



HAL
open science

Évaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées : le programme "Sindiane"

Caroline Aubas

► To cite this version:

Caroline Aubas. Évaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées : le programme "Sindiane". Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02172972

HAL Id: dumas-02172972

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02172972v1>

Submitted on 4 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Evaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention
en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées :
le programme "Sindiane"**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Avril 2019

Par Madame Caroline AUBAS

Née le 27 septembre 1990 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Directeur

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Evaluation préliminaire d'un programme communautaire de prévention
en santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées :
le programme "Sindiane"**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Avril 2019

Par Madame Caroline AUBAS

Née le 27 septembre 1990 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Directeur

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

| | | | |
|----|------------------------|----|---------------------------|
| MM | AGOSTINI Serge | MM | FAVRE Roger |
| | ALDIGHERI René | | FIECHI Marius |
| | ALESSANDRINI Pierre | | FARNARIER Georges |
| | ALLIEZ Bernard | | FIGARELLA Jacques |
| | AQUARON Robert | | FONTES Michel |
| | ARGEME Maxime | | FRANCOIS Georges |
| | ASSADOURIAN Robert | | FUENTES Pierre |
| | AUFFRAY Jean-Pierre | | GABRIEL Bernard |
| | AUTILLO-TOUATI Amapola | | GALINIER Louis |
| | AZORIN Jean-Michel | | GALLAIS Hervé |
| | BAILLE Yves | | GAMERRE Marc |
| | BARDOT Jacques | | GARCIN Michel |
| | BARDOT André | | GARNIER Jean-Marc |
| | BERARD Pierre | | GAUTHIER André |
| | BERGOIN Maurice | | GERARD Raymond |
| | BERNARD Dominique | | GEROLAMI-SANTANDREA André |
| | BERNARD Jean-Louis | | GIUDICELLI Roger |
| | BERNARD Pierre-Marie | | GIUDICELLI Sébastien |
| | BERTRAND Edmond | | GOUDARD Alain |
| | BISSET Jean-Pierre | | GOUIN François |
| | BLANC Bernard | | GRILLO Jean-Marie |
| | BLANC Jean-Louis | | GRISOLI François |
| | BOLLINI Gérard | | GROULIER Pierre |
| | BONGRAND Pierre | | HADIDA/SAYAG Jacqueline |
| | BONNEAU Henri | | HASSOUN Jacques |
| | BONNOIT Jean | | HEIM Marc |
| | BORY Michel | | HOUEL Jean |
| | BOTTA Alain | | HUGUET Jean-François |
| | BOURGEADE Augustin | | JAQUET Philippe |
| | BOUVENOT Gilles | | JAMMES Yves |
| | BOUYALA Jean-Marie | | JOUVE Paulette |
| | BREMOND Georges | | JUHAN Claude |
| | BRICOT René | | JUIN Pierre |
| | BRUNET Christian | | KAPHAN Gérard |
| | BUREAU Henri | | KASBARIAN Michel |
| | CAMBOULIVES Jean | | KLEISBAUER Jean-Pierre |
| | CANNONI Maurice | | LACHARD Jean |
| | CARTOUZOU Guy | | LAFFARGUE Pierre |
| | CAU Pierre | | LAUGIER René |
| | CHABOT Jean-Michel | | LE TREUT Yves |
| | CHAMLIAN Albert | | LEVY Samuel |
| | CHARREL Michel | | LOUCHET Edmond |
| | CHAUVEL Patrick | | LOUIS René |
| | CHOUX Maurice | | LUCIANI Jean-Marie |
| | CIANFARANI François | | MAGALON Guy |
| | CLEMENT Robert | | MAGNAN Jacques |
| | COMBALBERT André | | MALLAN- MANCINI Josette |
| | CONTE-DEVOLX Bernard | | MALMEJAC Claude |
| | CORRIOL Jacques | | MARANINCHI Dominique |
| | COULANGE Christian | | MARTIN Claude |
| | DALMAS Henri | | MATTEI Jean François |
| | DE MICO Philippe | | MERCIER Claude |
| | DESSEIN Alain | | METGE Paul |
| | DELARQUE Alain | | MICHOTEY Georges |
| | DEVIN Robert | | MILLET Yves |
| | DEVRED Philippe | | MIRANDA François |
| | DJIANE Pierre | | MONFORT Gérard |
| | DONNET Vincent | | MONGES André |
| | DUCASSOU Jacques | | MONGIN Maurice |
| | DUFOUR Michel | | MONTIES Jean-Raoul |
| | DUMON Henri | | NAZARIAN Serge |
| | ENJALBERT Alain | | NICOLI René |

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

| | | |
|-------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

2009

| | | |
|------------------|-----------------|------------|
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

2010

| | | |
|------------------|----------------|------------|
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
|------------------|----------------|------------|

2011

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |

2012

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

2013

| | | |
|------------------|----------------------------|------------|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

2014

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

2015

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

2016

| | | |
|------------------|-------------------|------------|
| M. le Professeur | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | VIALETTES Bernard | 31/08/2019 |

2017

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | SEBBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

2018

| | | |
|------------------|----------------------|------------|
| M. le Professeur | MARANINCHI Dominique | 31/08/2021 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2019 |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
 ALBANESE Jacques
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARTHET Marc
 BARTOLI Christophe
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERDAH Stéphane
 BERLAND *Yvon Surnombre*
 BERNARD Jean-Paul
 BEROD Christophe
 BERTUCCI François
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOTTA/FRIDLUND *Danielle Surnom*
 BOUBLI Léon
 BOUFI Mourad
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETTELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 CASANOVA Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
 CHARPIN *Denis Surnombre*
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
 CLAVERIE *Jean-Michel Surnombre*
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 CURVALE Georges
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELAPORTE Emmanuel
 DELPERO Jean-Robert
 DENIS Danièle
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
 EUSEBIO Alexandre
 FAKHRY Nicolas
 FAUGERE *Gérard Surnombre*
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOURNIER Pierre-Edouard
 FRANCES *Yves Surnombre*
 FRANCESCHI Frédéric
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GABORIT Bénédicte
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GORINCOUR Guillaume
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANVAL Philippe
 GREILLIER Laurent
 GRIMAUD Jean-Charles
 GROB Jean-Jacques
 GUEDJ Eric
 GUIEU Régis
 GUIIS Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
 GUYS Jean-Michel
 HABIB Gilbert
 HARDWIGSEN Jean
 HARLE Jean-Robert
 HOFFART *Louis Disponibilité*
 HOUVENAEGHEL Gilles
 JACQUIER Alexis
 JOURDE-CHICHE Noémie
 JOUVE Jean-Luc
 KAPLANSKI Gilles
 KARSENTY Gilles
 KERBAUL François
 KRAHN Martin
 LAFFORGUE Pierre
 LAGIER Jean-Christophe
 LAMBAUDIE Eric
 LANCON Christophe
 LA SCOLA Bernard
 LAUNAY Franck
 LAVIEILLE Jean-Pierre
 LE CORROLLER Thomas
 LECHEVALLIER Eric
 LEGRE Régis
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
 LEONE Marc
 LEONETTI Georges
 LEPIDI Hubert
 LEVY Nicolas
 MACE Loïc
 MAGNAN Pierre-Edouard
 MATONTI *Frédéric Disponibilité*
 MEGE Jean-Louis
 MERROT Thierry
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine
 MEYER/DUTOUR Anne
 MICCALEF/ROLL Joëlle
 MICHEL Fabrice
 MICHEL Gérard
 MICHEL Justin
 MICHELET Pierre
 MILH Mathieu
 MOAL Valérie
 MONCLA Anne
 MORANGE Pierre-Emmanuel
 MOULIN Guy
 MOUTARDIER Vincent
 MUNDLER *Olivier Surnombre*
 NAUDIN Jean
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
 NICOLLAS Richard
 OLIVE Daniel
 OUAFIK L'Houcine

| | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| PAGANELLI Franck | ROCHE Pierre-Hugues | THOMAS Pascal |
| PANUEL Michel | ROCH Antoine | THUNY Franck |
| PAPAZIAN Laurent | ROCHWERGER Richard | TREBUCHON-DA FONSECA Agnès |
| PAROLA Philippe | ROLL Patrice | TRIGLIA Jean-Michel |
| <i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i> | ROSSI Dominique | TROPIANO Patrick |
| PELISSIER-ALICOT Anne-Laure | ROSSI Pascal | TSIMARATOS Michel |
| PELLETIER Jean | ROUDIER Jean | TURRINI Olivier |
| PERRIN Jeanne | SALAS Sébastien | VALERO René |
| PETIT Philippe | <i>SAMBUC Roland Surnombre</i> | VAROQUAUX Arthur Damien |
| PHAM Thao | SARLES Jacques | VELLY Lionel |
| PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique | SARLES/PHILIP Nicole | VEY Norbert |
| PIQUET Philippe | SARLON-BARTOLI Gabrielle | VIDAL Vincent |
| PIRRO Nicolas | SCAVARDA Didier | VIENS Patrice |
| POINSO François | SCHLEINITZ Nicolas | VILLANI Patrick |
| RACCAH Denis | SEBAG Frédéric | VITON Jean-Michel |
| RANQUE Stéphane | SEITZ Jean-François | VITTON Véronique |
| RAOULT Didier | SIELEZNEFF Igor | VIEHWEGER Heide Elke |
| REGIS Jean | SIMON Nicolas | VIVIER Eric |
| REYNAUD/GAUBERT Martine | STEIN Andréas | XERRI Luc |
| REYNAUD Rachel | TAIEB David | |
| RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth | THIRION Xavier | |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>) | EBBO Mikaël | NGUYEN PHONG Karine |
| AHERFI Sarah | FABRE Alexandre | NINOVE Laetitia |
| ANGELAKIS Emmanouïl (<i>dispo oct 2018</i>) | FAURE Alice | NOUGAIREDE Antoine |
| ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>) | FOLETTI Jean- Marc | OLLIVIER Matthieu |
| BARTHELEMY Pierre | FOUILLOUX Virginie | OVAERT Caroline |
| BEGE Thierry | FROMNOT Julien | PAULMYER/LACROIX Odile |
| BELIARD Sophie | GASTALDI Marguerite | PESENTI Sébastien |
| BERBIS Julie | GELSI/BOYER Véronique | RESSEGUIER Noémie |
| BERGE-LEFRANC Jean-Louis | GIUSIANO Bernard | REY Marc |
| BERTRAND Baptiste | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | ROBERT Philippe |
| BEYER-BERJOT Laura | GONZALEZ Jean-Michel | SABATIER Renaud |
| BIRNBAUM David | GOURIET Frédérique | SARI-MINODIER Irène |
| BONINI Francesca | GRAILLON Thomas | SAVEANU Alexandru |
| BOUCRAUT Joseph | GRISOLI Dominique | SECQ Véronique |
| BOULAMERY Audrey | GUERIN Carole | SUCHON Pierre |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | GUENON MEYSSIGNAC Daphné | TABOURET Emeline |
| BUFFAT Christophe | GUIDON Catherine | TOGA Caroline |
| CAMILLERI Serge | HAUTIER/KRAHN Aurélie | TOGA Isabelle |
| CARRON Romain | HRAIECH Sami | TOMASINI Pascale |
| CASSAGNE Carole | KASPI-PEZZOLI Elise | TOSELLO Barthélémy |
| CHAUDET Hervé | L'OLLIVIER Coralie | TROUSSE Delphine |
| CHRETIEN Anne-Sophie | LABIT-BOUVIER Corinne | TUCHTAN-TORRENTS Lucile |
| COZE Carole | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | VELY Frédéric |
| CUNY Thomas | LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>) | VION-DURY Jean |
| DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>) | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| DALES Jean-Philippe | LEVY/MOZZICONACCI Annie | |
| DAUMAS Aurélie | LOOSVELD Marie | |
| DEGEORGES/VITTE Joëlle | MANCINI Julien | |
| DELLIAUX Stéphane | MARY Charles | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MASCAUX Céline | |
| DEVILLIER Raynier | MAUES DE PAULA André | |
| DUBOURG Grégory | MILLION Matthieu | |
| DUFOUR Jean-Charles | MOTTOLA GHIGO Giovanna | |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

| | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| ABU ZAINEH Mohammad | DEGIOANNI/SALLE Anna | RUEL Jérôme |
| BARBACARU/PERLES T. A. | DESNUES Benoît | THOLLON Lionel |
| BERLAND/BENHAIM Caroline | MARANINCHI Marie | THIRION Sylvie |
| BOUCAULT/GARROUSTE Françoise | MERHEJ/CHAUVEAU Vicky | VERNA Emeline |
| BOYER Sylvie | MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte | |
| COLSON Sébastien | POGGI Marjorie | |

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

GUERIN Carole (MCU PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE -
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRON Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHGHIL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
 GRANDEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

| | |
|---|--|
| <p align="center">OPHTALMOLOGIE 5502</p> <p>DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i></p> | <p align="center">PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</p> <p>DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)</p> |
| <p align="center">OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</p> <p>DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)</p> | <p align="center">PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</p> <p>BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)</p> |
| <p align="center">PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</p> <p>RANQUE Stéphane (PU-PH)</p> <p>CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)</p> | <p align="center">PHILOSOPHIE 17</p> <p>LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)</p> |
| <p align="center">PEDIATRIE 5401</p> <p>ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)</p> <p>COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)</p> | <p align="center">PHYSIOLOGIE 4402</p> <p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)</p> <p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (<i>disponibilité</i>) DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)</p> <p>RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)</p> |
| <p align="center">PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</p> <p>BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)</p> | |
| <p align="center">PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16</p> <p>AGHABABIAN Valérie (PR)</p> | |
| <p align="center">RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</p> <p>BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)</p> | <p align="center">PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</p> <p>ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)</p> <p>MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)</p> |
| <p align="center">REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</p> <p>GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)</p> <p>HRAIECH Sami (MCU-PH)</p> | <p align="center">THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</p> <p>AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)</p> <p>DAUMAS Aurélie (MCU-PH)</p> |
| <p align="center">RHUMATOLOGIE 5001</p> <p>GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)</p> | <p align="center">UROLOGIE 5204</p> <p>BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)</p> |

Remerciements

A tous ceux avec qui j'ai partagé professionnellement

A Aurélie Tinland, ma directrice de thèse, de mon équipe actuelle, passionnée et passionnante, qui m'a fait découvrir Sindiane. Tu m'as soutenue sans relâche à chaque étape, et tu m'as toujours aiguillée finement. J'ai eu grand plaisir et satisfaction à réaliser cette étude. J'espère pouvoir partager d'autres projets de recherche avec toi !

A Professeur Naudin, que je remercie grandement pour sa bienveillance, son appui pour ce projet de thèse, ainsi que pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A Professeur Da Fonseca, avec qui il a été très formateur et captivant de travailler six mois dans son service, je vous remercie de votre participation à mon jury de thèse.

A Professeur Lançon, pour sa présence dans mon jury de thèse, pour sa disponibilité et son investissement pour notre formation d'interne.

A Julien Gard, merci pour ton aide précieuse pour l'étude, l'analyse des entretiens semi-dirigés, ton regard d'anthropologue, et ton humour à tout épreuve.

A Sindiane, à Olga Loris, Liana Darwish et Mariam Rhayel, leur énergie épatante et leur créativité pour porter ce beau projet. A tous les bénéficiaires, eux aussi remarquables, qui m'ont apporté une aide précieuse par leur contribution dans l'étude.

Aux services de Gynécologie-Obstétrique de Salon-de-Provence, à Amelle, Emilie, Magalie, et de Marseille, unité des grossesses à risque élevé du Pr D'Ercole, Dr Guidicelli, à Sophia.

A ceux qui m'ont fait découvrir pour la première fois la psychiatrie : Dr John Lally à Galway en Irlande et pendant mon expérience d'externe à l'hôpital La Colombière de Montpellier.

A Dr Zendjidjian, son équipe avec Sandrine Limousin et Julien Testard, avec qui j'ai fait mes premières expériences en tant qu'interne en psychiatrie.

Au CAP 72 de l'hôpital Nord : le trio gagnant Pierre Lazerges, Pierre Girerd et Charlotte Chicco, la chef Isabelle Jaillet, Anne-Sophie, Sophie, et l'équipe infirmière de choc.

A la team du SMPR des Baumettes des Dr Paulet et Dr Giravalli et notre travail ensemble : Hannah, François-Simon, Jean-Phi, Marie-Pascale et tous les autres.

A toute l'équipe de périnatalité d'Edouard Toulouse, avec Marie-Pierre Gay, Murielle Martin, Claire Coston, et du CMP St Louis, Michèle Cros, Murielle Le Guyader, Emilie, Stéphanie...

A l'équipe du CMP pour enfant du Boulevard Salvator et tout le service du Pr Da Fonseca, Charlotte, Julie, Karine, Marie-Pierre, les super éducatrices et notre groupe du mercredi.

Aux Italiens du département de psychiatrie de Pavia que je n'oublierai pas : Luca Tarantola, Elisa Marraffini, PierLuigi Politi et à Francesca Dal Canton qui m'a permis de faire leur rencontre.

A MARSS ! Aux rencontres uniques avec chacun des professionnels et des usagers. Charlotte, René, Sarah, Sylvie, Aicha, Emilie, Valentina, Nico, Hinda, Mohamed, Hermann et Caroline. A Belkacem, mon traducteur professionnel.

A ma famille

A mon Papou, le meilleur des papas,

A ma Maman, l'artiste-réanimatrice, toujours présente pour m'encourager et échanger sur mille sujets des plus variés,

A ma Belle-Maman, la Castafiore de Montpellier,

A ma sœur, ma Madou d'amour, à Crousti Bapt, et à Petit Mathieu,

A ma sœur Lila fleurissant dans les Cévennes,

A mon frère Bénou, en astéroïde, en oiseau de la mythologie égyptienne, et en chef d'Waso,

A mon frère Adrien, baroudeur et déconneur professionnel,

A mes pies, Marie *Rit* et Anne-*Ca-chou*, mes cousines adorées et à leurs gonzes, Ian et Esteban, Mais aussi à ma brochette de cousins d'enfer, Inès, Adeline, Guilhem, Guillaume, Claire, Pierre, Louis et Alix et à mes tatas et tontons Claire, Ghislaine, Hélène, Jean-Luc, Xavier. A Jean-Louis. A mes grands cousins Marie-Laure, Laeticia, Nathalie et Romain et leurs familles et aux spectaculaires Jean-Michel et Christine,

Et bien sûr à mes incroyables grands-parents, Grand-mère feuillage et Grand-père André, ma Mamie riz-au-lait et super Roro.

Aux voisins, parrain, amis de famille ou plutôt la famille tout court : Vincent, Elise, Alain Martin, Olivier et Valérie About.

A mes amis

A ma Coco pour commencer par la plus vieille, l'institut' pétillante et subtile.

A ma Julie la vissecoise rayonnante, sa famille et ses amis qui sont un peu devenu les miens aussi ; à Marie De Anto, le cœur sur la main ; à Meumeu trop mimi et à tous mes autres montpellierains : Claire Sigaud la muséologue parisienne, Mako, Jo, Marion, Romain, Paul, Lara... Ainsi que les plus anciennes amies de l'école J. Moulin et du Collège F. Bazille : Charlotte Danière, Astrid, Céline et Céline.

A mes amies de la fac, du trip RMC et plus encore : La Anne'S internationale, ma grande amie de vie, à La Pop'O, la phoenocienne que j'adore, à Ilé, la compagne de toutes les folies en bateau, en train ou à la nage, à Claire, la belle Catalane du père Soulas, l'amie des chiens et des colons, Céline, la tête en l'air mais le cœur toujours « chaud ! ».

A Elsa Escriba devenue aveyronnaise, ma chère amie depuis la P2.

A Sarah Aubanel, à Joffre, mais surtout au parc expo, à Montpel à Grenoble ou dans le Beaufortain, on ne se lâchera pas.

A Diane, pépite de Perpignan, devenue Colombienne et Brésilienne récemment, je suis tellement heureuse de t'avoir à nouveau Marseillaise.

A Karolina la belle anglaise éclatante et aux autres amis de la fac, Caroline, Charlotte...

A Axel, mon ami de beaucoup d'aventures underground ou sous le soleil de Montpellier, du Luberon, de Toulouse ou de Marseille.

A Thomas, dont nos chemins se retrouvent toujours avec bonheur et attachement.

A Youssef, tu reviens quand ?!

A Alice, ma colloque rue Marceau, et le plaisir que j'ai de te revoir et à toute ta famille.

Aux Irlandais, aux vrais ou de cœur : Shteeeeeve mon fucking good friend, Mado the blond grap', Paddy, Franzi, Maria, Rebekka, Sophie, Peadar, John...

Au club de Salon-de-Provence : Fiona la jolie princesse, grimpeuse et voyageuse, Bérangère la super gynéco pleine d'énergie, Floriane la traileuse haut niveau des calanques, Clément et Nico les rigolos, Agathe la Bordelaise et nouvelle maman.

A ceux de l'internat de La Timone : Mathilde la grande américaine étincelante du siècle, Jennifer toujours partante et attentionnée, Valérie le sourire au visage et la motivation incarnée, Clémence cette incroyable force de la night et pas que, Zeina et sa douceur, Jiliana aux quatre coins du monde, Lyla, Vicky, Mallory... et plus on est de folles plus on rit !

A mes consœurs et confrères les psychiatres, mais amis aussi :

Victoire ma première co-interne de coeur, Justine, nos déj à l'internat, soirées, camping... et ma future collègue de folie surtout ! Raphaëlle et sa grande aide avec l'administration italienne, le tourisme italien aussi... puis la papote, le hammam, et tous ce qui reste à faire... Eugénie, toujours pleine de vie, Céline Duc pour le SOS SAIHM, Joanne, Vincent Carré, Léa Lempereur...

A Laurine, la militaire d'enfer, rien ne l'arrête pour qu'on se retrouve et c'est toujours génial, surtout avec la 2^e acolyte Lorène, vivante, dansante (5/5), épatante et attachante, la team des Baumettes foreverever.

Aux pintades d'Edouard Toulouse : Sarah Dempuré, co-interne de Marss en or, surtout amie de plaintes et de rigolades. A Marion, surprenante et brillante et Mathilde, douce, fine et attentive.

Aux Italiens, Cristina, Yara, Irene, Federico, à Bassel et Melania, et aussi à Enrica, Gigi, Pier et Nando. Un grand merci pour ces moments ensemble. J'espère vous revoir très vite.

Et enfin à Ettore, le dernier et non le moindre, pour m'avoir supportée constamment et affectueusement depuis tout ce temps.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Sigles et acronymes | 7 |
| Contexte | 9 |
| Définitions : Migrant, exil, exilé, demandeur d'asile, réfugié..... | 9 |
| Accueil des exilés, demandeurs d'asile et réfugiés par le pays refuge..... | 10 |
| Déterminants de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés..... | 11 |
| Santé mentale et migrants, demandeurs d'asile et réfugiés..... | 12 |
| Troubles psychotraumatiques : définitions, nosographie, psychopathologie..... | 14 |
| . L'événement traumatique..... | 14 |
| . La période péri-traumatique immédiate | 14 |
| . Une symptomatologie post-traumatique latente puis constituée | 15 |
| . Critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique (DSM V) | 15 |
| . Le psychotraumatisme complexe | 18 |
| . Les troubles somatoformes..... | 18 |
| Offre actuelle en direction de ce public : insuffisante, tardive et aspécifique..... | 18 |
| Processus de résilience..... | 20 |

| | |
|---|-----------|
| « Récit de vie » | 21 |
| La thérapie d'exposition narrative..... | 22 |
| L'approche communautaire..... | 22 |
| Sindiane, une intervention innovante..... | 24 |
| Hypothèse et objectifs | 27 |
| Méthodes | 28 |
| Type d'étude | 28 |
| Population d'étude | 29 |
| Phase d'étude qualitative : entretiens semi-structurés..... | 30 |
| . Echantillonnage, nombre de sujet nécessaires | 30 |
| . Recueil de données | 31 |
| . La question de l'interprétariat..... | 32 |
| . Analyse de données..... | 33 |
| Phase d'étude quantitative : sélection d'échelles, construction du questionnaire | 33 |
| . Critères de jugement en lien avec les objectifs du programme Sindiane (variable dépendantes) | 33 |
| - <i>Refugee Health Screener</i> (RHS 15) | 34 |
| - Echelle d'auto-efficacité généralisée (GSE)..... | 35 |
| - Variables liées à la satisfaction | 36 |

| | |
|---|-----------|
| . Variables socio-démographiques et cliniques pertinentes pouvant influencer les critères de jugement (variables indépendantes) | 37 |
| - Elaboration des questions permettant de recueillir ces informations et choix des réponses..... | 37 |
| - Ordre des questions, ne pas aborder les items sensibles d'emblée | 39 |
| Travail de traduction et test du questionnaire | 39 |
| . Traduction du questionnaire | 39 |
| . Passation-test | 40 |
| . Focus group | 41 |
| Choix de T0 et T1 | 42 |
| Aspects éthiques et réglementaires | 42 |
| Résultats | 44 |
| Analyse qualitative..... | 44 |
| . Caractéristiques de l'échantillon | 44 |
| . Analyse thématique..... | 45 |
| - Contexte global, violences structurelles..... | 48 |
| Conflit armé | |
| Traite humaine | |
| L'exil, l'accueil et la protection offerte par le pays refuge | |
| Désillusion – la liberté relative qu'offre parfois la protection sous le statut de réfugié | |
| Persécution liée au genre | |
| Persécution et violence liées à l'orientation sexuelle | |
| Persécution liée au fait d'être transgenre | |

| | | |
|---|--|----|
| | La religion | |
| | L'appartenance ethnique | |
| - | Institutions | 58 |
| | Recours au droit et à la justice | |
| | Accès aux informations socio-juridiques | |
| | Accès à l'emploi, aux formations, aux occupations | |
| | Accès au système de santé de droit commun | |
| | Prise en charge obstétricale et projection dans la parentalité | |
| | Préoccupation vis-à-vis du bien-être de ses enfants | |
| | Accès au programme Sindiane | |
| - | Conditions de vie..... | 68 |
| | Besoin matériel : logement, ressource financière | |
| | Lien relationnel : | |
| | Eclatement social : | |
| | . Séparation, perte et rejet | |
| | . Changement de rôle social ou d'état civil | |
| | Soutien communautaire : | |
| | . Cohésion familiale | |
| | . Créer un réseau social solide | |
| | . La langue du pays refuge | |
| | Soutien institutionnel | |
| - | Caractéristiques individuelles | 75 |
| | Expériences de traumatismes | |
| | Le combat identitaire, la liberté d'être soi | |
| | Pouvoir d'agir | |
| | Vécu positif | |
| | L'incertitude sur l'avenir | |

| | |
|---|---------|
| Analyse quantitative | 79 |
| . La faisabilité | 79 |
| . L'acceptabilité..... | 80 |
| . Description des données recueillies | 80 |
| - Par le questionnaire | 80 |
| - Par les échelles | 83 |
| Discussion | 85 |
| Conclusion | 94 |
| Bibliographie | 96 |
| Annexes | 103 |
| Annexe 1 | 103 |
| Prospectus et affiche de communication du programme Sindiane | |
| Versions arabe, anglaise et française | |
| Annexe 2 | 106 |
| Article de la revue Rhizome, Décembre 2018 n° 69-70 « <i>Soigner le</i> | |
| <i>traumatisme ?</i> » | |
| Aubas C, Loris O, Grard J, Tinland A. « <i>Sindiane, un programme communautaire</i> | |
| <i>pour personnes migrantes arabophones</i> » | |

| | |
|---|------------|
| Annexe 3 | 108 |
| Grille de structure des entretiens semi-dirigés | |
| Annexe 4 | 111 |
| Lettre d’information pour la participation à l’étude évaluation, version en arabe | |
| Annexe 5 | 112 |
| Lettre d’information pour la participation à l’étude évaluation, version en français | |
| Annexe 6 | 114 |
| <i>Refugee health screener – 15, version en arabe</i> | |
| Annexe 7 | 118 |
| <i>Refugee health screener – 15, version en français</i> | |
| Annexe 8 | 122 |
| Autorisation d’utilisation de l’échelle <i>Refugee health screener – 15</i> | |
| Annexe 9 | 123 |
| Echelle « <i>auto-efficacité généralisée</i> », version en arabe | |
| Annexe 10 | 124 |
| Echelle « <i>auto-efficacité généralisée</i> », version en français | |
| Annexe 11 | 125 |
| Questionnaire réalisé pour l’étude : données socio-démographiques, éléments cliniques pertinents, attentes et bénéfices ressentis du programme, satisfaction, suggestions | |
| Résumé et 4^e de couverture..... | 139 |

Sigles et acronymes

Utilisés dans notre travail, par ordre alphabétique :

ADA : Allocation pour demandeurs d'asile

AMPIL ou A-m-p-i-l : Association humanitaire d'entraide et d'actions sociales

APA : Association Américaine de Psychiatrie

ARDHIS : Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et transsexuelles à l'immigration et au séjour

ASMAJ : Association de Soutien à la Médiation et aux Antennes Juridiques

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Médicale Universelle - de base

CMU-C : Couverture Médicale Universelle - Complémentaire

CNDA : Cours Nationale du Droit d'Asile

Comede : Comité pour la santé des réfugiés

DSM : Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. DSM – V, signifie la 5^e édition.

ESPT : Etat de stress post traumatique

FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IMAJE santé : Information Marseille Accueil Jeunes Écoute Santé s'adressant à un public de 12 à 25 ans

JUST : *Justice and Union toward Social Transformation*

LGBT : Lesbienne, gay, bisexuel, transgenre

MDS : Maison de la Solidarité

NHC : *National Health Care*

OFII : Office Français Immigration Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OSIRIS : Association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique

PADA : Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RSA : Revenu de solidarité active

SIAO : Service Intégré Accueil Orientation

TSPT : Trouble de stress post traumatique

Contexte

Il m'a toujours semblé que pour qu'un soin soit le plus adapté possible pour un usager des services de santé mentale, la compréhension et la prise en considération de son contexte environnemental singulier étaient absolument incontournables. Le parcours de vie, les expériences, les déplacements ont une intrication forte avec la santé mentale, et les modalités d'accompagnement doivent s'ajuster à ces particularités.

Je vais illustrer ce propos au travers de l'étude d'un programme destiné à des personnes dont la situation géopolitique, l'appartenance à un groupe culturel, identitaire, les traumatismes communs ou individuels constituent autant d'éléments de contexte.

Définitions : migrants, exil, exilés, demandeurs d'asile, réfugiés.

Migrant

De la recherche d'un monde meilleur à la fuite de situations de violence, d'indignité ou de persécution, celles et ceux que l'on nomme les « migrants » emportent un bagage qui peut être lourd et traumatique, mais laissent derrière eux leur milieu de vie, une partie de leur entourage, leur chez-soi et autant de choses qui leur sont chères. Il s'agit de toute personne résidant en France née étrangère dans un pays étranger. Un immigré peut être étranger, ou avoir acquis la nationalité française

Exil, exilé

On parle d'exil pour mettre en avant la notion de contrainte (1,2), et notamment psychologique, dans la migration d'une personne, une contrainte instaurée par un conflit politique, ethnique ou religieux, des persécutions, des violences ou tortures dans le pays d'origine.

Demandeur d'asile

Une personne demandeuse d'asile est, au sens juridique une personne dont la demande de protection à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) en application de

l'article 1^{er} A2 de la convention de Genève du 28 Juillet 1951 (3) est en cours dans le pays refuge (1,2).

Réfugié

Au sens de réfugié selon la convention de Genève de 1951 s'entend une personne « qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un 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 ». Au sens juridique, il s'agit d'une personne ayant obtenu la reconnaissance et le bénéfice de la protection du pays d'accueil (1,2).

Dans notre étude, nous nous intéresserons au groupe de personnes unies par une expérience d'exil et une même situation administrative à savoir les demandeurs d'asile et les réfugiés. Bien qu'étant hétérogène, il constitue un ensemble de personnes vulnérables en termes de santé mentale, de situations socio-économiques, judiciaires ainsi que de mise à l'épreuve de leur propre identité. Ce sont des personnes confrontées à la violence, à des parcours migratoires souvent chaotiques et traumatiques, pour lesquels il reste encore beaucoup d'actions à mettre en œuvre.

L'accueil des exilés, demandeurs d'asile et réfugiés par le pays refuge

Le nombre de réfugiés suite aux crises mondiales atteint des niveaux sans précédent, et constituent un nouveau défi des politiques de santé mentale (4). En Europe, la situation géopolitique au Proche-Orient a entraîné un afflux important de personnes migrantes, parmi lesquelles de nombreux demandeurs d'asile. D'après le ministère de l'intérieur, la France avait déjà enregistré 85 726 demandes d'asile en 2016.

Le devoir du pays refuge est de faire, avec l'ordre préétabli qui y règne, place à l'arrivant, de lui faire accueil, c'est-à-dire de lui garantir une liberté d'accès aux droits fondamentaux, notamment socio-judiciaires et sanitaires. Mais dans le contexte géopolitique actuel (5), où le besoin d'accueil des migrants en demande d'asile ne cesse de croître, ce sont surtout les déficiences du dispositif d'accueil qui ont été pointées (6), en dépit de quelques

améliorations ponctuelles, ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics. Les demandeurs d'asile eux-mêmes, lorsqu'ils sont interrogés soulignent un manque important sur le plan de la santé mentale, ainsi qu'un accès limité aux informations (7).

