migrant ». Par une instruction publiée le 8 juin 2018<sup>3</sup>, le Ministère des solidarités et de la santé encourageait les Agences Régionales de Santé à mettre en œuvre des parcours de santé des migrants adaptés aux territoires, notamment par une animation de l'offre locale.

De plus, le cahier des charges incite les professionnels des CADA à permettre « l'accès des demandeurs d'asile aux services de santé, notamment en développant une collaboration ou des partenariats avec les médecins généralistes, les centres hospitaliers, les centres médico-psychologiques, les permanences d'accès aux soins de santé ou les services de la protection maternelle et infantile pour le suivi sanitaire des mineurs » et en assurant « la mise en relation des demandeurs d'asile avec les services de soins compétents en matière de traumatisme psychique ».

---

<sup>1</sup> Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile

<sup>2</sup> Suite à l'adoption du décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019, si les demandeurs d'asile peuvent toujours prétendre à l'ouverture de droits à la Protection Universelle Maladie (PUMA), ils doivent néanmoins maintenant respecter un délai de carence de trois mois avant de pouvoir y prétendre.

<sup>3</sup> Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

Enfin, il est indiqué que « les professionnels [...] peuvent, à tout moment, procéder à une évaluation des vulnérabilités des personnes hébergées et doivent informer dans les meilleurs délais l'Office français de l'immigration et de l'intégration de tout changement de situation de vulnérabilité ».

Sur ce dernier point, il convient d'apporter quelques précisions :

Le repérage des vulnérabilités est prévu par le législateur dès l'enregistrement en SPADA, puis lors de l'entretien individuel mené par l'OFII. L'objectif annoncé est de traiter de façon prioritaire les demandes d'accès à un hébergement lorsqu'elles sont accompagnées de documents à caractère médical ou qu'est repérée une vulnérabilité. Cette évaluation peut amener, si cela s'avère nécessaire, à demander l'avis du médecin coordonnateur de zone OFII pour adapter, le cas échéant, l'hébergement du demandeur d'asile.

Au stade de l'OFII, la vulnérabilité est appréciée au regard des dispositions de l'article L.744-6 du CESEDA, à savoir « les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines »<sup>1</sup>. La limitation aux vulnérabilités dites objectives et immédiatement visibles ne permettent donc pas d'adapter les conditions d'accueil lorsque celles-ci sont plus complexes à identifier.

Dans la cadre de l'hébergement en CADA, la possibilité prévue par la loi pour les professionnels d'informer l'OFII de la présence d'éventuelles vulnérabilités, ne comporte pas plus de précisions ou critères, et n'était pas assortie jusqu'à présent d'outils ou de formations spécifiques des personnels sur cette thématique.

## **2) En pratique**

Dans le cadre de ma pratique professionnelle, l'accompagnement sanitaire s'organise de la manière suivante :

Lors de l'entretien d'accueil d'un nouvel arrivant au CADA, un travailleur social de l'équipe, désigné alors comme « référent », va recueillir les premiers éléments de la situation globale,

---

<sup>1</sup> Article L.744-6 du CESEDA

avec le recours d'un interprète (généralement par téléphone) dans la langue d'origine de la personne, pour les non-francophones. Sur le plan de la santé, nous tentons en premier lieu de recueillir les informations suivantes :

La personne peut-elle prétendre à des droits à l'Assurance Maladie, le cas échéant, sont-ils ouverts ? Sur ce point, depuis le début d'année 2021, nous constatons sur ma structure que la plupart des nouveaux arrivants au CADA sont accueillis moins de trois mois après leur arrivée sur le territoire, alors que précédemment nous observions plutôt une arrivée en CADA plus tardive, après des parcours d'errance ou d'hébergement en structure (CAO notamment) plus longs. Cela signifie qu'elles doivent attendre le terme des trois mois de présence pour ouvrir des droits à la Complémentaire Santé Solidaire. L'absence de droits repousse ainsi l'accès à certains soins, qualifiés de non urgents et vitaux, mais non moins importants dans certaines situations tels que les soins dentaires, le suivi gynécologique, ou encore un suivi psychologique par exemple. Pour l'ouverture des droits, une convention de partenariat a été signée entre la CPAM<sup>1</sup> et l'Association. Ainsi, les échanges d'information se font via une « plateforme partenaires » en ligne, permettant un traitement plus réactif de nos demandes.

Par ailleurs, est-ce que la personne a des problèmes de santé à signaler ? A-t-elle déjà rencontré des professionnels de santé depuis son arrivée en France, et d'éventuels suivis sont-ils en cours ? Il s'agit là d'effectuer un premier repérage et d'assurer la continuité des potentiels suivis dans la nouvelle ville d'arrivée. La mission d'accompagnement sanitaire est alors explicitée à la personne et apparaît notamment dans le contrat de séjour qu'elle signe lors de ce même entretien.

Dans les semaines suivantes, l'équipe accompagne la personne au Centre de vaccinations qui se situe au sein de l'Hôpital Général de la ville, et partage les mêmes locaux que le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT). La coordination de ces trois services permet à la personne de bénéficier lors d'une seule visite, d'un rendez-vous avec une infirmière du CLAT / Centre de vaccinations et avec un médecin du CeGIDD. Un bilan et une mise à jour vaccinale sont réalisés, ainsi que la prévention, le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles (VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles, tuberculose...). À noter, que le rendez-vous avec le médecin du CeGIDD est réalisé systématiquement avec un interprète par téléphone pour les non-francophones. L'accès à ces services est inconditionnel, notamment sans condition de droits ouverts à l'Assurance Maladie, permettant un dépistage et une prise en

---

<sup>1</sup> CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie



charge rapide en cas de détection de maladies. En l'absence de droits et en cas de dépistage positif, la personne peut bénéficier d'une prise en charge financière des soins par la PASS.

La « visite médicale systématique [...] organisée dès l'admission » prévue par le cahier des charges est réalisée auprès d'un service de santé géré par l'Association, également situé au sein de l'Hôpital Général de la ville. Destiné à favoriser l'accès aux soins et à la santé des publics en situation de précarité (sans domicile fixe, personnes migrantes, mineurs non accompagnés...), ce service propose des consultations d'un médecin deux demi-journées par semaine et d'un psychologue une demi-journée par semaine. Gratuit et sans condition de droits, il s'agit localement du seul service où nous pouvons orienter notre public, pour qu'il bénéficie d'une consultation par un médecin. En effet, notre département fait face à une désertification médicale, avec ces dernières années des départs en retraite de nombreux médecins, sans remplacement. Aujourd'hui, aucun médecin généraliste de la ville n'accepte de nouveaux patients. L'existence de notre service de santé nous est indispensable, mais la saturation de ce dispositif soulève de nombreuses limites. Les deux demi-journées de consultation par semaine ne permettent pas de couvrir tous les besoins du territoire, aussi, nous sommes contraints par des délais parfois longs pour la prise du premier rendez-vous (jusqu'à 8 semaines d'attente). De même, la prise de rendez-vous ne peut se faire pour des symptômes immédiats, pouvant relever de pathologies courantes, se reportant inévitablement sur les services d'urgences et seulement lorsque la personne a des droits. Enfin le grand nombre de demandes amène le médecin à un rythme d'un patient toutes les 10 minutes et au non-recours à l'interprétariat, pourtant primordial dans un grand nombre de situations.

Concernant l'accompagnement sanitaire des mineurs, nous pouvons nous appuyer sur les services de Protection Maternelle Infantile (PMI), où un médecin et une puéricultrice proposent des consultations de prévention liée au développement physique, à l'éveil psychomoteur et au suivi vaccinal des enfants jusqu'à six ans. Ces consultations ont lieu dans des locaux voisins du bureau du CADA, en facilitant l'accès. Cependant, les délais de prise de rendez-vous sont là aussi relativement longs, et ne permettent pas de répondre aux demandes immédiates, pour les pathologies courantes du jeune enfant. Les enfants de plus de six ans sont suivis de la même manière que les majeurs, par le médecin de notre service santé.

Enfin, concernant la santé mentale, l'Association collabore depuis de nombreuses années avec le Centre Médico-Psychologique (CMP) de la ville, où des réunions d'échanges sont organisées ponctuellement avec les équipes des différentes structures internes. Une réunion semestrielle est organisée entre le CADA et le CMP, des infirmiers référents ont été nommés

afin que notre équipe bénéficie d'interlocuteurs identifiés. L'interconnaissance entre nos services et la forte implication de certains collègues du CMP facilitent la collaboration. Toutefois, des contraintes pèsent là aussi sur les orientations vers le CMP : absence d'Equipe Mobile nécessitant à la personne concernée d'aller vers le soin et non l'inverse, délais de prise de rendez-vous parfois longs ou encore recours aux interprètes très à la marge pour les non-francophones. Nous collaborons également avec le psychologue du service santé interne à l'Association. Ce poste a été soumis à un turn-over de personnel important ces dernières années, influant sur le travail de collaboration. A ce jour, une bonne coopération entre le psychologue et l'équipe du CADA amène à orienter plus facilement notre public vers lui, bien qu'il soit lui aussi contraint par un temps d'intervention hebdomadaire non proportionnel aux besoins (une demi-journée par semaine de présence).

Au cours de la prise en charge en CADA, l'équipe de travailleurs sociaux est amenée régulièrement à accompagner physiquement les personnes accueillies à leurs rendez-vous médicaux. Les problèmes de mobilité peuvent en être la cause (notamment pour l'antenne du CADA située en milieu rural). Mais cela peut aussi permettre de faciliter l'accès aux soins. La présence du travailleur social peut en effet être rassurante tant pour la personne accompagnée que pour le professionnel qui va la recevoir. Là aussi, le recours à l'interprétariat au cours des consultations, même à l'hôpital public, est très à la marge.

L'Association a mis en place un service de « Médiation Santé », dont l'objectif est de favoriser la mobilité des personnes en situation de précarité, marginalisées, vers l'accès aux soins, au travers d'un accompagnement physique et d'éducation à la santé. Bien qu'ambitieux, ce service souffre également d'une disproportion de moyens par rapport aux besoins, avec la présence d'une seule intervenante sociale pour un secteur géographique étendu. Ainsi, pour des situations ayant des besoins médicaux très importants, nous pouvons ponctuellement solliciter un soutien de notre collègue, qui peut se charger de la prise et l'accompagnement aux rendez-vous.

Enfin, des actions collectives sont ponctuellement proposées par l'équipe, notamment liées à la prévention en matière de vie affective et sexuelle, avec le soutien de partenaires tels que AIDES<sup>1</sup>, et une sage-femme de PMI ou encore en lien à la santé mentale, avec l'animation d'ateliers d'art-thérapie, de sophrologie ou de photo-thérapie, menés par une thérapeute

---

<sup>1</sup> Créée en 1984, AIDES est la première association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe. Elle intervient sur l'ensemble du territoire auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites.

psycho-énergéticienne<sup>1</sup>. Particulièrement intéressantes et complémentaires aux accompagnements individuels, je développerai plus en détails en troisième partie comment notre équipe a souhaité formaliser ces actions de prévention.

### **C) Difficultés rencontrées dans le repérage des problématiques de santé et l'orientation du public**

#### **1) Une prise en charge spécifique pour un public spécifique ?**

Comme décrit ci-dessus, le secteur géographique sur lequel j'interviens ne dispose pas de structures de santé dédiées à l'accueil de personnes en situation de migration. Lors de ma prise de poste en CADA et lors de mes premières recherches sur le sujet, il me semblait plus facile de trouver des réponses adaptées en orientant directement notre public auprès de partenaires spécialisés, à l'image des actions proposées par le Centre Primo Lévi, le Centre de santé Essor (géré par Forum Réfugiés) ou encore Médecins du Monde et le Comede (Comité pour la santé des exilés). Cependant de telles structures sont peu présentes en milieu rural, notamment dans mon département d'intervention.

Un an après mon arrivée au CADA, j'ai pu assister à une conférence de l'ethnopsychiatre Tahar ABBAL, qui présentait sa pratique au sein de l'Hôpital Avicenne, en consultation de psychiatrie transculturelle. Suite à cette présentation et devant l'inaccessibilité de ce type de prises en charge dans mon secteur géographique, ma réalité professionnelle me paraissait bien éloignée, m'amenant à être démunie dans les réponses à apporter à ces publics aux besoins spécifiques. Je pensais alors que le fait d'intervenir sur un secteur plutôt rural et au sein d'une association arrivée récemment dans le champ de l'asile, et qui donc n'avait peut-être pas encore développé un réseau adapté, me pénalisait considérablement.

Dans ses travaux, Didier FASSIN, médecin, sociologue et anthropologue, défend l'idée que la préservation de la santé des populations vulnérables et migrantes ne relève pas de la seule compétence des structures dédiées, mais aussi de la capacité à les inclure dans le système de droit commun. Il détaille son propos ainsi : « La santé des exilés (...) se dégrade rapidement dans les pays d'accueil, résultante non seulement des difficultés d'accès aux soins, mais aussi et surtout du traitement qui leur est fait par la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie. Leur santé dépend donc largement des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler. Dès lors, il faudrait moins parler de "santé des migrants" que

---

<sup>1</sup> ANNEXE 1 – Actions collectives au CADA

d'inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, tout en reconnaissant certaines particularités liées à l'expérience dans le pays d'origine et sur le trajet de la migration, qui peut être génératrice de conséquences graves sur leur état psychique »<sup>1</sup>. Ainsi, l'enjeu de l'accompagnement sanitaire n'est pas seulement d'agir sur la santé en tant que telle, mais sur les conditions de vie en général, ce qui est vrai pour toutes les populations et pas seulement pour les migrants. La « souffrance psycho-sociale » ressentie par les demandeurs d'asile pendant la période d'attente en France n'est pas seulement l'affaire des structures spécialisées, mais bien de tous les acteurs de leurs parcours.