Face à ces besoins, des moyens commencent à se mettre en œuvre. Des associations spécialisées, par l'intermédiaire du rapport Primo Levi en 2018 (1), ont recommandé notamment d' « encourager la production de savoirs de données et d'enquêtes concernant les personnes exilées, leur parcours et leur souffrance psychique » ; de « promouvoir le travail en réseau et la pluridisciplinarité (le volet social, juridique, médical somatique et psychologique / psychiatrique) dès le premier contact » ; de « promouvoir et de financer le recours à l'interprétariat professionnel ; et enfin d'améliorer la connaissance et la prise en compte des effets des troubles psychotraumatiques ».

Des organismes (associations et organisations non gouvernementales) sont impliqués sur la région Provence Alpes Côtes d'Azur sur les thématiques de l'aide juridique, comme la Cimade ou le Comede (comité pour la santé des réfugiés) et du soutien psychologique des personnes migrantes, c'est le cas des associations ASMAJ (Association de Soutien à la Médiation et aux Antennes Juridiques), OSIRIS qui promeut des soins aux personnes victimes de traumatismes induits par l'homme, IMAJE santé s'adressant à un public plus jeune, de 12 à 25 ans, et Médecins du Monde. Ils poursuivent les actions dans ce sens mais avec un manque cruel de moyen, s'appuyant bien souvent sur des bénévoles et sont dans l'impossibilité de satisfaire toutes les demandes.

Déterminants de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés

Les déterminants de la santé mentale, selon la définition de l'OMS (8) comprennent l'ensemble des facteurs : « individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté. » En fonction de ces facteurs, la vulnérabilité et le risque de souffrir de troubles mentaux peuvent varier.

Comme le montre la littérature, la santé mentale de ces hommes et de ces femmes est influencée à long terme à la fois par les événements prémigratoires, le parcours d'exil et leur situation post migratoire (9). De nombreux événements de vie liés à la violence interviennent dans le parcours de ces personnes en exil : des discriminations, des stigmatisations, des persécutions, la détention, des traitements inhumains et dégradants dont ils peuvent être victime ou témoin, de violence, de torture, des sévices sexuels ; de nombreuses pertes (humaines, matérielles, du statut social) ; le deuil culturel ; les situations d'insécurité avec incertitude sur l'avenir, la limitation dans l'exercice des droits civils et politiques et l'accès réduit aux services sanitaires, sociaux et juridiques, à l'éducation, à l'emploi.

C'est l'ensemble de ces facteurs qui peuvent altérer le bien-être psychique et exacerber une pathologie mentale préexistante (10). Une étude réalisée en 2009 au Royaume-Uni a montré l'aggravation de la symptomatologie du syndrome post-traumatique en cas de difficultés dans le pays d'arrivée de la migration (11). En Italie, l'étude de *Aragona M. et al* de 2013 (12), met en avant que les facteurs les plus associés au psychotraumatisme étaient l'isolement, le faible accès à un service médical d'urgence, à du counseling c'est-à-dire une aide pour mieux vivre leur quotidien au niveau relationnel, émotionnel, économique et sanitaire.

L'exposition à des facteurs de stress dans le pays d'origine est souvent très importante. Dans le cas des réfugiés syriens, une étude réalisée en Grèce évaluait à près de 80 % le taux de celles et ceux ayant subi au moins un événement violent (13). Dans les chiffres du Comede (14) entre 2012 et 2016, les violences extrêmes sont plus fréquentes chez les femmes et les demandeurs d'asile. Parmi les demandeurs d'asile reçus en consultation 79% déclarent des antécédents de violence, 20% des antécédents de torture et 17% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Les conditions de vie post migration sont aussi impliquées, notamment les condition sociales et administratives pendant leurs premiers mois en terre d'exil (15).

Santé mentale et migrants, demandeurs d'asile et réfugiés

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. C'est un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie : sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale. Elle nous permet d'agir, de réaliser notre potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et d'apporter une contribution à la communauté. Elle est

influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

La santé mentale, comme d'autres aspects de la santé, peut être influencée par les déterminants sociaux décrits précédemment sur lesquels il est possible d'agir par des stratégies globales de promotion, de prévention et de traitement mobilisant l'ensemble de l'appareil gouvernemental.

Les troubles psychiques graves sont fréquents chez les exilés récemment arrivés en France et en situation de migration contrainte (16). Dans les études scientifiques, on observe qu'il est difficile d'obtenir une prévalence fiable obtenue avec une méthodologie rigoureuse et représentative sur les pathologies mentales sévères spécifiquement chez les demandeurs d'asile et les réfugiés. Les groupes présentent une grande hétérogénéité de résultats dans les études méta-analytiques (8,16). Ces études rapportent des prévalences allant de 4.4% à 86% pour les épisodes de stress post traumatique (ESPT), de 2.3% à 80% pour les épisodes dépressifs majeurs, de 20.3% à 88% pour les troubles anxieux non spécifiés. Cette hétérogénéité peut s'expliquer par le fait notamment qu'il n'y a que peu d'outils d'évaluation validés pour les migrants, par la durée variable des déplacements ou la barrière de la langue pour l'entretien. On estimerait qu'un réfugié sur dix souffrirait de trouble de stress post traumatique dans les pays développés (17) voire deux sur dix (18). La prévalence est estimée à 1,1 à 2,9% dans la population générale européenne (19). En ce qui concerne les épisodes dépressifs caractérisés, il s'agirait d'un réfugié sur vingt, et 1/25 pour les troubles anxieux généralisés. En termes de pathologie psychotique, une prévalence à 2% des réfugiés (intervalle de confiance allant de 1 à 6% avec un $p=0.89$) sur deux études comprenant 226 réfugiés (17). La revue de la littérature « *Mental health in immigrants versus Native Population* » (20), qui ne se centre pas uniquement sur les demandeurs d'asile et réfugiés mais sur les migrants au sens plus large, montre que la migration a un effet significatif sur le développement de troubles psychiques, et qu'il dépend des conditions de migration et de vie dans le pays d'accueil.

Les demandeurs d'asile et réfugiés souffrent donc plus fréquemment de troubles psychiatriques et notamment d'ESPT que la population générale du pays où ils vivent.

Troubles psychotraumatiques : définitions, nosographie, psychopathologie

Événement traumatique, trauma, traumatisme, trouble de stress post-traumatique, trouble psycho-traumatique, psycho-traumatisme complexe

Bien qu'observés et rapportés depuis l'antiquité, les retentissements des traumatismes psychiques sont appelés pour la première fois en 1884 par le psychiatre H. Oppenheim comme « névrose traumatique ». L'« état de stress post traumatique » (ESPT) arrive avec la 3^e version du Manuel diagnostique et statistique de l'association américaine de psychiatrie (APA) en 1980 puis deviendra ensuite « trouble de stress post traumatique ». En 1994 l'APA reconnaît l'« état de stress aigu » qui se développe pendant l'événement traumatique ou pendant le mois qui le suit. Ces troubles sont fréquents, la prévalence vie entière en population générale de l'ESPT étant de 1% avec un sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme (21). Dans l'enquête américaine « *National Comorbidity Survey* », la prévalence vie entière est de 5% pour les hommes, 10.4% pour les femmes (22) avec une association forte avec d'autres troubles anxieux que sont les troubles anxieux généralisés, les troubles paniques et les troubles phobiques.

Le vocabulaire autour du psycho traumatisme est varié et nécessite un éclairage des significations. Le trauma correspond à une blessure psychique rencontrée au moment où la personne fait l'expérience de sa mise en danger physique et psychique, entrevoit sa mort, ou celle d'autrui. Le traumatisme est le vécu subjectif et effets psychique en réponse au trauma.

L'événement traumatique

On peut distinguer deux types d'événements traumatiques : ceux qui sont non intentionnels, comme les catastrophes naturelles, les accidents, et ceux qui sont intentionnels, comme les agressions, les actes terroristes. Le type d'événement est un facteur de risque (23). En effet, les violences inter personnelles sont plus pourvoyeuses de psycho traumatismes.

La période péri-traumatique immédiate

Nous aborderons ici avec la notion d'*effroi*, qui est défini dans le vocabulaire de la psychanalyse (24) comme « la réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de le maîtriser. » Josef Breuer et Sigmund Freud (25) parlent d'« une condition qui paralyse la vie psychique, empêche l'abréaction et favorise la formation d'un « groupe psychique séparé ». Ils introduisent ainsi, ce qui deviendra la notion de dissociation

péri traumatique, définie par Muriel Salmona (26), comme un « état de conscience modifiée probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue ». Il peut alors se produire pendant un instant, une absence d'affect, de compréhension, le sujet est figé, l'effroi lui retire la possibilité de penser et ressentir. La personne est alors « hors d'elle » et perd contact avec la réalité, la pensée est suspendue. La présence de cet effroi dans un récit de trauma représente l'effraction traumatique. Il serait un facteur prédictif du développement ultérieur d'une pathologie post traumatique (27).

Une symptomatologie post-traumatique latente puis constituée

L'ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (28) décrit et classe les troubles mentaux. Le trouble de stress post traumatique (TSPT) se trouve dans la 5^e édition du DSM dans la catégorie des troubles anxieux et plus particulièrement des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Ces définitions du DSM permettent de faire reconnaître l'TSPT dans le monde entier, étant une pathologie mentale fréquente et aux conséquences parfois majeures sur la santé mentale des personnes. La description précise et consensuelle permet également de partager un langage commun international pour les étudier, en recherche clinique et épidémiologique. Elle est centrée sur l'observation de comportements et de symptômes et ne recherche pas la compréhension des processus dynamiques sous-jacents, pourtant importants à mettre en évidence en clinique. En effet, les symptômes d'état de stress post traumatique peuvent être envisagés comme la réponse à l'excès d'informations reçues, lors de l'expérience traumatique. Ils seraient maintenus par la difficulté à intégrer ces nouvelles données au sein du réseau associatif de la psyché du sujet et de leur donner un sens. Enfin, chaque présentation d'une personne souffrant un TSPT est une clinique singulière, d'une sémiologie spécifique complète à un tableau clinique ne comportant que quelques éléments, et cela ne présage pas de la souffrance vécue par la personne. Afin d'utiliser un terme le plus large et englobant possible pour décrire la clinique post traumatique, il paraît plus juste d'adopter celui de « troubles psycho- traumatiques ».

Critères diagnostiques du Trouble de Stress Post Traumatique dans le DSM V (28)

Selon le DSM, à compter d'un mois après l'évènement et si les troubles durent au moins un mois, l'état de stress post traumatique est constitué. Avant ce délai, on parle d'état de stress aigu. Le diagnostic se fonde sur huit critères ou groupes de critères : (chez l'enfant de plus de 6 ans, l'adolescent et l'adulte)

A. Exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à de la violence sexuelle, soit :

- en étant exposé directement,
- en étant témoin direct
- en apprenant qu'un tel événement traumatisant s'est produit envers une personne chère
- en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants d'un événement.

B. Présence d'un ou des symptômes envahissants suivants, associés à un ou des événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants provoquant un sentiment de détresse
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'évènement/aux événements traumatiques.
- Réactions dissociatives (*flashbacks* au cours desquels le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire)
- Sentiment de détresse psychologique intense et prolongée lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du/ des traumatismes en cause.
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Comportements d'évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne l'une ou deux des manifestations suivantes :

- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées, sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
- Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, pensées, sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

D. Altération négative des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comprenant au moins deux des sept symptômes suivants :

- Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (en raison de l'amnésie dissociative) persistance de croyances négatives ou d'attentes exagérées face à soi-même, aux autres, ou au monde en général
- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (exemple : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne »)
- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'événement traumatique amenant le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
- Persistance d'un état émotionnel négatif
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- Incapacité persistante à éprouver des émotions positives.

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques et comprenant au moins deux des six symptômes suivants :

- Comportement irritable et accès de colère (sans provocation) s'exprimant par des agressions verbales ou physiques envers des personnes ou des objets
- Comportement irréfléchi ou autodestructeur
- Hypervigilance
- Réaction de sursaut exagérée
- Problèmes de concentration
- Perturbation du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité).

F. La durée des perturbations liées aux critères B, C, D et E est de plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les dimensions sociales, professionnelles, ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un autre état pathologique.

Le diagnostic peut également inclure des symptômes dissociatifs, qui doivent être spécifiés :

- Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi-même, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps.
- Déréalisation : expérience persistante ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement.

Il précise l'existence d'un état de stress post traumatique (ESPT) à « expression différée » : si l'ensemble des critères diagnostiqués n'est présent que 6 mois après l'événement.

La description clinique des états de stress post-traumatiques proposée par le DSM s'appuie sur l'existence d'un événement qui a impliqué une menace de mort ou d'intégrité physique (critère A). Elle décrit le syndrome de répétition pathognomonique de cette pathologie (critère B), les diverses manifestations d'évitement des stimuli associés au trauma (critère C), une distorsion cognitive et thymique (critère D), l'hyper vigilance (critère E) et une altération des fonctionnements sociaux et occupationnels (critère G).

Le psychotraumatisme complexe

Le psycho traumatisme complexe peut se définir comme l'accumulation de plusieurs traumatismes répétés ou prolongés (29). Ils se superposent entre eux, parfois dans un contexte d'amnésie traumatique ou d'hypermnésie paradoxale (30). Ces traumas successifs aboutissent à des troubles du comportement, des conduites, de l'humeur ou à des symptômes non spécifiques rendant le tableau clinique cumulatif, tardif et d'expression psychiatrique complexe, sans exposition toujours évidente. Ce diagnostic n'a pas de correspondance CIM, il se rapproche de F62.0 « modification durable de la personnalité ».

Les troubles somatoformes

Les plaintes somatiques et troubles somatoformes sont fréquents chez les sujets psycho traumatisés (31). Les plaintes somatiques peuvent être envisagées comme une forme de langage, d'appel à l'aide non traduisible en mots.

Offre actuelle en direction de ce public : insuffisante, tardive et aspécifique

Comme cité plus haut, la situation géopolitique étant actuellement en crise, les besoins des personnes demandeuses d'asile et réfugiés augmentent de façon importante et sont une problématique de santé publique et notamment de santé mentale à surmonter. Une analyse comparative de l'impact de cette crise humanitaire pour les différents pays européens a été réalisée par la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, organisation non gouvernementale européenne). Le rapport (32) note en 2016 en particulier pour la France que si les demandeurs d'asile ont accès au système de soins « généraliste », ils ne bénéficient pas d'interventions ciblées. Or plusieurs revues de la littérature internationale mettent en évidence pour ce public une meilleure efficacité des thérapies brèves basées sur la narration par rapport aux autres approches et au système de soins de droit commun (33).

Malgré ces observations, le soutien humain nécessaire pour atténuer les événements difficiles (violences institutionnelles et interpersonnelles, discriminations, stigmatisation, incompréhension etc.) inhérents à la période post migratoire, voire pour en prévenir la survenue, demeure insuffisant. Les personnes concernées restent souvent dans une grande vulnérabilité sociale et psychique, avec une forte détresse émotionnelle et une utilisation très importante de services psychiatriques (34).

Un manque de dispositif d'intervention précoce

Actuellement, en France, peu d'actions existent en amont d'une prise en charge symptomatique psychiatrique. Seules les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) interviennent au décours immédiat de certains événements et peuvent être considérées comme des dispositifs préventifs. Elles ne sont cependant pas adaptées à la problématique des demandeurs d'asile, qui ont pu vivre des événements de survenue brutale, mais ayant eu lieu un certain temps avant leur arrivée, de façon répétée, comme des maltraitances, des expériences négatives ou traumatisantes liées à la migration elle-même et ayant eu lieu également à l'arrivée dans le pays refuge.

Lorsque le temps de la prévention est dépassé, que les troubles psychiques liés aux traumatismes sont installés, caractérisés, plus invalidants et source de souffrance, une prise en charge psychiatrique est nécessaire, mais celle-ci est rarement spécialisée.

Dans ce contexte, la question de déterminer le moment le plus juste pour l'intervention, le soutien ou le soin nous a semblé une question fondamentale et délicate. L'arrivée des exilés se fait dans l'urgence, mais la crise psychique, si elle existe, n'est pourtant pas nécessairement

aiguë ; y répondre en prodiguant des soins d'« urgence » serait réducteur au regard de la temporalité des charges traumatiques portées.

Des offres aspécifiques

La politique de santé actuelle apparaît inadaptée aux besoins spécifiques des migrants et notamment des demandeurs d'asile. En effet, la prise en charge du syndrome psycho-traumatique s'inscrit actuellement plutôt dans le parcours de soins public conventionnel, c'est-à-dire le service territorial, notamment ambulatoire dans les CMP (Centres médico-psychologiques), ainsi que l'hospitalisation de secteur ou les consultations en secteur privé.

Quant à l'accès aux informations sociales et juridiques, il est traité par les organismes mobilisés par l'Etat : plateformes d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés (PADA), travailleurs sociaux des centres d'hébergement de demandeurs d'asile (CADA), mais il est souvent considéré comme insuffisant en quantité et en qualité compte tenu des multiples rôles exercés par les référents de terrain.

Processus de résilience

Dans ce contexte, le développement de compétences psychosociales ciblées paraît fondamental pour ces personnes afin de favoriser leur résilience. La résilience est un processus dynamique et évolutif qui désigne l'aptitude à se remettre d'un traumatisme, à le surmonter pour continuer à vivre une existence relativement satisfaisante - aptitude caractéristique, selon le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, d'une « personnalité blessée mais résistante, souffrante mais heureuse d'espérer quand même » (35).

Le sujet doit transformer l'expérience de traumatisme, en lui donnant un sens et en le dépassant. Cette approche valorise les ressources, les facteurs de protection et les compétences des individus. Elle permet de se repositionner de façon nouvelle dans son rapport à soi, à la mort et au monde et de résoudre l'expérience traumatique.

Le parallèle avec le processus de rétablissement peut s'établir, dans la situation d'une personne souffrant d'une pathologie mentale avérée. Le rétablissement faisant référence à la possibilité de retrouver espoir, une autonomie personnelle, des liens sociaux et le sens de sa vie.

« Récit de vie »

Facteur traumatisant dans le cadre de la procédure actuelle de demande d'asile, il est à fort potentiel intégratif pour redonner à l'individu une continuité existentielle.

Le « récit de vie » est un élément clé de la procédure d'asile. Chaque demandeur d'asile doit fournir son récit de vie aux instances d'instruction de la procédure asile, qui le confronte à des éléments jugés objectifs pour en tester la véracité, puis discuter ces éléments lors d'une comparution devant un officier de l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cours Nationale du Droit d'Asile) en cas de recours après un refus OFPRA.

L'expérience montre qu'un certain nombre de demandeurs d'asile ne se sont jamais livrés sur les événements de vie traumatique qu'ils ont vécus. En effet, il arrive qu'ils n'aient ni l'entourage de confiance ou l'accès à un professionnel (soignant, psychologue, travailleur social par exemple) auprès duquel se confier, ni les possibilités d'élaboration sans l'apport de l'aide d'un tiers, ni celles de dépasser leur état de sidération psychique, pour décrire spontanément ce qu'ils ont vécu. Pour certains, le seul moment où ils vont raconter leur histoire de vie sera lors de ces comparutions, qui est souvent une expérience délétère en raison du contexte et des enjeux cruciaux de cette audience. D'une part, ils n'ont ni le temps ni la confiance nécessaires envers les personnes présentes pour se livrer. D'autre part, leur récit est jugé à l'aune de critères administratifs, juridiques et politiques. Les enjeux liés au traducteur ne sont pas travaillés par la justice et l'administration. Il peut y avoir des situations complexes : le traducteur et le requérant peuvent avoir pour origine des groupes ethniques en conflit, entraînant une non-adhésion du traducteur au récit avec un impact sur la traduction et la crédibilité des propos, ou encore certaines femmes victimes de violences liées au genre peuvent craindre de se confier lorsque le traducteur est un homme.

Compte tenu du potentiel de rétablissement que représente la narration de soi, la réappropriation de sa vie par le récit, et de son expérience délétère dans la procédure d'asile actuelle, il paraît important de pouvoir laisser aux personnes demandant l'asile une place plus importante aux récits de vie. Le programme Sindiane que je présente plus bas, tente de dépasser cette problématique en proposant à ces personnes qu'elles soient écoutées, accueillies sans jugement, et que le groupe accompagne les récits pour leur donner du sens, sous l'égide des

intervenantes pluridisciplinaires formées, ainsi qu'une psychologue qui pourra prochainement intervenir pour soutenir le groupe dans ce sens. Ces techniques peuvent se rapprocher d'une thérapie pour laquelle l'émergence de preuves d'efficacité est montrée (36).

La thérapie d'exposition narrative – *narrative exposure therapy*

La *Narrative Exposure Therapy* (NET) appartient aux thérapies cognitivo-comportementale focalisées sur le traumatisme, une stratégie d'exposition *in vivo* ou en imagination au souvenir traumatique pour diminuer les symptômes post traumatiques par habitude, auxquelles s'ajoute une thérapie par témoignage qui permettrait la reconstruction des souvenirs autobiographiques brisés. C'est une thérapie spécifique pour la population de personnes réfugiées en reconnaissant la tradition narrative commune à plusieurs cultures (37). Elle serait prometteuse pour permettre une intervention précoce, brève et pas nécessairement par un soignant spécialisé en santé mentale, et serait efficace pour diminuer l'intensité de la symptomatologie du TSPT chez des patients vivant dans des conditions précaires dans un pays développé (38).

L'approche communautaire

Prometteuse mais historiquement peu répandue en France

Il paraît fondamental de mettre en forme des alternatives innovantes pour une prise en charge spécifique de cette population des demandeurs d'asile ou réfugiés, qui ne soit pas une approche de soin généraliste, mais bien dans une approche spécifique, communautaire, et précoce du psycho traumatisme.

Un programme de santé mentale communautaire peut représenter un outil de réparation psycho-sociale (39) adapté aux situations post-traumatiques de grande ampleur comme les violences causées par l'Homme. En effet, au vu de l'ampleur du phénomène de migration contrainte et des besoins en soutien et prise en charge psychologique et psychiatrique de nombreuses personnes, les moyens humains et économiques ne permettent pas la mise en place d'une thérapie individuelle (40). D'autant qu'elle pourrait être inadaptée aux spécificités culturelles des personnes et risque de psychiatriser par excès. La reprise du lien social impliquant la justice, l'éducation et la santé, la possibilité de vivre en communauté qui a pu être

détruite au cours des événements traumatiques de conflits géopolitiques, apportent une perspective de soutien spécifique et adaptée aux demandeurs d'asile et réfugiés.

Des interventions précoces et de prévention ont déjà été évaluées positivement (41). Le cadre plus général de l'approche communautaire semble une forme adaptée pour accompagner les personnes engagées dans un processus de migration et qui souhaitent bénéficier de cette aide (41).

C'est une approche qui comprend l'auto-support qui signifie l'entraide par les pairs, qui se comprennent et se soutiennent du fait du partage d'une expérience et identité commune. La démarche est définie par la participation de la communauté à sa prise en charge, par réflexion et expression de ses besoins, et par l'implication active pour répondre à ceux-ci notamment l'accès au droit, aux structures de soin.

En France, le type d'approche communautaire est peu répandu, la tendance générale consistant plutôt à prendre en charge un individu en prenant peu en compte son appartenance à un groupe culturel singulier ou à une communauté en ne proposant que peu de flexibilité dans les prises en charge. Pourtant, les attentes de ces personnes migrantes en termes d'accompagnement et de soutien psychologique sont étroitement liées à un contexte d'arrivée qui leur est propre. Une prise en charge communautaire adaptée au niveau culturel et linguistique de cette population est mise en valeur par plusieurs études (42).

Dans les années 1980, dans le sillage de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie a popularisé des pratiques de « médiation culturelle ». Mais ces premières initiatives visant à gérer la « souffrance immigrée » ont pu être jugées culturalistes et stigmatisantes, tant pour la population immigrée que pour leurs descendants nés en France. Dans le contexte migratoire, l'offre de soins psychiatriques à destination des populations étrangères se heurtait principalement au déni des déterminants sociaux de la santé par le biais d'une pathologisation et d'une médicalisation de la culture des migrants (43).

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels ; des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des trusts dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le *National Health Care* (NHC). De nombreux travaux

de recherche ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. Ce dernier point est indispensable dans la mesure où nombre de personnes (mais pas forcément toutes) préféreront d'abord s'adresser à un des leurs, plutôt qu'à des étrangers auxquels ils se sentent redevables de leur accueil (44). Des individus déplacés et exclus peuvent retrouver une identité culturelle de groupe.

Sindiane, une intervention innovante

Groupe, femmes, LGBT, intervenantes paires, arabophones

Sindiane, ou سنديانة *Sindyana*, signifie le Chêne, au féminin. C'est un arbre symbolisant dans les pays arabes et spécifiquement en Syrie, la force, la robustesse, un chêne ne tombe jamais malgré les tempêtes successives et les autres désastres naturels qu'il peut subir. D'être à ses côtés serait un moyen de se sentir protégé et plus fort, de rester debout quelles que soient les épreuves que la vie mène à traverser. Ce terme a été pensé, proposé et illustré par l'une des intervenantes fondatrices du programme (*voir annexe 1*). Il est au féminin parce qu'il a été constitué par et pour des femmes.

Le programme Sindiane est issu de l'engagement d'une juriste française aux côtés d'un collectif de réfugiés pratiquant l'autosupport et du soutien psychosocial dans des camps de réfugiés en Grèce, ainsi que de ses expériences professionnelles en France et en Allemagne. Il s'est concrétisé initialement par sa rencontre avec une psychologue syrienne, puis une médiatrice en santé et une artiste pratiquant l'art thérapie. Conscientes de l'efficacité du groupe et de l'intérêt des logiques d'autosupport, elles ont créé ensemble le projet Sindiane. Le programme communautaire Sindiane est donc expérimental et récent. Il n'est financé que depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France, grâce au portage de l'association JUST (*Justice and Union toward Social Transformation*). Selon les principes de l'action communautaire, il s'ajuste continuellement aux besoins des bénéficiaires.

Les détails de l'action de Sindiane et ses enjeux ont été publiés dans la revue interdisciplinaire consacrée aux problématiques situées à l'interstice entre les champs de la santé mentale et de la précarité *Rhizome* par l'éditeur Orspere-Samdarra – Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés. L'article s'intitule « *Sindiane, un programme*

communautaire pour personnes migrantes arabophones », paru dans Rhizome « *Soigner le traumatisme ?* » 2018/3-4 (N° 69-70), avec pour auteurs : Caroline Aubas, Olga Loris, Julien Grard et Aurélie Tinland (*voir annexe 2*).

Au sein du programme Sindiane, les thématiques abordées au cours des ateliers en groupe sont : le recours aux informations sur le droit d'asile et le droit des femmes, sous forme d'atelier ou de permanence en français traduit en arabe, conduits par une juriste française spécialisée dans ce domaine ; l'expression artistique, art-thérapie animé en arabe par une artiste syrienne ayant déjà mené des groupes communautaires pour réfugiés à Istanbul en Turquie ; les ateliers bien-être qui consistent en la découverte de la ville de Marseille, exploration, culture, lieux clefs, et accompagnement avec interprétariat langue arabe – langue française pour les consultations médicales menée par une médiatrice de santé en arabe et français. Deux des trois intervenantes du programme ont vécu l'expérience de la migration forcée et du processus de résilience, elles ont également la même langue maternelle que les participantes ce qui permet d'être au plus proche et dans la compréhension mutuelle. Dans la logique communautaire l'intervention a pour objet de réunir sous forme d'ateliers initialement uniquement destinés aux femmes, arabophones, demandeuses d'asile ou réfugiées qui le souhaitent. Le programme est proposé de façon gratuite, sur deux jours par semaine tout au long de l'année. Un groupe s'est aussi créé pour des personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres) compte tenu de leur demande, liée à une forte stigmatisation et un fort rejet, ainsi que des besoins majorés en termes d'accès aux informations sanitaires, juridiques et d'entraide communautaire. Le récit de vie est abordé pour commencer dans un cadre juridique, en séance individuelle si besoin, puis en groupe. Au sein du programme Sindiane, sont abordés le parcours des participantes, les difficultés passées et présentes de ces dernières et, surtout, les moyens de les affronter, qu'elles soient administratives, légales ou existentielles.

La présence de réfugiées syriennes parmi les animatrices et co-porteuses du projet a un effet d'identification positive : « En échangeant avec des personnes positivement transformées par des traumatismes comparables, l'individu s'ouvre un champ du possible » (45).

Les moments de rencontre au sein des ateliers ont également pour but de créer une solidarité, un réseau d'entraide mutuelle. Les porteuses du projet mettent en avant l'autogestion, mais aussi la formation des participantes ayant des compétences ou une appétence pour le droit, l'art ou la psychologie, avec pour objectif de donner à ces femmes volontaires les outils leur permettant d'être un relais de l'information au sein de leur communauté et animer à leur tour

des ateliers. Les passerelles avec des dispositifs de soutien psychologique ou consultations spécialisées psychiatriques, individuels pour les bénéficiaires présentant des troubles plus caractérisés ou demandeurs se formalisent au fur et à mesure de la demande, l'orientation se fait actuellement au cas par cas avec les dispositifs de droits commun (CMP, psychiatre libéral, médecin généraliste, PASS). Le programme assure ainsi une fonction de repérage précoce et d'adressage spécialisé. La communication du programme se fait par le bouche-à-oreille de personnes ayant participé ou pas, par le biais d'informations auprès des centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (CADA) et d'associations soutenant les demandeurs d'asile. Au bilan à neuf mois, 61 personnes ont bénéficié des ateliers et des permanences juridiques de Sindiane, 37 des ateliers artistiques, 35 des ateliers bien-être.

Ainsi, le programme Sindiane est innovant par sa forme communautaire dans l'accueil et le partage, dans la transmission de connaissances sociojuridiques, dans l'accompagnement culturel et humain et par sa démarche préventive des psychotraumatismes, sources de souffrance ou potentielles pathologies psychiques. Il apporte un support solidaire pour une population ciblée en termes de besoins, en l'occurrence dans un premier temps, des femmes arabophones et personnes LGBT en demande d'asile ou réfugiées à Marseille. Il porte également l'espoir d'une vision plus sociale et adaptée de l'accueil de ces personnes en France et en Europe.

Hypothèse

Sindiane, le programme innovant communautaire de soutien précoce de personnes demandeuses d'asile et réfugiés est adapté aux besoins de ces personnes et peut, par un empowerment juridique, social et psychologique, l'auto-soutien par des pairs, un travail de narration de soi supportée par le groupe et les intervenants, avoir un impact sur la santé mentale de ces personnes, notamment sur la prévention des troubles psycho traumatiques.

Objectifs

Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact d'un programme communautaire comme Sindiane chez des personnes arabophones demandeuses d'asile en termes de prévention de l'apparition de nouveau trouble psychique en particulier de trouble psycho traumatique. Nous nous attèlerons au travail préliminaire de cette évaluation, à savoir l'étude de la faisabilité et de l'acceptabilité, et la détermination d'outils et d'un protocole pertinent de recueil d'information pour l'évaluation à venir du programme.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude pilote consistent à caractériser le public participant aux ateliers Sindiane et leurs besoins, et à mettre en lumière les apports du programme du point de vue de l'entraide et l'auto-soutien, de l'empowerment sociojuridique des bénéficiaires, d'expression artistique ou narrative, de la possibilité de constituer des bénéficiaires relais d'informations pour la communauté et de développer un partenariat avec les institutions compétentes.

Méthodes

Type d'étude

Dans la revue de la littérature que nous avons réalisée, il n'existe pas d'étude du même type, c'est-à-dire préliminaire à l'évaluation d'un programme de ce type, s'adressant à cette population spécifique.

La première étape de notre travail de recherche est **une période exploratoire** au cours de laquelle nous nous sommes attelés à une analyse bibliographique systématisée, puis à une participation active aux ateliers du programme Sindiane pendant cinq mois de Novembre 2018 à Mars 2019. Lors de la partie exploratoire empirique, notre action a consisté à expérimenter les ateliers avec les intervenantes et les bénéficiaires. Il s'agissait de l'observation, l'écoute et la compréhension empathique des participants et des dynamiques de groupe, ayant nécessité ma présence et ma disponibilité ; de nombreux échanges avec les participants autour de leur vécu, leurs difficultés notamment d'ordre psychique, existentielle, administrative dans leur environnement actuel, leurs demandes et leurs attentes vis-à-vis d'un programme communautaire leur étant destiné. J'ai pu appréhender, discuter ces éléments exprimés et perçus de façon informelle pendant les ateliers que nous coanimions avec la juriste et l'art-thérapeute, ainsi qu'au cours d'accompagnements de participants dans les structures médico-sociales et enfin pendant les temps de réflexion communs avec les intervenantes sur les contenus des ateliers, leurs sens, leurs objectifs, les problématiques soulevées et les moyens d'y parer.

A l'issue de ce travail exploratoire, un étude pilote observationnelle monocentrique a été réalisée auprès des participants du programme Sindiane à Marseille. En effet, après cette phase d'immersion et de réflexion, ont émergé les éléments d'une grille d'entretien semi-structuré et les lignes constitutionnelles du questionnaire à créer et une piste pour la sélection des échelles les plus pertinentes et adaptés afin d'élaborer un outil pertinent de recueil d'informations pour l'évaluation du programme Sindiane.