L'action politique revêt une influence majeure, tout comme le fait d'intervenir sur un secteur plutôt rural, sous-doté de moyens. Face à ces contraintes, l'enjeu pour les équipes des CADA est malgré tout de favoriser « l'inclusion dans le système de droit commun » pour reprendre le propos de Didier FASSIN. Bien que relevant du droit commun et malgré le manque de moyens, des structures de proximité existent, nous les avons détaillées ci-dessus, mais alors quels sont les leviers pour en faciliter l'accessibilité à notre public spécifique ?

Dans l'accompagnement sanitaire, le partenariat est indispensable, tant les problématiques sociales débordent parfois sur le soin, et inversement. « Face à une population qui cumule les vulnérabilités (administratives, psychiques, sociales...), cela étend d'autant les modes d'intervention auprès de ce public »<sup>2</sup>. Plus de cinq ans après son ouverture, la dynamique de travail partenarial est en marche au sein de ma structure. Même s'il est encore peu formalisé, des temps d'échanges ont lieu régulièrement avec certains partenaires de proximité et les professionnels peu à peu identifiés. Je le constate dans ma pratique, l'interconnaissance est un moteur, permettant de décloisonner, fluidifier les orientations, faciliter les échanges, ouvrant ainsi la possibilité de réajuster les pratiques lorsque nécessaire, voire d'essayer de construire de nouvelles réponses.

Mais l'inclusion dans le système de droit commun passe inévitablement par l'utilisation de l'interprétariat. Cet enjeu est prégnant dans ma pratique professionnelle, puisque son recours dans les structures de soins reste très à la marge, contraignant l'accessibilité des personnes allophones. Lorsqu'il est utilisé, il s'agit soit de membres du personnel hospitalier sollicités en interne, soit d'interprétariat téléphonique, ayant assez peu d'interprètes professionnels présents géographiquement sur le secteur.

---

<sup>1</sup> FASSIN Didier (Mars 2021), La « santé des migrants » : notes pour une généalogie, *La santé en Action - Dossier Migrations en situation de vulnérabilité et santé*, n°455

<sup>2</sup> CHAMBON Nicolas, Nouvelles formes d'engagement et de solidarité, la collaboration entre professionnels, militants, bénévoles, etc. , intervention du 29/04/2021 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

En tant que travailleur social en CADA, nous suggérons cette pratique lorsque nécessaire et tentons de la défendre, malgré les réticences, le manque de moyens et de temps qui nous sont souvent opposés. Je ne peux qu'espérer que les actions de formation, comme celles menées par l'Orspere-Samdarra perdureront, et n'atteindront pas seulement que les professionnels déjà « engagés » dans une pratique bienveillante d'accueil des publics allophones.

## 2) L'intervenant social en CADA : un référent au quotidien omniscient ?

L'intervenant social du CADA est pour beaucoup de demandeurs d'asile le seul interlocuteur de proximité, un référent ayant une place importante dans leur vie en France. Plusieurs facteurs favorisent ce lien de confiance. Tout d'abord au sein de ma structure, l'intervenant social est facilement accessible : les bureaux du CADA sont situés à proximité du lieu de vie, il est possible de nous joindre directement sur notre téléphone professionnel pendant notre temps de présence via des moyens adaptés (WhatsApp, sms, utilisation de google traduction), proposition de rendez-vous rapide (quelques jours suivants la demande tout au plus). Cette facilité d'échange amène les personnes dans leur quotidien à se tourner vers nous pour des demandes très diverses :

Exemples de demandes faites par des personnes hébergées au cours de permanences du CADA : « *Je ne comprends pas le mot écrit dans le cahier d'école de mon fils.* » ;  
« *Mon colocataire ne sort jamais la poubelle !* » ; « *J'ai perdu ma carte OFII.* »  
« *L'évier de la cuisine est bouché.* » ; « *À quelle heure passe le prochain bus ?* »  
« *J'ai besoin d'un rendez-vous avec le docteur.* » ; « *Je me suis fait voler mon vélo !* » ;  
« *J'ai besoin d'un papier pour renouveler mon inscription aux Restos du cœur.* »

Au-delà des échanges liés au quotidien, la personne en demande d'asile partage avec son intervenant social des éléments très intimes, personnels, parfois douloureux. Le travail même de la demande d'asile implique d'échanger sur le parcours de vie, les persécutions, les violences, les traumatismes subis. Je pense là au récit de certaines femmes, qui n'avaient jamais réussi à décrire jusque-là les scènes de violences sexuelles subies, d'une extrême barbarie. Ou bien d'autres décrivant les meurtres de proches, dans des conditions sordides, perpétrés devant eux.

L'intervenant social est parfois le seul dépositaire de ces informations, semblables à des confidences parfois, créant un lien unique avec la personne qui les a livrées. Nous avons

connaissance de leur parcours, depuis les événements survenus au pays, jusqu'à leur arrivée en France, puis au CADA. Nous les avons soutenus face aux inquiétudes, au stress, à l'angoisse de la convocation, de l'attente, de la réponse ; au désespoir face à un rejet OFPRA, et puis au nouveau combat, devant la CNDA, qui parfois conduit enfin à la délivrance d'un statut. Accompagner ces émotions crée un lien unique entre le demandeur d'asile et l'intervenant social. Ce soutien social est reconnu comme « un véritable facteur protecteur face au développement des troubles post-traumatiques »<sup>1</sup>.

Mes missions et mon rôle sont définis de manière singulière par le public accueilli :

Fatou « *Je ne savais pas qu'est-ce que c'est l'assistante sociale ! Je n'en avais jamais vu avant ! Après, j'ai su que c'était comme un ange gardien pour moi ! Ici je viens, je pleure, je me dégage un peu. Comme ça, je ne garde pas tout pour moi. [...] On leur dit tout. Ce qu'ils ont le droit de faire pour nous, ils le disent. Ce qu'ils n'ont pas le droit de faire, ils nous disent aussi. Ils nous expliquent comme on peut faire ça ou ça.* »

~

Sekou « *Les assistantes sociales, elles ont beaucoup à faire, on dirait une maman avec plusieurs enfants ! Chacun a son caprice, chacun a son éducation, on est éduqué différemment. Certains s'adressent à vous poliment, d'autres comme ils veulent, comme si vous étiez leur esclave et que vous étiez obligés de faire pour eux. Mais vous êtes là, vous supportez, vous nous accompagnez avec ça. Moi je vous tire mon chapeau quand même ! C'est le cœur qui fait ce travail, si tu n'as pas le cœur, tu ne peux pas le faire.* »

~

Ahmed : « *Assistante sociale du CADA c'est très bien, vous êtes très gentils, toute l'équipe. Vous avez beaucoup aidé avec moi. Avant à [première ville d'arrivée en France], social y'en n'a pas, pour rendez-vous, pour quelque chose, rien du tout. Après au CADA pour moi, c'était très bien. [...] Quand je vais quelque part, on comprend pas moi. C'est plus facile de parler à toi. Toi, tu nous comprends. Tu parles pas pachto mais tu me comprends.* »

D'une manière générale, les personnes accueillies sont très reconnaissantes de l'aide apportée. En étant parfois leur seul repère en France, elles ont souvent de fortes attentes et nous identifient telle « *une sœur* », « *une maman* », « *ma sociale* », avec une mesure très limitée du caractère professionnel que revêt cette relation d'aide. C'est peut-être cette relation, ce lien singulier dont parle Ahmad quand il dit : « *Toi, tu nous comprends.* ».

---

<sup>1</sup> VANBORRE Vicky (Décembre 2018), Les ressources relationnelles, un moteur de vie, *Rhizome* n°69-70

Pour ma part, c'est cette richesse d'échanges et de partages, ce lien si particulier que je trouve à la fois tellement riche, et pourtant si difficile à porter parfois<sup>1</sup>.

Concernant la santé, nous recevons là aussi des sollicitations pour des besoins tout aussi variés : obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste, comprendre un résultat d'analyse ou une ordonnance, faire part de problèmes de sommeil ou de douleurs inhabituelles, ou uniquement parler. Les situations que j'ai décrites en introduction illustrent bien l'étendue des sollicitations sur la santé que peut recevoir un travailleur social. Et puis parfois, les besoins ne sont pas exprimés explicitement. Chez les personnes en exil souffrant de troubles post-traumatiques, « le corps est souvent mis en avant [...] c'est souvent une plainte somatique algique qui motive la consultation. »<sup>2</sup> Ce qui pourrait être associés à des troubles psycho-traumatiques font alors rarement l'objet d'une demande directe. La difficulté en tant que travailleur social est ici de ne pas ignorer ou mal-interpréter ces symptômes, pour orienter au mieux la personne.

Qu'importe nos compétences en la matière, nous sommes l'interlocuteur de proximité, chargé de « décoder », déceler, faciliter, mettre en lien ou simplement écouter.

Certains demandeurs d'asile trouvent un appui auprès de membres de leur communauté ou de bénévoles d'associations locales, qui peuvent, dans un cadre différent, apporter une autre forme de soutien. Mais ce potentiel à mobiliser d'autres ressources dépend des personnalités, des capacités d'entrée en relation et de communication de chacun.

Au-delà des attentes fortes et des besoins du public, dans tous les domaines, les missions-mêmes attribuées aux CADA demandent aux intervenants sociaux une poly-compétence.

En matière d'accompagnement sanitaire, nous l'avons évoqué, la mission attribuée aux intervenants sociaux des CADA est notamment de repérer les vulnérabilités, assurer la mise en lien des demandeurs d'asile vers les services de soins, plus précisément en matière de traumatisme psychique, et de veiller à la diffusion de règles de prévention sanitaire.

Ces missions supposent des connaissances sur le plan médical. Pour repérer et prévenir, il faut pouvoir avoir une connaissance fine des problématiques liées à l'exil, en détecter les signes perceptibles, savoir interroger la personne pour déceler ce qui n'est pas visible, pas verbalisé. Je ne suis ni infirmière, ni psychologue, ni médecin, mais avant d'orienter vers ces partenaires, je dois avoir identifiée des éléments qui justifient une telle orientation. Nous

---

<sup>1</sup> L'analyse de la pratique est inexistante au sein de ma structure et manque particulièrement aux équipes.

<sup>2</sup> BAUBET Thierry, SAGLIO-YATZIMIRSKY Marie-Caroline (Juin 2019), Santé mentale chez les migrants : des blessures invisibles, *La revue du praticien*, n°6

avons évoqué les dimensions multiples que revêt la souffrance d'ordre psycho-social, quel serait alors le métier pour la prendre en charge ?

La formation initiale des travailleurs sociaux n'inclut que très peu de temps dédié à ces connaissances. Instaurer une relation de confiance, recueillir les éléments d'une situation et les analyser, construire un projet d'accompagnement et mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre un plan d'actions... sont autant de compétences socles du diplôme d'état d'assistante de service social. Au cours de ma formation, j'ai bénéficié de cours de psychologie (psychologie du développement de l'enfant, de la famille notamment) et de quelques heures sur la santé (présentation succincte des pathologies courantes en France). En revanche, les apports théoriques liés la situation des personnes en situation de migration sont plutôt d'ordre juridique, les enjeux sanitaires spécifiques à ce public étant assez peu développés<sup>1</sup>.

Si ma place est bien légitime dans l'accompagnement sanitaire des demandeurs d'asile, je trouve que le manque de ressources et de connaissances plus approfondies est un des freins dans ma pratique professionnelle. Face à ces enjeux, la formation professionnelle des intervenants sociaux en CADA me semble indispensable, au même titre que l'analyse de la pratique.

---

<sup>1</sup> J'ai effectué ma formation d'assistante de service social de 2008 à 2011. Bien que régi par un référentiel de formation (modifié par un arrêté du 22 août 2018), le contenu des cours reste propre à chaque établissement de formation.



### **III/ La promotion de la santé au sein d'un CADA**

Dans cette dernière partie, je souhaite évoquer la promotion de la santé qu'il est possible de développer au sein d'un CADA. Je reviendrai d'abord succinctement sur les concepts clés en matière de promotion de la santé, puis je présenterai le projet porté par ma structure, de son émergence jusqu'à sa mise en œuvre.

#### **A) Concepts clés de la promotion en santé**

Avant de développer sa promotion, il convient d'abord de définir ce qu'est la santé. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>. Bien qu'ambitieuse, cette définition met en avant les composantes multiples que revêt la santé, qui ne se limite donc pas à des aspects cliniques.

La promotion de la santé a ainsi pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »<sup>2</sup>. Ce processus, qui vise à créer ou favoriser les conditions propices à la santé, repose sur trois axes fondateurs : la prévention, l'éducation, et la protection.

La prévention consiste à apporter des informations qui aident les personnes à faire des choix éclairés en santé. L'éducation vise à renforcer les aptitudes et les capacités, pour permettre à chacun de développer son autonomie et sa capacité à prendre soin de soi. Au-delà de la transmission d'informations, il s'agit de parvenir à ce que les destinataires de celles-ci se réapproprient les messages. Ces deux axes ont pour objectif d'améliorer le niveau de littératie des personnes concernées, qui pourrait être définie comme les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé.

Enfin, la protection a pour but de créer des environnements favorables à la santé, en agissant sur la situation sociale, environnementale ou encore économique. Cet axe vient en résonance avec l'interdépendance du contexte de vie (ouverture des droits, bénéfice d'un hébergement stable et d'un accompagnement, etc.) et de la santé des personnes en demande d'asile, déjà évoquée dans ce mémoire, déterminant majeur de la santé.

---

<sup>1</sup> Constitution de l'OMS 1946, accessible sur le site <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

<sup>2</sup> Charte Ottawa 1986, accessible sur le site

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

La promotion de la santé a pour finalité de créer les conditions nécessaires à ce que les personnes prennent le pouvoir sur leur santé, processus aussi désigné par le terme anglo-saxon d'« empowerment ».

## **B) Émergence du projet mené par le CADA**

Dans le cadre de nos accompagnements, mes collègues du CADA et moi-même avons repéré la récurrence de certaines problématiques liées à la santé du public accueilli.

Dans notre quotidien, nous sommes souvent pris par des délais, notamment dans le cadre de la procédure de demande d'asile. Le manque de temps et la priorisation d'autres missions entraînent une pratique parfois de gestion de l'urgence, plutôt que préventive. Aussi les problématiques repérées sont souvent prises en charge de manière tardive, lorsque le besoin devient de plus en plus prégnant et envahissant.

Nous menions parfois des actions collectives liées à la santé, qui se révélaient intéressantes pour les personnes accueillies et complémentaires à nos interventions individuelles. Nous avons notamment mis en place des temps d'échange sur le thème de la vie affective et de la santé sexuelle. L'association AIDES a mené dans nos locaux des actions de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Une sage-femme de PMI et une infirmière-anthropologue ont pu animer des groupes d'échanges autour du rapport homme-femme, de l'homosexualité, du consentement et de la contraception.

Sur le plan de la santé mentale, nous travaillons avec une professionnelle thérapeute psycho-énergéticienne, qui anime des ateliers d'art-thérapie, de sophrologie ou de photo-thérapie. Ces méthodes alternatives permettent de prendre en charge la santé mentale d'une autre manière et lèvent des freins à l'accès au suivi psychologique (démarche d'aller-vers, communication non-verbale au travers de supports variés).

Toutes ces actions n'étant pas formalisées et contraintes par des financements limités, elles n'étaient jusqu'alors que mises en place de manière ponctuelle, sans régularité.

Et puis au début de l'année 2020, l'Association pour laquelle je travaille a ouvert une « bourse aux projets », visant à favoriser l'innovation au service des usagers accueillis et permettre aux salariés de développer des actions qu'elles soient culturelles, sportives, humanitaires, solidaires, citoyennes, pédagogiques, etc... avec à la clé la possibilité d'obtenir un financement de 7 500 €.

Il s'agissait pour nous d'une belle opportunité, d'un défi à relever même. Après concertation en équipe, nous avons fait le choix de cibler notre projet sur le thème de la prévention en santé. Il s'agissait pour nous d'un enjeu majeur dans notre pratique professionnelle et donc d'une possibilité d'obtenir plus de moyens pour répondre à celui-ci. Nos collègues du CADA de la même association, situé sur un autre bassin du département, se sont joints à nous, étant concernés par les mêmes problématiques, sur un territoire proche.

Nous devons présenter un dossier de candidature, soutenu ensuite devant un jury composé de membres du conseil d'administration et de la direction, nécessitant un argumentaire étayé et un travail de fond de notre problématique.

La première étape que nous nous sommes fixée était d'effectuer un recueil de données, puis une analyse de celui-ci, afin de réaliser une sorte de diagnostic de terrain<sup>1</sup>. Nous avons d'abord recensé les problématiques récurrentes en matière de santé auxquelles nous étions confrontés, que nous avons listées ainsi :

- L'absence d'utilisation de moyens de contraception, grossesses non désirées ;
- Des maladies infectieuses détectées au cours du séjour au CADA (VIH, hépatites, etc.) ;
- Des besoins de soins dentaires importants, notamment chez les enfants ;
- De mauvaises habitudes alimentaires au sein des familles (diversité, équilibre) ;
- Des sollicitations répétées pour la prise et l'accompagnement à des RDV médicaux divers ;
- L'expression d'un mal-être, de stress, d'anxiété, d'un manque de confiance en soi ;
- La sédentarité, le repli sur soi.

Nous avons construit deux questionnaires basés sur ces différents thèmes, un à destination des personnes majeures, un second pour les mineurs, qui ont pu être diffusés auprès de 52 personnes hébergées au CADA. Suite à cette première étape, nous avons émis plusieurs constats :

Tout d'abord, nos questionnaires étaient lacunaires, la formulation des questions n'a pas toujours permis un traitement des réponses recueillies. La conduite d'entretien avec les mineurs ne s'est pas révélée pertinente, elle était très aléatoire selon la présence des parents ou non, l'âge des enfants ou encore le lien de confiance entre le travailleur social et l'enfant. Malgré ces éléments à réajuster, les entretiens ont été très intéressants. Le fait de formaliser un rendez-vous uniquement dédié à la santé, a permis d'aborder des thèmes très variés, sans retenue ou tabou, que nous n'aurions pas spontanément évoqué avec les personnes accueillies.

---

<sup>1</sup> ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse du projet « Prends soin de toi »

Le projet santé était le prétexte initial pour mener cette enquête. Nous avons finalement décidé de retravailler un seul questionnaire, puis dans notre pratique future, de le systématiser avec chaque personne accueillie dans les trois mois suivants son entrée au CADA<sup>1</sup>. Il permet d'aller au-devant des éventuels besoins non exprimés, et constitue un outil complémentaire dans le repérage de ces besoins en santé.

Enfin, cette enquête a permis de confirmer les observations des équipes et la nécessité de construire de manière pérenne un programme global de promotion de la santé. Nous avons fait le choix de nommer ce programme « Prends soin de toi », qui résonne comme une injonction bienveillante et attentive envers notre public.

### **C) Sa formalisation**

Après cette phase de diagnostic de terrain, mes collègues et moi avons mené des recherches qui ont permis de nourrir nos connaissances sur les enjeux sanitaires liés à notre public, et sur la promotion et l'éducation de la santé. Nous avons ainsi trouvé de nombreuses ressources documentaires auprès de Santé Publique France ([www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)), le Comede ([www.comede.org](http://www.comede.org)), l'Orspere-Samdarra (<https://www.orspere-samdarra.com>), ou encore le Centre Primo-Lévi ([www.primolevi.org](http://www.primolevi.org)). Nous nous sommes rapprochés de l'Association Migrations Santé Alsace, qui par le biais d'un échange téléphonique avec la coordinatrice / animatrice en éducation pour la santé, a pu nous transmettre leur expérience et conseils méthodologiques.

Localement, d'autres institutions ont également constitué des soutiens sur le plan méthodologique et pratique :

L'antenne départementale de l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) nous a apporté des conseils méthodologiques, mis à disposition des outils pédagogiques et proposé des formations. C'est ainsi que les équipes des deux CADA ont pu suivre une journée de sensibilisation aux concepts développés dans le cadre de la promotion de la santé et aux leviers pour agir. Une de mes collègues a également bénéficié d'une formation liée à la conduite d'une évaluation d'action du secteur santé ou social.

La CPAM, même si elle n'a pas pu nous fournir d'aide directe, nous a mis en relation avec des partenaires du territoire.

---

<sup>1</sup> ANNEXE 3 – Trame d'entretien santé adultes

Enfin, une collaboration très riche est née dans le cadre de ces prises de contact, avec l'INSPE (Institut National Supérieur du Professorat et de l'Éducation). Le site de formation situé sur ma ville d'intervention dispense une Licence professionnelle « Gestion et accompagnement de projets pédagogiques : métiers de la santé » ainsi qu'un Master « santé publique ». Nous avons des intérêts communs à travailler ensemble, un partage mutuel d'expériences s'est mis en marche. J'ai pour ma part eu la chance d'être sollicitée pour intervenir auprès des étudiantes pour partager ma pratique professionnelle, ainsi que pour des soutenances orales. Et nous avons eu la possibilité d'accueillir en stage des étudiantes en licence professionnelle, chargées de nous soutenir dans la conception de notre projet, puis sa mise en œuvre.

Forts de ces différentes ressources, nous avons formalisé les objectifs de notre projet de la façon suivante :

Extrait du dossier de candidature de la « bourse aux projets »

Objectif général : Favoriser l'autonomie et la capacité des personnes en demande d'asile à faire des choix favorables à leur santé

Objectifs intermédiaires :

- Apporter de meilleures connaissances (préventives et curatives) au public accueilli sur la prise en charge de leur santé ;
- Replacer chacun comme acteur de sa santé et réduire ainsi les comportements à risques ;
- Favoriser l'autonomie dans l'accès aux soins ;
- Développer les ressources internes de chacun dans la gestion des traumatismes et du mal-être.

Objectifs opérationnels :

- Mettre en place des temps d'échanges collectifs thématiques ;
- Mettre en lien les personnes avec les ressources du territoire : connaissance de ses droits et du système administratif lié à la santé, identification des professionnels du soin ;
- Former les équipes CADA au repérage des problématiques sanitaires et à l'animation de groupe en promotion de la santé.

Plus concrètement, notre programme « Prends soin de toi » coordonne des actions collectives, s'appuyant sur un réseau formalisé de partenaires. Nous avons décliné celui-ci initialement en cinq thématiques à partir des besoins identifiés, puis une sixième thématique s'est ajoutée compte tenu du contexte sanitaire lié au Covid-19. Chaque thématique fait l'objet d'une « fiche-action », reprenant les objectifs de l'action, ses partenaires et son contenu. Ces six fiches ont été dénommées ainsi :

Fiche action n°1 : « Premiers secours » ;

Fiche action n°2 : « Alimentation et santé buccodentaire » ;

Fiche action n°3 : « Sexualité et vie affective » ;

Fiche action n°4 : « Bien dans sa tête » ;

Fiche action n°5 : « Bien dans son corps » ;

Fiche action n°6 : « Prévention Covid-19 ».

Je vous propose de parcourir le contenu de ces fiches-action en ANNEXE 4. Pour précision, elles ont été anonymisées pour la rédaction de ce mémoire.

Ces fiches ont pour vocation de servir de guide à notre équipe du CADA. Certaines des actions du programme ont déjà pu être mises en place auprès du public et ont montré leur pertinence. D'autres sont à inventer, expérimenter et seront probablement à réajuster en lien avec les attentes des personnes concernées. Les recherches de partenaires sont à poursuivre, ce guide se veut donc évolutif.

Notre projet a été apprécié par le jury, qui nous a accordé le montant alloué à cette bourse aux projets. Nous nous étions beaucoup investis dans le montage de celui-ci, nécessitant de la coopération d'équipe, de nombreux échanges et surtout du temps. Au-delà de la reconnaissance de cet investissement, nous étions très satisfaits que la thématique de la santé des personnes en demande d'asile devienne une préoccupation au sein de notre association et que ce soutien affirme une volonté d'agir.

#### **D) Mise en œuvre**

À ce jour, la mise en œuvre de notre programme est en cours. Tout d'abord le contexte sanitaire, avec ses confinements successifs et consignes de distanciation ont freiné la mise en place des actions collectives. Nous avons mis à profit ces périodes pour la recherche de ressources et la formalisation du projet. Sa mise en place va passer par l'établissement d'un calendrier et la désignation de référent d'action dans l'équipe. L'objectif est ici de se fixer un cadre et de planifier nos interventions. Nous réfléchissons également à la manière d'associer les personnes hébergées, avec l'idée de mobiliser un volontaire parmi les résidents, pour la co-mise en œuvre de chaque action.

Nous poursuivons également la recherche de moyens financiers supplémentaires, notamment pour du renfort en ressources humaines. En effet, pour faire vivre notre projet, notre principale difficulté est aujourd'hui de lui dégager du temps. L'implication des étudiants en Licence professionnelle « Gestion et accompagnement de projets pédagogiques : métiers de la

santé » nous est précieuse, mais leur soutien ne dure que le temps du stage de chacun. Un renfort du service de santé interne, notamment en lien avec la mission de Médiation santé serait indispensable à la pérennité de notre projet.

Par ailleurs, la spécificité de ce projet est qu'il est porté par les intervenants sociaux de terrain du CADA. Son pilotage et sa coordination repose uniquement sur notre coopération. Cette auto-gestion est d'une grande richesse pour l'équipe, qui fait de sa cohésion et de sa solidarité de vraies forces. Mais nous sommes rattrapés par nos urgences, nos délais à respecter, la gestion des accueils / des sorties du CADA... nous renvoyant encore une fois à notre pratique « dans l'urgence », qui ne nous semble pas du tout satisfaisante. Les besoins de pilotage et de renfort hiérarchique se font sentir désormais, afin de ne pas ralentir la dynamique dans laquelle nous nous sommes lancés et atteindre la finalité du projet : améliorer la santé des personnes accueillies au CADA.

## CONCLUSION

La question de départ de ce mémoire était de savoir comment mettre en place des actions de prévention en santé, adaptées aux besoins des personnes en demande d'asile. Au vu du cadre législatif et de par mes observations de terrain, le contexte de l'accueil en CADA est sans conteste pleinement favorable aux personnes accueillies : conditions d'accueil dignes, accès aux droits et à l'information, accompagnement global. L'insuffisance de place dans le DNA engendre de fortes inégalités, au dépend des personnes qui ne bénéficieront jamais de proposition d'accueil, soit près d'une personne sur deux, rappelons-le.

Les vulnérabilités multiples auxquelles sont confrontées les demandeurs d'asile impactent leur santé et génèrent des besoins en matière d'accompagnement sanitaire. L'environnement protecteur que constitue l'hébergement en CADA et les missions conférées aux intervenants sociaux de ces structures sont propices à la prise en charge de ces besoins. L'accompagnement sanitaire du public accueilli confronte toutefois les intervenants sociaux à leurs limites, malgré une attente forte du public accueilli. J'ai notamment pu éprouver le manque de formation au repérage des besoins en santé, plus particulièrement en matière de santé mentale.