Nous avons donc mobilisé une **méthodologie mixte et complémentaire : qualitative et quantitative**.

Le choix d'utiliser une **approche qualitative** pour notre étude paraît justifié premièrement au regard du caractère innovant de ce dispositif, car elle permet par sa portée inductive d'avancer dans la preuve du concept, et deuxièmement au regard de nos objectifs, puisque l'approche qualitative d'inspiration sociologique employée permet de recueillir des éléments de compréhension sur les phénomènes sociaux, en s'appuyant sur l'expérience rapportée des acteurs concernés, leurs ressentis, leurs positions, leurs actions et interactions dans ce contexte.

La partie qualitative est constituée d'entretiens semi-structurés menés auprès des bénéficiaires, ainsi que d'un *focus group* (ou groupe de discussion).

La partie quantitative a consisté en l'identification de variables d'intérêts, de leur formulation, et leur traduction en arabe. Elle a constitué en l'identification d'outils de mesure adaptés pour deux indicateurs de résultats particulièrement pertinents.

La conception du questionnaire a mobilisé des méthodes quantitatives épidémiologiques classiques : revues de la littérature, identification des déterminants et des indicateurs de résultats, comparaison des différents outils de mesure, sélection et enfin test auprès des participants. Le volet quantitatif est complémentaire à celui qualitatif en cela qu'il permettra d'obtenir une vision plus globale (recueil de données standardisé et systématique auprès des participants), précise (outils de mesure choisis avec réflexion et adaptés), et complexe (déterminants introduits dans l'analyse) de l'évaluation de l'efficacité du dispositif auprès de cette population spécifique.

Population d'étude

Population cible

La population cible est celle des personnes migrantes qui sont en procédure d'asile ou ayant obtenu le statut de réfugié ou une protection subsidiaire en France.

Population source

La population source est l'ensemble des femmes ou des personnes LGBT arabophones demandeuses d'asile ou réfugiées ou ayant obtenu le statut de réfugié, vivant à Marseille ou

dans la région, invitées à participer au programme Sindiane à Marseille par une information libre,.

Critères de sélection

Les critères d'inclusion sont les suivants : Être une femme ou une personne LGBT (femme ou homme), migrante, arabophone, en procédure d'asile ou réfugiée en France, ayant participé à au moins un groupe du programme communautaire Sindiane ; qui accepte de participer à l'étude après information orale et écrite (*voir en annexe 4 et 5 : "lettre d'information à la participation d'une étude évaluative"*) des modalités et des enjeux ; ayant des facultés intellectuelles et de discernement suffisants pour comprendre l'étude ; ayant 18 ans ou plus.

Les critères de non inclusion sont les suivants : Être une personne qui n'est pas en demande d'asile ni réfugiée ni ayant obtenu une protection subsidiaire ; ne souhaitant pas participer à l'étude ; ayant des difficultés intellectuelles ou de discernement ne lui permettant pas de comprendre l'étude ; ou ayant moins de 18 ans.

Les critères d'exclusion sont les suivants : Retrait du consentement au cours de l'entretien ou de la réalisation des échelles ou questionnaire.

Phase d'étude qualitative

Entretiens semi-structurés

Echantillonnage, nombre de sujet nécessaires

Les personnes incluses dans l'étude ont été recrutées au sein des ateliers du programme Sindiane à Marseille entre Janvier et Mars 2019. Elles vivent toutes à Marseille bien que le programme et l'étude soient ouvertes à des personnes habitant dans la région. J'ai personnellement et directement proposé aux personnes répondant aux critères d'inclusion et ne présentant pas de critère d'exclusion, de participer à l'étude. Cette proposition était réalisée quand elles venaient aux ateliers de Sindiane, aidée par un interprétariat physique si besoin, par l'une des intervenantes. La sollicitation s'est formulée de manière la plus naturelle et naïve possible, en insistant sur le caractère non obligatoire de la participation à l'étude sans besoin de justification. Si leur accord éclairé, après information orale et écrite des modalités et enjeux de l'étude (*voir en annexe 4 et 5 : "lettre d'information à la participation d'une étude*

évaluative”), était obtenu, une date de rencontre était convenue et rappelée par messages et appels sur leur téléphone personnel en langue maternelle. Une seule personne à qui il avait été proposé de participer à l’entretien n’a pas accepté, du fait du manque de disponibilité pour le réaliser pendant cette période.

Le nombre de sujets nécessaires correspond au nombre de patients permettant d’arriver à saturation des données, c’est-à-dire lorsqu’aucun nouveau thème, sens, ou catégorie d’analyse n’apparaît dans les entretiens. Au contraire, les concepts émergents se répètent et se confirment. En se basant sur l’expérience de professionnels en santé publique, sociologie et anthropologie et sur la littérature, nous avons anticipé un nombre de sujets nécessaires compris entre 5 et 10.

Recueil de données

Les entretiens semi-structurés ont été effectués sur la base d’une grille ou canevas d’entretien (*voir en annexe 3*) élaboré après le travail exploratoire cité précédemment.

La grille est structurée selon quatre thèmes clés :

- Trajectoire de vie personnelle : période pré-migratoire, parcours d’exil, situation post-migratoire.
- Santé mentale : pathologie mentale connue, rencontre ou recherche d’aide par un professionnel de santé mentale, prise en charge éventuelle, souffrances actuelles, manifestations psychiques ou physiques repérées par le participant ou l’observateur, ceux mis au premier plan, signes mis en relation avec un ou une succession d’événements vécus comme traumatiques, modification des rapports sociaux, du sens donné au cours de la vie ;
- Attentes initiales et bénéfices ressentis du programme : soutien social, pouvoir d’agir, accès à ses droits et à ses libertés, empowerment juridique
- Satisfaction : satisfaction par rapport aux ateliers, désir de le conseiller à d’autres, projet de soutenir ses pairs, et enfin suggestions d’amélioration.

A chaque thème, une série de questions ouvertes permettant d’orienter l’entretien et d’en obtenir les éléments recherchés pour l’étude a été déclinée (*voir « grille d’entretien » en annexe 3*). Cependant, cette grille n’est pas physiquement présente pendant l’entretien, elle sert à la

préparation de l'entretien, pour avoir en tête des questions de relance, des formulations justes et adaptées. Il s'agit ainsi d'un guide flexible et dynamique, qui a été modifié au cours des entretiens pour s'ajuster aux participants à l'étude et pouvoir en exploiter au mieux par la suite les éléments apportés.

La relation de confiance travaillée et mise en place pendant la partie exploratoire, au cours de laquelle les participants m'ont repérée comme une personne aidante et fiable, a été un avantage précieux pour la qualité des entretiens recueillis au vue de la difficulté du sujet échangé et du niveau d'intimité de leur vécu à partager. Ces échanges ont été réalisés avec l'aide d'un interprétariat, physique ou téléphonique, dans la majorité des cas.

Les conditions de recueil de données ont été expliquées avant que la personne ne décide ou pas d'accepter de participer. Ils ont été repris en introduction de l'entretien, ainsi que par la lecture de la lettre d'information simple ou accompagnée par une lecture traduite (*lettre d'information en Arabe en annexe 4, en Français en annexe 5*), avec possibilité de poser des questions la concernant. **La lettre d'information** présente l'enquêteur, ses affiliations insitutionnelles, le contexte de l'étude, ses objectifs et modalités, le principe de participation volontaire et non obligatoire, la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies. Nous avons souligné systématiquement à l'oral la possibilité d'y renoncer à tout moment sans conséquence pour eux ni pour l'étude, la garantie de l'anonymat et de la confidentialité. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de la personne interrogée, pour permettre la retranscription des informations. Tous les entretiens ont été réalisés dans les bureaux des locaux de l'association AMPIL (association humanitaire d'actions sociales) dans le centre-ville de Marseille, 1^e arrondissement. L'AMPIL est une association d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile au niveau du logement et des démarches sociales. C'est un lieu connu des participants, calme et ressource, puisque c'est le lieu où se déroulent les ateliers de Sindiane.

La question de l'interprétariat (46, 47)

La question de l'interprétariat a été pensée avec intérêt avant la réalisation des entretiens afin de constituer des situations d'échange propices et bénéfiques au recueil de données. La traduction en arabe de Syrie a été réalisée pour les trois premiers entretiens par une des intervenantes de Sindiane, physiquement présente. C'est une personne de confiance pour ces

premiers participants qui ont tenu à ce que l'interprétariat se fasse avec elle. Les suivants ont été réalisés par un interprétariat téléphonique professionnel en arabe syrien (48), et le dernier en Français sans interprétariat avec une participante dont le Français est une de ses deux langues maternelles.

Analyse de données

Chaque entretien a été retranscrit fidèlement dans son intégralité en suivant l'enregistrement audio sous forme de verbatims au moyen d'un logiciel de traitement de texte. Les éléments de l'environnement pendant l'entretien, atmosphère, réactions émotionnelles et communication non verbale étaient également notifiés.

Des catégories ou thématiques ont été extraites par lectures successives et réflexions critiques autour des verbatims et du contexte de leur expression. Le terme de *catégorie* ici employé désigne un mot ou une expression qui se réfère à un phénomène social, culturel ou psychologique. Nous nous sommes appuyés sur des connaissances théoriques en termes de psychopathologie psychiatrique, facteurs psychosociaux interagissant avec la santé mentale ainsi que des éléments sociologiques pour dégager et étudier les catégories. Une analyse thématique a ainsi été réalisée, d'abord individuelle pour chacun des entretiens ; puis une analyse transversale a été réalisée pour regrouper les données évoquées en thèmes et sous thèmes.

Phase d'étude quantitative

Sélection d'échelles, construction d'un questionnaire

Les critères de jugement en lien avec les objectifs du programme Sindiane (variables dépendantes)

Nous avons identifié par le travail exploratoire précédemment cité des variables pertinentes à recueillir pour l'évaluation de Sindiane. Une revue de la littérature a été conduite sur les outils permettant d'évaluer les objectifs. Les échelles retenues l'ont été en fonction à la fois de leurs caractéristiques psychométriques et de leur validation en langue arabe.

- *Refugee Health Screener 15 (RHS-15)*

L'échelle *Refugee Health Screener-15* permettra d'évaluer la santé mentale des participants.

Cet outil de *screening* des troubles mentaux est spécifique de la population des réfugiés, auprès de laquelle il a été validé (49). Le RHS-15 ne se limite pas aux troubles psychotraumatiques. C'est un outil sensible (90% pour le diagnostic de PTSD (*post traumatic stress disorder* – trouble de stress post traumatique) mesuré par des items issus du *Harvard Trauma Questionnaire* et du *New Mexico Refugee Symptom Checklist-121*; à 100% pour les diagnostics d'anxiété et de dépression mesurés par les sous échelles du Hopkins Symptom Checklist-25 (50)) et spécifique (91% pour l'anxiété, 93% pour la dépression, et 94% pour le PTSD). Il aborde également les troubles somatoformes.

Le RHS-15 comprend 15 items. Les 14 premiers sont évalués sur une échelle de Likert à 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Un score global peut être obtenu, allant de 0 à 56 pour les items de 1 à 14, et de 0 (aucun) à 10 (extrême) pour l'item 15 qui est un « *thermomètre* », « *échelle de problèmes émotionnels* ». Les scores les plus élevés correspondent à des niveaux plus importants de troubles psychiques. La positivité est admise si on obtient un score global supérieur ou égal à 12 pour les items de 1 à 14 ou un résultat de l'item 15 supérieur ou égal à 5 points sur 10.

Cet auto-questionnaire robuste est court, il peut être réalisé en 5 à 10 minutes (51), il est simple et disponible en arabe.

La possibilité de le remplir individuellement en auto-questionnaire est un atout en terme d'acceptabilité. Il est adapté à la population cible et au contenu identifié. Il concerne en effet des signes cliniques et du vécu subjectif qui n'ont peut-être pas encore été abordés par les enquêtés avec les intervenantes ou même des points qu'ils ne souhaitent pas évoquer avec des enquêteurs inconnus. Il peut également être renseigné avec l'aide d'un tiers formé, il suffit alors de préciser dans le rendu, « *self-administered* » ou « *not self-administered* », les deux modalités ont été validées (52).

Une autorisation d'utilisation a été demandée aux auteurs et obtenue (*annexe 8*). Le chercheur doit s'engager à utiliser cette échelle dans sa forme actuelle et dans son but initial d'utilisation.

Les enquêtés doivent avoir 14 ans ou plus, et utiliser les versions traduites qui leur soient adaptées.

Les versions en Arabe et en Français de l'échelle figurent respectivement en *annexes 6 et 7*.

- Echelle d'auto-efficacité généralisée
General Self Efficacy Scale (GSE)

Cette échelle a été choisie pour évaluer le pouvoir d'agir perçu.

Le concept d'auto-efficacité fait référence à la conviction positive d'une personne à pouvoir résoudre des problèmes et atteindre efficacement les objectifs qu'elle s'est fixée. Ce concept a été développé en particulier par le Pr Albert Bandura (53). L'échelle d'auto-efficacité généralisée évalue le sentiment d'efficacité personnelle, de confiance en soi, pour surmonter les difficultés rencontrées dans la vie.

Initialement développée en allemand en 1981 par M. Jerusalem et R. Schwarzer il a été utilisé sur un large effectif cumulé, autours de 100 000 participants. Dotée de bonnes caractéristiques psychométriques (54), cette échelle est aujourd'hui traduite et validée en 32 langues, dont l'arabe. Plusieurs articles se sont intéressés aux variations culturelles du concept (55) ainsi qu'à son lien avec la santé (56).

L'échelle ne comprend que 10 items, ce qui rend son renseignement rapide. Chaque item est coté sur une échelle de Likert à 4 points. Un score plus élevé est interprété comme une auto-efficacité plus importante.

Des normes nationales ont été produites au moyen d'une étude sur 20 000 personnes dans 25 pays (57), par exemple le score moyen en France est de 32,19 alors qu'il est de 20,22 au Japon. Le score le plus élevé est le score retrouvé au Costa Rica atteignant 33,19.

Une passation en auto-questionnaire est possible.

D'autres échelles, comme l' « *Empowerment Scale* » dont les critères psychométriques ont été validés pour évaluer la résilience des personnes ainsi que la « *Capability scale* » mesurant la « capabilité » c'est-à-dire la possibilité, la liberté de mener la vie qu'on a choisi, ont été étudiées. Leurs caractéristiques ne répondaient pas pleinement à notre évaluation, du

fait notamment de l'absence de traduction validée. La « Post traumatic stress disorder checklist » (échelle de stress post traumatique) est dotée de bonnes caractéristiques psychométriques et est très utilisée en psychiatrie clinique chez des populations victimes de traumatismes, mais du fait de sa longueur (17 items) et de l'absence de traduction en arabe, nous ne l'avons pas sélectionnée.

- Variables liées à la satisfaction

Cinq questions détaillant plusieurs domaines de la satisfaction relative au programme ont été élaborées spécifiquement pour l'étude, elles se trouvent dans le questionnaire réalisé pour l'étude, dans la partie B, item 6 (*annexe 11*). Chacune est cotée sur une échelle de Likert de 0 à 5 et permet de produire un score global allant de 0 à 25. Chaque item est accompagné d'un espace de « *texte libre* » et une question ouverte est disponible à la fin du questionnaire de satisfaction concernant « *les remarques et suggestions qui pourraient nous aider à améliorer le programme Sindiane ?* ». Cette question donne aux bénéficiaires le pouvoir d'agir sur le programme qui leur est destiné et dont ils sont les principaux acteurs dans la construction et l'évolution.

Ce choix d'inclure des questions de satisfaction est justifié par le fait que les échelles ne répondent pas à toutes les demandes auxquelles nous nous intéressons pour répondre aux objectifs de l'étude.

En effet, la *satisfaction de participation aux groupes* vise à s'assurer du sentiment de soutien au sein des groupes et d'entraide en confiance dans le vécu des participants. *La satisfaction avec les conditions matérielles* questionne de l'appropriation du lieu comme ressource, du temps disponible pour les ateliers et s'interroge donc sur la satisfaction d'un accueil qui se veut communautaire. L'item sur *le projet de recommander ou non le programme à ses pairs* reste dans l'esprit de l'auto-support, du relais d'information qui font partie des objectifs secondaires et que l'on détaillera plus loin. C'est aussi une question classique des questionnaires de satisfaction. *La satisfaction du contenu des groupes* laisse un espace d'expression pour les bénéficiaires sur leurs attentes, besoins et demandes. *La satisfaction des intervenantes* des groupes permet de positionner l'enquêteur et les intervenantes au même niveau que les bénéficiaires, laissant la possibilité de les critiquer.

Les variables socio-démographiques et cliniques pertinentes pouvant influencer les critères de jugement (variables indépendantes)

Une revue de la littérature ainsi que la participation active aux ateliers du programme constituant la phase exploratoire de notre étude, ont été conduites pour identifier les facteurs intervenant dans la survenue de troubles psychiques dans la population des personnes réfugiées ou demandeuses d'asile.

- Elaboration des questions permettant de recueillir ces informations, et choix des réponses

Nous avons travaillé le questionnaire de telle façon à ne pas induire d'ambiguïté dans les questions et les propositions de réponses tout en laissant un maximum d'espace à l'enquêté pour qu'il donne les informations les plus justes le concernant et exprime son avis (58).

Les questions ont émergé de la bibliographie réalisée mais aussi des discussions pendant les ateliers auxquels j'assiste depuis cinq mois avec les bénéficiaires et intervenantes, leurs remarques, les difficultés mises en avant ainsi que leurs facteurs de vulnérabilité. Nous avons construit de grandes catégories d'items avec les sous items proposés dans le questionnaire (*annexe 11*). Prenons l'exemple des enfants. Dans le questionnaire, nous avons choisi de poser la question « Avez-vous des enfants ? », « Si oui, sont-ils à votre charge ? En France ? Dans le pays d'origine ? ». Le fait d'avoir des enfants n'a pas été retrouvé comme déterminant reconnu en santé mentale chez les demandeurs d'asile et réfugiés. Cependant, les femmes participantes aux groupes mettent fréquemment en avant leurs préoccupations les concernant notamment pour ceux restés dans le pays d'origine, ou leur scolarisation dans le pays d'accueil, leur garde pendant les venues aux groupes, mais aussi le soutien humain et le sentiment de continuité existentielle et moteur de vie qu'ils représentent pour beaucoup.

Les catégories sont :

Dans la première partie du questionnaire, partie « *A, informations vous concernant* » :

- Les données personnelles démographiques : âge, nationalité (partie A, items 1 et 2)
- Le statut administratif et socio-économique : (partie A, items 3, 5, 11, 13 et 14)

Le nombre de mois en France, le statut administratif d'asile, le niveau d'éducation, le logement actuel, le montant et l'origine des ressources financières

- Le soutien relationnel, la connaissance de la langue française : (partie A, items 4, 6, 7, 8, 9 et 10)

L'état civil, le fait d'avoir un (des) enfant(s), avec soi ou resté(s) dans le pays d'origine, la présence de ressources humaines en France connues avant l'arrivée, le fait de vivre avec sa famille, les difficultés à contacter les proches restés au pays d'origine, le niveau de connaissance du Français.

- Les évènements de vie violents : (partie A, item 12)

L'expérience d'événement(s) de vie violent(s), leur nombre, en prémigratoire, pendant le trajet ou en post migratoire, le(s) type(s) d'événement de vie violent.

- Les vulnérabilités médicales, la présence de maladie chronique, l'antécédent de pathologie(s) mentale(s) et sa compensation ou décompensation par rapport à la chronologie de l'exil. (partie A, items 15 et 16)

Dans la deuxième partie du questionnaire, partie « B, le programme Sindiane et vous » :

- La participation au programme Sindiane : (partie B, items 1 et 2)

Le nombre de mois de participation, l'adressage.

- Les bénéfices perçus par les bénéficiaires à la participation au programme :
 - L'autosupport et l'entre-aide : les nouvelles relations humaines, à l'extérieur ou dans les groupes de Sindiane, le désir de soutenir ses pairs (partie B, item 3)
 - L'empowerment juridique : l'accès aux professionnels compétents pour les procédures légale, administrative, sociale et sanitaire, l'impression d'avoir mieux compris le déroulé des procédures, les démarches à suivre, les personnes et les institutions administratives à qui se référer. (partie B, item 4)
 - L'accès aux soins : le recours aux soins dans les six derniers mois, quel type de professionnel de santé rencontré, la mise en place d'un suivi. (partie B, item 5)

Les données recueillies par les échelles et le questionnaire sont anonymisées.

- Ordre des questions

Ce travail a été dûment réalisé pour ne pas aborder d'emblée les items sensibles qui pourraient limiter la disponibilité des participants pour le recueil de données ; le risque d'une potentielle contraction défensive des enquêtés a été considéré.

En effet, au-delà d'une explication initiale de l'intérêt et des enjeux du questionnaire, il peut subsister un risque prévisible pour les personnes se prêtant à la recherche. Notamment un sentiment de contrôle administratif avec refus conséquent de se livrer, une recherche de bénéfice secondaire, la peur que l'information recueillie ne soit diffusée, que le questionnaire ne soit pas anonymisé.

Les premières questions du questionnaire restent volontairement des questions de données socio-démographiques mettant peu en jeu la vie privée des enquêtés.

Une possibilité de réponse par « *Je ne veux pas répondre* » est proposée systématiquement comme premier choix pour les questions ultérieures touchant à la sphère de l'intime comme les questions « *Avez-vous déjà vécu un (ou plusieurs) événements de vie violents ?* », « *Si oui, où ?* », « *De quel type ?* ».

Il n'y a volontairement pas de groupe contrôle dans cette étude du fait même qu'il s'agit d'un travail préliminaire et exploratoire.

Travail de traduction et test du questionnaire

Traduction du questionnaire

A partir du questionnaire ainsi construit, une deuxième phase de ce travail a consisté à accompagner sa traduction en arabe, puis à le tester auprès d'un groupe de 12 personnes.

Pour la phase de traduction, deux traducteurs ont été sollicités, un traducteur algérien et l'une des animatrices syriennes de Sindiane. J'étais présente lors de leurs traductions pour

permettre un feed-back direct, concernant par exemple le sens des questions, le choix de tel ou tel terme. Une version traduite en anglais a permis d'améliorer la compréhension des différents items par les traducteurs (tous deux trilingues).

Les deux versions ont été élaborées séparément, puis confrontées ; une version consensuelle a été adoptée.

L'objectif de cette traduction était davantage l'adaptation au contexte culturel que la traduction littérale. Dans ce sens, le résultat obtenu peut être qualifié de transculturel.

Volontairement, le questionnaire est présenté aux bénéficiaires enquêtés sous les trois versions simultanées (en arabe, en anglais, en français). Nous avons eu le retour de certaines personnes parlant arabe et français ou arabe et anglais mais de façon inégale en fonction des thématiques et du champ de vocabulaire, notamment concernant le vocabulaire socio-administratif appris en France (exemple : CADA, allocation pour demandeur d'asile, OFPRA, RSA etc.), les traductions en trois langues ont permis une meilleure compréhension et ont limité les ambiguïtés.

Les échelles déjà traduites et validées en arabe n'ont bien sûr pas été retraduites.

La passation-test

En auto-questionnaire ou accompagné au remplissage

La passation-test a été réalisée autour d'un échantillon aléatoire de la population-cible, composé de 12 participants aux ateliers Sindiane.

Une lettre d'information (*annexes 4 et 5*) a été rédigée pour expliquer aux enquêtés l'intérêt de l'étude évaluative, soulignant la possibilité de refus de participation, la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies. Elle a également été traduite en arabe par deux traducteurs à partir du français. Nous l'avons présentée en français et en arabe avec une traduction orale avant la réalisation des questionnaires et échelles par les bénéficiaires, et la lettre d'information restait disponible et consultable.

La forme de l'auto-questionnaire a été privilégiée compte tenu des questions sensibles contenues dans le questionnaire. Certaines personnes ayant des difficultés pour lire l'arabe n'ont cependant pas pu répondre elles-mêmes. Nous étions présentes avec les deux

intervenantes parlant l'arabe pour la mise en confiance, la réassurance et l'accompagnement de ces personnes lors de la passation du questionnaire.

Le choix des personnes faisant renseigner les échelles et le questionnaire, lorsque l'enquête ne peut pas être faite par auto-questionnaire, s'est orienté vers les intervenantes pairs des groupes, parlant la langue arabe comme langue maternelle, mais aussi les langues française ou anglaise. Ce sont des personnes repérées par les participants comme inspirant confiance, accueillant sans jugement, et proches d'eux par leur expérience commune. Elles sont deux, et je les ai formées pour l'accompagnement au remplissage de ces échelles et du questionnaire. La faisabilité paraît également meilleure par rapport au recours à des enquêteurs extérieurs qui seraient moins disponibles ou préparés à cette population, devraient être rémunérés (hors budget demandé à la Fondation de France) et de plus, à former.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel®. Les résultats concernant des variables quantitatives sont exprimés sous forme de moyenne +/- écart-type ou sous forme de médiane avec l'étendue [valeur minimale – valeur maximale]. Les variables qualitatives sont exprimées en termes d'effectifs et de fréquences en pourcentages.

Focus group

Un focus group (ou groupe de discussion) a suivi la passation de ce questionnaire, ce qui a permis de recueillir les remarques des participants ainsi que d'améliorer l'outil pour plusieurs items.

J'ai animé personnellement ce focus group, avec l'aide de l'animatrice qui avait réalisé l'une des traductions en arabe.

Nous avons abordé les points suivants :

- Compréhension des questions, vocabulaire employé, non ambiguïté des questions
- Longueur du questionnaire
- Acceptabilité des questions sensibles
- Compréhension de l'enjeu de ce type de recueil d'informations

L'acceptabilité du questionnaire a été jugée très bonne par le groupe. Quelques modifications ont été réalisées pour préciser le sens des items. La durée de passation du questionnaire était inférieure à 10 minutes.

Choix de T0 et T1

Pour évaluer l'impact du programme sur le niveau de santé, il paraît important de pouvoir réaliser la première évaluation pendant le premier mois de participations aux ateliers et les six premiers mois d'arrivée en France, de la renouveler à 6 mois de participation, au vu de l'évolution et de la latence de constitution de nouveaux troubles psycho-traumatiques. On observe également que la période post-migratoire et d'adaptation à un nouveau pays peut être source de nouveaux traumatismes tout aussi envahissants que le parcours d'exil ou le pays d'origine, et de désillusions en termes de protection et de liberté attendues dans le pays d'accueil. Cette périodicité est également retrouvée dans plusieurs études évaluatives similaires à celle que nous projetons. C'est le cas de celle de Richter, 2018 (59) dans laquelle il est montré qu'à T2, qui correspond à 6 mois après la 1^e évaluation dans cette étude, le nombre de diagnostics de TSPT augmente, sans nouvel événement traumatique retrouvé.

Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude préliminaire non interventionnelle a été réalisée en conformité avec la déclaration d'Helsinki qui concerne la protection des personnes participant à des recherches. Une information claire, loyale, compréhensible (traduite, expliquée) a été fournie à tous les participants, à l'écrit (voir en annexe 4 et 5) et à l'oral avec possibilité de réponse aux questions des enquêtés sur l'enjeu et les modalités de l'étude concernant aussi bien le questionnaire, les échelles que les entretiens semi-dirigés.

Un accord signé a été requis pour la participation. Les principes suivants ont été mis en valeur :

- Contexte et objectif de l'étude
- Volontariat de la participation, possibilité de refus à tous moments de l'étude
- Confidentialité et anonymat des données (aucune donnée d'identité n'a été recueillie dans les bases de données qualitatives et quantitatives)

- Possibilité de transmettre les résultats de l'étude aux participants
- Enregistrement de l'entretien pour permettre la retranscription du contenu en cas de participation à un entretien semi-dirigé.

Résultats

Analyse qualitative

Caractéristiques de l'échantillon

Six personnes ont été incluses pour les entretiens semi-structurés afin d'arriver à saturation des données. L'échantillon est constitué de cinq femmes dont une femme transgenre et d'un homme, tous participant régulièrement au programme Sindiane. Tous les entretiens ont eu lieu dans le local de l'AMPIL les mois de Février et Mars 2019. Les entretiens ont duré entre 40 et 120 minutes. Les prénoms des participants ont été modifiés pour assurer l'anonymat des données. Les noms n'ont pas été demandés.

La première personne est une femme de 28 ans, Yasmine, originaire de Homs en Syrie, qui était accompagnée de sa mère pour l'entretien qui a duré 65 minutes. L'interprétariat en langue arabe s'est fait par une des intervenantes de Sindiane, présente physiquement pendant l'entretien.

Le deuxième entretien s'est déroulé avec deux bénéficiaires LGBT de Sindiane : Bassel et Aymen. Un homme et une femme transgenre de 25 ans. Ils souhaitent le réaliser ensemble, en insistant sur le fait qu'ils ne tenaient pas à la confidentialité entre eux. « *Nous n'avons pas de problème ou de peur avec l'ouverture du secret ne t'inquiète pas.* » La traduction a également été réalisée à leur demande par la même traductrice que précédemment citée. L'entretien a duré 2 heures.

Le troisième a été réalisé avec trois bénéficiaires de 20 ans et 21 ans et leur mère de 42 ans. Deux seulement ont participé à l'entretien, Roza l'une des filles et sa mère Zahra. Elles sont d'origine kurde de Syrie. L'entretien a duré 40 minutes. Il s'est déroulé à la suite d'un échange où elles n'ont pas obtenu les réponses qu'elles attendaient pendant près d'une heure avec la juriste du programme.

Enfin, le dernier entretien a eu lieu avec Reem, une femme algérienne de 33 ans, en présence de ses deux filles de 9 et 24 mois. Il s'est déroulé sans interprétariat, Reem ayant pour langues

maternelles à la fois l'arabe et le français, ne souhaitait pas l'intervention d'un interprète, quel qu'il soit. L'entretien a duré 70 minutes, comprenant des temps d'attention et de soins auprès de ses filles.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

| Prénom attribué | Age (ans) | Genre | Origine | Mois en France | Mois de participation à Sindiane | Statut de demande d'asile | Langue(s) maternelle(s) | Traduction |
|-----------------|-----------|-------|----------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|
| Yasmine | 28 | F | Syrienne | 5 | 4 | Protection subsidiaire 1 an | Arabe | Interprète physique (intervenante de Sindiane) |
| Bassel | 25 | M | Syrienne | 7 | 4,5 | Statut de réfugié 10 ans | Arabe | Interprète physique (intervenante de Sindiane) |
| Aymen | 25 | F | Syrienne | 8 | 5 | Statut de réfugié 10 ans | Arabe | Interprète physique (intervenante de Sindiane) |
| Roza | 21 | F | Syrienne-Kurde | 5,5 | 4 | Protection subsidiaire 1 an | Arabe et Kurde | Interprète téléphonique professionnel depuis l'arabe |
| Zahra | 41 | F | Syrienne-Kurde | 5,5 | 4 | Protection subsidiaire 1 an | Arabe et Kurde | Interprète téléphonique professionnel depuis l'arabe |
| Reem | 33 | F | Algérienne | 12 | 1,5 | Demande d'asile | Arabe et Français | Entretien directement en Français |

| Prénom attribué | Durée de l'entretien | Lieu de l'entretien | Remarques |
|-----------------|----------------------|--|--|
| Yasmine | 65 minutes | Locaux de Sindiane | Présence de sa mère à sa demande |
| Bassel | 120 + 45 minutes | Locaux de Sindiane et deuxième partie dans un café | En deux temps, à deux participants (2 + 3) initialement puis seul la semaine suivante à sa demande |

| | | | |
|-------|-------------|--------------------|--|
| Aymen | 120 minutes | Locaux de Sindiane | A deux participants (2 + 3) à leur demande |
| Roza | 40 minutes | Locaux de Sindiane | A trois, à leur demande, seulement deux ont participés à l'entretien (4 + 5) |
| Zahra | 40 minutes | Locaux de Sindiane | A trois, à leur demande, seulement deux ont participés à l'entretien (4 + 5) |
| Reem | 70 minutes | Locaux de Sindiane | En présence de ses deux enfants |

M : Masculin F : Féminin

Analyse thématique

L'analyse thématique doit nous aider à répondre à l'objectif qui est d'établir les outils pour évaluer le bénéfice du programme Sindiane en termes de prévention en santé mentale, mais également à individualiser des interactions entre des éléments du contexte passé, de vie actuelle, du vécu, avec la santé mentale. La présentation des différentes thématiques émergentes a été initialement pensé sous forme diachronique du parcours prémigratoire, péri-migratoire et post-migratoire. Pour une meilleure mise en lumière des thématiques issues des entretiens semi structurés, la présentation par déterminants sociaux de la santé mentale a été préférée.