Intervenir sur un territoire plutôt rural limite l'accès à certaines structures de soins dédiés aux personnes en situation de migration. L'enjeu est donc de favoriser l'intégration dans le système de droit commun, notamment par une collaboration étroite des acteurs et un recours à l'interprétariat pour les personnes allophones – prérequis à une prise en charge équitable.

En complémentarité aux accompagnements individuels, la prise en charge des besoins des personnes en demande d'asile peut se faire par l'impulsion d'actions collectives de promotion de la santé, ce que mes collègues et moi-même tentons de défendre et de développer au sein du CADA dans lequel nous intervenons.

Le nouveau « schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés » 2021-2023, publié le 18 décembre 2020 par le gouvernement, semble apporter des réponses aux problématiques soulevées dans ce mémoire. Le gouvernement affiche la volonté d'améliorer les conditions d'accueil, en simplifiant et renforçant la fluidité du DNA. Cet axe passe notamment par la création d'un « hébergement socle » pour les demandeurs d'asile, impliquant la transformation des places HUDA en CADA, ainsi que la mise en œuvre de l'orientation régionale pour les demandeurs d'asile franciliens. L'homogénéisation des places



et des moyens alloués semble de bonne intention, si elle vise à une amélioration de la qualité d'accompagnement et une équité pour les personnes accueillies.

Dans un objectif de « mieux accompagner tout au long du parcours les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de la protection internationale », ce schéma annonce également vouloir favoriser le repérage précoce et le renfort de la prise en charge des vulnérabilités. Cet axe a été complété par la publication le 28/05/2021 par le Ministre de l'Intérieur, d'un plan d'actions, telles que :

- L'expérimentation d'un « rendez-vous santé » : systématiquement proposé aux demandeurs d'asile dès l'enregistrement de leur demande en guichet unique, il prévoit un bilan clinique (incluant un repérage des troubles de santé mentale), un dépistage des maladies infectieuses (tuberculose, VIH, hépatites) ainsi qu'un rattrapage des vaccinations.
- La mise en place d'un programme de formation au repérage des vulnérabilités à destination des travailleurs sociaux des structures d'hébergement du DNA, qui vise « via la connaissance des outils d'identification et d'évaluation des situations de vulnérabilités, à favoriser la libération de la parole, d'adapter la prise en charge si nécessaire et d'orienter les personnes en cas de besoin ».
- La garantie d'une présence médicale dans chaque centre d'hébergement par un renfort de moyens, la mutualisation des ressources d'un même territoire, le développement de l'interprétariat en santé et de la médiation sanitaire.

On ne peut qu'espérer que les moyens alloués aux actions impulsées par ce plan soient à la hauteur des ambitions affichées.

Alors que j'achève les lignes de ce mémoire quelques jours avant son rendu final, je suis frustrée de ne pouvoir approfondir certaines idées, qui pourraient chacune faire l'objet d'un mémoire à part entière : le rôle et positionnement professionnel de l'intervenant social en CADA, la souffrance psycho-sociale des personnes en demande d'asile, les enjeux de l'interprétariat en santé ...

Malgré cela, la rédaction de ce mémoire m'aura permis de prendre du recul et de questionner ma pratique professionnelle. J'espère qu'au travers de sa lecture, il permettra de retranscrire une réalité de terrain et que certains de mes homologues intervenants sociaux en CADA s'y retrouveront. J'espère également que ce travail, aussi modeste soit-il, permettra de mobiliser l'Association pour laquelle je travaille, sur les enjeux sanitaires du public accueilli et sur le temps et les moyens qu'il est indispensable d'y consacrer.

La formation reçue dans le cadre du DIU Santé, société et migration a été pour moi d'une grande richesse et m'a apportée de nombreux outils et ressources, grâce à la qualité et à la pluridisciplinarité des intervenants. Elle aura pleinement répondu à mes attentes en enrichissant ma réflexion, suscitant des remises en question de ma pratique professionnelle, qui m'ont parfois remuées. Le suivi à distance d'une grande partie de la formation, imposé par le contexte sanitaire, aura peut-être limité parfois l'interactivité et les échanges avec les autres étudiants. J'aurai aimé peut-être plus m'enrichir de leurs regards et expériences, au vu des profils très variés qui composaient notre promotion.

La formation s'achève, je souhaite maintenant prendre plus de temps pour réexplorer les apports des différentes interventions et approfondir les différentes sources, avec pour objectif qu'ils profitent au mieux à l'exercice de mes missions, à mes collègues et bien sûr aux personnes que j'accompagne.

## BIBLIOGRAPHIE

### Législation

Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Article 1<sup>er</sup> A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951

Article L. 512-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

Article L.744-6 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

Décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé

Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

### Ouvrages

Guide Comede 2015, *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement* - édition 2015

### Rapports

Rapport d'activité OFII 2015, 2019 et 2020, disponible sur

<https://www.ofii.fr/rapports-activite/>

Rapport d'activité Forum Réfugiés-Cosi 2019, disponible sur

<https://www.forumrefugies.org/images/l-association/rapports-activites/RA-FRC-2019.pdf>

TREMBLAY Vincent (Décembre 2019), L'accès aux soins en santé mentale du public demandeur d'asile en Auvergne. État des lieux, publication de l'ORSPERE-SAMDARRA

### Articles

BAUBET Thierry, SAGLIO-YATZIMIRSKY Marie-Caroline (Juin 2019), Santé mentale chez les migrants : des blessures invisibles, *La revue du praticien*, n°6

FASSIN Didier (Mars 2021), La « santé des migrants » : notes pour une généalogie, *La santé en Action - Dossier Migrations en situation de vulnérabilité et santé*, n°455

France Terre d'Asile (Janvier 2020), Migrants et réfugiés à la rue, *La lettre de l'asile et de l'intégration*, N°90

Organisation Mondiale de la Santé, communiqué de presse du 09/12/2020, L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019, disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

VANBORRE Vicky (Décembre 2018), Les ressources relationnelles, un moteur de vie, *Rhizome* n°69-70

### **Interventions**

DUPERRET Serge, Les conditions de la crédibilité – expérience de Médecine et Droit d'Asile, intervention du 11/11/2020 dans le cadre du DIU Santé, société et migration.

BEROUD Marion, Santé mentale et souffrance psychique d'un public en demande d'asile, intervention du 21/01/2021 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

MAYEUX Aurélie, Accès au séjour pour raisons médicales, intervention du 16/10/2020 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

CHAMBON Nicolas, Nouvelles formes d'engagement et de solidarité, la collaboration entre professionnels, militants, bénévoles, etc., intervention du 29/04/2021 dans le cadre du DIU Santé, société et migration

### **Divers**

Charte Ottawa 1986, accessible sur le site

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

Constitution de l'OMS 1946, accessible sur le site

<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

### **Photos**

Page de couverture et ANNEXE 1 : photos de Véronique CLOÛTRE, prises lors d'ateliers menés au CADA.

## GLOSSAIRE

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile  
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile  
CAES : Centre d'Accueil et d'Examen des Situations  
CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation  
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic  
CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile  
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse  
CMA : Conditions Matérielles d'Accueil  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile  
Comede : Comité pour la santé des exilés  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CSS : Complémentaire Santé Solidaire  
DIU : Diplôme Inter-Universitaire  
DNA : Dispositif National d'Accueil  
DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux  
ETP : Equivalent Temps Plein  
GUDA : Guichet Unique des Demandeurs d'Asile  
HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile  
INSPE : Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education  
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé  
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration  
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PMI : Protection Maternelle Infantile  
PRAHDA : PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile  
SPADA : Service de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **ANNEXES**

ANNEXE 1 : Actions collectives au CADA

ANNEXE 2 : Recueil de données et analyse

ANNEXE 3 : Trame d'entretien santé adulte

ANNEXE 4 : Fiches action

## **Repérer, orienter, prévenir : Illustration de l'accompagnement sanitaire proposé dans un CADA**

Mots clés : santé ; vulnérabilité ; demandeur d'asile ; accompagnement ; prévention.

Les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile constituent une parenthèse, un lieu ressource et sécurisant pour les personnes qui ont la possibilité d'y être accueillies.

Après un parcours bien souvent éprouvant et risqué, l'accompagnement sanitaire des personnes hébergées est un enjeu majeur pour les travailleurs sociaux de ces structures.

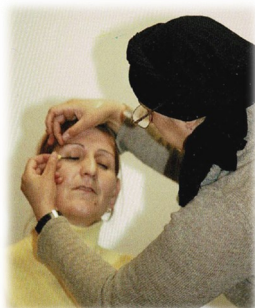
Comment repérer les besoins en santé du public accueilli ? Quel accompagnement mettre en œuvre pour répondre à ces besoins ? Comment intégrer la prévention aux pratiques professionnelles ?

Nous évoquerons dans ce mémoire les enjeux de cet accompagnement au travers de situations et témoignages recueillis dans ma pratique professionnelle en tant qu'assistante de service social en CADA.

# ANNEXE 1 – Actions collectives au CADA



Rituels beauté du monde



Art-thérapie



Relaxation



Exposition des portraits photos





### Projet « Prends soin de toi »

### Recueil de données et analyse

#### Introduction

Lors des accompagnements menés dans le cadre des Centres d'Accueils pour Demandeurs d'Asile (CADA), les équipes éducatives ont constaté la récurrence de certaines problématiques en matière de santé :

- Absence d'utilisation de moyen de contraception, grossesses non désirées ;
- Maladies sexuellement transmissibles détectées au cours du séjour au CADA (VIH, hépatite, etc.) ;
- Besoins de soins dentaires importants, notamment chez les enfants ;
- Mauvaises habitudes alimentaires au sein des familles (diversité, équilibre) ;
- Sollicitations répétées pour la prise et l'accompagnement à des RDV médicaux divers ;
- Expression d'un mal-être, de stress, d'anxiété, d'un manque de confiance en soi ;
- Sédentarité, repli sur soi.

Les équipes ont souhaité quantifier et approfondir ces constats partagés, en interrogeant le public accueilli sur ces thématiques.

Les équipes éducatives ont donc interrogé des familles monoparentales, des couples avec enfants, les enfants des ménages, des hommes / femmes seul(e)s.

#### Matériel et méthode

Les équipes éducatives se sont appuyées sur la définition de la santé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>.

L'objectif de cette recherche est d'aboutir à un projet de promotion de la santé, défini par la Charte Ottawa comme : « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »<sup>2</sup>.

Deux questionnaires ont été créés : un à destination des mineurs, un second à destination des majeurs.

Au total, nous avons pu diffuser **52 questionnaires** : 35 questionnaires pour majeurs (de 18 à 46 ans) et 17 questionnaires pour mineurs (de 7 à 17 ans).

Les questionnaires ont été diffusés à tous les résidents sur une période de 10 jours sur les antennes des CADA [REDACTED] et [REDACTED].

Pour la majorité, ils ont été remplis avec l'aide du travailleur social, facilitant l'échange et la compréhension, notamment pour le public non-francophone.

---

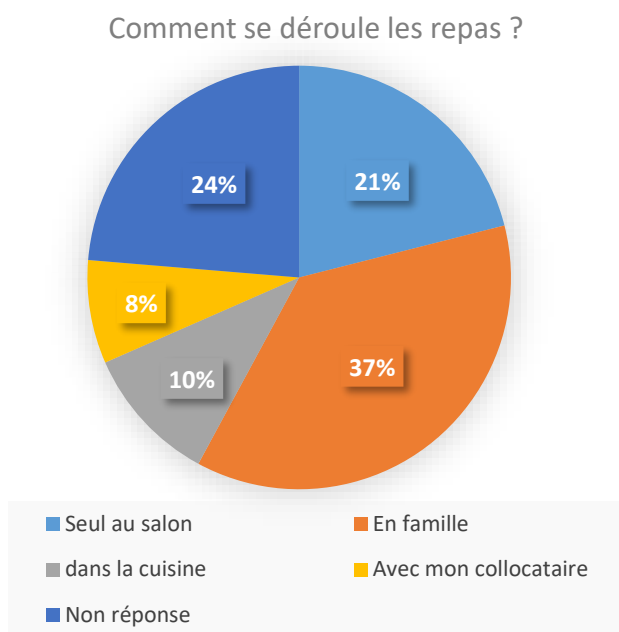
<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

<sup>2</sup> [http://ireps-ara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-methodo/methodo\\_approche.pdf](http://ireps-ara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-methodo/methodo_approche.pdf)

## 1. Alimentation et santé bucco-dentaire

### a) Alimentation

La première question concerne le déroulement du repas. Le but de cette question est de comprendre comment s'organise un repas au sein des familles et des collocations.



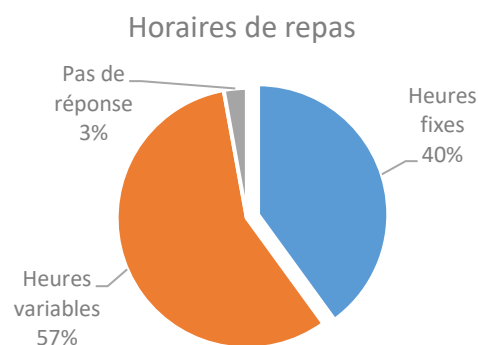
Même si nous n'avons pas précisé sur nos questionnaires la composition du ménage, il est ressorti que les familles mangent ensemble (dans la cuisine ou au salon/salle à manger) contrairement aux collocations, où les résidents mangent majoritairement seul et au salon. Les réponses des enfants concordent avec celles de leurs parents : tous les enfants (sauf un) affirme manger en famille.

Nous observons également un fort pourcentage de non réponse. Cette question a pu être mal comprise pour les personnes qui ont rempli seul ce questionnaire.

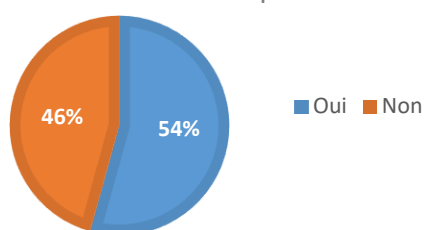
La moitié des adultes dit manger à des horaires fixes et l'autre moitié a indiqué manger à des horaires variables.

Ce sont majoritairement des familles qui prennent un petit-déjeuner avant 9h, déjeunent avant 13h et dînent entre 19h et 20h. Le rythme scolaire peut notamment expliquer cette organisation.

Les personnes isolées décrivent une autre organisation des repas : majoritairement la prise d'un petit-déjeuner, puis d'un seul repas plus important dans l'après-midi.



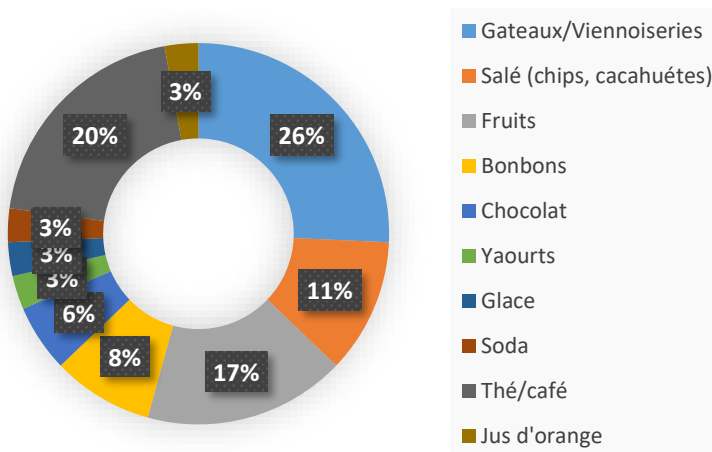
Mangez-vous entre les repas ?



Plus de la moitié des **adultes** interrogés mangent entre les repas (grignotage).

## ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse projet « Prends soin de toi »

Aliments mangés entre les repas par les adultes



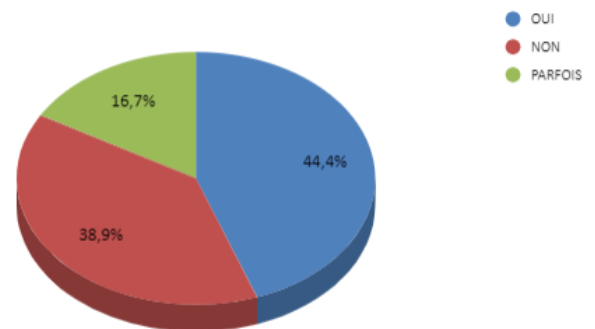
Les aliments consommés sont plutôt des produits sucrés de type gâteaux/viennoiseries.

Nous constatons la consommation de fruits, puis ensuite des produits salés de type chips. Certaines boissons ont été mentionnées comme le thé, le café et les boissons sucrées / soda.

94% des **enfants** prennent un goûter.

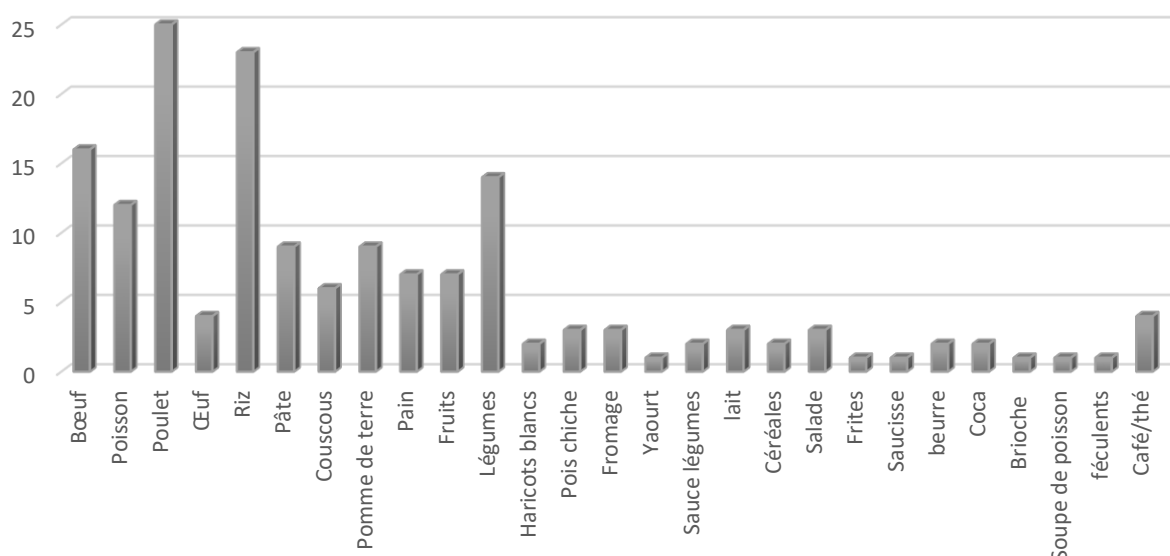
En dehors des repas fixes et du goûter, 61 % des enfants grignotent (tous les jours ou parfois), généralement des gâteaux ou du chocolat.

As-tu l'habitude de manger entre les repas?



Enfin, il a été demandé aux personnes interrogées de citer un repas type pour ainsi faire ressortir les denrées alimentaires les plus consommées. Nous pouvons ainsi constater que les aliments les plus consommés sont le poulet, le riz, le bœuf ainsi que les légumes.

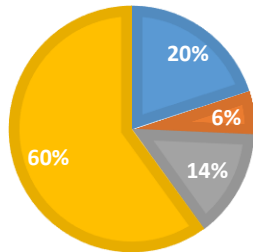
Aliments les plus consommés



## b) Santé bucco-dentaire

Fréquence du brossage de dents  
Adulte

■ Matin ■ Soir ■ 3x par jour ■ 2x par jour

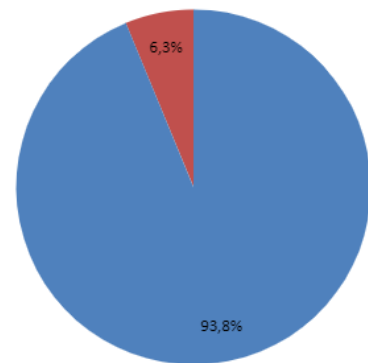


Même si 94% d'entre eux ont l'habitude de se brosser les dents, 6% des enfants déclarent ne pas se laver les dents tous les jours.

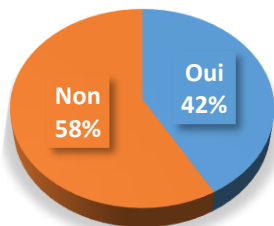
Tous les adultes ont indiqué se brosser les dents tous les jours, à une fréquence de 2 fois par jour majoritairement (matin et soir).

A quelle fréquence te brosses-tu les dents?

● Tous les jours ● Pas tous les jours



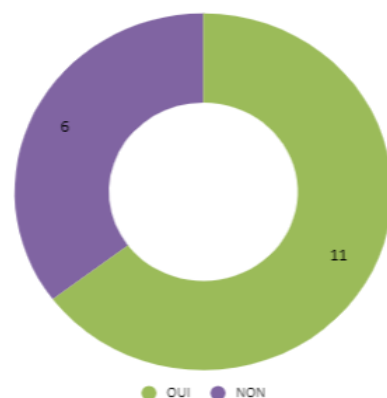
Visite chez le dentiste au cours de  
l'année (adulte)



Les enfants ont bénéficié d'une consultation pour deux tiers d'entre eux.

La majorité des adultes, soit 58%, n'ont pas eu de consultation auprès d'un dentiste au cours de l'année précédente.

As-tu vu un dentiste au cours de cette année?



→ Les comportements alimentaires sont difficiles à analyser par le seul biais d'un questionnaire. Cependant, les réponses aux questions, les discussions avec les résidents et les observations de l'équipe (notamment au cours des visites à domicile ou d'ateliers cuisine) amènent à penser qu'il serait intéressant d'apporter des connaissances sur les qualités nutritionnelles des aliments habituellement consommés. Face à l'utilisation massive d'huile ou le grignotage de produits sucrés par exemple, la sensibilisation aux risques de consommation de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés fait partie intégrante d'un tel projet de promotion de la santé auprès du public cible.

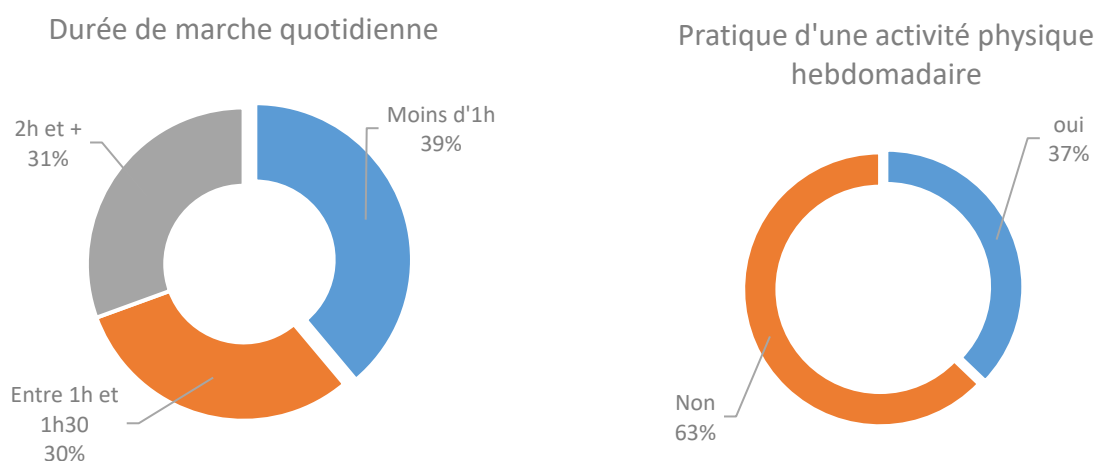
L'alimentation quotidienne et l'organisation des repas correspondent souvent aux habitudes de consommation dans le pays d'origine, permettant ainsi de cultiver « la mémoire du pays et le lien identitaire »<sup>3</sup>. Les aliments consommés sont également ceux qui leur sont accessibles financièrement (produits peu onéreux ou distribués par les associations caritatives).

Cette dimension culturelle, tout comme l'aspect financier devront être pris en compte dans l'action de prévention.

→ La consommation de produits sucrés tout au long de la journée et un brossage des dents irrégulier viennent éclairer les problèmes dentaires des enfants. Une sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire du public « famille » semblerait pertinente. Une partie importante des résidents n'a encore pas eu accès à une consultation auprès d'un dentiste, cet accès devra être facilité.

### 2. Bien dans mon corps

Afin de mesurer leur activité physique, il a été demandé aux résidents adultes leur durée de marche quotidienne, ainsi que leur pratique sportive.



Deux résidents sur cinq marchent moins d'une heure par jour et deux sur trois ne pratiquent aucune activité sportive régulière.

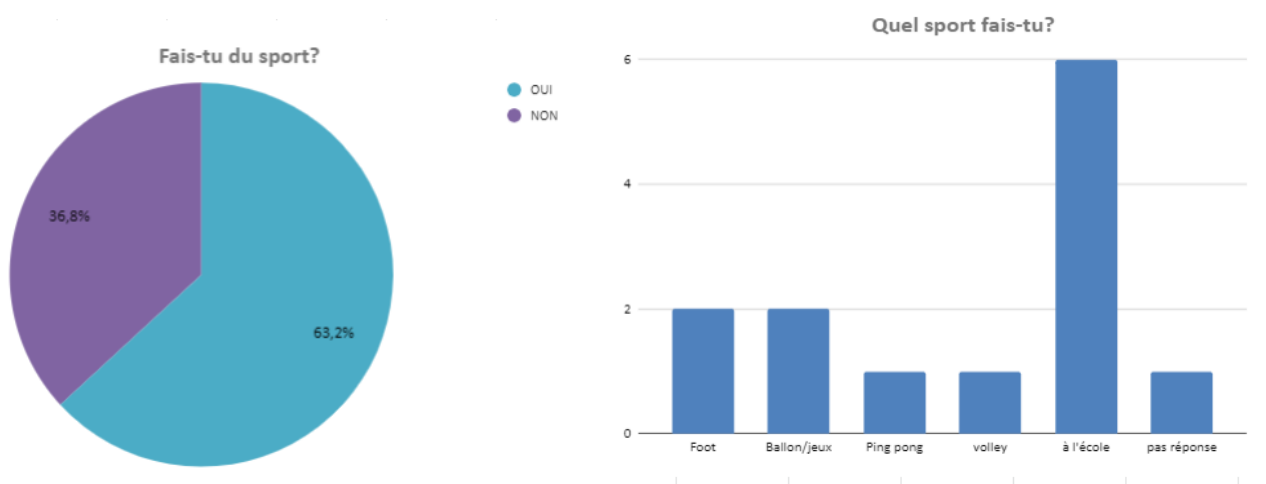
<sup>3</sup> Jacques Barou, « Alimentation et migration : une relation révélatrice », *Hommes & migrations* [En ligne], 1283 | 2010, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 24 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/980> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.980>

## ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse projet « Prends soin de toi »

Les personnes ayant une activité physique précisent qu'il s'agit de musculation/fitness, de foot et de vélo et sont majoritairement des hommes (isolés ou en couple).