Le plan de l'analyse thématique sera le suivant :

- Contexte global, violences structurelles
 - Conflit armé
 - Traite humaine
 - L'exil, l'accueil et la protection offerte par le pays refuge
 - Désillusion – la liberté relative qu'offre parfois la protection sous le statut de réfugié
 - Persécution liée au genre
 - Persécution et violence liées à l'orientation sexuelle
 - Persécution liée au fait d'être transgenre
 - La religion
 - L'appartenance ethnique

- Institutions
 - Recours au droit et à la justice
 - Accès aux informations socio-juridiques
 - Accès à l'emploi, aux formations, aux occupations
 - Accès au système de santé de droit commun
 - Prise en charge obstétricale et projection dans la parentalité
 - Préoccupation vis-à-vis du bien-être de ses enfants
 - Accès au programme Sindiane

- Conditions de vie
 - Besoin matériel : logement, ressource financière
 - Lien relationnel
 - **Eclatement social :**
 - . Séparation, perte et rejet
 - . Changement de rôle social ou d'état civil
 - **Soutien communautaire :**
 - . Cohésion familiale
 - . Créer un réseau social solide
 - . La langue du pays refuge
 - Soutien institutionnel

- Caractéristiques individuelles

- Expériences de traumatismes
- Le combat identitaire, la liberté d'être soi
- Pouvoir d'agir
- Vécu positif
- L'incertitude sur l'avenir

Le programme Sindiane de santé communautaire est constitué de différents niveaux d'interventions qui prennent en compte l'ensemble des facteurs de stress et de vulnérabilité en essayant de renforcer les facteurs de protection psycho-sociale des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées. Nous mettrons en évidence ces facteurs que nous pouvons appeler déterminants psycho-sociaux de la santé mentale que nous mettrons en relation avec les actions de Sindiane : actions demandées, attendues par les bénéficiaires interrogés ou existantes et ayant ou non pu apporter une aide.

Le groupe de personnes étudié est un ensemble cohérent du fait qu'il partage l'expérience commune d'exil, de la langue arabe, de l'installation dans un pays refuge à la culture et la langue différente, des contraintes administratives. Mais c'est également un ensemble hétérogène, la migration a pu être initiée par des motivations variées, avec des conséquences multiples sur la vie des personnes et de leur entourage, des vécus subjectifs divers, des événements de vie violent successifs différents, un soutien humain et juridique inégal etc... Il convient donc de mettre en avant les thèmes communs et les possibles particularités singulières des participants.

- Contexte global, violences structurelles

- Conflit armé

Nous appréhendons la situation géopolitique actuelle notamment au Moyen Orient au travers des médias avec toutes les barrières d'accès à la réalité vécue par les populations concernées et par des témoignages des personnes ayant vécu les faits, sans pouvoir pour autant saisir

complètement l'ampleur et la complexité du phénomène et des dégâts causés, ni les répercussions de l'atmosphère de conflits sur le cours des vies des communautés civiles. Dans les entretiens avec les bénéficiaires Syriens et Syriennes, le conflit armé est abordé spontanément dans le récit, sous le terme de "guerre", "guerre civile" ou "révolution" en fonction du ressenti, de l'engagement et de l'interprétariat. Dans chacune des situations, les violences interhumaines volontaires font parties intégrantes des récits de vie de ces personnes.

Bassel aborde la révolution en Syrie et la perte de son petit copain tué par Daesh.

« J'avais un petit copain pendant mon service militaire. On est restés ensemble jusqu'à ce qu'il meure, c'est-à-dire pendant quatre ans. J'avais 18 ans. On a décidé de désertier ensemble, partir de la région. On a réussi, lui était engagé dans un des groupes de l'Armée Syrienne Libre. Il s'est fait tuer dans ce contexte. »

Yasmine raconte : *« Pendant une nuit de bombardement à Homs, on entendait avec ma famille les voix des personnes à l'extérieur criant à l'aide, on a assisté à leur mort. J'ai vu une mère allant vers les corps de ses deux enfants morts et se faire tuer à ce moment-là. Les bombardements aériens se terminent à cinq heures du matin, trois heures sans interruption. Je suis alors prise par une pénétrante odeur de sang, des quantités de sang des corps qui sont là, que je vois dans la rue, une odeur qui m'imprègne. »*

Elle fait l'expérience de cet épisode de violences extrêmes inter-individuelles volontaires et également le déni politiquement orchestré de l'horreur ; en effet, Yasmine continue : *« Arrivent alors des camions pour dégager les rues de ces corps. Il s'agissait du quartier des banques doté de caméras de surveillance. Le régime a ainsi effacé les traces, les souvenirs du massacre, du crime contre l'humanité, tout a été rasé et remis à neuf. Deux autres bombardements se succèdent ensuite. »*

- Traite humaine

Une fois arrivée en Turquie, Yasmine veut rejoindre son fiancé déjà parvenu en Europe. Elle organise une traversée en mer, finance un passeur, c'est le mois de Décembre, il fait froid. Elle raconte d'une traite sans débordement émotionnel : *« Une masse de personnes marche à mes côtés sur le sentier qui mène au bateau, des personnes me guident, je suis seule, j'entends des bruits de missiles autour de moi, je l'atteins finalement et embarque. Il s'agit d'un bateau gonflable, 55 personnes y compris des enfants et des nourrissons sont prêts à risquer leur vie, ils sont forcés à partir. En mer, entre la Turquie et la Grèce, un navire imposant s'approche,*

je pense alors que ce sont des secours côtiers. Il s'agit en réalité de pirates armés. " Les Arabes doivent mourir ! " disent-ils alors, les enfants crient, pleurent, les mères prient. Les pirates coupent les gilets de sauvetage à tous les passagers embarqués, les jettent dans l'eau, tailladent les visages des hommes, leur mettent les couteaux sous la gorge. A ce moment-là, je réussis à téléphoner à ma famille, « je meurs, ils détruisent le bateau ». Les mères prient aux pirates de détruire le bateau et de les laisser mourir sur place, mais sans ajouter plus de souffrance, par pitié pour les enfants qui sont présents. (...) Puis je ne me souviens plus, je me suis moi-même déconnectée de l'épisode, c'est comme un vertige. Cette sensation aurait pu durer une minute ou une éternité j'ai perdu la notion du temps qui s'écoule, comme flottant. Je ne me sentais plus gardienne de mon corps. En effet, une personne de l'embarcation m'installe sur un des pneus qui entouraient le bateau, elle m'a guidé en m'ordonnant de battre des pieds, pour retourner sur la côte turque à la nage dans l'eau glacée ; je n'avais plus le contrôle de mes gestes ».

Une perte de conscience de la réalité insoutenable, cela correspondrait à une dissociation péri traumatique avec amnésie, distorsion temporelle, dépersonnalisation de déréalisation, les pensées et les émotions sont abolies momentanément. Cette dissociation ou sidération anxieuse est le résultat d'un excès d'informations pour lesquelles le cerveau se sent dépassé, devant l'atrocité des événements se déroulant devant elle, comme pour la protéger à ce moment précis, mais qui peut avoir des répercussions bien longtemps après le traumatisme. Elle se dit « *entre le ciel et la mer* », entre la vie et la mort, en dehors de son corps.

« Aucune personne de mon embarcation n'est morte. Mais j'ai pris connaissance par la suite qu'il y avait un accord entre le passeur et les pirates. J'ai été victime de traite humaine. » Elle exprime que le fait que cette violence subie ait été volontaire modifie sa perception du traumatisme. En effet cette notion constitue un facteur de risque de développement d'un trouble psycho traumatique. Le besoin de mise en récit apparait ici d'autant plus important. Il a pu être réalisé au sein de sa famille en post-immédiat et des groupes du programme Sindiane plus à distance en essayant de donner sens à ce qu'elle a vécu.

▪ L'exil, l'accueil et la protection offerte par le pays refuge

A Bassel : « *Comment la guerre en Syrie t'a-t-elle affecté ?* »

« S'il n'y avait pas eu de guerre, je serais resté en enfer, la guerre m'a offert la possibilité de fuir. Je ne connaissais même pas les mots "gay" et "LGBT". »

Yasmine, à la fin de son expérience de violences liées aux bombardements à Homs, conclut dans le même sens :

« Le 3^e bombardement nous décide de quitter la ville, c'était un bombardement de l'armée syrienne libre en riposte, et je ne leur en veux pas, ça nous a permis de partir et d'être sauvés ».

Dans ces deux situations, un vécu relativement positif peut être tiré et aider à reprendre les rênes dans leurs parcours d'exil en lui donnant une justification salvatrice.

A Bassel : « Quand as-tu quitté la Syrie ? »

*« En 2014, à Istanbul directement. **Je me suis senti comme au paradis, dans mon paradis !** Parce que je me suis trouvé. Je vivais à Istanbul, j'étais excité. »*

Reem : « Dans tous les cas je vais plus retourner en Algérie. Que ça soit avec l'asile, sans l'asile, galère, pas galère, je n'en ai rien à faire. C'est bon j'ai décidé. » L'exil ici est exprimé comme choisi de façon éclairé, volontairement, ce qui permet de le vivre positivement.

Avec Aymen : « Et tu as décidé de quitter la Syrie ? »

« Pas de travail, la guerre. Et puis mon père cherchait des problèmes contre moi. » « Arrivé en Turquie, c'était beau, facile, il y avait du travail. C'était comme la Syrie quand je me sentais bien, en plus moderne. »

- Désillusion – la liberté relative qu'offre parfois la protection sous le statut de réfugié

Je reçois Roza, sa sœur Helin et leur mère Zahra pour l'entretien suite à un temps d'échange d'information à leur demande, animé par la juriste du programme :

*« **On pense retourner en Turquie** ». Du fait de la déception de ce qu'elles trouvent en France par rapport à leurs projections et leurs attentes. Mais elles se sentent bloquées ici « sans carte de résidence et permis de voyager. » « J'attends qu'on puisse ramener ma famille en France. Je ne pensais pas en venant en France que ce serait si dur ». « J'ai quitté la Syrie pour avoir la tranquillité, être en paix. En Turquie ça a été très difficile, on était obligé de beaucoup travailler, c'était difficile, fatigant. Et difficile pour se déplacer, il fallait avoir des autorisations. **En France c'est encore plus difficile on nous donne à chaque fois des réponses, des réponses fausses.** On est fatiguées à cause des démarches, c'est trop compliqué et fatigant*

tout ce qu'on doit faire pour le rapprochement familial. » « Pas d'espoir pour l'instant, ils ont fermé toutes les portes. »

« Et comment tu te sens de ce fait au niveau de l'humeur, du moral ? »

*« Très mauvais » « Je suis juste venue ici pour avoir ma famille, amener ma famille. **Si je dois passer ma vie à penser à ça j'aurais pu rester en Syrie ou en Turquie.** Je me sentais mieux en Turquie ou en Syrie. »*

Zahra, la mère de Roza : *« Je ne pense qu'au problème de réunification familiale de mes deux filles avec leur maris restés à Istanbul ».*

« Est-ce que vous vous sentez seule ici à Marseille ? »

« Nous n'avons pas le temps à penser au reste à vrai dire. »

Le sentiment d'insécurité administrative qu'expriment certains participants apparaît comme une barrière à l'accès aux besoins primaires.

Question destinée à Bassel : *« Comment tu te sens maintenant ? »*

« Je suis dans l'attente de ma carte de séjour, pour faire les démarches pour demander un rapprochement familial, faire venir ma fille en France. Ma carte d'identité, carte d'identité. » dit en Français. *« Parce que sans ça je ne peux pas m'acheter de télévision. »*

▪ Persécution liée au genre

Yasmine raconte un épisode survenu pendant son parcours d'exil, lié à la soumission des femmes par la domination masculine en Syrie : *« La Shabiba, une milice pro-régime, entrait régulièrement dans l'hôtel où je travaillais comme réceptionniste, certains miliciens venaient s'asseoir derrière moi, sans mon autorisation. Ils n'en avaient pas besoin, ils avaient tous les pouvoirs ».*

Reem rapporte : *« J'ai des soucis en Algérie. Genre j'ai été mariée de force par mon frère. Ma mère est morte en 2010. Déjà j'ai mal vécu la mort de ma mère parce que j'étais trop attachée à elle. Cinq ans après, mon père est tombé gravement malade. Il s'est fait opérer en 2011. Puis sa nièce nous a caché qu'il avait un cancer malin. (...) En 2015 il a rechuté, il était allongé, il ne bougeait pas. Il ne parlait pas. Qu'est-ce qu'il a fait mon frère ? Il voulait me marier. Il voulait me mettre avec son pote. J'sais pas ce qu'il avait dans la tête. Peut-être pour profiter*

du bien qu'avait mon père. Après il m'a mis avec son pote. J'ai dit non mais on n'a pas le choix en Algérie. J'ai pas le choix. J'avais pas d'appui. Ma mère elle est partie, mon père, j'ai pas de famille et tout. Il voulait me marier avec lui. »

« Après ça s'est passé comme ça. Je me suis mariée avec lui c'était la galère. Genre je pouvais même pas respirer. C'est pas qu'il m'aimait pas. Il m'aimait mais avec une façon bizarre. Il me faisait le sexe. Pas l'amour ! De force. Mais c'était lui, genre, je vais pas lui en vouloir. J'étais sa femme. Je pouvais pas lui dire sinon il me tue. A cause de ça, des rapports et tout, il m'a... Il a pris le couteau il voulait me le faire rentrer dans le ventre. J'étais enceinte de la grande, il m'a torturé, il m'a fait... La cause c'était toujours les rapports parce que j'acceptais pas trop. Mes filles il les a faites de force. Il me faisait le sexe, moi je sentais rien du tout. »

« Ils ont pas vécu ce que j'ai vécu. Un homme qui t'attrape comme ça à 10 ans, il te fait la misère. » Ce passage d'entretien appuie l'importance de la prise en considération du récit, de la reconnaissance en tant que victime. La production d'un discours montrant cette reconnaissance de façon institutionnelle et non pas une situation acceptée par la société.

- Persécution et violence liées à l'orientation sexuelle

En entretien avec Bassel, un homme homosexuel revendiqué et engagé, ayant un regard réfléchi sur ces questions de discriminations :

« Au service militaire, ils me frappaient pour me faire changer ma façon de marcher et de parler, mais tu deviens plus fort comme ça. Ils m'auraient violé si je n'avais pas suivi ces ordres. J'avais tellement peur qu'ils découvrent que j'aimais les hommes. » (...)

Il dit également dans l'entretien, parlant de son adolescence en Syrie : *« J'essayais de me soigner, j'allais beaucoup à la mosquée pour ça. » « Et puis ça allait même au-delà, je n'avais pas juste le sentiment d'être malade, mais d'être un criminel. »*

La culpabilité pendant la période de questionnement sur son orientation sexuelle, la honte, la dévalorisation ont la connotation des sentiments originaires de l'environnement socio-culturel par le terme de « criminel ». Cet environnement qui l'aurait soumis à ce jugement sur lui-même comme une homophobie de sa propre personne. D'autant que ses questionnements et choix n'ont pas trouvé de soutien par un environnement familial étayant et contenant, il attendra son exil et les communautés LGBT pour trouver sa place dans la société.

« Les voisins nous humilient, moi et Aymen. »

« *Qu'est-ce qu'ils te disent ?* »

« *Ils rigolent fort quand je passe, m'insultent. On vit dans le 11^e arrondissement. On veut changer. Ils nous crachent dessus, nous demandent d'où on vient. La dernière fois, en leur répondant qu'on parle arabe, quelqu'un a répondu "Assalamu alaykum". Moi j'ai répondu "bonjour". Une petite fille d'une douzaine a craché juste à mes pieds. Mais c'est à cause de ses parents, elle est trop jeune. Sa famille aussi nous regarde et nous montre du doigt et rit.* »
« *Haha* » il répète.

« *Est-ce que tu sens le regard différent des personnes entre la Syrie, la Turquie et la France ?*
« ***Pour moi c'est dur partout le regard des autres.*** *Parce qu'ici je rencontre des personnes arabes, albanaises, tziganes. Tous les migrants qui devraient nous comprendre sont en réalité les plus durs et cruels avec nous. Et puis ceux qui n'ont pas d'argent aussi. Peut-être du fait qu'on souffre à nouveau dans notre voisinage c'est dur, et j'ai l'impression qu'on en a souffert partout.* »

Il montre également une attitude relativement pacifiste et compréhensive envers les personnes auteures des persécutions et humiliations malgré leurs répétitions : « *Une petite fille d'une douzaine a craché juste à mes pieds. Mais c'est à cause de ses parents, elle est trop jeune.* »

(...) « *Comment tu expliques que des personnes qui ont l'expérience comme toi de migration, d'exil, soient les plus dures ?* »

« *Je ne sais pas. Peut-être parce qu'ils n'ont pas changé leur mentalité malgré la migration, ont gardé les mêmes idées rétrogrades et figées.* »

Aymen, Bassel et le petit-copain de Bassel ont pu être accompagnés au commissariat pour un dépôt de main courante pour homophobie suite à un autre épisode de ce type par la juriste et une intervenante de Sindiane pour les soutenir dans leur démarche et assurer la traduction. Ces épisodes de répétitions de microagressions homophobes requestionnent la liberté d'expression des choix de la manière de vouloir être soi.

Reem partage son expérience de vécu de persécution et de manque de liberté sur son orientation sexuelle : « *J'ai toujours été attirée par des femmes. Mais en Algérie... J'ai vécu des relations là-bas. J'ai fait pas mal de choses en Algérie. C'était toujours en discrétion avec des femmes. Après c'est vrai qu'il y a des relations qui ont duré mais à la fin c'était la "cata". C'était la tante qui m'a menacée. Si elle te dénonce aux flics tu as deux ans prison pour l'homosexualité.*

*Après je sais pas s'il a su ça mon frère, s'il a voulu me marier pour ne pas avoir la honte parce que **c'est la honte en Algérie**. Mais même avec mon mari je pouvais pas lui dire. » (...) « Je peux pas y vivre (en Algérie), je sais pas je suis pas à l'aise là bas. Par rapport à tout. Mon homosexualité je l'ai jamais vécue tranquillement. On le fait toujours en discrétion. En plus à un moment donné y'a tout le monde qui l'a su. Y'avait tout le monde qui parlait derrière moi, ils font des préjugés. »*

▪ Persécution liée au fait d'être transgenre

Aymen : « *Je veux parler d'un accident qui m'est arrivée en Turquie. »*

« Un ami d'amis un peu éloigné m'a contacté par téléphone. Il disait qu'il avait trouvé une maison, que je devrais venir visiter. Il est gay aussi. Il a insisté plusieurs fois. En fait, il me mettait la pression. On a fini par y aller avec un de mes amis, qui est gay également. On est arrivé dans le hall de l'immeuble. Il m'avait parlé d'un appartement à l'étage. Pourtant il nous a fait descendre en sous-sol pour nous faire visiter. J'ai eu peur. Je me suis arrêté et me suis demandé si y aller ou non. On l'a suivi, on est descendu. Pas de bruit, beaucoup de pièces, cinq à droite, cinq à gauche. Un long couloir. Ils voulaient nous montrer la chambre, c'est la dernière disait-il. Après qu'on soit rentré dans la pièce j'ai entendu la grande porte d'entrée se fermer, une porte en fer. » bruitage. La description est précise et recherche l'objectivité. Peu d'émotion y transparait.

*« Quinze personnes sont arrivées dans cette pièce. Qu'est-ce qu'ils veulent, pourquoi ils sont là je me suis dit, j'étais déjà paralysé. La personne que je connaissais me disait qu'elle ne les connaissait pas. Elle m'a dit : mon travail est fini, je vous laisse je dois partir. Ils avaient des armes dans leur large ceinture. Ils avaient les vêtements typiques. Un d'entre eux a demandé : **“qui prétend être une femme ?”** Je n'ai rien dit. » « Ils questionnaient sur les piercings, les ont arrachés, j'essayais d'enlever mes bagues. « On va vous émasculer ils ont dit. Ils nous ont montré une partie du Coran disant que les personnes comme nous doivent être jetées du haut des immeubles. » Un regard interrogatif doit s'exprimer sur mon visage : « C'est la vidéo connue : des personnes montrent des hommes gays, leur lisent cette partie du Coran et les jettent du haut d'immeuble. Ils utilisent le prétexte du Coran pour justifier leur acte. » « Je savais que c'était Daech, de leur vêtement et leur style. Je les avais vu une fois en Syrie le jour où on est parti à la campagne avec ma famille. »*

« J'étais terrifié, allais-je mourir ? allais-je résister ? J'étais submergé de peur. J'ai prié. »

Malgré l'effraction traumatique par la promiscuité avec la mort immédiate que décrit expérimenter Aymen, la prière peut avoir été pour lui le moyen trouvé pour se rattacher avec sa communauté familiale, un espoir, un combat non perdu.

« Ils voulaient nous violer, ils ont pris mon ami à part et l'ont fait devant moi. Ils ont pris mon téléphone. Ils ont enregistré tous mes contacts. Puis ils me l'ont rendu. » « (...) Les soldats de Daesh sont revenus dans la pièce, quatre personnes cette fois. Ils étaient de la même famille, ils disaient être Daech, avoir kidnappé plusieurs personnes, pour leur prendre leur argent. Mais nous n'avions rien. Après 24h, ils nous ont laissé partir. » « Mon ami était terrorisé. » « J'ai compris que l'ami qui avait insisté pour me faire venir initialement avait été soumis à participer à l'organisation par la force. »

« Ce traumatisme est-il revenu à toi régulièrement par la suite ? »

« Je me sentais terriblement angoissée quand j'étais dans la rue, quand quelqu'un marchait derrière moi notamment, en fait je ne pouvais même pas marcher dans ce cas-là, je restais debout jusqu'à ce qu'il n'y plus personne, je sortais la nuit. »

« Quatre personnes m'ont attaquée, moi et mes deux amis il y a quelques jours. »

« Que s'est-il passé ? »

« Ils sont venus me demander violement et en insistant une cigarette, un d'entre eux mettant sa tête contre la mienne. J'ai dit "désolée". On est vite parti avec mes copains, eux sont restés là en criant, ils voulaient se battre avec nous. J'ai peur qu'on m'agresse, d'être frappée. En Turquie, dans les suites du kidnapping, cette situation aurait été insurmontable. »
« Tu avais quoi comme manifestations post-traumatique en Turquie ? »

« Des cauchemars. Toutes les nuits. »

Aymen décrit des manifestations de stress post-traumatique avec une hypervigilance, une anxiété constante augmentée par des situations de vulnérabilité émotionnelle, des comportements d'évitement, et des symptômes d'intrusion nocturne par des cauchemars.

Bassel, l'ami d'Aymen, rapporte également : *« Parce que quand je suis avec Aymen, j'ai très peur. **Ils nous jettent des oignons à Noailles !** »* Rires. *« On marche beaucoup ensemble, moi je peux prétendre marcher virilement, être assez homme mais Aymen elle, ne peut pas. Elle attire l'attention sur elle, elle est féminine quand elle marche ça se voit. Moi j'ai appris à*

marcher quand j'ai fait le service militaire. Aymen ne l'a pas fait, elle l'a fui, mais il n'aurait pas été capable je pense. Ils te font changer, à la dure. »

Les persécutions liées à l'orientation sexuelle et au transgenrisme sont subies tout au long du parcours d'exil, et non seulement en pré-migratoire. Les événements suivants font écho aux traumatismes précédents et les entretiennent, en faisant potentiellement perdre espoir d'un changement. D'où l'importance de repérer ces expériences traumatiques répétées, d'avoir un espace pour les exprimer et échanger autour du ressenti, et enfin qu'elles puissent être considérées comme une violation des droits et de la liberté en ayant recours à la justice pour projeter une modification de la société du point de vue de la tolérance et de l'acceptation d'autrui.

C'est également la question de la protection que le pays hôte apporte aux personnes qui est soulevée, quand elles n'ont d'autre opportunité que de vivre dans des quartiers peu sûrs, où elles sont la cible de petites agressions du fait de leur orientation sexuelle ou de leur genre.

- La religion

Yasmine s'exprime spontanément sur cette question : *« Mes sœurs ont été scolarisés pendant notre parcours de fuite, mais à Tartous elles ont été constamment humiliées par les autres élèves pour des raisons d'appartenance religieuse : elles sont d'origine sunnite, les autres majoritairement alaouites. C'était invivable pour elles et on a à nouveau décidé de partir avec ma famille pour aller à Damas. »*

Elément qui peut également constituer une force, en tant que conscience religieuse, Yasmine dira que peu importe ce qui lui arrive, *« Dieu me protège et me guide. »*

Aymen : *« J'étais terrifié, allais-je mourir ? allais-je résister ? J'étais submergé de peur. J'ai prié. »* Le recours à la prière peut être interprété comme échappatoire, en quête de réassurance et de protection spirituelle sur des actes immoraux.

- L'appartenance ethnique

Yasmine : *« En mer, entre la Turquie et la Grèce, un navire imposant s'approche, je pense alors que ce sont des secours côtiers. Il s'agit en réalité de pirates armés. "Les Arabes doivent mourir !" »*

Zahra, mère de famille d'origine kurde : « *Nous avons pris la fuite de la Syrie dans les suites de la bataille de Kobané, tu connais l'histoire de la guerre.* »

- Institutions

▪ Recours au droit et à la justice

Difficultés de recours au droit et à la justice :

Zahra avance : « *En Turquie ce n'était pas beaucoup mieux parce que c'était fatigant, **on n'avait pas beaucoup de droit** ni possibilité pour voir un médecin, ni pour se déplacer ni pour travailler. On est venus en France en espérant avoir la paix et la tranquillité.* »

Yasmine : « *J'ai travaillé comme réceptionniste dans le dernier hôtel (où elle vivait avec sa famille à Damas). Les humiliations se poursuivent, il n'existe aucun sentiment de sécurité ni de possibilité de se référer à une loi protectrice.* »

Le sentiment d'insécurité et de non droit constant en Syrie et à moindre mesure en Turquie, la non reconnaissance gouvernementale des attaques contre l'humanité, de la traite humaine dont elle a été victime, ainsi que les humiliations sur des causes religieuses et de genre, ont poussé sa famille à atteindre l'Europe.

Support et sentiment de sécurité par le fait d'être entendu par les forces de police et la justice :

Aymen après avoir été victime d'une séquestration, a pu recourir à la justice à Istanbul, bien qu'un certain niveau de corruption puisse exister : « *Je suis allée le signaler à l'association LGBT, on est allé ensemble au commissariat, j'ai été entendue par les agents de la police, je leur ai montré les lieux, et le soir ils sont allés ouvrir la cave.* » « *La police a amené les personnes au commissariat et nous avons dû reconnaître nos agresseurs. J'en ai reconnu un, jeune, il devait avoir moins de 20 ans. Je suis allée au tribunal ensuite, un tribunal du terrorisme après un an de prison en détention préventive (pour l'accusé). La famille de l'agresseur m'a contactée, m'a demandé de lever la plainte et qu'ils me payeraient pour ça. J'ai réussi à refuser. Le jugement été établi à 17 ans de détention.* »

« *Tu as le sentiment d'avoir été entendue par la police et la justice ?* »

« Oui beaucoup, ils ont vraiment pris ça au sérieux. Ils étaient vraiment inquiets et surpris qu'il puisse y avoir une organisation de l'Etat Islamique en Turquie. »

Yasmine a pu avoir également par la suite accès à une protection juridique : *« Enfin, les gardes côtiers turcs me récupèrent ainsi que la cinquantaine de personnes de l'embarcation détruite, il n'y a pas de mort. Nous sommes accueillis au commissariat pendant 8 heures pour se réchauffer, des médecins sont présents, ils prennent soin de nous, **je me suis enfin sentie écoutée et sécurisée.** »* Cette courte marque d'humanité face à l'aspect deshumanisant de l'épreuve qu'elle a surmontée, est ressentie comme très réconfortante et donne de la force aux personnes confrontés à un événement traumatique pour l'affronter et aller au-delà.

Bassel : *« (...) suite à une tentative de kidnapping, quatre personnes m'ont attaqué dans la rue, on s'est battu, j'ai été frappé mais me suis enfui. **J'ai été accompagné par l'association pour porter plainte, c'était en Turquie.** »*

Reem rapporte que suite au viol dont elle a été victime, avec une réponse qu'elle décrit inadaptée de la justice qui ne l'a pas reconnue à la mesure de l'acte subi. Même si elle a pu l'aborder avec ses parents, la réaction générale a été celle de la honte et de l'obligation de cacher l'agression.

*« J'ai tout raconté à ma mère. Ils l'ont mis en prison. **Il est resté je crois 3 mois, il a donné des sous et il est ressorti.** Après je le voyais, je ne supportais pas le fait de le voir. C'était un voisin. Même quand je le voyais il me faisait toujours la tête « attends que je t'attrape ». Je ne pouvais pas supporter ça. Tout ça je ne peux pas le supporter. »*

« Je n'ai pas pu en parler à d'autres gens. Ils font trop de préjugés. »

Ensuite, elle dira se sentir en confiance en France, à propos d'un homme qu'elle a rencontré ici : *« Et chez lui vous n'avez pas eu peur ? »*

*« Ouais mais y'avait sa mère. Et puis **ils ne frappent pas de force ici.** »*

De même pour les violences et viols successifs intra conjugaux, elle a choisi la fuite comme réponse plutôt que la dénonciation de ce qu'elle a vécu. Elle parle de corruption en Algérie, son mari ayant un réseau beaucoup plus étendu et puissant qu'elle, et ne pouvant pas le dévoiler à son frère du fait de la pression culturelle familiale :

« Vous n'avez jamais pu recourir à la justice ou le dire à quelqu'un ? »

« Non. En Algérie c'est impensable. Ils te mettent direct en prison. Tu veux leur dire que je suis lesbienne ? Ils n'acceptent pas ça. »

« Sans leur dire que vous êtes lesbienne »

« Mais je ne connais personne en Algérie. Lui il connaît tout le monde. Mon frère il ne m'avait pas dit que c'était un ancien taulard, il braquait des voitures, il volait des gens. »

Aymen : « J'ai alors contacté un ami, disant que j'avais été kidnappée que c'était horrible. Mon ami ne m'a pas cru ! Il pensait que c'était impossible, une blague. Si seulement... Le lendemain, il est quand même allé signaler auprès de la police mon message et ma disparition mais cela leur paraissait douteux de pouvoir être kidnappée avec un téléphone. » « De la fenêtre j'ai crié et jeté des verres dans la rue. »

Aymen parle de sa recherche d'aide immédiate envers un ami, la police, des personnes inconnues, en leur signifiant sa séquestration. La véracité de ses dires est remise en question par ses proches et les forces de l'ordre ce qui lui a coûté de ne pas être pris en charge immédiatement et fait risquer de ne pas s'en sortir.

- Accès aux informations socio-juridiques

Zahra exprime des incompréhensions notamment sur les délais et déroulé des démarches, qui ont pu faire changer leur vie, de façon non désirée : « *Quand on était en Turquie on a déposé la demande pour venir en France, ça a pris beaucoup de temps. On pensait que c'était refusé, alors les filles se sont mariées. Mais en fait nous avons été acceptées en France. Nous y sommes venues en pensant que la réunification allait se faire rapidement et là, depuis, toutes les portes sont fermées.* »

Sa fille Roza ajoute : « *En France c'est encore plus difficile, on nous donne à chaque fois des réponses, des réponses fausses, je n'ai plus d'espoir, les portes sont toutes fermées, je suis fatiguée à cause des démarches, c'est trop compliqué.* »

Roza met en avant l'incompréhension des cadres légaux et juridiques concernant sa situation et les difficultés d'obtenir des informations, des réponses claires permettant de construire un projet futur, et ce déjà à Istanbul en amont du départ pour la France. Elle aurait pu bénéficier d'une

information éclairée avant ce choix de demande d'asile en France où elle ne profite pas pleinement des droits la concernant.

Du programme Sindiane, Yasmine dit en attendre des informations plus précises sur les démarches administratives du recours sur la demande d'asile en cours, les réponses possibles, les délais, les droits qu'ils avaient dans ce contexte. « *J'ai l'impression de mieux comprendre désormais le déroulé des procédures* » ce qu'elle doit faire et les institutions à qui se référer.

Reem n'avait pas été informée à son arrivée de la possibilité de demander le statut de réfugiée à son arrivée en France, c'est une travailleuse sociale qu'elle a rencontré qui l'a encouragée et accompagnée.

« Ma demande d'asile je l'ai faite toute seule. J'ai été voir la dame du SIAO (service intégré accueil orientation), elle m'a proposé. Elle m'a dit, au lieu de rester sans sous, comme tu ne veux pas retourner en Algérie, tu es menacée, tout ça, demande l'asile. Après j'ai été à la plateforme. Ils m'ont donné un autre rendez-vous pour remplir les documents. Ma demande je l'ai faite le 5 juillet et j'ai été convoquée sur Paris le 12 décembre. Maintenant j'attends la réponse. »

Elle me demande si les autres ont pu obtenir le statut de réfugié, elle étant en attente. « *Et tout le groupe c'est déjà des réfugiés ?* » Ma réponse permet de lui donner espoir, de prendre modèle sur les démarches des autres. La demande et la préparation à l'entretien à l'OFPRA ayant été faits sans conseils de professionnel, cela a été une épreuve plus difficile pour elle, et une perte de chance pour l'obtention du statut de réfugié. « *Après quand j'étais à l'OFPRA à Paris, je n'arrivais pas à m'exprimer. Ce n'était pas comme là. C'était trop dur. Elle était trop dure la dame qui m'a interrogée.* » « *Non parce que j'ai été vraiment perturbée. Je n'ai pas parlé comme maintenant là avec elle. Y'avait des questions bizarres, genre elle sautait. On aurait dit une sauterelle, de là, de là, de là, genre elle m'a perturbée. Elle posait des questions... Laisse-moi finir la phrase ! Il a quand même duré longtemps l'entretien. C'était 2h30 d'entretien. Moi j'en pouvais plus.* »

- Accès à l'emploi, aux formations, aux occupations

Les bénéficiaires de Sindiane interrogés soulignent les difficultés institutionnelles qu'ils rencontrent pour accéder à des activités occupationnelles, aux formations et à l'emploi. Certains mettent pourtant l'accent sur le facteur protecteur à la résilience qu'est l'accès au travail.