Parmi les personnes qui ne pratiquent actuellement aucune activité physique, plusieurs ont tout de même émis le souhait de pratiquer de la musculation / du fitness.

Concernant l'activité physique des enfants, deux tiers des enfants déclarent avoir une activité sportive, le plus souvent liés à l'école ou à la récréation. Une faible proportion d'enfants exerce une activité physique extra-scolaire comme le foot, le ping-pong ou le volley.



→ Les habitudes de marche peuvent être liées à plusieurs facteurs : la présence ou non de transports en commun, la proximité des services (associations, supermarchés etc.) ou encore l'état de santé.

Concernant le sport, les pratiques sont assez inégales. Les hommes ont plus l'habitude de pratiquer du sport (en club, entre eux, ou seuls), vecteur de lien social. La pratique sportive des femmes et des enfants est plus à la marge. Malgré la possible participation financière du CADA au paiement d'une licence sportive (50€/personne/an), d'autres freins persistent : méconnaissance du secteur géographique et de l'offre sportive existante, coût trop important (abonnement aux salles de sport par exemple), difficultés d'intégration à un groupe lorsque l'on ne maîtrise ni la langue, ni les codes sociaux, ou encore un état de fatigue ou de fragilité sur le plan de la santé.

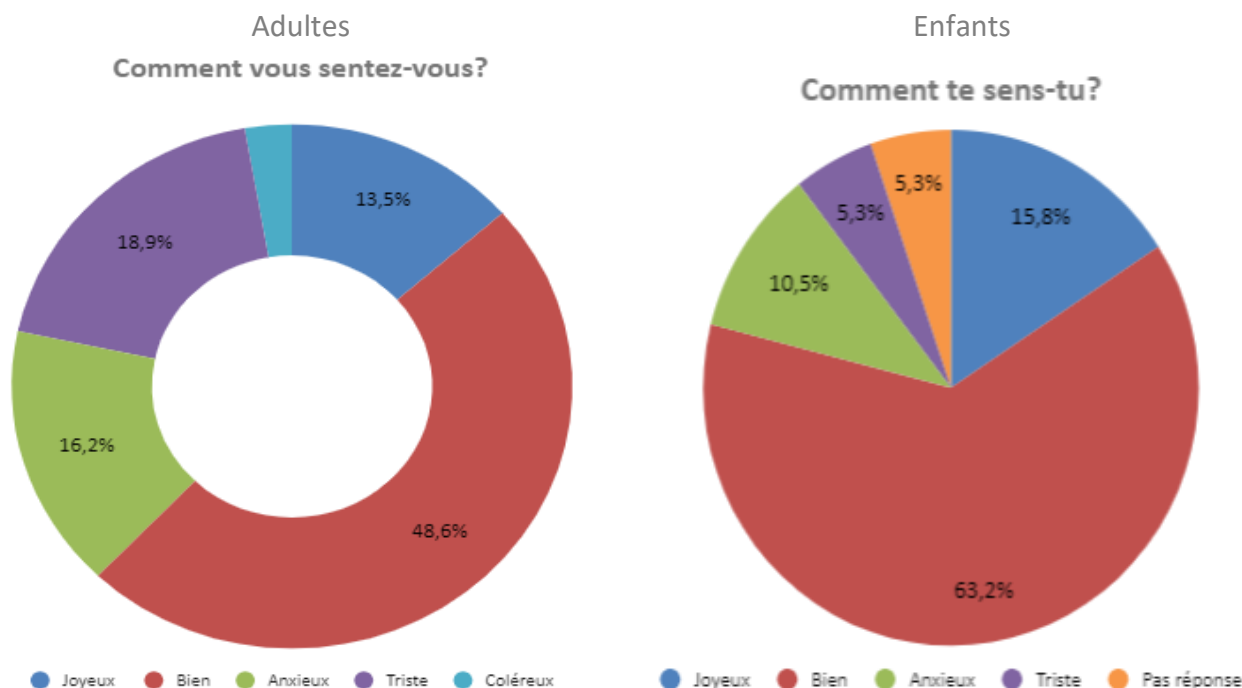
Les difficultés rencontrées par le public accueilli en CADA peuvent également engendrer une perte d'élan, d'énergie et induire une certaine sédentarité : longueur des procédures de demande d'asile, nonaccès au marché de l'emploi, absence de perspective d'avenir, etc.

Même en l'absence d'activité physique, une demande émane du public. L'objectif pour l'équipe est donc de faciliter l'accès à ces activités, favorables à la santé physique et psychique.

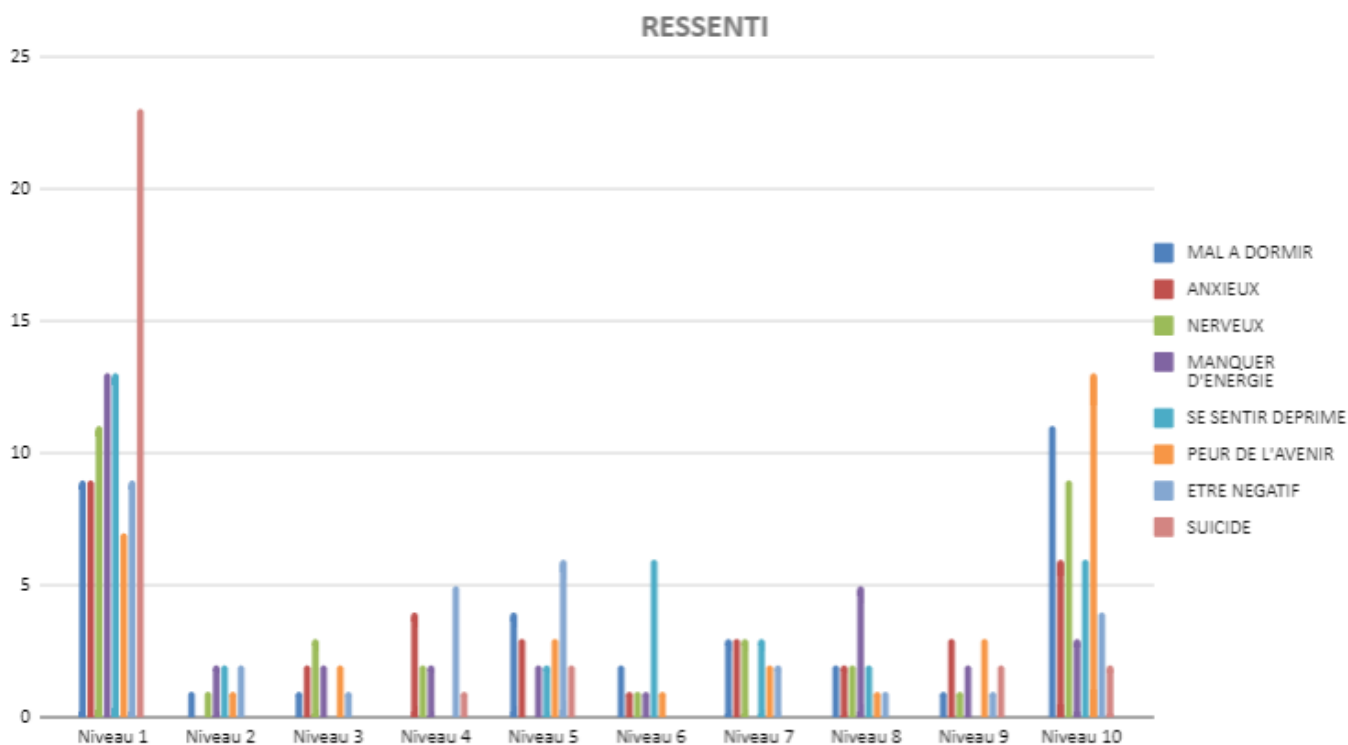
## ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse projet « Prends soin de toi »

### 3. Bien dans ma tête

Pour commencer ce thème, nous avons demandé aux adultes et aux enfants de choisir le smiley qui correspondait le plus à leur humeur (joyeuse, bien, anxieuse, triste ou coléreuse).



Concernant les adultes, nous leur avons demandé sur une échelle de 1 à 10 (1 signifie qu'ils sont peu concernés, 10 que cela les concerne totalement) d'exprimer leur ressenti sur différentes thématiques.

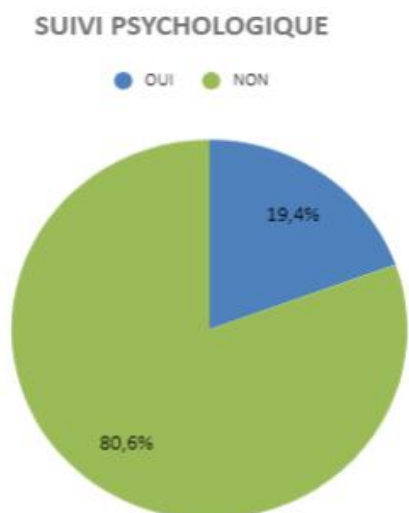


## ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse projet « Prends soin de toi »

Les réponses sont assez tranchées, les personnes ayant plutôt répondu 1 (=pas du tout) ou 10 (=tout à fait). Si l'on regroupe les réponses données entre 7 en 10, nous pouvons affirmer que la moitié des résidents sont concernés par les affirmations suivantes : «avoir du mal à dormir», «être anxieux» ou « nerveux/stressé », « avoir peur de l'avenir ».

Le manque d'énergie, la sensation d'être déprimé ou d'être négatif ont été exprimés mais de manière plus modérée.

Enfin, à noter que six personnes ont exprimé qu'il leur est déjà arrivé de « penser au suicide ».



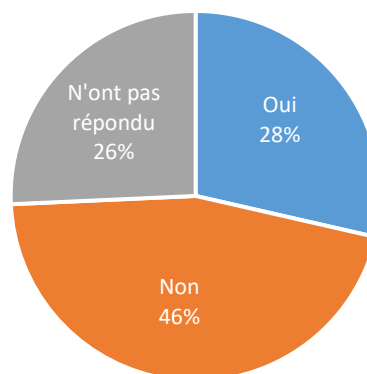
Parmi les adultes ayant rempli le questionnaire, environ un sur cinq bénéficie d'un suivi psychologique (psychiatre, infirmier psychiatrique ou psychologue).

Pour ceux-ci la fréquence est variable : trimestrielle (généralement avec le psychiatre), mensuel, ou hebdomadaire.

Même si elles ne bénéficient pas déjà d'un suivi psychologique, environ un tiers des personnes interrogées souhaiteraient exprimer ce qui est pesant pour elles et bénéficier d'une écoute.

Des personnes ayant répondu « Non » ou n'ayant pas répondu ont toutefois précisé qu'elles seraient d'accord pour participer à des groupes de parole si cela leur était proposé.

### Souhait d'être écouté



→ Il est là aussi difficile de quantifier un ressenti, à travers un questionnaire. Lors du remplissage, l'équipe a parfois constaté une discordance entre la réponse apportée par certains résidents et le mal-être observé au quotidien. A l'inverse, certains résidents montrent une certaine force de caractère mais font part de signes révélateurs d'un grand mal-être.

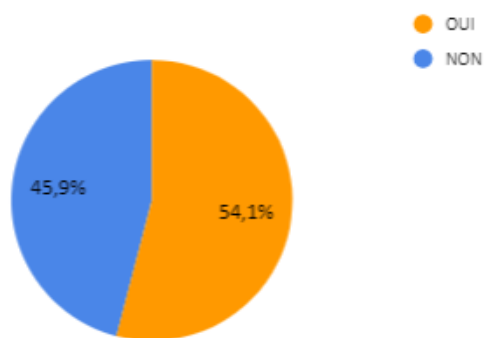
L'expression des émotions, du ressenti peut être particulièrement complexe, notamment pour les personnes ayant subies des traumatismes ou n'ayant jamais eu l'opportunité de verbaliser ce mal-être. Compte tenu des traumatismes et persécutions ayant motivé leur exil, l'ouverture d'un espace de parole semble favorable à la reconstruction et la gestion de l'attente liée aux procédures en cours. Déjà expérimentée auprès du public, l'action de groupe s'avère complémentaire aux suivis individuels, vectrice d'entraide et d'émulation mutuelle.



## ANNEXE 2 – Recueil de données et analyse projet « Prends soin de toi »

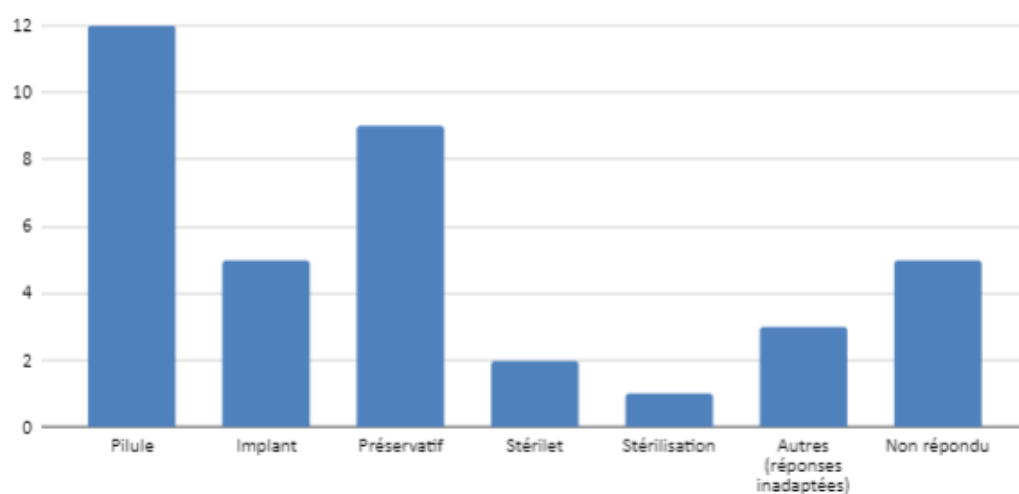
### 4. Sexualité – Contraception – MST

Connaissance des moyens de contraception



Seulement 54 % des résidents interrogés connaissent des moyens de contraception.

Les personnes ayant répondu « Oui » ont été invitées à citer les moyens de contraception qu'ils connaissaient :



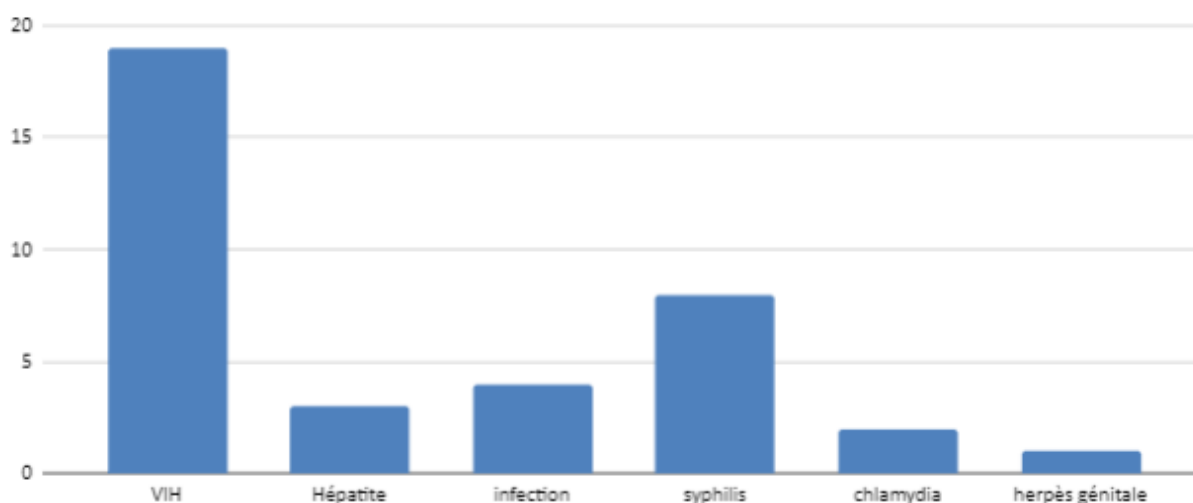
Les moyens de contraception les plus connues sont la pilule et le préservatif.

Certains ont pu citer le retrait et la prise de sang comme des moyens qu'ils qualifient de contraceptifs.

Seules cinq personnes ont indiqué qu'elles utilisaient elles-mêmes l'un de ces moyens : 5 résidents utilisent le préservatif, 1 la pilule contraceptive.

Enfin, 62,5% des adultes interrogés ont connaissance de Maladies Sexuellement Transmissibles. La plus citée étant le Sida/VIH :

MST connues



→ Avant même d’interroger les résidents sur leur utilisation de moyens de contraception, la première question posée aurait dû être : savez-vous ce qu’est la contraception ? En effet, la possibilité de régulation des naissances semblent méconnue pour certains.

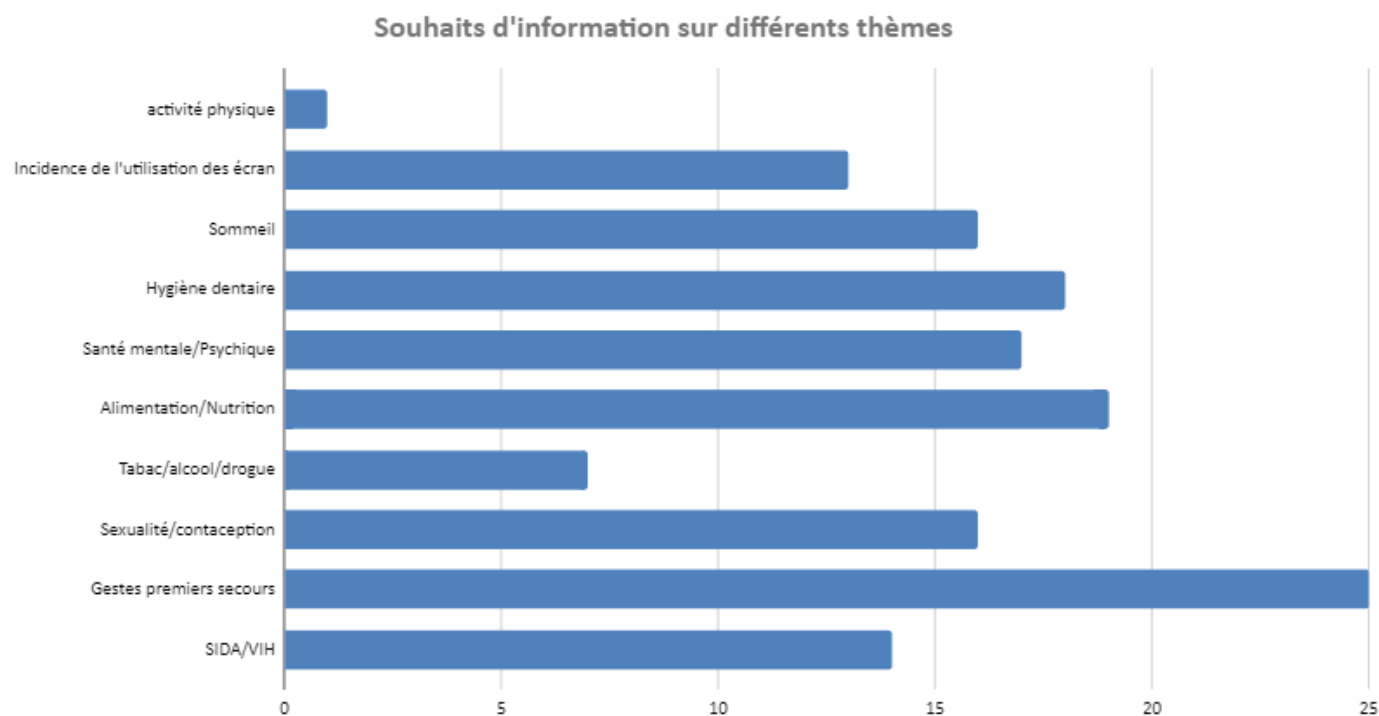
De plus, bien qu’ils soient en capacité de citer des maladies sexuellement transmissibles, les moyens de s’en protéger semblent méconnus également ou non utilisés.

L’absence d’éducation à la sexualité et de prévention sanitaire préalable au séjour en France peut expliquer cette méconnaissance. L’accès aux moyens de protection ou de contraception est également entravé par les systèmes de santé défaillants ou le manque de moyens financiers dans le pays d’origine.

Enfin la dimension culturelle et culturelle est également à prendre en compte, les représentations autour de la vie affective et sexuelle pouvant varier au sein de notre public.

### 5. Souhait des résidents

Pour conclure le questionnaire, nous avons demandé aux résidents leurs souhaits d’information collective et d’animation sur les sujets suivants :



→ Les résidents souhaitent aussi être acteur pour autrui, en témoigne leur volonté d’être formé aux gestes de premiers secours.

Concernant les autres sujets proposés, bien qu’une partie des résidents se montrent intéressés, l’enjeu sera de parvenir à mobiliser l’ensemble du public cible face à des thématiques parfois peu attrayantes, mais qui les concernent pleinement.

### Conclusion

Tout d’abord, la diffusion des questionnaires a permis de confirmer les observations des équipes éducatives et la nécessité de construire de manière pérenne un programme global d’éducation à la santé.

La transmission de connaissances, d’aptitudes ainsi que des échanges sur les représentations et valeurs liées à la santé seront autant de modes d’action pour responsabiliser, autonomiser et réduire les comportements à risques ; la finalité étant d’influencer la capacité de notre public à faire des choix favorables à leur santé.

Par ailleurs, les équipes éducatives ont choisi de systématiser la mise en place d’un questionnaire de santé dans l’accompagnement des résidents, et notamment dans les premières semaines d’arrivée au CADA. Ce dernier s’est montré être un bon support pour ouvrir la discussion sur la santé dans sa globalité et aborder sans complexe des thématiques plus personnelles. De plus, au fur et à mesure des nouvelles arrivées, cela permettra de réajuster les actions tant individuelles que collectives, selon les problématiques identifiées. Cependant, les équipes s’accordent à dire que le questionnaire initialement construit devra être modifié. Des reformulations et des précisions amèneront plus de pertinence aux réponses, et compléteront ainsi l’analyse des données.

Enfin, ce travail aura permis de replacer **la santé au cœur de l’accompagnement des travailleurs sociaux, en tant que ressource de la vie quotidienne et préalable à tout projet de vie.**

**Trame entretien santé adulte**

Cette trame est accompagnée d’un guide pour les intervenants sociaux qui explicite les questions posées ci-dessous, et de visuels pour faciliter la compréhension des personnes interrogées.



Âge : .....

Sexe :  M  F

Typologie :  Couple avec enfants  Famille monoparentale  Isolé

Depuis combien de temps sont-ils en France ? : .....



**Santé mentale :**

1. Comment vous sentez-vous ces temps-ci ? (Entourez le visage qui correspond le plus à votre état d’esprit)



Joyeux



Bien



Inquiet



Triste



Peur



Coléreux

2. Au cours du mois dernier vous est-il arrivé ...

(Le n° 1 signifiant que la phrase ne vous correspond peu, le n° 5 signifiant que la phrase vous correspond totalement.)

Visuel A

a) D’avoir du mal à dormir	1	2	3	4	5
b) D’être inquiet(e)	1	2	3	4	5
c) D’être fatigué(e)	1	2	3	4	5
d) De vous sentir déprimé(e)	1	2	3	4	5
e) D’avoir peur pour l’avenir	1	2	3	4	5
f) De penser au suicide	1	2	3	4	5
g) De vous sentir apaisé(e)/ détendu(e)	1	2	3	4	5
h) De vous sentir soulagé(e)	1	2	3	4	5
i) De vous sentir en sécurité	1	2	3	4	5
j) D’être motivé(e) / avoir de l’élan	1	2	3	4	5

## ANNEXE 3 – Trame d'entretien santé adultes

---

3. a) Quand vous êtes triste/inquiet, parlez-vous de vos problèmes à quelqu'un ?

Oui  Non

b) Si oui, avec qui ?

Famille  Amis  Colocataires  Référents CADA

Professionnels (médecins, psychologue, assistant social ....)

Autres : .....

c) A quelle fréquence ? .....

4. a) Voudriez-vous parler de vos problèmes à un professionnel (médecin.....)?

Oui  Non  Ne sait pas

b) Avec qui ?

Médecin  Psychologue  Assistant Social  Autres : .....



### Alimentation :

5. a) Où mangez-vous ?

Devant écran  A table  A l'extérieur  Autres

b) Était-ce la même chose au « *citer le pays d'origine* » ?

Oui  Non

c) Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

6. Avec qui ?

Avec ma famille  Tout seul  Colocataires  Autres : .....

7. a) Combien de fois mangez-vous dans la journée :

1  2  3  Autre : .....

b) Était-ce la même chose au « *citer le pays d'origine* » ?

Oui  Non

c) Si non pourquoi ?

.....  
.....  
.....

Visuels B

## ANNEXE 3 – Trame d'entretien santé adultes

---

8. a) A quelle heure mangez-vous ?

.....

b) Était-ce la même chose au « *citer le pays d'origine* » ?

Oui  Non

c) Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

9. a) Avez-vous l'habitude de manger tout au long de la journée ?

Oui  Non

b) Si oui, que mangez-vous ?

Gâteaux  Glace  Chips  Fruit  Soda  
 Café/thé  Jus de fruit  Chocolat  Yaourt  Bonbons  
 Autres : .....

Visuel C

c) Était-ce la même chose au « *citer le pays d'origine* » ?

Oui  Non

d) Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

e) Quelles sont les raisons ?

Faim  Gourmandise  Ennui  Habitude  
 Autres : .....

10. a) Quels sont les aliments que vous consommez à chaque repas ?

Féculents : .....  Viandes : .....  
 Fruits : .....  Poissons : .....  
 Légumes : .....  Œufs : .....  
 Laitage : .....  Céréales : .....  
 Légumineuses : .....  Sucrés : .....  
 Boissons : .....

Visuel D

b) Était-ce la même chose au « *citer le pays d'origine* » ?

Oui  Non

## ANNEXE 3 – Trame d'entretien santé adultes

---

c) Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

11. Quel est l'aliment de base que vous ne trouvez pas localement ?

.....

12. Savez-vous cuisiner ?

Oui  Non

13. Aimez-vous cuisiner ?

Oui  Non

14. a) Quels sont les modes de cuisson que vous utilisez le plus ?

Vapeur  Frire  Au four  Grill  Micro-ondes  
 Autres : .....

Visuel E

b) Était-ce la même chose au *\*citer pays d'origine\**?

Oui  Non

c) Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....



### Hygiène bucco-dentaire :

15. a) Vous nettoyez-vous les dents tous les jours ?

Oui  Non

b) Combien de fois par jour ?

1  2  3

c) À quels moments dans la journée ?