Au niveau légal, selon les sites officiels (www.service-public.fr, www.immigration.interieur.gouv.fr) et conformément à la Directive européenne « Accueil », auprès de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), les demandeurs d'asile ne peuvent solliciter une autorisation de travail qu'après neuf mois après l'enregistrement de la demande d'asile auprès de l'OFPRA, pour une durée maximale de trois mois et de nombreux obstacles existent à l'obtention de cette autorisation. L'obtention de la protection au statut de réfugiés donne le droit d'exercer une activité professionnelle, dans les mêmes conditions que les ressortissants français à l'exception des professions réglementées.

Avec Aymen : « *Comment tu te sens maintenant ?* »

« *Un peu mieux.* »

« *Qu'est ce qui ne va pas ?* »

« *Tout est nouveau, nous sommes ici depuis 7 mois, on s'ennuie, on n'a rien à faire. On essaye d'aller à l'école pour apprendre le français.* »

Zahra, mère de famille : « *En fait, on est venu ici en France pour avoir une vie meilleure, l'essentiel c'était la scolarisation des enfants, jusqu'à maintenant on n'a pas pu les scolariser.* »

« *En Turquie ce n'était pas beaucoup mieux parce que c'était fatigant, on n'avait pas beaucoup de droit (...) ni pour travailler.* »

Bassel : « *Je pense sans arrêt à mes problèmes, (...) puis ici je ne peux pas travailler en tant que coiffeur.* »

Bassel évoque des manifestations anxieuses qui peuvent faire partie d'un syndrome de stress post traumatique connaissant son contexte, plus précisément des ruminations anxieuses, et ne peut pas devenir acteur de la vie qu'il a choisie, notamment en exerçant sa profession.

Yasmine exprime que la possibilité qu'elle a eu de travailler en Turquie même en l'absence de situation régularisée lui a permis de continuer à réaliser la profession qu'elle a choisie et dans laquelle elle se sent épanouie. En effet elle a été formée à la coiffure en Syrie où elle y a exercé comme coiffeuse ainsi qu'en Turquie. En France elle ne peut pas encore travailler.

Reem : « *J'avais l'impression que j'avais besoin (du suivi psychiatrique et traitement sédatif) mais après j'ai trouvé d'autres solutions pour m'occuper.* » « *Oui c'est l'ennui le problème. Et c'est le fait que je sois avec elles (ses filles). Elles sont tout le temps avec moi.* »

« *En quoi ça vous aide vous Sindiane ?* »

« *Avec Mariam la dernière fois on est sortis au musée.* » « *Les sorties ça nous permet d'oublier un peu les soucis comme ça.* »

Reem ajoute : « *Si j'ai ma régularisation je vais faire une formation. Je vais passer mon permis camion.* »

Pour l'instant, Reem a pu obtenir des travaux de courte durée non déclarés mais qui lui ont permis de retrouver une activité avec un apport financier et pouvoir d'agir par le travail, une indépendance vis-à-vis de ses filles.

- Accès au système de santé de droit commun

Les demandeurs d'asile bénéficient de la CMU (couverture maladie universelle) de base et complémentaire dès l'enregistrement de la demande d'asile. Les personnes ayant obtenues le statut de réfugié ou une protection subsidiaire peuvent être couvert par la CMU-C (complémentaire) en fonction de leurs conditions de ressources.

Zahra déclare : « *En Turquie ce n'était pas beaucoup mieux parce que c'était fatigant, on n'avait pas beaucoup de droit ni possibilité pour voir un médecin.* »

Pour pouvoir s'intéresser à l'accès aux soins, nous nous interrogeons également sur la détection d'un besoin en santé et l'expression d'une demande.

Avec Aymen : « (...) *Tu appréhendes ça, tu penses que tu as déjà des fragilités au niveau du moral ?* »

« *Non, je me sens bien. Je n'ai rien.* »

« *Tu te sens assez forte pour répondre à quelqu'un qui te montre du doigt ou t'humilie ?* »

« *Pas toujours. Parfois je me sens comme un chat. Apeurée. Parfois je me sens assez forte.* »

« *Comment tu pourrais être aidée pour te sentir toujours assez forte ?* »

« *Je ne sais pas.* » Puis Bassel répond également : « *Quand son copain l'appelle* », Aymen acquiesce discrètement.

Aucune vulnérabilité psychique n'est repérée ici par Aymen mais **l'estime de soi** est mise en péril par les expériences successives de stigmatisations. L'aide qu'elle demande et dont elle éprouve bénéfice est celle du soutien affectif par son copain.

Yasmine : « *Les voix (des personnes qui crient dans les rues pendant les bombardements aériens) sont revenues, pendant un an qui suit l'attaque, des voix d'appel à l'aide.* »

« *Elles me rappellent sans cesse mon sentiment d'impuissance et la honte du régime, qui a effacé les dégâts faits ce jour-là.* »

Il s'agit d'un syndrome de répétition traumatique avec des flashs back auditifs spontanés, majorés par tout stimulus extérieur qui représente une charge émotionnelle, des ruminations mentales anxieuses les accompagnent, autour de l'incompréhension de ce niveau de violence et de la non reconnaissance des puissances publiques, de culpabilité de ne pas avoir pu agir. Yasmine exprime clairement n'avoir jamais pensé utile de chercher un suivi par un spécialiste pour cette souffrance psychique et se rattache aux liens forts à la vie, familiaux et religieux.

Si une plainte est exprimée, elle n'a pas nécessairement en lien avec une demande d'aide en termes de santé :

Bassel : « *Dans ma tête, quand j'étais en Syrie, à 21 ans je pensais être malade. Avoir une maladie, je ne savais pas ce que c'était être gay, même le mot "gay" m'était inconnu.* »

« *Quelle maladie ?* »

« *Être différent, j'essayais de me soigner, j'allais beaucoup à la mosquée pour ça.* »

Il parle ici de maladie qu'il prendra en charge par la foi et la morale et ne cherche pas de support par des professionnels soignants.

Roza : « *Je ne dors pas, pas du tout depuis plusieurs mois* ».

« *Tu as l'impression que tu aurais besoin d'un soutien psychologique ?* »

« *Non, je n'ai pas besoin.* »

*« Je me sens vraiment confus, je voudrais réorganiser mes idées, avec mon compagnon, mon ex-femme qui voudrait se remettre en couple avec moi, **je ne me sens pas stable ici, je n'arrive à prendre aucune décision, même les choses les plus évidentes. Et je dors très mal.** »*

Bassel aborde des difficultés de l'ordre de l'addiction, ses souffrances psychiques et de la santé mentale au sens large : ruminations mentales, difficulté de prise de décision et de projection dans l'avenir, repli social ou mise à distance volontaire des autres, ses troubles du sommeil avec automédication par le cannabis, pour lui ainsi que pour ses proches. Cependant il n'élabore pas de besoin ni de demande formalisée de suivi médical ou psychologique hormis dans le contexte du programme Sindiane.

« Surtout du hashish pour moi, ça m'aide à m'endormir sinon c'est dur. Ma vie en Turquie tourne en boucle, celle d'ici aussi. Je pense aux personnes autour de moi, à mes amis, à mon travail de coiffeur. Ma vie actuelle m'a coupé des relations avec mes anciens amis. Je suis plus replié actuellement. » « En Turquie, des copains me donnaient des somnifères, des antidépresseurs. Ici, je prends ceux de Rahim mon petit-copain, maintenant il est suivi par un psychiatre au CMP avec une infirmière qui passe à la maison tous les jours. »

« Pourquoi tu n'as pas de Docteur à toi ? »

« Pourquoi faire ? Non je ne préfère pas. »

Les besoins sont plus facilement repérés par l'entourage :

Yasmine n'a pas de demande particulière personnelle en termes d'accompagnement à ses propres soins médicaux ou psychologique. Cependant elle a pu demander de l'aide pour organiser une consultation pédiatrique à la PASS pour sa petite sœur avec la médiatrice paire qui faisait l'interprétariat et moi-même.

Bassel vis-à-vis de son compagnon : *« Mon copain ne sort jamais, il ne veut pas. Il est déprimé. Et prend des comprimés. »*

« Regarde, elle c'est une nouvelle amie, elle est arrivée d'Istanbul par l'ONU et l'association d'accueil des demandeurs d'asile AMPIL. C'est une femme transgenre. Elle va très mal, elle est déprimée, elle veut retourner à Istanbul, pour elle la France n'est pas ce qu'elle imaginait. »

Des éléments des entretiens montrent un accès à des connaissances médicales éclairées, c'est un échange avec Aymen qui l'illustre, concernant le traitement hormonal substitutif pour une femme transgenre :

« Et les injections d'hormones qu'il faudrait faire influencent le moral, rendent fragile. »

- Prise en charge obstétricale et projection dans la parentalité
Préoccupation vis-à-vis du bien-être de ses enfants

« Comment tu te sens par rapport à ta grossesse et l'enfant à venir ? »

Roza qui est enceinte de son premier enfant, à huit mois de grossesse répond : *« En fait je n'ai même pas le temps de penser à tout ça, je pense seulement à comment faire le rapprochement familial. Quand je suis arrivée en Turquie ils m'ont dit qu'il (son mari) allait pouvoir venir lui aussi ici, partir de Turquie, et jusqu'à maintenant je n'ai rien, peut-être que je vais devoir attendre un an encore et c'est très difficile. »*

Elle exprime ne pas avoir de disponibilité psychique pour y penser car ne se sent pas en sécurité administrative malgré ses efforts de démarches de rapprochement avec son mari qui est à Istanbul avec qui elle s'est mariée religieusement. *« Je suis enceinte et malade. Il y a le problème de reconnaissance du bébé par le père absent. »* Bien que la juriste apporte des réponses autour du rapprochement et de la question de la reconnaissance de l'enfant, sa désillusion sur les démarches lui fait perdre toute confiance envers les professionnels. Elle a également expliqué que son mari n'a pas fait les démarches pour venir en France, mais elle continue à chercher des solutions pour qu'ils soient ensemble avant de pouvoir projeter le reste du déroulé de sa vie.

Reem est suivie une fois par semaine par l'équipe de périnatalité du CHS E. Toulouse, suite à son suivi obstétrical et des difficultés d'accès à la parentalité. Elle est également suivie par une psychologue de la MDS (Maison de la Solidarité) tous les quinze jours qui lui permet de se sentir écoutée, comprise et soutenue. Elle exprime ses difficultés et les bénéfices sur le soutien de la parentalité grâce à ces suivis (60) *« Mes filles il les a faites de force. » « Il (un médecin) m'a fait l'écho. Et il m'a dit « félicitations tu es enceinte ». Franchement j'étais en pleurs. Je l'ai supplié pour la descendre. Il ne voulait pas. C'était en Algérie. » « J'ai rendez-vous chaque*

semaine en périnatalité, elle (la pédopsychiatre de l'unité) m'a parlé d'antidépresseurs pendant ma grossesse, on essaie de trouver des solutions. » « J'aime bien être écoutée. C'est ça que j'avais besoin au début. J'avais besoin d'une oreille attentive. » « Au début quand tu débarques dans un pays inconnu ce n'est pas évident. Enceinte, avec un enfant... » « Regarde, elle a les yeux de son père. »

Cette mère est de toute évidence préoccupée du bien-être de ses filles, cependant porteuses du traumatisme en ce sens qu'elles peuvent représenter le vécu de Reem avec son mari : les violences sexuelles, l'impossibilité de choisir, de consentir, avec la peur qu'elles puissent être elles aussi abusées.

Sa décision de partir, est un événement de sa vie dont elle est fière et en est plus forte parce qu'il constitue un nouveau départ à la fois pour elle et pour ses filles. Et ce choix, c'est elle qui l'a pris, elle s'est positionnée en actrice de sa vie : *« J'ai pensé à plus tard, c'est vrai que je ne les ai pas eues d'amour, mais là je les assume. C'est toute ma vie mes deux filles. » « Je ne pouvais pas laisser mes filles grandir avec un père pareil. Impossible. Quand j'ai su tout ça je suis partie. »*

Question destinée à Zahra, mère de Roza et d'une autre fille de 20 ans : *« Comment vous vous sentez au niveau psychologique ? »*

« Je me sens fatiguée, on est toutes fatiguées psychologiquement. »

« Est-ce que des événements du passé reviennent à vous, dans votre esprit et vous empêchent d'avancer ? »

*« En fait des souvenirs de tous ce qu'ils ont vécu là-bas reviennent **et en plus la situation actuelle et le fait que mes filles soient sans leurs maris.** »*

- Accès au programme Sindiane

A Aymen : *« Comment as-tu connu Sindiane ? »*

« Par le traducteur de l'AMPIL (association d'accompagnement social et d'accès au logement des personnes demandeuses d'asile) qui m'a parlé des ateliers, des groupes LGBT. J'ai pris rendez-vous avec Liana et Olga puis j'ai commencé à participer. »

A Zahra : « *Est-ce que vous conseillerez le programme à d'autres personnes ?* »

« *Oui, on fait la publicité du programme à des gens qu'on connaît.* »

A Reem : « *Mais Sindiane du coup comment vous l'avez connu ?* »

« *Quand j'étais à Paris (entretien de l'OFPRA) ils m'ont demandé si je connaissais l'association ARDHIS. C'est une association à Paris qui s'occupe des homosexuels demandeurs d'asile et tout. J'ai essayé de les appeler. Je n'arrivais pas à les joindre. Mais c'était toujours sur Paris et moi je ne peux pas me déplacer. Du coup j'ai essayé de leur envoyer un e-mail pour leur demander de l'aide. Et après y'a Olga qui m'a appelé.* »

Elle dit également : « *C'est galère pour moi de venir les autres jours, j'ai la crèche que les lundi et mercredi, sinon elles sont tout le temps avec moi.* »

- Conditions de vie

- Besoins matériels : logement, ressource financière

Les besoins primaires comme le logement salubre et adapté, une sécurité financière.

Un logement qui se trouve loin des institutions administratives clefs et centres culturels, c'est le cas pour Bassel et Aymen : « *Mais ils m'ont donné un appartement loin du centre-ville. Alors que d'autres personnes qui n'aimeraient pas être en centre le sont. En plus là où ils m'ont installé, les voisins nous humilient. Mais en même temps j'investis l'appartement, j'ai acheté des meubles.* » Bassel me montre des photos d'un appartement entretenu et décoré.

Reem : « *Mes filles sont tout le temps avec moi, dans une pièce parce que j'ai qu'un studio. Une chambre de 19m². 18m². C'est trop petit.* » « *J'ai la crèche, ça me coûte mais j'ai l'allocation ça va.* » l'allocation versée pour les demandeurs d'asile, le montant est défini par foyer.

Yasmine : « *Arrivés à Damas, on vivait à sept dans une chambre d'hôtel, on a dû changer deux fois d'hôtel.* » « *L'augmentation anarchique des prix en Syrie nous a également poussés à partir, on ne pouvait plus rien se payer* »

Roza : « J'ai beaucoup demandé à avoir un logement individuel pour moi et mon bébé à venir, à avoir des vêtements pour la grossesse et l'accouchement, je n'ai rien eu. » Il apparaît une confusion des personnes et institutions ressources, du fait possible des institutions elles-mêmes (l'association d'accueil pour demandeurs d'asile qui s'occupe d'elle et sa famille et le programme Sindiane) et de leur rôle peu défini aux yeux des bénéficiaires.

▪ Lien relationnel

Le parcours d'exil, les ruptures qui existent, les traumatismes successifs peuvent être la cause d'un éclatement social c'est-à-dire de séparations humaines, pertes, changement de rôle social. La cohésion familiale, le réseau social, le support communautaire et associatif ont ainsi une importance d'autant plus fondamentale pour ces personnes demandeuses d'asile ou réfugiées.

- **Eclatement social :**

. **Séparation, perte et rejet**

A Roza : « Tu te sens très seule sans ton mari ? »

« Oui c'est normal. »

« Ça t'aide les ateliers en groupe, tu t'y sens soutenue ? »

« Je vous remercie, vous faites le maximum, je ne sais pas comment ça va se passer plus tard. »

« Comment on pourrait t'aider de plus, au-delà de l'aide sur les démarches de la réunification ? »

« A part ça, je ne cherche pas grand-chose. Je remercie l'équipe de ce qu'elle fait pour moi, sans l'équipe peut-être que je serais d'avantage perdue. »

Bassel : « Il (son petit copain) s'est fait tuer dans ce contexte. (...) J'ai alors décidé d'arrêter toute relation avec des hommes. Je ne l'explique pas. Et je crois que c'est à cause de ça que je me suis ensuite marié. »

L'événement de vie violent qu'a vécu Bassel par le meurtre de son compagnon par Daesh marque une rupture avec l'état antérieur, un rejet d'une mise en situation similaire, un comportement d'évitement.

Dans ce contexte post traumatique immédiat, Bassel dit aussi « *Je n'ai pas pu en parler ni parler du tout pendant un mois suivant l'événement. J'étais chez moi dans ma famille.* »

Il n'a pas pu demander ni recevoir d'aide de son entourage suite à son traumatisme, il apparaît s'être figé dans une situation psychique d'effroi ou sidération, avec impossibilité de mise en mouvement spontané des pensées et des émotions ressenties.

A Aymen : « *As-tu vécu des humiliations en Syrie ou en Turquie ?* »

« *Oui, de la part de mon frère. Parce qu'il est religieux. Me demandant sans arrêt pourquoi je suis comme ça comme une fille, lève-toi et agit comme un homme il me disait. Ma mère aussi me répétait ça, mais sans crier.* » « *Je ne savais pas que j'étais gay, j'étais avec mes amis. Mon frère lui savait j'en suis convaincue. C'est mon grand frère, plus âgé de 4 ans. Les enfants de mes voisins en Syrie me disaient déjà que j'étais une fille. Moi j'ai demandé à ma mère ce que j'étais, qui j'étais. Elle m'a répondu de ne pas les écouter.* »

Bassel : « *J'avais peur que mes parents sachent. Après je me suis engagé dans cette association LGBT, ils savaient, ils ont vu le film. J'ai décidé d'aller vivre ailleurs. Ils ont arrêté de me parler depuis lors.* »

« *Même tes sœurs ne te parlent plus ?* »

« *Sur mes cinq sœurs, trois sont indifférentes, trois parlent mal de moi, me dénigrent.* »

Reem : « *Pour le moment je suis encore perturbée. Moi j'ai coupé avec l'Algérie. Je parlais qu'avec mon avocate.* »

. *Changement de rôle social ou d'état civil*

Reem parle de son ancien travail en tant qu'ingénieur informatique dans un centre pénitentiaire en Algérie, et sa condition actuelle incomparable au niveau de son statut socio-économique.

« *J'étais ingénieure d'état dans un établissement pénitencier. Je m'occupais de l'informatique de l'établissement.* »

Le changement d'état civil est très fragilisant également pour nos bénéficiaires. Roza et sa sœur expriment n'attendre que l'arrivée de leur mari sans qui leur vie n'a pas d'avenir.

Reem était mariée avec enfants et se retrouve en France femme isolée avec ses deux enfants.
« *Au début déjà quand tu débarques dans un pays inconnu c'est pas évident. Enceinte, avec un enfant...* »

- Soutien communautaire

. Cohésion familiale :

Yasmine décrit une relation de grande confiance, sentiment de soutien avec communication libre au sein de sa famille « *Je suis entourée par les miens, dans ma communauté qui me comprend et qui se bat pour survivre* ». C'est seulement au sein de sa famille qu'elle peut retrouver une communauté humanisante.

Yasmine, quand elle raconte l'attaque des pirates entre la Turquie et la Grèce : (...) « *Ils volent les téléphones. Je me sens alors coupée du reste du monde, sans lien de connexion, totalement seule et vulnérable. Puis je ne me souviens plus, je me suis moi-même déconnectée de l'épisode, c'est comme un vertige.* » L'instant où elle ne peut plus communiquer avec sa famille signe la déconnection avec la réalité qui l'entoure, la violence étant jusqu'alors comme supportée par le soutien de sa famille proche par le biais du téléphone. Un épisode de dissociation s'initie alors.

D'ailleurs, en termes de bénéfices des ateliers de Sindiane, Yasmine met en avant : « *Je sens que je peux compter sur les intervenantes et sur les participantes, je sais qu'elles ne m'abandonneront pas.* » Elle se sent liée avec le groupe, soutenue.

Elle souhaiterait aider elle aussi ses pairs, elle propose d'organiser un nouvel atelier coiffure et beauté au sein de Sindiane.

Pourtant, il existe d'autres situations où la circulation de la parole est impossible dans l'environnement intime et familial de la personne.

Bassel : « *Je vivais à Istanbul, j'étais excité. Mais en même temps c'était très dur parce qu'on vivait tous ensemble avec ma famille, mes parents, ma femme et mon enfant. Une relation très étrange s'est installée entre mon père et moi. Même si j'étais marié et qu'on avait un enfant, il vérifiait mes horaires, mes activités, quand je rentrais à la maison, il créait des problèmes. Je crois que c'est parce qu'il avait découvert ce qu'il y avait à l'intérieur, d'être gay.* »

L'incompréhension et le rejet de ses proches a pour lui contribué à son isolement, à la perte de support affectif familial, et apparaît dans le discours de Bassel comme aussi douloureux que la guerre elle-même. Il constitue un facteur de vulnérabilité important à son bien-être mental.

. Créer un réseau social solide :

En péri et post-traumatique immédiat, la recherche de soutien auprès de ses proches a émergé :

Aymen au cours de la séquestration dont elle a été victime : « *J'ai alors contacté un ami, disant que j'avais été kidnappée que c'était horrible. Mon ami ne m'a pas crue ! Il pensait que c'était impossible, une blague. Si seulement... Le lendemain, il est quand même allé signaler auprès de la police mon message et ma disparition (...).* »

A Reem : « *Vous vous sentez soutenue par des personnes ?* »

« *Ouais franchement c'est ça qui m'encourage. C'est ça qui m'encourage à avancer.* » « *Avec Mariam la dernière fois on est sorties au musée. On a rigolé. C'était trop bien. Après je voulais aller avec eux à la plage.* » « *Y'avait deux mecs. Ils sont sympas. Je les adore. Y'avait un autre couple aussi ils sont nouveaux je crois.* » « *Un d'eux voulait me donner son numéro pour qu'on se voit en dehors des sorties, on ne l'a pas encore fait.* »

« *Vendredi on organise un pique-nique à la plage.* »

« *Oui mais avec les filles c'est fatigant.* »

« *On sera nombreux. On peut un peu prendre le relai.* »

« *Ouais je vais essayer.* »

En effet Reem est venue avec ses deux filles. Ses filles étaient prises en charge par chacun à tour de rôle. Reem s'est sentie soutenue, et a pu prendre soin d'elle.

Reem depuis son arrivée, se crée petit à petit un réseau solide par le biais des associations et s'investit dans *SOS femmes* (association d'aide aux femmes victimes de violences conjugales), elle se sent supportée par les autres femmes et se décrit à l'aise pour leur parler. Elle se sent également supportée par le programme Sindiane dont elle a pris connaissance par l'association parisienne ARDHIS (Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et transsexuelles à l'immigration et au séjour) dont lui a parlé la juge qui l'a reçue lors de son entretien à l'OFPPRA. Sa première rencontre a été une personne du SIAO

qu'elle qualifie d'« ange ». Autrement, elle ne connaissant personne à Marseille avant de partir brutalement et sans préparation, seule, enceinte, avec son 1^e enfant en bas âge, d'Algérie.

Bassel et Aymen arrivent ensemble pour l'entretien, et souhaitent le faire ensemble même si nous avons organisé un créneau pour chacun : « *Nous n'avons pas de problème ou de peur, il n'y a pas de secret ne t'inquiète pas.* »

Je demande : « *Qu'est-ce que tu attends Bassel des ateliers Sindiane ?* »

« *Faire des activités, sortir, rencontrer des nouvelles personnes.* » « *J'étais déjà dans une association LGBT à Istanbul, l'association Tea &Talk. On se rencontrait, on échangeait, on a organisé des émissions pour une station radio LGBT. On écrivait des histoires, des séries sur des personnes LGBT.* »

« *Sindiane ça m'aide au niveau psychologique. Pour sortir, rencontrer des nouvelles personnes, notamment des étrangers.* »

« *Vous en rencontrez avec Aymen ?* »

« *Oui, par exemple Samir et sa femme. Ils sont super gentils, je les vois souvent. Je me rends compte que si je suis dans la rue, je marche, on se promène avec Mariam (une intervenante du programme, médiatrice paire qui anime des visites découvertes de la ville), et aussi avec Samir et sa femme, je me sens en sécurité, je me sens moi-même surtout.* »

Aymen rajoute : « *Et on est allés, Bassel et moi dans un sauna gay il y a quelques jours. A Noailles, enfin je ne sais pas où exactement, tout est Noailles pour moi. On a fait du sexe illégal.* »

« *Qu'est-ce que c'est du sexe illégal ?* »

« *On a cette façon de parler du sexe illégal quand tu ne connais pas la personne. Légal serait de bien se connaître.* »

Il est mis en avant que l'attente de certains des bénéficiaires va au-delà de la satisfaction des besoins primaires, ils les dépassent en accédant à des relations affectives et sexuelles en tant que réfugiés nouvellement arrivés depuis moins de 6 mois.

Aymen : « *Qu'est-ce qu'on t'en avait dit des ateliers, et qu'est-ce que tu en attendais ?* »

« Je cherchais des associations LGBT et on m'a suggéré de les rencontrer. J'étais aussi intéressée par les ateliers artistiques, pour sortir rencontrer des personnes, et l'atelier couture. J'étais dans l'association Tea &Talk à Istanbul. On se connaissait de là-bas avec Bassel mais on n'était pas amis. On n'a pas décidé de partir ensemble en Europe. On s'est vraiment rapproché en France, on est voisins ici. »

La langue du pays refuge :

A Reem : « D'accord. Et comment vous avez fait après ? »

« (...) Heureusement que je parle français. »

Reem met en avant l'atout de la langue pour s'implanter, autant en termes de démarches socio-juridiques que de réseau social.

Les demandes des autres bénéficiaires vis-à-vis de cours de Français au sein du programme Sindiane ou à l'extérieur sont répétées et presque unanimes : Aymen : « (...) nous sommes ici depuis 7 mois, on essaye d'aller à l'école pour apprendre le français. Vous aviez parlé d'organiser un cours de Français ici avec Sindiane, ça en est où ? »

▪ Soutien institutionnel :

Bassel : « Et puis tu as décidé de partir en Europe. Avais-tu un visa pour venir déposer la demande d'asile en France ?

« Oui par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). On a fait un entretien. Une association m'a pris en charge à Istanbul quand la demande a été acceptée. Puis c'est l'association AMPIL qui est venu me chercher à l'aéroport à Marseille.

Yasmine a également fait avec sa famille la demande de Visa au titre de l'asile qui sera acceptée auprès de l'ambassade de France à Istanbul, ils seront alors pris en charge par le haut-commissariat pour les réfugiés depuis Istanbul vers la France, à Marseille où l'association Cités les attend, et où ils vont demander l'asile. Elle a obtenu la protection subsidiaire par l'OFPRA en Novembre 2018.

- Caractéristiques individuelles

▪ Expériences de traumatismes

L'événement devient traumatique quand l'appareil psychique, qui saisit la réalité environnante et s'y adapte, se trouve dépassé. Il existe alors une rupture dans la continuité de la pensée, qui nécessitera une transformation après coup pour le rendre compréhensif par un effort de pensée en lui donnant sens. Les expériences traumatiques peuvent être partagées par un groupe de personnes voire connu dans une moindre mesure par le grand public dans des contextes de crise politique comme nous l'avons vu. Un traumatisme a néanmoins toujours un vécu singulier en fonction de passé propre de la personne, des moyens individuels pour l'affronter, la possibilité d'accueil du récit du traumatisme dans l'entourage.

Nous avons évoqué précédemment les traumatismes multiples dont les participants ont fait expérience et abordé en entretien : témoins de la mort pendant des bombardements, traite humaine par des pirates pendant la traversée Turquie-Grèce, séquestration, torture, témoin de viol, humiliation, décès violent de proche, tentative de kidnapping.

Reem aborde spontanément à l'entretien un traumatisme, un viol dont elle a été victime dans l'enfance :

« Déjà j'ai un problème. Moi je ne voulais pas le dire en Algérie parce que c'est un tabou. Quand j'étais petite, j'avais 10 ans, j'ai été victime d'un viol d'un homme de 50 ans. Du coup c'est bon j'ai détesté les hommes. »

Bassel comme beaucoup d'autres porte son lourd bagage d'exil et d'événement successifs positifs et négatifs constitutifs de son parcours :

« Quelle histoire avais-tu raconté ? (Question dirigée envers Bassel, concernant sa participation au concours de Mister Gay Syria) »

« Mon histoire, la Turquie, les migrants, le fait que j'ai été marié et que j'ai un enfant, mon divorce. »

« De la migration et des événements violents que tu as vécus, en as-tu des souvenirs qui réapparaissent ou qui sont réapparus à un moment de manière intrusive ? »

« Oui j'avais des cauchemars suite à une tentative de kidnapping, quatre personnes m'ont attaqué dans la rue, on s'est battu, j'ai été frappé mais me suis enfui. »

Yasmine développe dans les suites d'une tentative de kidnapping un syndrome d'évitement aux lourdes conséquences. « Je ne suis plus sortie de chez moi depuis ce moment, tant que j'étais en Syrie. »

- Le combat identitaire, la liberté d'être soi

Yasmine parle d'elle et de ses sœurs plus jeunes qui cherchent à être scolarisée en France : « Nous refusons d'enlever notre voile, même à l'école. » « Nous ne voulons pas être forcées d'enlever le voile, ça fait partie de nous, de notre culture. » même en sachant qu'il n'existe pas de lycée privé acceptant le port du voile.

Bassel porte un discours engagé, qu'il a construit avec recul et réflexion, symbolise le combat identitaire « deux guerres ». Il souhaite également que son message prenne une portée allant au-delà de notre entretien. « J'ai monté et joué dans le film « Mister Gay Syria ». Et en même temps, j'ai participé au concours Mister Gay Syria et j'ai gagné ! Oui J'étais le Mister Gay Syria en 2016. » Il rit, et ajoute : « Ce n'est pas seulement sur des critères de beauté, ce qui compte c'est aussi l'histoire personnelle, le parcours qu'on raconte. J'ai eu 5/20 en beauté ! » « (...) et puis surtout j'ai exprimé la souffrance des gays, en Turquie et des migrants gays syriens en Turquie, et dans le pays arabe en général. »

« En fait je dois dire quelque chose, **pour les gays de Syrie la guerre a été une aide**, pour que les gays bougent, changent dans leur tête. Dans ma tête, quand j'étais en Syrie, à 21 ans je pensais être malade. Avoir une maladie, je ne savais pas ce que c'était être gay, même le mot "gay" m'était inconnu. »

« Quelle maladie ? »

« Être différent, j'essayais de me soigner, j'allais beaucoup à la mosquée pour ça. Un sentiment que tous les gays ont en fait, je l'ai compris par la suite. J'ai essayé de changer. C'est moi qui étais anormal par rapport aux autres. (...) Avant la révolution, la guerre, je pensais déjà que j'avais besoin de partir pour comprendre et me soigner. **Je me sens tellement désolé pour les gays qui sont restés en Syrie. Ils sont en train de vivre deux guerres en même temps. La première, celle que tout le monde vit autour d'eux en Syrie, et la seconde, la leur, celle de la**

terreur de se faire découvrir tels qu'ils sont, que les autres se rendent compte qu'ils sont gays et de se faire jeter par les immeubles. »

« Qu'est-ce que cela signifie "se faire jeter par les immeubles" ? »

« Il y a une histoire célèbre en Syrie, réelle, que les personnes gays sont poussées du haut d'immeubles quand ils sont découverts. »

A nouveau Bassel : *« Et le 2^e problème c'est mon ex-femme. Elle me harcèle. Elle veut qu'on se remette ensemble. **Elle dit qu'elle peut consacrer même sa vie entière à s'occuper de moi et me soigner** (de son homosexualité) ».*

Aymen : *« Quand j'avais 17 ans, je suis tombée amoureuse d'un homme. Je prétendais être une fille et je lui parlais par bluetooth et je suis tombée amoureuse de lui. »*

« Puis à 20 ans en Syrie, je ne sortais plus, je me sentais tellement bizarre par rapport aux autres. Déjà quand j'ai grandi, que j'ai commencé à changer, j'étais terrifiée, pourquoi ma voix était comme ça ? ça m'a changé à 100%, je ne voulais pas. J'adorais ma voix, j'aurais souhaité la garder. J'ai même rencontré des médecins à ce moment-là, même avant mes 20 ans. »

« Quel genre de médecin ? »

« J'allais voir un Docteur pour vérifier ma nutrition, parce je faisais des malaises. Puis le médecin a dit que j'avais des problèmes psychologiques par rapport à la situation dans la maison, avec mon père qui criait contre moi. » « J'en ai parlé à ma mère qui me disait de quitter la maison pendant ses crises. Je me sentais terriblement mal. »

Aymen rapporte se référer à ses proches mais la réponse de l'environnement familial reste peu empathique et soutenance.

« Je ne l'acceptais pas jusqu'à ce que j'arrive en Turquie où j'ai découvert d'autres personnes affirmées, libres de leur façon d'être. Nous, avec ma famille en Syrie, nous étions dans la campagne, il n'y avait rien à faire, pas de sortie, on était replié sur nous-même. »

« Toi tu préfères que l'on s'adresse à toi en disant elle ? »

« Ça m'est égal, elle ou il. Mais je préfère comme une fille. »

« Tu as le projet de faire une transformation ? »

« *Je pense que c'est très dur d'avoir une vie de transgenre. En Syrie ou ailleurs. D'être accepté en tant que tel. **Moi je m'accepte comme ça.*** »

- Pouvoir d'agir

Bassel veut comprendre et faire préciser les enjeux de l'étude, quelle portée positive cela pourrait avoir : « *Pourquoi nous sommes ici ?* »

« *Pour échanger autour du vécu de votre parcours d'exil, d'événements marquants, et chercher les moyens de vous accompagner, de vous aider au mieux par le programme Sindiane.* »

Bassel s'adressant à moi à la fin de l'entretien pour l'étude : « *Est-ce qu'on peut se revoir mais seulement toi et moi ? Je voudrais qu'on discute de plus de détails. J'ai besoin de conseils sur comment gérer ma vie.* » « *Amin m'a dit que ça lui avait fait du bien de parler avec toi. J'ai envie moi aussi.* » « *J'ai besoin d'aide dans ma vie pour décider.* »

Il saisit ici le rôle distinct de chacun des intervenants dans Sindiane, leur compétence et leur rôle en l'occurrence celui de psychiatre et interpelle l'interlocuteur le plus adapté à ses besoins.

Aymen repère ses besoins et formule sa demande d'intégration par la langue française. « *Vous aviez parlé d'organiser un cours de Français ici avec Sindiane, ça en est où ?* »

Yasmine propose d'animer un nouvel atelier pour les bénéficiaires de Sindiane, de coiffure et de beauté. Elle se saisit de l'espace des ateliers pour pouvoir apporter ses compétences et les partager, pour son bien-être et celui des autres.

- Vécu positif :

Yasmine : « ***Je me sens plus forte et rien ne me fait peur, cela m'est égal ce qui peut se passer.*** » Elle exprime ce vécu positif quand elle explique que suite à la tentative de meurtre collectif par des pirates en mer dont elle a été victime, elle pensait retenter la traversée 3 mois après. En effet, elle a tiré une force de son expérience d'avoir survécu, et dit ne pas avoir peur de mourir.

- L'incertitude sur l'avenir

Roza, jeune femme d'origine Kurde de Syrie, enceinte de 8 mois cherchant un rapprochement familial de son mari toujours à Istanbul. « *Je ne sais pas comment ça va se passer plus tard. Merci à l'équipe de ce qu'elle fait avec elle, sans l'équipe peut-être que j'aurais été*

perdue davantage. » Son pouvoir d’agir est limité dans ce contexte de précarité, d’incertitude administrative.

Bassel : « *Je me sens vraiment confus, je voudrais réorganiser mes idées, (...) je ne me sens pas stable ici, je n’arrive à prendre aucune décision, même les choses les plus évidentes.* »

Nous avons ainsi présenté chaque niveau des déterminants vis-à-vis de la santé mentale chez ce groupe de personnes avec leur contexte spécifique d’exil ainsi que les interventions demandées, attendues ou dont ils ont pu bénéficier dans le programme Sindiane pour chacun des niveaux.

L’ensemble des interventions doivent répondre aux besoins des participants, les intervenants s’y ajustent, puisent les éléments d’action à partir des attentes des participants, utilisant pour cela les ressources psycho-sociales et humaines repérées chez les participants. Ceci correspond à la dynamique communautaire et permet de répondre aux spécificités culturelles et du parcours de vie des bénéficiaires. Le processus de résilience suite aux traumatismes, d’adaptation au pays d’accueil après l’exil, et de recherche d’équilibre psychique peut ainsi être initié, il est dynamique dans le temps, en interaction avec l’environnement socio-relationnel, économique, juridique ainsi qu’avec les facteurs internes aux personnes : image de soi positive, identité sociale, autonomie et pouvoir d’agir.

Analyse quantitative

Nous avons pu montrer la faisabilité et l’acceptabilité du questionnaire créé sur les variables socio-démographiques, cliniques et de satisfaction sur un échantillon de douze bénéficiaires du programme Sindiane. Nous avons également testé l’acceptabilité auprès de 5 bénéficiaires des deux échelles sélectionnées.

La faisabilité

La forme même du questionnaire qui comprend un choix de réponses a rendu son remplissage rapide (10 minutes au maximum) et facile. Il n’a pas été exprimé de difficulté de

compréhension, toutefois une ambiguïté dans les réponses a été signalée. Il s'agissait de la demande sur l'« *état civil* » où plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées, comme « être séparé, divorcé » et « *être en couple non marié* », avec une ambiguïté également dans les sens culturel de couple, qui n'a pas de concept linguistique en arabe comme « *couple, non marié* » puisqu'un couple comprend par définition entre deux personnes mariées. Nous éliminerons donc le choix de réponse « *en couple, non marié* ».

Les deux échelles sont remplies en auto-questionnaire ou accompagné par une intervenante de Sindiane en 5 minutes.

L'acceptabilité

L'acceptabilité a été validée. Les questions de la sphère personnelle et intime n'ont pas été vécues comme intrusives. Les résultats montrent en effet qu'une seule personne ayant déclaré avoir vécu plusieurs événements de vie violents n'a pas répondu aux questions plus détaillées sur ceux-ci, ce qui montre la confiance de la majorité des personnes sur les indications de leur passé singulier, les types et lieux de ces événements traumatiques. Hormis ce questionnaire où n'ont pas été remplis les items précisant un événement traumatique, tous les items ont été renseignés.

Aucun des items des échelles n'a posé de difficulté aux participants interrogés. Aucune demande n'a été laissée sans réponse. Aucune réticence n'a été exprimée de même qu'aucun doute sur l'utilisation des données ou l'enjeu d'y répondre pour les participants. Cependant, aucun participant n'a demandé, la signification du résultat les concernant lorsque le test était positif ou négatif.

Description des données recueillies

- Par le questionnaire

J'ai rencontré 12 participants aux ateliers Sindiane, parmi lesquels 10 femmes dont une transgenre et 2 hommes. Les âges étaient compris entre 21 et 46 ans, avec une médiane à 26 ans.

Les 2 hommes participant étaient homosexuels, les femmes homosexuelles du groupe LGBT de Sindiane ne se sont pas présentées le jour de la passation-test.

10 participants sur 12 étaient de nationalité syrienne, 1 de nationalité égyptienne et 1 de nationalité algérienne.

La durée médiane de présence en France était de 4 mois. Pour les durées maximales, 2 personnes étaient présentes depuis 11 et 13 mois. Pour les durées minimales, 2 personnes étaient présentes depuis 2 et 3 mois.

Dans ce groupe, le statut de réfugié était acquis pour 10 personnes (d'une durée de 1 an pour 6 personnes, et de 10 ans pour 4 personnes). Une demande d'asile était en cours.

Aucun participant n'avait de connaissances en France avant son arrivée.

Sur le plan de la maîtrise de la langue française, 9 participants ne comprenaient pas du tout le français, ni à l'oral ni à l'écrit ; 1 personne comprenait le français mais ne le parlait ni ne l'écrivait ; et enfin 2 personnes pouvaient parler, lire et écrire en français.

La langue maternelle de l'ensemble du groupe était l'arabe.

8 participants étaient mariés ou en couple, 3 étaient célibataires, et 1 était divorcée.

3 personnes avaient des enfants, et 1 des femmes était enceinte. L'enfant d'un des participants était encore à l'étranger.

5 participants ne vivaient pas avec leur famille, 4 vivaient avec presque toute leur famille, et 3 avec toute leur famille. 6 avaient de grandes difficultés à contacter leur famille restée à l'étranger, 2 n'avaient en général pas de difficulté à la contacter, 4 n'avaient jamais de difficultés pour les contacter.

Le niveau d'éducation était très hétérogène, avec 6 participants ayant fait des études supérieures, 4 ayant arrêté l'école entre 12 et 18 ans, et 2 ayant arrêté l'école avant l'âge de 12 ans.

7 participants vivaient dans une structure de demandeurs d'asile, 2 avaient leur propre logement, et 3 vivaient en hôtel meublé.

Le montant des ressources était en moyenne de 283€ par mois. 6 personnes percevaient l'ADA (allocation des demandeurs d'asile), les autres étaient aidées par des associations ou d'autres personnes.

Or, l'ADA est un montant journalier dont le niveau varie en fonction du nombre de personnes composant le foyer et éventuellement d'un montant supplémentaire si la personne ne bénéficie pas d'un hébergement. Par exemple une personne seule perçoit 6.80 euros / j, ce qui correspond à un revenu mensuel à 204 euros / mois. En comparaison, le RSA (revenu de solidarité active) pour une personne seule sans enfant est à 550.93 euros / mois.

Les personnes n'avaient pas toutes connu d'événement violent. Au sein du groupe, 2 participantes syriennes déclaraient ne pas avoir vécu de tels événements.

Parmi les personnes ayant connu des événements violents, seule une personne décrivait un événement unique, toutes les autres décrivaient plusieurs événements violents : 65% dans le pays d'origine, 45% pendant le voyage et 10% en France.

3 participantes avaient été témoins de morts violentes ou de tueries ; 4 avaient été victimes ou témoins de torture ou d'agressions physiques ; 2 avaient été victimes ou témoins d'agressions sexuelles ; 3 avaient été victimes ou témoins d'humiliations ; et enfin 2 avaient été victimes ou témoin d'autres type de violences.

Une personne ayant déclaré avoir vécu plusieurs événements de vie violents n'a pas répondu aux questions plus détaillées les concernant.

Sur le plan de la santé, 9 participants n'avaient aucune maladie chronique, 2 personnes en avaient une ; une personne avait 2 maladies chroniques.

Aucun participant n'avait d'antécédent psychiatrique.

11 des 12 personnes de ce groupe participaient aux ateliers Sindiane depuis 2 à 4 mois, 1 seule personne participait depuis 15 jours. Il s'agissait donc de personnes connaissant le projet.

8 l'avaient connu par bouche-à-oreille, 1 par le CADA, et 3 par une association.

La plupart des participants avaient développé des relations interpersonnelles satisfaisantes, 10/12 au sein du groupe, et 8/12 à l'extérieur.

10 participants déclaraient vouloir soutenir des personnes ayant vécu les mêmes expériences qu'eux, 1 ne savait pas, et 1 ne le souhaitait pas.

Seule une participante déclarait ne pas avoir rencontré de professionnels des droits depuis sa participation au programme.

5 participants déclaraient bien comprendre leurs droits, 4 n'étaient pas sûrs d'avoir compris et enfin 2 déclaraient continuer à ne pas comprendre leurs droits.

Seule une participante déclarait ne pas avoir rencontré de professionnels des soins depuis sa participation au programme. 7 participants avaient un suivi régulier. 2 avaient rencontré un psychiatre, 1 une psychologue. 3 avaient un médecin généraliste. 3 avaient consulté aux urgences.

La satisfaction globale vis à vis du programme était excellente, avec un score moyen évalué à 22,6 sur 25 (+/- 2,5).

Les niveaux les plus élevés étaient retrouvés pour l'item « recommanderiez-vous le programme ? », avec un score moyen de 4,8 sur 5 (+/- 0,4).

Les niveaux les plus faibles étaient retrouvés pour l'item lié aux conditions matérielles, avec un score moyen de 4,1 sur 5 (+/- 0,7).

Les remarques libres ont été l'occasion pour 11 participants sur 12 de faire des propositions. La plupart sont des suggestions d'ateliers supplémentaires.

Les domaines suggérés sont liés aux loisirs et au bien-être (sports, théâtre, beauté), à la langue française et à l'intégration, et enfin au développement de savoir-faire (couture). Une remarque concerne la mixité des groupes.

- Par les échelles

Concernant les échelles remplies par 5 bénéficiaires du programme :

- RHS-15 : 3 d'entre eux sont positifs au dépistage, 2 à la fois par la somme des items de 1 à 14 obtenue supérieure ou égale à une somme de 12 et par le niveau obtenu sur l'échelle (ou thermomètre) de problèmes émotionnels supérieur ou égal à 5/10, le 3^e seulement par l'obtention d'une somme des items de 1 à 14 supérieure à 12. On retrouve bien un groupe de personnes qui traversent une période de fragilité, par les épreuves vécues et la difficulté à s'adapter à un nouveau pays. La positivité à ce *screening* a une forte corrélation avec la présence de troubles psychiques, pouvant être de l'ordre dépressifs, anxieux dont post-traumatiques, ou somatoformes. Selon les créateurs de l'échelle ce sont des personnes pour lesquelles une aide et un soutien supplémentaire par un professionnel de santé pourraient être utiles (49).
- L'échelle d'auto-efficacité généralisée : les 5 valeurs obtenues sont : 36, 29, 25, 24 et 27 avec une moyenne à 28,2. Comme nous l'avons vu dans la méthodologie, les moyennes obtenues de cette échelle varient en fonction des pays, des normes nationales réalisées par une étude exhaustive (57) montraient que le score moyen en France est de 32,19 donc avec une évaluation du pouvoir d'agir chez ce groupe qui serait inférieure à la population générale en France.

Figure 1 : Propositions libres des participantes traduites en français

| |
|--|
| "Je veux des ateliers beauté, couture, et langue française" |
| "Faire de la danse, du yoga, de la couture, du maquillage et coiffure" |
| "Il faut faire des groupes mixtes" |
| "des ateliers de beauté, de couture et de langue française" |
| "Organiser des groupes de sport et de beauté" |
| "Avoir un renforcement en langue française" |
| "Faire du sport" |
| "Apprendre la langue, des ateliers pour l'intégration en France" |
| "coiffure, sport, danse" |
| "sport d'équipe, comme le foot" |
| "faire du théâtre et de la danse" |

Discussion

Nous avons montré la faisabilité d'une enquête évaluative basée sur un outil traduit et validé par le groupe des bénéficiaires. Le questionnaire qui a été réalisé dans le cadre de cette étude, interroge sur les données socio-démographiques, le parcours d'exil, et les difficultés de vie post-migratoires, ainsi que sur la satisfaction à participer aux ateliers et la motivation à devenir un relais d'information pair. Il est disponible en trois langues, français, anglais et arabe, avec double-traductions par des personnes natives anglophones et arabophones et confrontation des versions. Il a pu être rempli pendant une séance de groupe dédiée où les questions ont pu être reformulées par les intervenantes dans leur langue maternelle, lorsque les bénéficiaires émettaient des doutes sur certaines significations ou montraient de l'appréhension à s'exprimer sur tel ou tel item. L'outil a ainsi été accepté et validé par le groupe : un questionnaire court, facile à renseigner, anonymisé, laissant un espace de parole aux bénéficiaires. Avec les intervenantes, il est observé que de nouvelles interrogations ont été soulevées puis reprises par la suite ; ceci, notamment concernant les questions des suivis psychologiques et médicaux. Une grande partie des bénéficiaires n'avait pas auparavant jugé approprié de les aborder au sein des ateliers Sindiane. Le fait d'avoir choisi comme enquêteuses les intervenantes du programme, des pairs arabophones est un élément positif, elles sont en effet proches des participants par la langue, la culture et l'expérience commune du parcours d'exil. Ce sont aussi des figures connues et rassurantes pour les participants. Nous avons vu dans les résultats la grande confiance que leur témoignent les participants enquêtés. Tous ceux qui ont répondu avoir vécu un ou plusieurs événements de vie violents ont détaillé les lieux où cela s'est produit et les types d'évènements, hormis un participant. Le reste des items ont tous fait l'objet de réponse.

Les entretiens semi-dirigés ont permis à la fois d'interroger le ressenti subjectif des bénéficiaires vis-à-vis de leurs expériences successives pendant l'exil, leurs manifestations psychiques ou existentielles, les moyens mis en place pour les surmonter, leurs besoins, leurs attentes pour que le programme Sindiane continue à s'adapter au plus près des exigences des participants. Il constitue une seconde validation du questionnaire en s'assurant de la compréhension fine du sens des questions pour pouvoir l'ajuster. Il laisse également, dans la section "*suggestions libres*" et les questions de satisfaction, un espace précieux d'expression et de revendications libres de leur identité, de leur souffrance et de leurs envies de dépasser leurs

besoins primaires qu'ils saisissent, en se positionnant en auteur et acteur de leur vie et de leur équilibre psychique.

La méthodologie employée, de par sa dimension épistémologique, nous conduisant à adopter **une démarche inductive** au détriment du cadre classique hypothético-déductif nous est apparue ainsi bien plus fructueuse et heuristique. Au vu de l'étendue de notre sujet de recherche et de notre volonté de pouvoir **mettre en valeur dans sa globalité la complexité des interactions entre la santé mentale, l'exil et les trauma uniques ou successifs chez ces personnes** demandeuses d'asile ou réfugiées, de multiples visions sur la question ont été recueillies par différentes méthodes. **La phase exploratoire** a été riche pour pouvoir appréhender la manière d'aborder les problématiques propres de ce groupe de personnes et leur contexte particulier, laisser émerger des besoins singuliers, légitimer mon étude en leur présentant les enjeux et les modalités et en leur laissant la possibilité d'y participer activement, et enfin me présenter et représenter aux yeux des bénéficiaires une personne de confiance, fiable et accessible.

Il est important de repérer les biais de notre étude. Il existe un biais de sélection par le recrutement sur le volontariat des participants ce qui tend à privilégier ou du moins favoriser l'expression des personnes ayant des motivations, souvent très variées, à s'exprimer : revendiquer leur cause identitaire, dénoncer des faits, faire avancer leur situation, s'investir dans la construction du programme, ou aider personnellement les enquêteurs de l'étude. L'étude est monocentrique avec un échantillon réduit, 12 personnes ont testé le questionnaire, 6 ont participé aux entretiens semi-dirigés. Les personnes enquêtées ne sont donc pas représentatives de la population générale des femmes ou personnes LGBT demandeuses d'asile et réfugiées arabophones. Un potentiel biais d'évaluation pourrait provenir de la difficulté pour l'enquêteur de rester dans une neutralité par rapport aux informations recueillies pendant l'entretien et la lecture des questionnaires. Ce biais est renforcé par le fait que les bénéficiaires participant à l'étude connaissent l'enquêteur (présente dans le programme depuis plusieurs mois)¹, et les interprètes qui sont également les intervenantes de Sindiane. De plus, l'étude questionne sur des thématiques intimes dont la résonance peut encore être traumatique ; la subtilité de l'enquête a été de ne pas mettre à l'épreuve les participants par des questions qui seraient vécues trop intrusives, surtraumatisantes, et de s'adapter aux situations et disponibilités psychiques de

¹ En cela, notre méthodologie se rapproche de la méthode anthropologique, le chercheur, au cours de la phase « ethnographique » de son travail de terrain s'immergeant parmi le groupe social étudié afin de le connaître de l'intérieur et de s'intégrer au réseau de relations sociales et de tisser des liens de confiance avec ses interlocuteurs.

chacun. Par ce fait, des éléments informatifs ont pu être perdus. Le lieu choisi était connu, rassurant pour les participants, la durée de l'entretien a pu être flexible en fonction des possibilités temporelles et émotionnelles des participants. L'étape de traduction peut ajouter un biais d'évaluation bien que nous nous soyons attelés à bénéficier d'un interprétariat oral physique, téléphonique ou écrit rigoureux et adapté. Le biais d'interprétation est lié à l'interprétation de l'enquêteur des données recueillies en fonction de sa sensibilité, de son expérience propre et de ses connaissances théoriques. Un biais de publication lié à la destination finale de l'écrit doit être évoqué, puisque ce travail de thèse constituera également un des documents du dossier de demande de renouvellement de financement du programme Sindiane. Les biais de confusion rencontrés sont ceux de la participation à d'autres groupes et associations (AMPIL, Tea&Talk, etc...), et la possible évolution spontanément favorable des déséquilibres psychiques en lien avec l'exil et les psychotraumatismes successifs. Enfin, l'étude n'est pas randomisée et ne comprend pas de groupe contrôle apparié en comparaison du groupe des bénéficiaires de Sindiane.

La mention de l'existence et de la conscience que nous avons de ces biais, au-delà de nous permettre de comprendre et d'exposer les limites au sein desquelles s'inscrivent ce travail et ses conclusions, nous permet de tendre vers un peu plus d'objectivité, en reconnaissant la part de subjectivité inhérente aux interactions sociales ayant servi de support à cette réflexion. Ceci se vérifie en particulier lorsqu'il s'agit de mettre en lumière les dimensions psychiques, sociale et culturelle du trauma et des traces des violences structurelles, par-delà les particularités idiosyncratiques.

Le programme Sindiane est en évolution. Sindiane est un dispositif expérimental récent. En s'inspirant des attentes, en s'adaptant aux besoins des bénéficiaires et de leurs demandes, et en s'ajustant avec l'expérience, le programme, de par sa dynamique communautaire est en constante évolution. Cela a permis notamment la création secondaire et le lancement d'un atelier dédié au groupe LGBT (Lesbien, Gay, Bisexuel, Transgenre) qui est un groupe qualifié vulnérable dans de nombreux articles scientifiques (61). Un atelier couture a été organisé pour les femmes qui exprimaient ne pas vouloir s'exposer aux récits de l'autre ni à leur propre récit. Elles voulaient se sentir dans le groupe mais uniquement par la médiation d'une création manuelle.

Les bénéficiaires se saisissent d'ailleurs de cette flexibilité et évolutivité du programme, en effet dans la partie "*suggestions libres*" proposée dans le questionnaire, 11 personnes sur 12

proposent de créer plusieurs ateliers, de rendre les groupes mixtes et de favoriser l'intégration. Au cours des entretiens semi-dirigés, les échanges s'équilibrent entre l'enquêteur et l'enquêté puisque ce dernier saisit la parole en acteur du programme, donne son avis sur les moyens pour y répondre, notamment en développant un réseau social, en apprenant la langue française ; nous détaillerons ces points dans la suite de la discussion. L'étude a en cela donné et libéré la parole des bénéficiaires, certains repèrent aussi plus spécifiquement le rôle de chacun des intervenants et formule une demande d'écoute attentive et d'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre que je représentais au sein du programme.

Ces modifications du modèle rendent cependant difficile l'évaluation de l'impact du programme sur les bénéficiaires, puisque ce ne sont pas les mêmes interventions qui sont proposées à tous. Une possibilité d'améliorer l'évaluation serait de constituer un modèle fixe de la forme et des contenus des ateliers. Mais les risques de constituer ce modèle seraient une moindre souplesse et adaptabilité pour les participants. L'expérience acquise après un an d'interventions au sein de Sindiane (début en Juin 2018) sera en elle-même un facteur permettant d'établir les modalités et contenus des ateliers de manière plus fixe et pérenne.

Le programme est évolutif également par l'identification de relais d'information parmi les bénéficiaires et leur intégration pour la construction de nouveaux ateliers. L'une des vocations du programme Sindiane, qui correspond à l'un des objectifs secondaires de notre étude, est d'identifier les personnes qui peuvent transmettre les informations des ateliers au sein de leur réseau relationnel. En pratique, cela correspondrait à diffuser les informations et les compétences juridiques et légales au sein de leur entourage. La seconde implication du développement de ces relais d'information, est la possibilité pour les bénéficiaires de devenir à leur tour intervenants au sein de Sindiane, programme en perpétuelle évolution.

Dans les résultats nous trouvons que « 10 participants déclaraient vouloir soutenir des personnes ayant vécu les mêmes expériences qu'eux, 1 ne savait pas, et 1 ne le souhaitait pas. » Nous pouvons donc penser que cette grande majorité de bénéficiaires sont volontaires et motivés pour animer eux-mêmes des ateliers, et partager leur expérience avec d'autres personnes.

Le projet d'ouverture d'un centre communautaire est soutenu par les bénéficiaires. Les niveaux de satisfaction les plus faibles étaient retrouvés pour l'item lié aux conditions matérielles, avec un score moyen de 4,1 sur 5 (+/- 0,7). Le prochain projet est de baser les ateliers dans un lieu ou centre communautaire à investir uniquement pour Sindiane,

un lieu d'accueil, sécurisant, constituant un repère pour les bénéficiaires. En effet, actuellement les ateliers se déroulent dans une salle de réunion de l'association l'Ampil à côté du centre bourse (centre ville, 1^e arrondissement de Marseille), la salle qui y est impersonnelle et disponible uniquement deux demi-journées par semaine. Ce lieu « ressource » s'inscrirait pleinement dans la dynamique communautaire d'autant que les participants mettent en avant leur propre précarité liée à leur condition de logement qui n'est pas propice au sentiment de sécurité et à l'équilibre psychique.

Parlons-nous d'une intervention en santé mentale sans pathologie psychiatrique reconnue ? Aucun des participants au questionnaire n'a répondu positivement à la question de la présence d'antécédent psychiatrique. Cette donnée permet de penser que ce sont des sujets candidats pour une intervention précoce notamment du fait du temps de latence possible entre les traumatismes et l'apparition de troubles psycho-traumatiques avérés. Cette donnée d'absence d'antécédent psychiatrique peut aussi témoigner d'une représentation des pathologies psychiatriques culturellement différente ou de compétences en termes de littératie en santé mentale limitées. Elle peut être également liée à une crainte sous-jacente de laisser cette trace sur un document écrit, pour des personnes ayant connu un régime particulièrement dur, avec une dictature s'appuyant sur une bureaucratie très puissante. La souffrance psychique et les psycho-traumatismes ne sont pas ou peu abordés sous la notion de pathologie psychiatrique.

Sindiane est une intervention de prévention en santé mentale dans une démarche de santé publique. Le questionnaire ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique mais par le biais des entretiens semi-dirigés cependant, émergent des plaintes psychiques dont les réponses des bénéficiaires, s'il y en a eu, n'ont pas été la recherche de soins spécialisées, mais le recours à la religion ou l'écoute d'un tiers ressource. Parfois les manifestations cliniques ne sont pas individualisées par la personne elle-même mais par l'entourage. Nous repérons des éléments d'antécédents de troubles psychotraumatiques avec des tableaux plus ou moins complets, dont certaines manifestations peuvent être encore présentes à la date de l'entretien, réveillées par l'exposition post-migratoire de micro-agressions (stigmatisations, attitudes négatives dans la société d'accueil du fait de l'orientation sexuelle, etc...), créant autant de petites brèches dans les défenses psychiques. Au-delà des troubles post-traumatiques type *état de stress aigu* et *trouble de stress post-traumatique*, un déséquilibre du bien-être mental apparaît sous forme de souffrances existentielles identitaires inhérentes à la contrainte migratoire, aux pertes, aux difficultés d'intégration au pays d'accueil observées chez la majorité des personnes rencontrées.

Ainsi nous notons la présence non négligeable notamment de troubles du sommeil, de perte de l'estime de soi, d'addictions, ainsi que des difficultés d'accès à la parentalité. Nous avons pu constater dans la recherche bibliographique abordée dans la partie « Contexte » qu'il s'agit d'une population présentant de nombreux facteurs de risque de pathologies mentales. D'ailleurs, 10 enquêtés sur 12 répondent dans le questionnaire avoir vécu un ou plusieurs événements de vie violent pré, péri ou post-migratoire. On obtient en entretien des précisions, ce sont des traumatismes de l'ordre de crime contre l'humanité comme des bombardements aériens successifs sur les communautés civiles à Homs en Syrie, une traite humaine par des pirates entre la Turquie et la Grèce, des violences sexuelles multiples, des persécutions liées au genre, à l'orientation sexuelle et au transgenrisme, et enfin des discriminations répétées post-migratoire nombreuses. Chez des personnes non malades ayant des facteurs de risque, nous sommes bien dans le cadre d'une intervention de prévention. La prise en charge au sein de Sindiane est non sanitaire, pluridisciplinaire et communautaire. Le programme cherche à limiter l'apparition de nouveaux cas de personnes souffrant de trouble psycho-traumatique.

Nous allons analyser selon les définitions du terme *prévention* de l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans quelle situation nous nous situons (62).

L'OMS réunit sous le terme de prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence, correspondant au nombre de nouveaux cas, d'une maladie dans une population. Sont pris en compte à ce stade de la prévention des risques individuels, environnementaux ou sociétaux.

Le but de la prévention secondaire (au tout début de la maladie) est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle cherche à s'opposer à son évolution. Le dépistage, le diagnostic et le traitement précoce en font donc partie.

La prévention tertiaire (une fois la maladie installée) vise à amoindrir les séquelles de la maladie, à faciliter la réadaptation du patient, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

En suivant ces définitions, Sindiane agit sur les trois niveaux de prévention et notamment sur la prévention primaire. Le programme agit en effet sur le volet de la prévention primaire, du fait d'une phase de latence que constitue l'évolution naturelle des troubles de stress post-traumatique. La mise en lumière de la vulnérabilité vis-à-vis de pathologie psychique notamment psycho-traumatique des demandeurs d'asile et réfugiés, le soutien psychologique et

communautaire par le récit de vie, l'empowerment, l'entraide et le partage d'expérience, permettent de répondre à l'objectif de réduction de l'apparition de ces troubles. La détection précoce de besoin plus soutenu et la réponse rapide par l'orientation vers une prise en charge spécialisée psychiatrique en constituent le volet de prévention secondaire. Et enfin, la prévention tertiaire correspond au travail de rétablissement psychique et de résilience.

D'autres études mettent en avant l'importance des interventions de prévention pour les demandeurs d'asile et réfugiés, et la nécessité d'études de recherche pour établir des directives fondées (63).

Le soutien humain communautaire est un élément fort de prévention en santé mentale. Les participants à l'étude reconnaissent que la présence d'un réseau social de soutien leur est indispensable. Ils rapportent des éclatements sociaux : séparations, pertes humaines, rejets de la part de leur propre famille, des changements d'état civil et place dans la société qui constituent des déterminants de vulnérabilité psychique. A l'inverse, ils abordent unanimement leur recherche d'un réseau social solide et compréhensif et certains peuvent trouver un bénéfice inestimable de la cohésion et l'étayage de leur famille. Les ateliers en groupe de Sindiane, quelle que soit la médiation par l'expression artistique ou le partage de temps collectif pour un déjeuner, un café à l'extérieur ou au domicile, une visite de la ville, créent un lien de solidarité et d'entraide avec d'autres, pas n'importe quels autres, puisque s'agissant de leurs pairs, ayant eu aussi une connaissance intime de l'exil. Les personnes sont dans l'échange et l'écoute mutuelle respectueuse et compréhensive, permettant de se décentrer de leurs problématiques individuelles.

La langue du pays refuge est abordée comme outil que les participants souhaitent tous obtenir pour l'intégration et le développement de ce réseau humain, et l'accès à l'autonomie, l'empowerment juridique, aux services publics de santé, et à l'emploi. Dans le questionnaire, on observe que la grande majorité, 10 participants sur 12, n'ont pas de connaissance de la langue française.

Le processus d'empowerment intervient dans la prévention en santé mentale. Il est un des moyens employés dans le programme Sindiane pour avoir un impact sur les personnes demandeuses d'asile ou réfugiées en termes de prévention de l'apparition de nouveau trouble psychique en particulier psycho-traumatique. La prévention est ainsi portée par un gain de pouvoir d'agir des participants, de leur autonomisation et liberté de choisir leur avenir par des connaissances socio-juridiques, de leurs droits, des institutions et professionnels à qui

s'adresser, du système de santé, et par l'élaboration de stratégie de *coping*, c'est-à-dire de conduites d'adaptation, d'ajustement au stress.

Les activités professionnelles sont un reflet du pouvoir d'agir, permettant la restauration du rôle social, l'autonomie financière et l'estime de soi. L'ennui, l'inoccupation, l'impossibilité d'accéder à un emploi de par leur statut administratif, sont des éléments mis en avant par les participants et font partie des déterminants sociaux influençant la santé mentale. Certains mettent en valeur la reprise d'un travail, bien que non déclaré, pendant leurs parcours ainsi qu'en France.

Le récit de vie est utilisé comme moyen de prévention, en redonnant sens à une existence post-traumatique discontinuée. La parole circule au sein des groupes ou en individuel avec un intervenant. Quand le sujet y est prêt, immédiatement ou après un certain délai - en effet les expériences rapportées au cours des entretiens semi-dirigés sont à plusieurs reprises ponctuées par une impossibilité de s'exprimer avec son entourage dans les suites immédiates d'un trauma - les ressources relationnelles sont mobilisées. Le récit peut-être le point de départ de l'élaboration mentale, d'appropriation d'événements marquants dans sa propre trajectoire de vie. Le programme Sindiane ne pourra pas changer les événements de vie violent passés subis par ses bénéficiaires. Mais la reconnaissance juste et humaine, voire institutionnelle de ceux-ci repositionne légitimement en statut de victime des personnes qui se sentent pour certaines encore coupables du passé. Par l'accès aux informations légales et le recours à une loi protectrice, un sentiment de sécurité laisse alors le champ des possibles pour une trajectoire de rétablissement.