Matin  Midi  Soir

16. Avec quoi ?

Brosse à dents  Siwak  Fil dentaire  Charbon  
 Autres : .....

Visuel F

17. Avez-vous des douleurs au niveau de la bouche (dents, gencives, langue...) ?

Oui  Non

## ANNEXE 3 – Trame d'entretien santé adultes

---

18. a) Avez-vous vu un dentiste au cours de cette année ?

Oui  Non

c) Si non, pourquoi ?

Peur  Sexe du médecin  Mauvaise expérience  
 Accessibilité (transport)  Connaissance de dentiste  Coût  
 Autres : .....



### Activité physique :

19. En moyenne, combien de temps par jour marchez-vous ?

.....

20. Dans quel but ?

Balade  Courses  Amener les enfants à l'école  
 Autres : .....

21. Faites-vous d'autres activités physiques ?

Vélo  Danse  Monter et descendre escalier  Ménage  
 Faire ses courses à pied  Jouer avec les enfants ballon, raquette, ...  
 Autres : .....

Visuel G

22. Quel est la durée moyenne de ces activités par jour ?

Moins de 20 mn  De 20 à 40 mn  Plus de 40 mn

23. a) Avez-vous une activité sportive ?

Oui  Non

b) Si oui, que faites-vous ?

Fitness/gym  Musculation  Foot  Vélo  Ping Pong  
 Course à pied  Autres : .....

Visuels H

24. a) Combien de temps par semaine faites-vous du sport ?

Moins de 2 heures  De 2 à 4 heures  Plus de 4 heures

b) Si non, pourquoi ?

.....  
.....

d) Quelle activité sportive souhaiteriez-vous faire ?

.....





**Santé sexuelle :**

25. Savez-vous ce qu’est un moyen de contraception ?

Oui       Non

26. a) Connaissez-vous des moyens qui permettent aux femmes de ne pas tomber enceinte ?

Oui       Non

b) Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

27. a) Utilisez-vous une technique, un outil, un médicament pour éviter d’avoir des enfants ?

Oui       Non

b) Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

c) Si non, pourquoi ?

- Coût       Ne pas connaître le lieu où l’on peut en trouver  
 Peur du regard des autres       Pas familier       Ne connaissait pas  
 Autres : .....

28. a) Connaissez-vous des infections sexuellement transmissibles ?

Oui       Non

b) Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
.....

29. a) Connaissez-vous des moyens de vous en protéger ?

Oui       Non

b) Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

30. a) Utilisez-vous des moyens pour vous protéger ?

Oui       Non

b) Si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....

c) Si non, pourquoi ?

- Coût                       Ne pas connaître le lieu où l’on peut en trouver  
 Peur du regard des autres       Pas familier       Ne connaissait pas  
 Autres : .....

**Souhais thématiques de santé**

31. a) Souhaitez-vous avoir des informations sur des thèmes de santé ?

- Oui                       Non

b) Si oui lesquels ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Sida/VIH, IST, ...  
 Geste de premiers secours  
 Sexualité/Contraception  
 Tabac/cannabis/alcool/autres drogues...  
 Alimentation/nutrition  
 Santé mentale/psychique  
 Hygiène dentaire  
 Sommeil  
 Incidence de l’utilisation d’écran  
 Autres thèmes : .....

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b>	
<b>Fiche Action N°1</b>	
Nom de la fiche action	<b>Premiers secours</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action à désigner pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>UNASS</b> 10 rue - Contacts : - Responsable : ; - Services civiques (initiations) : .
Public concerné	Adultes et enfants à partir de 8 ans (initiation)
Objectif général	<b>Savoir réagir en cas de situation d'urgence</b>
Objectifs intermédiaires	- Connaître les numéros d'urgence en France - Apprendre et savoir reproduire les gestes de premiers secours
Objectifs opérationnels	- Afficher les numéros d'urgence dans chaque appartement CADA - Installer des trousse de secours (kit de base) dans chaque logement - Mettre en place une session par an d'Initiation aux <b>Gestes Qui Sauvent</b> sur chaque antenne CADA - Inciter une démarche de formation complémentaire ( <b>Prévention et Secours Civiques de niveau 1, Prévention et Secours en Equipe niveau 1</b> ) - Enclencher une démarche de bénévolat auprès de l'UNASS
Budget de l'action	IGQS : Interventions gratuites sur Ville 1 et Ville 2, 10€ par participants pour les sites extérieurs (ville 3, ville 4, ville 5) soit un budget d'environ 300€ par an Chèque de caution de 100€ par résident pour le PSE1 (rendu si il effectue 10 postes en bénévolat ou s'il sort du CADA débouté) Achat trousse de secours : 5€/trousse
Éléments d'évaluation de l'action	Nombre de participants aux sessions et implication Nombre de personnes participant à la formation PSE1 Nombre de résidents du CADA s'inscrivant ensuite dans une démarche de bénévolat (adhésion UNASS 1€) Nombre de postes de garde effectués par les résidents bénévoles suite à leur formation d'une semaine Poursuite du bénévolat au-delà des 10 postes minimums à effectuer

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b>	
<b>Fiche Action N°2</b>	
Nom de la fiche action	<b>Alimentation et santé bucco-dentaire</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action à désigner pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>Médiation Santé :</b> ; <b>UFSBD :</b> ; <b>Service prévention CPAM :</b> ; <b>IREPS</b> antenne départementale : ; <b>Centre de santé dentaire mutualiste :</b> ;
Public concerné	Familles (adultes + enfants) / Personnes isolées
Objectif général	<b>Appréhender les impacts de sa consommation alimentaire sur sa santé, notamment bucco-dentaire</b>
Objectifs intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser une meilleure connaissance de la qualité nutritionnelle des aliments habituellement consommés ;</li> <li>- Mettre en lien les habitudes alimentaires et la santé bucco-dentaire ;</li> <li>- Sensibiliser à l'hygiène bucco-dentaire et en faciliter l'accès ;</li> <li>- Induire des comportements responsables, favorables à sa santé au quotidien.</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'ateliers cuisine "y'a quoi dans ton assiette ?" et découverte des légumes et fruits de la saison de l'agriculture française.</li> <li>- Mise en place d'une action collective par an sur le brossage des dents, l'impact de l'alimentation sur la santé des dents.</li> <li>- Orientation vers des consultations auprès d'un dentiste</li> </ul>
Budget de l'action	Devis achats kit hygiène (brosse à dent, dentifrice) adultes et enfants : environ 170€ pour les deux CADA. Achats pour l'atelier cuisine : environ 50 €/atelier Prêt gratuit d'une mâchoire géante par UFSBD
Éléments d'évaluation de l'action	Nombre de participants aux sessions et implication. Nombre de rendez-vous pris chez le dentiste à l'année Evolution des changements des habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaires 3 mois après l'action par un questionnaire

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b>	
<b>Fiche Action N°3</b>	
Nom de la fiche action	<b>Sexualité et vie affective</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action à désigner pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>Mme XXXXX (cadre de santé-anthropologue) :</b> <b>AIDES :</b> <b>PMI :</b> <b>CIDFF :</b> <b>CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) :</b> à contacter via l'IREPS antenne départementale
Public concerné	Adultes
Objectif général	<b>Identifier les différentes dimensions de la sexualité (biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique) et favoriser des comportements responsables individuels et collectifs.</b>
Objectifs intermédiaires	- Apporter des connaissances sur le plan sanitaire : infections sexuellement transmissibles, contrôle des naissances, contraception... ; - Faciliter l'accès et l'utilisation de moyens contraceptifs ; - Enrichir les réflexions et représentations individuelles (rapport homme/femme, consentement, homosexualité...) ; - Prévenir les comportements inadaptés et/ou à risques.
Objectifs opérationnels	Mise en place d'interventions collectives (Groupe hommes / Groupe femmes) Sessions de dépistage
Budget de l'action	Intervention de 2h de Mme XXXXXXX : 50€ Intervention du CIDFF, de l'association AIDES et de Mme XXXXX (PMI) : gratuit Mise à disposition gratuite de préservatifs par AIDES et le le CRIPS
Éléments d'évaluation de l'action	Nombre de participants aux sessions et implication. Prise de RDV individuels suite aux sessions collectives (RDV sage-femme, CeGIDD, etc.).

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b>	
<b>Fiche Action N°4</b>	
Nom de la fiche action	<b>Bien dans sa tête</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action à désigner pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>Mme XXXXXXXXXXXX (thérapeute psycho-énergéticienne) :</b> <b>M. XXXXXXXXXXXX et Mme (psychologues)</b> <b>Orspere- Samdarra</b>
Public concerné	Adultes
Objectif général	<b>Favoriser la prise en charge psychologique des personnes en demande d'asile</b>
Objectifs intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter le repérage des traumatismes et de ses effets par les équipes ;</li> <li>- Libérer la parole et les émotions des personnes accueillies ;</li> <li>- Développer les ressources internes de chaque résident dans la gestion des traumatismes et du mal-être.</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation de l'équipe à des sessions de formation au repérage du trauma et de ses effets ;</li> <li>- Mise en place d'ateliers collectifs animés par la psycho-énergéticienne (art-thérapie, photo-thérapie...) ;</li> <li>- Mise en place d'un groupe dédié aux femmes "cercle de femmes" ;</li> <li>- Association des psychologues aux temps collectifs au sein du CADA (sortie sportive, « Café-CADA », etc.).</li> </ul>
Budget de l'action	Intervention Mme XXXXXXXXXXXX : 45€/h Intervention M. XXXX et Mme XXXX : dans le cadre du service santé
Éléments d'évaluation de l'action	Nombre de participants aux sessions et implication. Questionnaires d'évaluation auprès des participants. Questionnaires d'évaluation auprès des intervenants.

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b>	
<b>Fiche Action N°5</b>	
Nom de la fiche action	<b>Bien dans son corps</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action à désigner pour sa mise en œuvre	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>Clubs de sport de proximité</b> (Salles de sport, Club de water polo, etc.) <b>M. XXXX animateur sportif « pied-poing » :</b> <b>Institut de beauté solidaire XXX :</b> <b>M. XXXX, ostéopathe :</b> <b>Mme XXXX, sophrologue :</b>
Public concerné	Adultes
Objectif général	<b>Promouvoir le bien-être par une activité physique et/ou par des soins thérapeutiques</b>
Objectifs intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoriser l'estime de soi, la confiance en soi ;</li> <li>- Impulser une dynamique d'activité physique et sportive auprès des résidents ;</li> <li>- Mettre en lien le public accueilli avec les activités proposées localement.</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'activités sportives collectives : stage d'apprentissage ou de perfectionnement à la nage, activité « pied-poing » ;</li> <li>- Mise en place de partenariat avec des salles de sport ;</li> <li>- Organisation de journées bien-être à l'institut de beauté solidaire ;</li> <li>- Mise en place de sessions de découverte de soins thérapeutiques : ostéopathie, réflexologie plantaire, sophrologie.</li> </ul>
Budget de l'action	Stage de natation : gratuit proposé par le club XXX Interventions de M. XXX (ostéopathe) gratuites 2x/an Activité sportive de M. XXXXX (coût à déterminer) : 30€/1h15 Intervention sophrologie de Mme XXXX : 125 € pour 3h/mois
Éléments d'évaluation de l'action	Nombre de participants aux sessions et implication. Développement de l'activité physique 3 mois après les actions

## ANNEXE 4 – Fiches-action projet « Prends soin de toi »

<b>Projet global santé CADA « Prends soin de toi »</b> <b>Fiche Action N°6</b>	
Nom de la fiche action	<b>Prévention COVID-19</b>
Nom de la structure	<input type="checkbox"/> CADA 1 <input type="checkbox"/> CADA 2
Référent de l'action dans l'équipe	<input type="checkbox"/> intervenant social A <input type="checkbox"/> intervenant social B <input type="checkbox"/> intervenant social C <input type="checkbox"/> intervenant social D <input type="checkbox"/> intervenant social E <input type="checkbox"/> intervenant social F <input type="checkbox"/> intervenant social G <input type="checkbox"/> intervenant social H
Partenaires (Nom + coordonnées)	<b>INSPE</b> (animation des échanges par une étudiante en licence professionnelle GAPP : métiers de la santé) <b>IREPS</b> (mise à disposition de supports d'animation et visuels de prévention) <b>Agence du don en nature</b> (commande matériel kit Covid)
Public concerné	Tout public
Objectif général	<b>Limiter la propagation de l'épidémie, comprendre les enjeux de santé et le rôle de chacun dans la limitation de l'épidémie de la COVID 19</b>
Objectifs intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echanger à partir des représentations liées à l'épidémie et apporter ou renforcer les connaissances concernant les modes de transmission ;</li> <li>- Mettre à disposition du matériel de protection et en favoriser une utilisation optimale ;</li> <li>- Savoir identifier les symptômes et réagir en cas d'apparition.</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de sessions d'une heure d'échange en petit groupe, sur chaque site, animées par l'étudiante INSPE ;</li> <li>- Installation d'une affiche de prévention dans chaque appartement du CADA ;</li> <li>- Remise d'un "kit Covid" à chaque résident (masques, gel hydroalcoolique, thermomètre frontaux) + un guide de prévention FALC.</li> </ul>
Budget de l'action	Masques lavables : 11,70 € les 200 masques adulte (Agence du don en nature) 19,90 € les 10 masques enfant (Herolab) Gel hydroalcoolique : Gratuit (Agence du don en nature) Thermomètres frontaux : Gratuit (don du service santé ; 1/appartement)
Éléments d'évaluation de l'action	Taux de participation des personnes accueillies à l'action et implication. Nombre de kits distribués, d'affiches mises en place dans les logements. Observation du respect des « gestes barrières »