L'intérêt de la *narrative exposure therapy* (NET) (36), au-delà des preuves émergentes sur son bénéfice en termes d'intensité des symptômes sur les personnes souffrant de trouble psycho-traumatique, est multiple (64). Premièrement, il s'agit d'une thérapie de témoignage et d'exposition émotionnelle consistant à la réorganisation des souvenirs traumatiques adaptée de façon transculturelle à la prise en charge des personnes demandeuses d'asile et réfugiées victimes de traumatismes multiples sur des périodes prolongées (64). De plus, elle fait partie des thérapies brèves, dont les effets sont rapidement obtenus, nécessitant que peu de séance. En effet, pour ces personnes particulièrement, une psychothérapie au long cours serait plus difficile à mettre en œuvre du fait des contraintes économiques, des déplacements nécessaires et donc du risque pour cette population de ne pas rester assez longtemps dans la même ville pour pouvoir en bénéficier entièrement. Ensuite, elle peut être pratiquée par des professionnels non

soignants qui, recevant une courte formation, peuvent conduire des séances de NET. Ce point pourrait être prometteur pour le programme Sindiane. Les trois intervenantes ont décidé de suivre la formation, le programme Sindiane projette de utiliser cet outil pour la prise en charge de ses bénéficiaires ainsi que de faire intervenir une psychologue ou une psychiatre pour un travail de supervision de ces groupes de thérapie par le récit.

L’adressage et le recrutement sont encore à développer, nous observons une surreprésentation des personnes d’origine syrienne par rapport aux autres nationalités des pays arabophones. Les résultats montrent que 10/12 des enquêtés sont Syriens. Ils révèlent aussi que la majorité (8/12) ont connu le programme Sindiane par le bouche à oreille. Ce sont donc des personnes déjà dotées d’un certain réseau relationnel de soutien au sein de leur communauté, ce qui souligne en creux les difficultés à s’adresser à un public moins « intégré » et peut-être en demande ou ayant besoin de ce type d’intervention. 1/12 a été informé par le CADA, 3/12 par une association, qui sont des pistes à développer pour faire bénéficier de ce programme ceux et celles qui seraient les plus isolés et sans ressource. En effet, le travail de communication autour du programme est en cours, les CADA ont été initialement réticents à proposer les groupes aux personnes dont ils s’occupent. Actuellement, les associations déléguées par l’Etat qui prennent en charge les nouveaux demandeurs d’asile connaissent les actions de Sindiane et les compétences que l’on peut apporter à ces demandeurs d’asile, aux réfugiés et également aux professionnels de ces associations. C’est le cas de l’association Ampil, et de l’association « Cités » du secours catholique que nous avons rencontrées. Nous continuons le travail de communication du programme pour le rendre plus visible, et limiter les biais de recrutement.

Le programme se veut complémentaire aux propositions de soin en santé mentale du service public. Cependant, ce type de dynamique pourrait masquer faussement les nombreux besoins auxquels les services publics devraient répondre par une offre universelle aux demandeurs d’asile (65). Le financement de Sindiane provient depuis Juin 2018 de la Fondation de France, mais la nouvelle demande de subvention en cours s’adresse à l’agence régionale de santé (ARS), ce qui rendrait le projet plus ancré dans le paysage public de la santé avec lequel il parait important de développer un partenariat solide et constructif.

Conclusion

Les survivants de l'exil, des violations de droits, des discriminations, des violences et des ruptures, veulent se reconstruire dans le pays qui leur porte protection et refuge. Dans le pays d'accueil, les dispositifs de soins psychiques sont spécifiques et souvent tardifs.

Au sein du programme communautaire Sindiane, destiné aux femmes et aux personnes LGBT, demandeuses d'asile ou réfugiées, la langue arabe, l'expérience de migration contrainte, la culture, sont autant d'éléments communs et partagés dans les ateliers de groupe avec les intervenantes. Le développement de compétences psycho-sociales serait un moyen de prévention en santé mentale.

L'étude évaluative du programme Sindiane s'est organisée en trois temps de réflexion :

- Un premier autour de l'interaction entre l'équilibre psychique de ces personnes et leur contexte environnemental singulier porteurs de trauma et de souffrances ;
- Puis concernant les bénéfices attendus d'un accueil communautaire prônant l'empowerment juridique, le pouvoir d'agir, l'entraide et l'auto-support entre les bénéficiaires entourées par les intervenantes paires et la juriste. Le récit de vie vécu comme traumatique dans la procédure d'asile est réabordé pour lui donner sens ;
- Et enfin, pour établir les outils de recueil d'informations les plus adaptés, acceptés et pertinents permettant d'évaluer l'impact du programme en termes de prévention en santé mentale et particulièrement de prévention de l'apparition de nouveau trouble psycho-traumatique.

Nous nous sommes munies de méthodes variées et complémentaires : un travail exploratoire, une analyse de la littérature, des entretiens semi-dirigés, la sélection d'échelles et la création d'un questionnaire traduit et validé, pour saisir dans sa globalité le vécu de ces personnes, les déterminants sociaux de la santé mentale, leurs besoins et les moyens d'une réappropriation de leur histoire, de la poursuite de leur existence. Le processus d'autonomisation psychique et sociale des personnes demandeuses d'asile et réfugiées a été mesuré, constituant un moyen de prévention d'apparition de troubles psychotraumatiques.

Le programme est bien un dispositif de prévention, aspirant à toucher un public n'ayant pas de trouble psychique constitué mais une forte exposition à des événements de vie violents tout au long du parcours migratoire.

Le développement d'un réseau relationnel apparaît comme une nécessité au bien-être des bénéficiaires demandeurs d'asile et réfugiés, recherchant un soutien humain étayant, affectif, compréhensif et fiable. Le programme représente un support solidaire dans ce sens. L'apprentissage de la langue Française est exprimé comme essentiel, ainsi que l'accès à un emploi ou à une formation. Enfin, la sécurité administrative et judiciaire en tant que fondation de la reconstruction et passerelle pour atteindre la liberté d'être soi est parfois mise en péril par une protection qui reste relative dans le pays d'accueil.

Le programme évolue, dans une dynamique communautaire, il s'adapte aux attentes des participants qui saisissent cette flexibilité et s'impliquent dans le projet. L'étude a en cela donné et libéré la parole des bénéficiaires, s'exprimant sur des besoins d'aide et suggérant la création d'ateliers supplémentaires. La mise en récit individualisée et formalisée pourrait alors avoir sa place, et particulièrement en s'appropriant la *narrative exposure therapy* (36) (37) (64) qui à l'avantage de pouvoir être menée par des personnes non soignantes formées à cette technique. Elle fera l'objet d'une prochaine thèse d'exercice de psychiatrie.

Sindiane développe sa visibilité auprès des demandeurs d'asile et réfugiés arabophones, de plus, le travail de complémentarité avec les propositions de soin en santé mentale des services publics apparaît indispensable.

C'est en cela que l'évaluation de l'impact de ce type de programme par les outils prometteurs ici établis s'impose pour justifier sa place dans le paysage socio-sanitaire. Une place qui se situe notamment au rang de la prévention en santé mentale orientée vers les personnes demandeuses d'asile et réfugiées, qui sont nos patients potentiels des mois et années à venir. Attendre le dépassement des ressources individuelles conduirait à une sollicitation grandissante des départements de santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique. Centre Primo Levi. 2018 [cited 2019 Jan]. Available <https://www.primolevi.org/actualites/la-souffrance-psychique-des-exiles-une-urgence-de-sante-publique.html>
2. Office Français de protection des réfugiés et apatrides OFPRA <https://www.ofpra.gouv.fr/>.
3. United Nations High Commission for Refugees UNHCR (agence des Nations Unies pour les réfugiés).
La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés. [cited 2019 Jan]. Available <https://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>.
4. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):130–9.
5. UNHCR. Plus de 68 millions de personnes déracinées en 2017 ; Une nouvelle approche mondiale sur les réfugiés est nécessaire d’urgence.
[cited 2019 Jan]. Available <https://www.unhcr.org/fr-fr/news/press/2018/6/5b27c297a/68-millions-personnes-deracinees-2017-nouvelle-approche-mondiale-refugies.html>
6. Migrants : la grande hypocrisie. Le Grand Entretien avec Didier Fassin sociologue Professeur de Sciences Humaines à Princeton, et directeur d’étude à l’EHESS.
Journal Le 1 hebdo numéro 188.
7. Shedrawy J, Lönnroth K, Kulane A. “Valuable but incomplete!” A qualitative study about migrants’ perspective on health examinations in Stockholm.
Int Health. 2018 01;10(3):191–6.
8. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group / Michelle Funk ... [et al] [Internet]. [cited 2019 Mar]. Available from : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44257>
9. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Oct 28;15:29.

10. Jakab Z. Message from the WHO Regional Director for Europe: European Member States welcome increased WHO support for refugee and migrant health. *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1121.
11. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 Mar;57(2):107–19.
12. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49(2):169–75.
13. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med*. 2018 13;16(1):40.
14. Rapports annuels ; rapport d'observation et d'activité du comede 2017. [Internet]. Comede. 2016 [cited 2019 Jan 16]. Available <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
15. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. N° : 19/20 5 Septembre 2017. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. [cited 2019 Feb]. Available http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_5.html
16. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2017 Aug 25 [cited 2019 Feb];11. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5571637/>
17. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* [Internet]. 2005 Apr 9 [cited 2019 Jan] ;365(9467):1309–14. Available <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605610276>
18. Richter K, Peter L, Lehfeld H, Zäske H, Brar-Reissinger S, Niklewski G. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 Jun 20 [cited 2019 Feb] ; 18. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6011353/>

19. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655–79.
20. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 Feb;31(1):111–21.
21. Guelfi J.D. Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 2e édition Elsevier Masson. 2012.
22. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048–60.
23. Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb;18(2):20.
24. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5e ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2009.
25. Breuer J., Freud S. *Studien über Hysterie*. Leipzig, Allemagne, Autriche; 1895. 269 p.
26. Salmona M. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*. 2018 [cited 2019 Feb] ; N° 69-70(3):4–6. Available <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-4.htm>
27. Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P, et al. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry*. 2003 Jul;48(6):395–401.
28. American psychiatric association. *DSM-5 : 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Edition Elsevier Masson, 2015.
29. Coutanceau R, Damiani C. *Victimologie: évaluation, traitement, résilience*. Malakoff: Dunod; 2018. .
30. Desmedt A, Marighetto A, Piazza P-V. Abnormal Fear Memory as a Model for Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*. 2015 Sep 1;78(5):290–7.
31. McCall-Hosenfeld J, Winter M, Heeren T, Liebschutz JM. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *J Psychosom Res*. 2014 Sep
32. Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris (FEANTSA). 2016 Annual Report. [cited 2019 Feb]. Available

<https://www.feantsa.org/en/report/2017/05/03/feantsa-2016-annual-report?bcParent=27>

33. Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Apr ;198(4) : 237–51.
34. Mekki-Berrada A. 'Ayn mika: Traumatic experience, social invisibility, and emotional distress of sub-Saharan women with precarious status in Morocco. *Transcult Psychiatry.* 2018 Jan 1;1363461518757798.
35. Cyrulnik B. *Les vilains petits canards.* Paris: O. Jacob; 2004.
36. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Aug;72(4):579–87.
37. Slobodin O, de Jong JTVM. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *Int J Soc Psychiatry.* 2015 Feb;61(1):17–26.
38. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cogn Behav Ther.* 2010;39(2):81–91.
39. Dubois V, Guha-Sapir D, De Clercq M. Catastrophes causées par l'homme: importance des programmes de santé mentale communautaires. *Médecine de Catastrophe - urgences collectives.* 1999 Nov 1;2(3):106–10.
40. Jensen, S.B. Mental health under war conditions during the 1991-1995 war in the former Yugoslavia (Review). *World Health Statistics Quarterly* Volume 49, Issue 3-4, 1996, Pages 213-217.
41. Nazzal KH, Forghany M, Geevarughese MC, Mahmoodi V, Wong J. An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychol Serv.* 2014 Nov;11(4):477–85.
42. Cristofalo D, Bonetto C, Ballarin M, Amaddeo F, Ruggeri M, Nosè M, et al. Access to and Use of Psychiatric Services by Migrants Resettled in Northern Italy. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Jan 16];20(6):1309–16. Available <http://europepmc.org/abstract/med/29354861>

43. Larchanché, S. (2015). Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique. *European Psychiatry*, 30(8), 11-22
44. Bertrand, D. (2001). Santé mentale et culture : enjeux de pouvoir et d'identité. Le cas des associations communautaires de réfugiés vietnamiens en Angleterre et en France. *L'Autre*, 2(2), 339-357.
45. S. Montel C. Tarquinio. Les psychotraumatismes [Internet]. Dunod; 2014 [cited 2019 Jan]. Available <https://www.cairn.info/les-psychotraumatismes--9782100705207.htm>
46. Beal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome* . 2015 [cited 2019 Feb] ; N° 55(1):9–19. Available <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-9.htm>
47. Chambon N, Carbonel N. L'interprète, un intervenant en santé mentale ? *Bulletin national santé mentale et précarité. Rhizome*, 2015 [cited 2019 Feb] ; N° 55(1):86–97. Available <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-86.htm>
48. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France en 2012. Available <http://www.asamla.fr/wp-content/uploads/2010/11/charte.pdf>
49. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Apr;35(2):202–9.
50. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science* [Internet]. 1974 [cited 2019];19(1):1–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bs.3830190102>
51. Felsman IC, Humphreys JC, Kronk R. Measuring Distress Levels of Refugee Women to Enhance Community-Based Psycho-social Interventions. *Issues Ment Health Nurs*. 2019 Jan 11;1–7.
52. Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1389205.

53. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. xiii, 617. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory).
54. Schwarzer R. JM. Schwarzer R. & Jerusalem M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control beliefs (Pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
55. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol.* 2005 Sep;139(5):439–57.
56. Schwarzer R. LA. Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Self-efficacy. In M. Gerrard & K. D. McCaul (Eds.), *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research.* National Cancer Institute Website. 2007;
57. Scholz U, Doña BG, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment* [Internet]. 2002 [cited 2019 Feb 20];18(3):242–51. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2002-06643-007&lang=fr&site=ehost-live>
58. Fenneteau H. *Enquête: entretien et questionnaire.* 2e éd. Paris: Dunod; 2007. (Les topos).
59. Richter K, Peter L, Lehfeld H, Zäske H, Brar-Reissinger S, Niklewski G. Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry.* 2018 Jun 20 ; 18.
60. Lamboy B. *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Devenir.* 2009 Mar 23 ;Vol. 21(1):31–60.).
61. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016 Apr;25(2):129–41.
62. La prévention selon l'OMS (1948) : une classification selon le stade de la maladie. Annexe du rapport « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », 2008.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

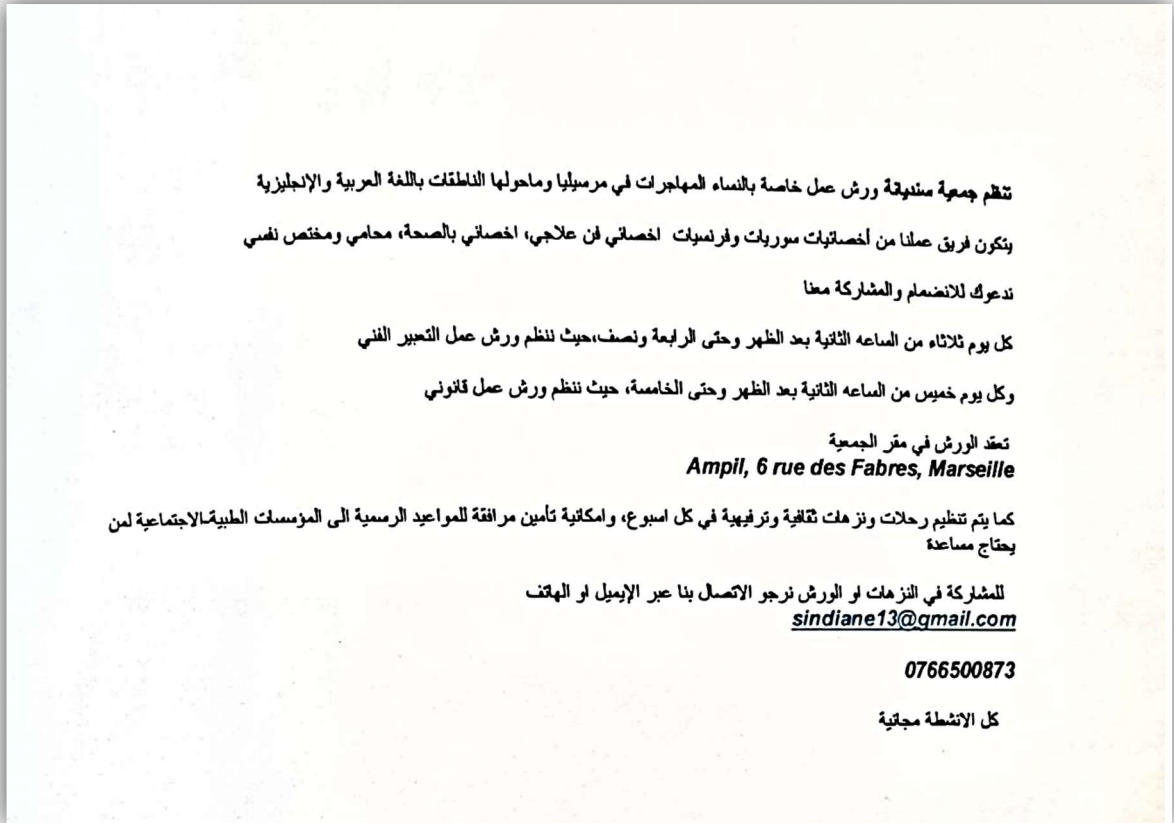
63. Griswold KS, Pottie K, Kim I, Kim W, Lin L. Strengthening effective preventive services for refugee populations : toward communities of solution. *Public Health Rev.* 2018 Feb 7 [cited 2019 Jan] ; 39. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809847/>
64. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clin Psychol Rev.* 2010 Dec;30(8):1030–9.
65. Delbecchi G, Jollet C, Fleury F, Fontaine A, Veisse A. [Access to health services: difficulties encountered by refugees residing on Ile-de-France. Charity and full-coverage health care: two divergent concepts?]. *Presse Med.* 1999 Jun 5;28(20):1075–

Annexes

Annexe 1 : Prospectus et affiche de communication du programme Sindiane

Versions arabe, française et anglaise

Distribués ou disponibles à la consultation dans les lieux d'informations clefs pour les personnes demandeuses d'asile ou réfugiés : associations ou structures déléguées de l'Etat en charge de ces personnes (PADA, CADA, AMPIL, cités du secours catholiques, etc...), lieux de soins (PASS, médecins du monde) ou de façon plus ciblée pour augmenter la visibilité du programme.



Le collectif Sindiane organise des ateliers pour les femmes et les personnes LGBT arabophones et anglophones en situation de migration à Marseille.



Le collectif est composé de professionnelles syriennes et françaises (art thérapeute, médiatrice de santé, juriste et psychiatre).

Venez participer à nos ateliers!

Les mardis de 14h à 16h30, nous organisons des ateliers d'expression artistique
Les jeudis de 14h à 17h, nous avons une permanence juridique ou des ateliers juridiques

Les ateliers ont lieu à ***l'Ampil, 6 rue des Fabres, Marseille.***

Des sorties culturelles et des accompagnements auprès des institutions médico-sociales sont organisées chaque semaine.

Pour participer aux sorties ou ateliers, contactez nous par email ou téléphone.

0766500873
sindiane13@gmail.com

Tous les ateliers sont gratuits.

Sindiane organises workshops for arabic and english speaking women and LGBT people in migration situations in Marseille.

Sindiane is composed by syrian and french professionals (art therapist, health mediator, legal adviser and psychiatrist).

Come to our workshops!

On Tuesdays, from 2 to 4.30, there is an artistic workshop
On Thursdays, from 2 to 5, we have personal legal advices or workshops on legal issues

The workshops take place in ***Ampil, 6 rue des Fabres, Marseille.***

Cultural outings and support at medical and social appointments are organised every week.

To take part in the workshops and outings contact us per email or phone:

0766500873
sindiane13@gmail.com

All activities are free



ورشات عمل لل للنساء الناطقات بالعربية في مرسيلا
LGBT ورشات عمل لل

: تتضمن الورشات

ورشة رسم تعبيرى ايام الثلاثاء

ورشة زيارات سياحية و تعريفية للمدينة (مفتوح حسب
الطقس)

ورشة استشارات قانونية فردية او ورشات قانونية جماعية
عن الحقوق والقوانين وحقوق المرأة يوم الخميس

من الأفضل التسجيل مسبقا للورشات

جميع النشاطات مجانية

رقم الهاتف

0766500873

الايمي

sindiane13@gmail.com

Soigner le traumatisme?

Caroline Aubas

Pôle psychiatrie, AP-HM
Marseille

Olga Loris

Association JUST
Marseille

Julien Grand

Équipe Marss, AP-HM
Association JUST
Marseille

Aurélien Tinland

Équipe Marss, AP-HM
Laboratoire de santé publique EA 3279
Aix-Marseille Université

Sindiane, un programme communautaire pour personnes migrantes arabophones

De la recherche d'un monde meilleur à la fuite de situations de violence, d'indignité ou de persécution, celles et ceux qu'on nomme les « migrant.e.s » emportent un bagage qui peut être lourd et traumatique, mais laissent derrière eux.elles leur milieu de vie, une partie de leur entourage, leur chez-soi et autant de choses qui leur sont chères.

Le devoir du pays refuge est de faire, selon l'ordre préétabli qui y règne, place à l'arrivant.e, de lui faire accueil, c'est-à-dire de lui garantir une liberté d'accès aux droits fondamentaux, notamment sociojudiciaires et sanitaires. Mais dans le contexte géopolitique actuel¹, où le besoin d'accueil des migrants en demande d'asile ne cesse de croître, ce sont surtout les déficiences du dispositif d'accueil qui ont été pointées, en dépit de quelques améliorations ponctuelles², ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics. Les demandeur.euse.s d'asile eux.elles-mêmes, lorsqu'il.elle.s sont interrogé.e.s soulignent un manque important sur le plan de la santé mentale, ainsi qu'un accès limité aux informations³.

L'exposition à des facteurs de stress dans le pays d'origine est souvent très importante. Dans le cas des réfugié.e.s syrien.ne.s, une étude réalisée en Grèce évaluait à près de 80 % le taux de celles et ceux ayant subi au moins un événement violent. Mais, comme le montre la littérature, la santé mentale de ces hommes et de ces femmes est influencée à long terme à la fois par les événements pré-migratoires et les événements post-migratoires⁴. C'est l'ensemble de ces facteurs qui influence le bien-être psychique ou exacerbe une pathologie mentale préexistante⁵.

Malgré ces observations, le soutien psychosocial nécessaire pour atténuer les événements difficiles (violences institutionnelles, discriminations, stigmatisation, rejet, violences interpersonnelles, etc.) inhérents à la période post-migratoire, voire pour en prévenir la survenue, demeure insuffisant. Les personnes concernées restent souvent dans une grande vulnérabilité sociale et psychique, avec une forte détresse émotionnelle et une utilisation très importante de services psychiatriques⁶. Dans ce contexte, le développement de compétences psychosociales ciblées paraît ainsi fondamental pour ces personnes afin de favoriser leur résilience et leur rétablissement.

Une politique de santé inadaptée aux besoins spécifiques des migrants

Actuellement, en France, peu d'actions existent en amont d'une prise en charge symptomatique psychiatrique. Seules les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) interviennent

au décours immédiat de certains événements et peuvent être considérées comme des dispositifs préventifs. Elles ne sont cependant pas adaptées à la problématique des demandeur.euse.s d'asile, qui ont pu vivre des événements de survenue brutale, mais ayant eu lieu un certain temps avant leur arrivée, comme des maltraitances diverses, des expériences négatives ou traumatisantes liées à la migration elle-même et à l'arrivée dans le pays refuge.

Lorsque le temps de la prévention est dépassé, que les troubles liés aux traumatismes sont plus avancés, plus caractérisés, plus enkystés, plus compliqués et nécessitent alors une prise en charge, celle-ci est rarement spécialisée. Elle s'inscrit plutôt dans le parcours de soins public conventionnel, c'est-à-dire le service territorial, notamment ambulatoire (centres médico-psychologiques), ainsi que l'hospitalisation de secteur ou les consultations en secteur privé. L'accès aux informations sociales et juridiques est plus souvent spécifique (plateformes d'accueil des réfugiés, travailleur.euse.s sociaux.ales des centres d'hébergement de demandeurs d'asile [Cada]), mais il est souvent considéré comme insuffisant en quantité et en qualité compte tenu des multiples rôles exercés par les référents de terrain.

Déterminer le moment le plus juste pour l'intervention, le soutien ou le soin est également une question fondamentale et délicate. L'arrivée se fait dans l'urgence, mais la crise psychique, si elle existe, n'est pourtant pas nécessairement aiguë ; y répondre en prodiguant des soins d'« urgence » serait réduire sur le regard de la temporalité des charges traumatiques portées.

L'approche communautaire, une alternative prometteuse au cœur du programme Sindiane

Des interventions précoces et de prévention, comme le propose le programme communautaire Sindiane⁷, ont déjà été évaluées positivement⁸. Le cadre plus général de l'approche communautaire semble une forme prometteuse pour accompagner les personnes engagées dans un processus de migration et qui souhaitent bénéficier de cette aide⁹.

En France, ce type d'approche est peu répandu, la tendance générale consistant plutôt à prendre en charge un individu en prenant peu en compte son appartenance à un groupe culturel singulier ou à une communauté. De plus, les dispositifs de prise en charge sont peu flexibles. Pourtant, les attentes de ces personnes migrantes en termes d'accompagnement et de soutien psychologique sont étroitement liées à un contexte d'arrivée qui leur est propre.

¹ Selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (United Nations Refugee Agency, UNHCR), le nombre de personnes déplacées dans le monde en 2017 du fait de conflits s'élèverait à 68,5 millions, dont 25,4 millions de réfugiés, parmi lesquels 3,1 millions de demandeurs d'asile. Source : UNHCR. (2017). Rapport global 2017. Genève, Suisse : UNHCR.

² Fassin, D. (2016). Migrants, la grande hypocrisie. *Le 7*, 188.

³ Shedden, J., et al. (2018). « Visible but incomplete » : A qualitative study about migrants perspective on health examinations in Stockholm. *International Health*, 10(3), 191-198.

⁴ Bogic, M., Njoku, A. et Priebe, S. (2015). Long term mental health of war-refugees: a systematic review of the literature. *BMC International Health and Human Rights*.

⁵ Jakob, Z. (2015). Message from the WHO Regional Director for Europe: European Member States welcome increased WHO support for refugee and migrant health. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1121.

⁶ Mekki-Borrada, A. (2018). Ayn Mika: Traumatic experiences, social invisibility and emotional distress of sub-saharian women with precarious status in Morocco. *Transcultural Psychiatry*. Cristofalo, D. et al. (2018). Access to and use of psychiatric services by migrants resettled in Northern Italy. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 16(1), 1309-1316.

⁷ Sindiane signifie « un chêne, un arbre fort ». En arabe, le genre de ce mot est féminin.

⁸ Nazzari, K. H. (2014). An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*, 13(4), 477-485.

⁹ Griswold, K. S., et al. (2018). Strengthening effective preventive service for refugee populations: towards communities of solution? *Public Health Reviews*, 39, 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805847/>

Dans les années 1980, dans le sillage de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie a popularisé des pratiques de « médiation culturelle ». Mais ces premières initiatives visant à gérer la « souffrance immigrée » ont pu être jugées culturalistes et stigmatisantes, tant pour la population immigrée que pour leurs descendant.e.s né.e.s en France. Dans le contexte migratoire, l'offre de soins psychiatriques à destination des populations étrangères se heurtait principalement au déni des déterminants sociaux de la santé par le biais d'une pathologisation et d'une médicalisation de la culture des migrants¹⁰.

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels ; des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des trusts dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le National Health Care (NHC). De nombreuses recherches ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. Ce dernier point est indispensable dans la mesure où nombre de personnes (mais pas forcément toutes) préféreront d'abord s'adresser à un des leurs, plutôt qu'à des étrangères.s auxquels il.elle.s se sentent redevables de leur accueil¹¹.

Des individus déplacés et exclus peuvent retrouver une identité culturelle de groupe

Le programme Sindiane est issu de l'engagement d'une juriste française aux côtés d'un collectif de réfugié.e.s pratiquant l'autosupport et du soutien psychosocial dans des camps de réfugiés en Grèce, ainsi que de ses expériences professionnelles en France et en Allemagne. Il s'est concrétisé par sa rencontre avec une psychologue syrienne et une artiste pratiquant l'art thérapie. Conscientes de l'efficacité du groupe et de l'intérêt des logiques d'autosupport, elles ont créé ensemble le projet Sindiane. Leur intervention a pour objet de réunir un petit nombre de femmes syriennes. Elle a aussi évolué vers davantage d'*empowerment*, en se structurant en plusieurs séances, et repérant des compétences juridiques auprès de certaines femmes, alors formées pour devenir des relais auprès du groupe. Le récit de vie a un rôle très particulier dans la procédure d'asile.

Abordée d'abord dans un cadre juridique, la narration a pris ainsi de plus en plus de place. Il est difficile d'imaginer qu'un certain nombre de demandeurs d'asile ne se soient jamais confiés sur les événements qu'ils ont vécus, pourtant, c'est ce que notre expérience montre. En effet, il arrive qu'ils n'aient ni forcément l'entourage auprès duquel se confier ni les mots pour décrire spontanément ce qu'ils ont vécu en raison d'effets de sidération. Enfin, ils peuvent vouloir préserver leurs proches de la violence de ce qu'ils ont vécu. Malgré le potentiel important que représente le fait d'accompagner la réappropriation de leur vie par le récit, rien n'est prévu de manière systématique dans les parcours d'asile pour favoriser leur résilience ou leur rétablissement. Au contraire, le seul moment où ils vont vivre cette histoire de vie, c'est-à-dire lors de la comparution devant un officier de

l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra¹²), est souvent une expérience délétaire en raison du contexte et des enjeux cruciaux de cette audience. D'une part, ils n'ont ni le temps ni la confiance nécessaire envers les personnes présentes pour se livrer. D'autre part, leur récit est jugé à l'aune de critères administratifs, juridiques et politiques. Les enjeux liés aux traducteur.ice.s ne sont pas travaillés par la justice et l'administration. Nous constatons un défaut de traducteur.ice.s en amont (lors de la rédaction du récit ou des rendez-vous avec l'avocat, par exemple). Il peut y avoir des situations complexes : le traducteur et le requérant peuvent avoir pour origine des groupes ethniques en conflit, entraînant une non-adhésion du traducteur au récit avec un impact sur la traduction et la crédibilité des propos, ou encore certaines femmes victimes de violences liées au genre peuvent craindre de se confier lorsque le traducteur est un homme. Compte tenu du potentiel de rétablissement que représente la narration de soi, et de son expérience délétaire dans la procédure d'asile actuelle, le programme a souhaité dépasser cette problématique et laisser une place plus importante aux récits de vie, qui sont écoutés, accueillis sans jugement, et que le groupe accompagne pour donner du sens, sous l'égide d'une psychologue. Sont abordés les parcours des participantes, les difficultés passées et présentes de ces dernières et, surtout, les moyens de les affronter. La présence de réfugiées syriennes parmi les animatrices et coporteuses du projet a un effet d'identification positive : « En échangeant avec des personnes positivement transformées par des traumas comparables, l'individu s'ouvre un champ du possible¹³. »

Le programme expérimental Sindiane propose également à Marseille des ateliers ouverts à l'ensemble des femmes arabophones demandeuses d'asile qui souhaitent y participer. Il est prévu que chaque groupe soit accueilli deux jours par semaine pendant un mois, avec un sujet spécifique par atelier permettant de guider les échanges¹⁴.

Les moments de rencontre ont également pour but de créer une solidarité, un réseau d'entraide mutuelle. Les porteuses du projet mettent en avant l'autogestion, mais aussi la formation des participantes ayant des compétences ou une appétence pour le droit, l'art ou la psychologie, avec pour objectif de donner à ces femmes identifiées et volontaires les outils leur permettant d'être un relais de l'information au sein de leur communauté et animer à leur tour des ateliers. Les passerelles avec des dispositifs de soutien individuels pour les femmes présentant des troubles plus caractérisés ou en demande sont en cours de formalisation, cela afin d'assurer une fonction de repérage précoce. La communication du programme se fait par le bouche-à-oreille et par le biais des centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (Cada) et d'associations soutenant les demandeur.euse.s d'asile. La participation est gratuite.

Le programme Sindiane est innovant par sa forme communautaire dans l'accueil et le partage, dans la transmission de connaissances sociojuridiques, dans l'accompagnement culturel et humain et par sa démarche préventive des psychotraumatismes, sources de souffrance ou potentielles pathologies psychiques. Il apporte un support solidaire pour une population ciblée en termes de besoins, en l'occurrence dans un premier temps, des femmes arabophones en demande d'asile ou réfugiées à Marseille. Il porte également l'espoir d'une vision plus sociale et adaptée de l'accueil de ces personnes en France et en Europe. ▶

¹⁰ Lerchanché, S. (2015). Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : pénologie d'une approche anthropologique. *European Psychiatry*, 30(8), 11-22.

¹¹ Bertrand, D. (2001). Santé mentale et culture : enjeux de pouvoir et d'identité. Le cas des associations communautaires de réfugiés vietnamiens en Angleterre et en France. *L'Autre*, 2(2), 339-357.

¹² L'Ofpra est l'Office français en charge de la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et de la protection subsidiaire.

¹³ Tarquinio, C. et Montel S. 2014. *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.

¹⁴ Le programme Sindiane est financé depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France. Les thématiques abordées au cours des ateliers sont : droit d'asile et droit des femmes (atelier en français traduit en arabe, animé par une juriste française), thérapie de groupe (animée par une psychologue syrienne, en arabe); art-thérapie, atelier en arabe, animé par une artiste syrienne, permettant aussi un travail autour de la mémoire, et la constitution d'archives sonores, visuelles, graphiques à destination des générations futures.

Annexe 3 : grille d'entretien

Canevas de structure des entretiens semi-dirigés

Trajectoire de vie personnelle :

- période pré-migratoire : pays, ville, quartier d'origine, lieu, groupe culturel, activité professionnelle, études, statut social, vie de famille, état de santé, projets de vie.
- parcours d'exil : préparation du départ, seul(e) ou accompagné(e), mode de transport, étapes, adaptation de sa vie, ressources trouvées pendant le trajet.
- mode d'accueil dans le pays refuge : HCR, seul(e) ou accompagné(e), rencontres (institutions, professionnels, communauté, connaissances, isolement) et accompagnements bénéficiés, procédure d'asile, décision de l'OFPPRA, recours.

A chacune des périodes : émotions ressenties, expériences de rupture, perte, rejet, événement de vie violent, discrimination, humiliation, conflits idéologiques / politiques / religieux / ethnique, leur vécu, implication personnelle, conséquence sur le cours de la vie.

Santé mentale :

- Antécédents :

Pathologie(s) mentale(s) connue dans le pays d'origine. Prises en charges passées. Aggravation / amélioration depuis exil (départ / trajet / arrivée / avant-après décision statut réfugié).

Avoir déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre ? un médecin ?

- Apparition d'une symptomatologie dans le contexte d'exil (départ / trajet / arrivée / avant-après décision statut réfugié).

Diagnostic si connu, ou nomination personnelle de la souffrance exprimée. Prise en charge souhaitée, limites de son accès, réellement mise en place, alternative aux soins médicaux.

- Symptômes actuels : psychiatrique, existentielle, somatoforme, somatique, consommation de toxiques

Manifestations émotionnelles : tristesse, douleur morale, pleurer facilement, avoir le sentiment de ne sentir aucune émotion ou de sentir émotionnellement insensible (par exemple, vous sentir triste sans pouvoir pleurer ou incapable d'avoir des sentiments affectueux), être soudainement effrayé sans cause, anxiété, penser excessivement, ruminations, peur, frustration, colère, se sentir impuissant, incapable, de sentir que vous ne parvenez à rien surmonter, désespoir, vide intérieur.

Manifestations cognitives : perte de mémoire, difficulté de concentration

Manifestations physiques : asthénie, vertige, se sentir comme si vous alliez vous évanouir, trouble du sommeil, perte d'appétit, perte de poids, douleurs des muscles ou ostéoarticulaires, plaintes somatiques inexplicables

Manifestations psychologiques secondaires au trauma : cauchemars, flashback, « *avez-vous eu l'expérience de revivre le traumatisme / les moments difficiles ?* », ou *avez-vous agi ou senti que vous reviviez ces moments difficiles, avez-vous eu des réactions physiques ?* (Transpiration ou battements de cœur plus rapides) *quand vous vous rappelez du traumatisme, avez-vous été plus nerveux ou sursauté plus facilement ?* (Par exemple, quand quelqu'un vous approche par derrière), évitement, agitation, nervosité, instabilité ou tremblement à l'intérieur du corps

Manifestations sociales secondaires au trauma : retrait, agression, difficulté dans les relations interpersonnelles

Consommations de toxiques : antérieures, actuelles, substitutions, effet recherché.

Ce que vous apporte le programme :

- Connaissance du programme/expérience de programmes de santé communautaire

Comment avez-vous connu Sindiane ?

Participez-vous à une autre organisation de type communautaire ?

Ce que vous attendiez, ce que vous appréhendez, bonne surprise, déception.

- Sentiment d'être maître du déroulé de sa vie / de parvenir à surmonter ou vaincre ce qui vous arrive.

Coping : aménagements possibles pour avancer

- *Avez-vous créé de nouvelles relations sociales ?*

Par le programme, à l'extérieur, sentiment d'être intégré socialement

Auto-support, entraide, avez-vous envie de soutenir vos pairs, c'est-à-dire des personnes qui ont vécu le même type d'expérience que vous ?

Avez-vous eu contact (téléphonique, se voir directement) avec des membres de votre famille ? avec un ami ?

- Sentiment d'autonomie, travail, activités, occupations, cours de langue
- Connaissances : meilleure compréhension des déroulés des procédures juridiques et sociales, comment avoir recours au droit, structures et institutions de références, sentiment de protection institutionnelle.

Depuis le début de votre participation à ce programme communautaire, et en dehors du programme, avez-vous rencontré un professionnel [travailleur social, administratif] pour de l'aide à l'accès à vos droits juridiques et sociaux, des aides financières ou au logement ? Accès aux soins ; Depuis le début de votre participation aux groupes, avez-vous été orientée vers un professionnel soignant ? Un médecin (non psychiatre), un médecin psychiatre, un psychologue, vers les urgences, vers des associations de dépistage, vers de la contraception, autres ? Avez-vous un suivi régulier ?

- **Satisfaction :**

Avez-vous été satisfait de votre participation à ces groupes ? est-ce que vous avez été satisfait du contenu ? des intervenantes ? de la durée, fréquence des groupes ? des conditions matérielles ?

Les points sur lesquels cela n'a pas aidé, voir pour lesquels le programme a été néfaste.

A conseiller, recommander à d'autres femmes dans votre situation ? ce que vous leur diriez pour leur expliquer ?

Des idées et suggestions pour améliorer le programme ?

Annexe 4

Lettre d'information pour la participation à l'étude évaluative, version en langue arabe

رسالة إعلامية، اقتراح للمشاركة في دراسة تقييمية:

أنتم تشاركون في ورشات لطالبي اللجوء الناطقين باللغة العربية لبرنامج سنديان Sindiane. اسمي كارولين أوباس، طبيبة متدربة في اختصاص الأمراض النفسية. أودّ أن أجمع معلومات حول المشاركين في ورشات سنديان كجزء من أطروحتي للدكتوراه والتي يشرف عليها الدكتور تينلان Tinland من مخبر الصحة العامة التابع لجامعة Aix-Marseille، وذلك من خلال استبيان ومقابلة "شبه موجهة". في الواقع، يهمننا أن نفهم عدد الأشخاص الذين يشاركون في الورشات، وضعهم الاجتماعي والديموغرافي، مشاعرهم حول مساهمهم في المنفى، الدعم الذي يجدونه داخل الورشات، رضاهم أو عدمه عن مشاركتهم في ورشات سنديان وما يمكن أن يساعدهم أكثر من وجهة نظرهم.

الغرض من هذه الأطروحة هو تقييم الفوائد المحتملة لبرنامج مجتمعي مثل سنديان لطالبي اللجوء أو اللاجئين من حيث الوقاية من الصدمات النفسية، الإحساس بالقدرة التامة على التحكم بخياراتهم في الحياة، والشعور بدعم شبكة اجتماعية تتكون من أقرانهم. تتكون طريقة التقييم المستخدمة من المقابلات الفردية "شبه الموجهة" والاستبيانات الخاصة بالمشاركين في الورشات. هذا الاستبيان الذي أقترحه عليكم قصير و متوفر باللغات الفرنسية والإنجليزية والعربية، كما سيرافقكم مدربو الورشات لإعادة صياغة أو شرح بعض الأسئلة أو حتى لملئها معكم إذا لزم الأمر. المقابلات التي أقترحها مجانية و لن تستمر لأكثر من ساعة. سنوفّر لكم مترجما عبر الهاتف حتى يمكنكم التعبير بلغتكم الأم. لنتمكّن من كتابة نص المقابلة، سيتم تسجيلها إذا رخصتم لنا بذلك. يمكنكم رفض المشاركة في الاستبيان وسأحترم اختياركم. أمّا إذا وافقتم على المشاركة، فأتعهد بعدم التسبب في معاناتكم بالتطرق لأشياء شخصية ترونها جد حميمة بالنسبة لكم. من حقكم عدم الإجابة عن سؤال معين أو مقاطعة الاستبيان أو المقابلة إذا رغبتم في ذلك. ستكون كل المعلومات سرية وتسجّل كمجهولة المصدر. أتعهد باحترام إعلان هلسنكي الصادر في يونيو 1964 والذي يحدد المبادئ الأخلاقية التي يجب اتباعها في سياق البحث الطبي. سيكون بقدرتكم معرفة نتائج هذا البحث. سأشارك هذه النتائج مع مدربي ورشات سنديان وأوفر نسخة للمستفيدين للاضطلاع عليها.

أشكركم على قراءة هذه الوثيقة وأنا متاحة لتوفير مزيد من المعلومات على أمل أن تتمكن من العمل معًا في هذا البحث.

كارولين اوباس

06 82 74 53 43

carolineaubas@hotmail.com

Annexe 5

Lettre d'information, pour la participation à l'étude évaluative, version en Français

Lettre d'information, proposition de participation à une étude évaluative :

Vous participez aux ateliers pour demandeur.euses d'asile arabophones du programme Sindiane. Je m'appelle Caroline Aubas, je suis interne en psychiatrie. Je souhaiterais, dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine dirigée par Dr Tinland du laboratoire de santé publique de l'université Aix-Marseille, pouvoir recueillir des informations concernant les participant.e.s aux ateliers de Sindiane, par le biais d'un questionnaire et d'un entretien « semi-directif ». En effet, il apparaît intéressant de comprendre combien de personnes participent aux ateliers, leur situation socio-démographique, leur ressenti autour de leur parcours d'exil, le soutien qu'ils retrouvent au sein des ateliers, la satisfaction qu'ils ont ou n'ont pas à participer aux ateliers Sindiane et ce qui pourrait les aider d'avantage selon eux.

L'objet de cette thèse est d'évaluer les potentiels bénéfiques d'un programme communautaire comme Sindiane pour des personnes demandeuses d'asile ou réfugiés, en terme de prévention du psychotraumatisme, de sentiment de pouvoir mener activement par ses propres choix sa vie, de se sentir supporter par un réseau social constitué notamment de pairs. La méthode d'évaluation employée est à la fois constituée d'entretiens individuels « semi-directifs » et de questionnaires s'adressant aux personnes participantes aux ateliers. Le questionnaire que je vous propose est court, disponible en langues française, anglaise et arabe, les intervenantes des ateliers vous y accompagneront pour, si besoin, reformuler ou expliquer certaines questions, ou le remplir avec vous. Les entretiens que je vous propose sont gratuits, ne dureront pas plus d'une heure. Un interprète téléphonique sera disponible pour que vous puissiez vous exprimer dans votre langue maternelle. Pour pouvoir retranscrire l'entretien, si

vous m'y autorisez, il sera enregistré. Vous pouvez refuser d'y participer, je respecte votre choix. Si vous acceptez, je m'engage à ne pas générer de souffrance sur des éléments personnels qui vous paraissent trop intimes. Vous pouvez décider de ne pas répondre à certaine question, interrompre le questionnaire ou l'entretien dès lors que vous le souhaitez. Les informations seront confidentielles et anonymisées. Je m'engage à respecter la déclaration d'Helsinki de Juin 1964, qui rappelle les principes éthiques à suivre dans le cadre de la recherche médicale. Il vous sera possible de prendre connaissance du résultat de mon travail, je restituerai en effet mes travaux aux intervenantes de Sindiane et laisserai à disposition un exemplaire pour les bénéficiaires.

Je vous remercie d'avoir lu ce document, en restant disponible pour plus d'informations, et en espérant que nous pourrions travailler ensemble à cette recherche.

Caroline Aubas

06 82 74 53 43

carolineaubas@hotmail.com

Annexe 6 : Refugee health screener – 15, version en arabe



**PATHWAYS
TO
WELLNESS**
Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) Arabic Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____

Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The *Pathways* Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

تعليمات: باستخدام المقياس الموجود بجانب كل عرض من الأعراض، يرجى الإشارة إلى درجة مضايقة كل عرض لك على مدى الشهر الماضي. ضع دائرة في العمود المناسب. إذا لم يكن العرض مضايقاً لك خلال الشهر الماضي، فضع دائرة في عمود «لا شيء على الإطلاق».

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

| إلى أقصى حد EXTREMELY | قليل QUITE A BIT | متوسط MODERATELY | قليل A LITTLE BIT | لا شيء، على الإطلاق NOT AT ALL | الأعراض SYMPTOMS |
|--------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|---|
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1. آلام في العضلات والعظام والمفاصل Muscle, bone, joint pains |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2. الشعور بالكآبة معظم الاوقات Feeling down, sad, or blue most of the time |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3. كثرة التفكير Too much thinking or too many thoughts |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4. الشعور بعدم القدرة على المساعدة (الشعور بالعجز) Feeling helpless |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5. رعب مباغت بدون سبب Suddenly scared for no reason |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 6. إغماء أو دوخة أو ضعف Faintness, dizziness, or weakness |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 7. عصبية أو ارتجاف داخلي Nervousness or shakiness inside |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 8. عدم الشعور بالسكينة و عدم القدرة على الثبات Feeling restless, can't sit still |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9. البكاء بسهولة Crying easily |

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

التجارب التالية يمكن ان تكون تجارب مؤلمة متعلقة بالحرب او الهجرة، كم مرة شعرت بالاعراض تالية خلال شهر الماضي:
The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

| لا شيء على الإطلاق NOT AT ALL | قليلاً A LITTLE BIT | متوسطاً MODERATELY | قليلاً A LITTLE BIT | بشدة QUITE A BIT | بشكل شديد EXTREMELY | الأعراض SYMPTOMS |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|------------------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 10. هل عانيت من استعادة تذكرك لهذه الصدمة بخيالك أو تمثيلها أو الشعور كأنها تحدث مرة أخرى؟ Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 11. هل عانيت من ردود فعل بدنية (على سبيل المثال، كثرة تصيب العرق، سرعة دقات القلب) عندما تم تذكرك بالصدمة؟ Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 12. هل شعرت بانعدام المشاعر (على سبيل المثال، تشعر بالحزن ولكنك لا تستطيع البكاء، أو غير قادر على الإحساس بمشاعر الحب)؟ Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)? |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 13. الأختلاج و سرعة الأفعال (مثال على ذلك، تشعر أن هناك شخص يمشي ورائك) Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)? |

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

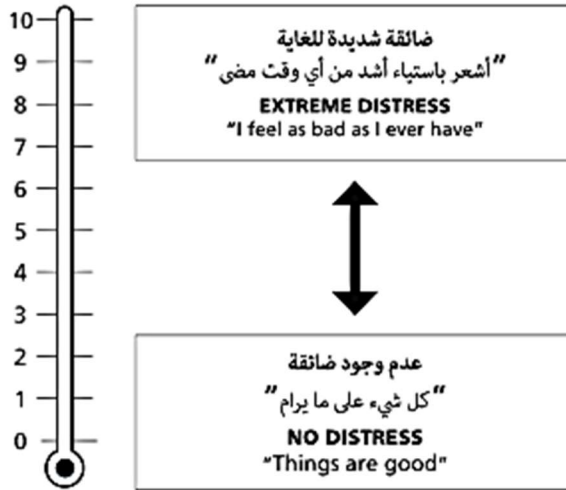
Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lesnw.org.

14. ضع دائرة حول أفضل رد أدناه. هل تحس أنك:
Circle the one best response below. Do you feel that you are:

| | |
|---|---|
| 0 | قادر على التعامل مع (مواجهة) أي شيء Able to handle (cope with) anything |
| 1 | قادر على التعامل مع (مواجهة) معظم الأشياء Able to handle (cope with) most things |
| 2 | إنك قادر على مواجهة بعض الأمور وغير قادر على مواجهة الأمور الأخرى Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things |
| 3 | أنك غير قادر على مواجهة معظم الأمور Unable to cope with most things |
| 4 | إنك غير قادر على مواجهة كل الأمور Unable to cope with anything |

Add Total Score of items 1-14

مقياس حدة الضائقة
15. Distress Thermometer



الرقم (من صفر إلى 10) الذي يصف مقدار حدة الضائقة التي عانيت في الأسبوع الماضي بما فيه هذا اليوم.

Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ① ITEMS 1-14 IS ≥ 12 OR ② DISTRESS THERMOMETER IS ≥ 5

CHECK ONE: POSITIVE NEGATIVE

SELF-ADMINISTERED NOT SELF-ADMINISTERED

Annexe 7

Refugee health screener – 15, version en français



**PATHWAYS
TO
WELLNESS**
Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) French Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____

Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The *Pathways* Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

ID# _____

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



DATE: _____

INSTRUCTIONS: Veuillez indiquer le point auquel vos symptômes vous ont dérangé ce mois dernier en utilisant l'échelle qui se trouve à coté de chaque symptôme. Cochez la colonne qui convient. Si vous n'avez pas eu ce symptôme au cours du mois dernier, alors cochez "PAS DU TOUT."

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

| SYMPTOMES SYMPTOMS | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| | PAS DU TOUT NOT AT ALL | UN TOUT PETIT PEU A LITTLE BIT | ASSEZ MODERATELY | BEAUCOUP QUITE A BIT | EXTREMEMENT EXTREMELY |
| 1. Douleurs des muscles, des os, des articulations Muscle, bone, joint pains | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Se sentir abattu(e) ou triste Feeling down, sad, or blue most of the time | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Penser excessivement ou avoir trop de pensées Too much thinking or too many thoughts | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Se sentir impuissant(e) (incapable) Feeling helpless | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Etre soudainement effrayé(e) sans cause Suddenly scared for no reason | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Vertige, affaiblissement ou vous sentir comme si vous alliez vous évanouir Faintness, dizziness, or weakness | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Nervosité, instabilité ou tremblement à l'intérieur du corps Nervousness or shakiness inside | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Se sentir agité(e), ne pas pouvoir rester tranquille Feeling restless, can't sit still | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Pleurer facilement Crying easily | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |


Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

Les symptômes suivant peuvent être liés aux expériences traumatisantes (moments difficiles) vécues pendant la guerre et votre déplacement à cause de la guerre. Combien de fois, au cours du mois dernier, avez-vous:

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

| SYMPTOMES SYMPTOMS |  | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| | PAS DU TOUT NOT AT ALL | UN TOUT PETIT PEU A LITTLE BIT | ASSEZ MODERATELY | BEAUCOUP QUITE A BIT | EXTREMEMENT EXTREMELY |
| 10. Eu l'expérience de revivre le traumatisme (moment difficile), ou avez agi ou senti que vous reviviez ces moments difficiles? Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Eu des réactions PHYSIQUES (par exemple: transpiration ou battements de cœur plus rapides) quand vous vous rappelez du traumatisme (moment difficile)? Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Eu le sentiment de ne sentir aucune émotion ou de sentir émotionnellement insensible (par exemple, vous sentir triste sans pouvoir pleurer ou incapable d'avoir des sentiments affectueux)? Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Été plus nerveux(se) ou sursauté plus facilement (par exemple, quand quelqu'un vous approche par derrière)? Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

ID# _____

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



DATE: _____

14. Encerclez l'une des meilleures réponses ci-dessous. Sentez-vous que :

Circle the one best response below. Do you feel that you are:

Vous parvenez à surmonter ou vaincre tout ce qui vous arrive **0**
Able to handle (cope with) anything

Vous parvenez à surmonter ou vaincre la plupart des choses qui vous arrivent **1**
Able to handle (cope with) most things

Vous parvenez à surmonter ou vaincre certaines choses, mais incapable d'en surmonter d'autres **2**
Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things

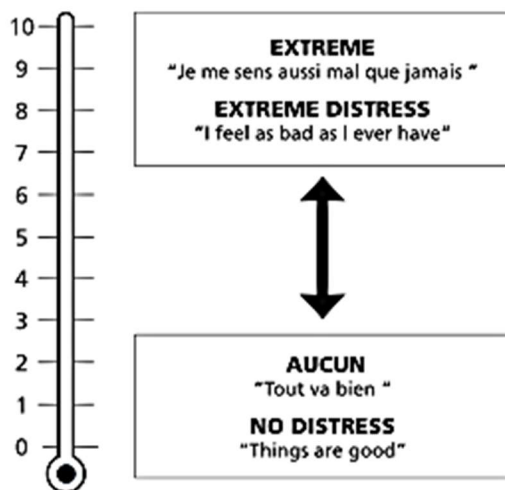
Vous ne parvenez pas à surmonter ou vaincre la plupart des choses **3**
Unable to cope with most things

Vous ne parvenez pas à rien surmonter **4**
Unable to cope with anything

Add Total Score of items 1-14

15. Echelle de Problèmes Emotionels (Soucis)

Distress Thermometer



S'il vous plaît encerclez le numéro (0-10) qui décrit les mieux de les problèmes émotionnels (soucis) que vous avez ressentis pendant cette dernière semaine y compris aujourd'hui.

Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ❶ ITEMS 1-14 IS ≥ 12 OR ❷ DISTRESS THERMOMETER IS ≥ 5

CHECK ONE: POSITIVE NEGATIVE

SELF-ADMINISTERED NOT SELF-ADMINISTERED

LEGAL NOTICE 2013 © Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Wellbeing. Pathways to Wellness is a partnership of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle and King County and Michael Hollifield, MD of Pacific Institute for Research and Evaluation. All Rights Reserved.

Annexe 8 :


Autorisation d'utilisation de l'échelle Refugee health screener - 15

Réponse de Beth Farmer, directeur de projet. Lutheran Community service.

bfarmer@lcsnw.org

We have received your response for Refugee Health Screener 15 (RHS-15) Utilization Agreement

| | |
|--------|---|
| Objet | We have received your response for Refugee Health Screener 15 (RHS-15) Utilization Agreement |
| De | JotForm |
| À | carolineaubas@hotmail.com |
| Envoyé | jeudi 17 mai 2018 08:15 |

**Refugee Health Screener 15 (RHS-15) Utilization Agreement**

| | |
|---------------------------|--|
| Name | Caroline Aubas |
| Organization | Université Aix Marseille |
| Email | carolineaubas@hotmail.com |
| Responsible Use Agreement | <p>I agree to utilize RHS-15 in its current form and for its intended use unless otherwise specified in subsequent agreements.</p> <p>I will utilize the RHS-15 for ages 14 and above only.</p> <p>I will utilize the RHS-15 in the translated targeted languages.</p> <p>I will utilize the RHS-15 in combination with an introductory and referral script, which may be individually adapted to our setting and locale.</p> <p>I will not use the RHS-15 for any for-profit purposes.</p> <p>I will not adapt the RHS-15 without permission.</p> |

رابعاً: الاستبيان

استبيان توقع الكفاءة الذاتية العام

| دائماً | غالباً | نادراً | لا | |
|--------|--------|--------|----|--|
| 4 | 3 | 2 | 1 | 1 - إذا عارضني شخص ما، أستطيع إيجاد طرق ووسائل لتحقيق ما أبتغيه. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 2 - أستطيع دائماً حل المشاكل الصعبة إذا أجهدت نفسي بما فيه الكفاية. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 3 - يسهل علي تحقيق أهدافي وتوابعي. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 4 - إذا فوجئت بمواقف غير متوقعة، أعرف دائماً كيف أتصرف. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 5 - أعتقد بأنني قادر على معالجة المشاكل بشكل جيد حتى ولو كانت مفاجئة. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 6 - أنظر إلى المصاعب بنفس هادئة "برزانة" وذلك لاعتمادي الدائم على قدراتي الذاتية. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 7 - لا يعنيني ما يحدث لي من مشاكل على الإطلاق لأنني أستطيع التخلص منها بكل بساطة. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 8 - أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 9 - عندما أواجه مشكلة جديدة، أعرف كيف أتعامل معها. |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 10 - عندما يُضغطني أحدهم أمام مشكلة ما، أعرف كيف أتخلص منها بسهولة، لأنني أملك أفكاراً عديدة تساعدني على حلها. |

Annexe 10 Echelle « Auto-efficacité Généralisée », version en français

| <u>Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre</u> | pas | du | à | peine | Moyen- | Totalement |
|--|------|------|------|-------|--------|------------|
| <u>qui vous décrit le mieux :</u> | tout | vrai | vrai | | nement | vrai |
| | | | | | vrai | |
| 1. Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 3. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 4. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 6. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 7. Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 8. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 9. Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 10. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |

Annexe 11 :

Questionnaire réalisé pour l'étude : données socio-démographiques, éléments cliniques pertinents, attentes et bénéfices du programme, satisfaction.

حول فائدة برنامج مجتمعي للوقاية من الصدمات النفسية لطالبات اللجوء من "النساء
"الناطقات بالعربية"

« *Evaluative study on the benefit of a psychotrauma prevention
community program for arabic speaking women asylum seekers* »

« *Recherche évaluative de l'efficacité d'un programme communautaire
de prévention du psycho traumatisme pour des femmes arabophones en
demande d'asile* »

إستمارة البيانات المطلوب ملأها من قبل المستفيدين بمساعدة المتطوعين

Data notebook to be filled out by the beneficiaries

Cahier de recueil des données à remplir par les participantes au programme

الباحث Investigator Investigateur : **Caroline AUBAS**

التاريخ

Date : ... / ... / ...

الأحرف الثلاثة الأولى من الاسم الأول للمستفيد . / . / .

The 3 first letters of the first name of the beneficiary : . / . / .

Les 3 premières lettres du prénom de la participante ou du participant : . / . / .

الأحرف الثلاثة الأولى من اسم العائلة للمستفيد . / . / .

The 3 first letters of the last name of the beneficiary : . / . / .

Les 3 premières lettres du nom de la participante ou du participant : . / . / .

A.

Beneficiary information - Informations vous concernant :

1. عمرك - **Your age** - votre age : ...

2. جنسيتك : ...

Your nationality

votre nationalité

3. شهر وسنة وصولك إلى فرنسا

The month and year of your arrival in France :

Mois et année d'arrivée en France :

... ..

4. حالتك المدنية

Your civil state

Votre état civil

أعزب/عزباء - **Single** - Célibataire

في علاقة متزوج /ة - **In couple (married or not married)** - En couple (marié.e ou non marié.e)

منفصل/ة او مطلق/ة **Separated or divorced** - Séparée ou divorcée

أرمل/ة - **Widow** - Veuf.ve

5.

هل تطلب حق اللجوء أو هل حصلت مسبقا على جواب من مكتب الاوفرا

Are you asking asylum or did you already get an answer from the OFPRA ?

Etes-vous en demande d'asile ou avez-déjà une réponse de l'OFPRA (office français de protection des réfugiés et apatrides) ?

طالب لجوء - **Asylum seeker** – Demandeur.se d'asile

طلب لجوء غير مقبول في انتظار الاستئناف

Unsuccessful asylum application with appeal pending – Débouté.e de la demande d'asile avec recours en cours

طلب لجوء غير مقبول بدون انتظار الاستئناف -

Unsuccessful application for asylum without appeal – Débouté de la demande d'asile sans recours en cours

حالة لاجئ لمدة عام بانتظار الاستئناف - **One-year refugee status pending appeal** –

Obtention du statut de réfugié pour un an avec recours en cours

حالة اللجوء التي حصلت عليها لمدة عام واحد

Refugee Status Obtained for One Year Without Request for Recourse – Statut de réfugié obtenu pour un an sans demande de recours

حاصل على لجوء لمدة عشر سنوات

Refugee status obtained for ten years – Statut de réfugié obtenu pour dix ans

6. Do you have any children ? هل لديك أطفال ؟
Avez-vous des enfants ?

لا No - Non

نعم ، طفل واحد - Yes, 1 child - Oui, 1 enfant

نعم أكثر من طفلين - Yes (2 or more children) - Oui (2 enfants ou plus)

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل هو (هي ، أو هم تحت وصايتك و رعايتك

If yes, is he (she), or are they under your care / in your charge :

Si oui, est-il (elle) ou sont-ils à votre charge :

نعم في فرنسا - Yes in France - Oui en France

نعم في بلدك الأصلي - Yes in your origin country - Oui dans votre pays d'origine

لا ، ليسوا تحت وصايتي - Not in my charge - Non à charge

إجابة أخرى - Other answer - Autre :

7.

قبل أن تغادر بلدك الأصلي ، هل كان لديك أي جهات اتصال مقيمة بالفعل في فرنسا؟ صديق جيد ، عائلة

Before you left your origin country, did you have any contacts already living in France ? Good friend, family...

Connaissiez-vous déjà avant le départ de votre pays d'origine une ou plusieurs personnes ressources en France ? Ami de confiance, famille...

نعم - Yes - Oui لا No – Non

... : إجابة أخرى

Additional information

Eventuelles précisions

8.

هل تعيش مع افراد عائلتك؟

Do you live with members of your family ?

Vivez-vous avec des membres de votre famille ?

لا No – Non

نعم ، مع بعض منهم Yes, with some of them – Oui avec quelques-uns d'entre eux

نعم ، مع معظمهم Yes, with most of them - Oui, avec la plupart d'entre eux

نعم ، مع كلهم Yes, with all of them – Oui, avec toute ma famille

9.

خلال الستة أشهر الماضية ، هل كان من الصعب التواصل (عبر الهاتف ، لرؤية بعضكما البعض (مع أفراد عائلتك أو صديقك المقرب الذي لم يسافر معك في البداية؟

During the last six month, was it difficult to get contact (on the phone, to see each other) with your family members or closed friend that didn't move with you initially ?

Au cours des six derniers mois, a-t-il été difficile pour avoir des contacts (téléphonique, se voir directement) avec des membres de votre famille ?

صعب جدا - Very hard – Très difficile

صعب - Quite difficult – Assez difficile

من السهل جدا - Rather easy – Plutôt facile

سهل - Very easy – Très facile

... : إجابة أخرى

Additional information

Eventuelles précisions

10.

مستوى الطلاقة الفرنسية هو:

The level of french fluency is :

Langue française est-elle :

- مفهوم **Understood** - Comprise
- متحدث **Spoken** - Parlée
- قراءة **Read** - Lue
- كتابة **Written** - Ecrite
- اتحدث الفرنسية قليلا جدا او لا اتحدثها

اطلاقا

I have very little french or not any

Peu ou pas de connaissance en langue française

11.

ما هو مستواك التعليمي؟

What is your level of education ?

Quel est votre niveau scolaire, d'étude ?

- لم أذهب أبداً إلى المدرسة

I've never been to school - Je ne suis jamais allée à l'école

- توقفت عن المدرسة قبل سن 12

I stopped school before the age of 12 -

Arrêt de l'école avant 12 ans

- توقفت عن المدرسة بين سن 12 و 16 سنة

I stopped school between the age of 12

and 16 - Arrêt de l'école entre l'âge de 12 et 16 ans

- توقفت عن المدرسة بين سن 16 و 18

I stopped school between the age of 16

and 18 - Arrêt de l'école entre l'âge de 16 et 18 ans

لقد درست /أواصل التعليم /دراسات المستوى الثالث

I did / I'm doing further education / third level studies - Etudes supérieures

12.

هل عايشت أحد(أو أكثر)أحداث عنيفة في الحياة؟

Have you experienced one (or more) violent life event(s) ?

Avez-vous déjà vécu un (ou plusieurs) évènement(s) de vie violent(s) ?

- لا أرغب في الاجابة

I don't want to answer - Je ne veux pas répondre

- لا - No - Non

نعم ، مرة واحدة - Yes, one time - Oui une fois

نعم ، في كثير من الأحيان - Yes, some times - Oui plusieurs fois

نعم ، في كثير من الأحيان - Yes, a lot of times - Oui beaucoup de fois

إذا كانت الإجابة بنعم، أين؟ (أكثر من إجابة واحدة (مسموح بها):

If yes, where ? (more than one answer allowed) :

Si oui, où (plusieurs réponse possible) ? :

- لا أرغب في الاجابة

I don't want to answer - Je ne veux pas répondre

في بلد المنشأ - In the origin country - Dans le pays d'origine

خلال الرحلة - **During the trip** - Pendant le trajet

منذ أن وصلت إلى بلد اللجوء - **Since i arrived in the refuge country** - Depuis l'arrivée

من أي نوع :

Of what kind :

De quel type :

لا أرغب في الإجابة - **I don't want to answer** - Je ne veux pas répondre

ضحية أو شاهد/ة على اعتداء جسدي أو تعذيب
Victim o witness of physical aggression or torture – Victime ou témoin d'une agression physique ou de torture

ضحية أو شاهد على عدوان جنسي

Victim o witness of sexual aggression - Victime ou témoin d'une agression sexuelle

ضحية أو شاهد على إهانة

Victim o witness of humiliation - Victime ou témoin d'humiliation

شاهد على الموت - **Witness of the death**-
Témoin de la mort

... : إجابة أخرى

Other answer

Autre réponse

13. أي نوع من المساكن لديك الآن؟

What kind of housing do you have now ?

Dans quel endroit vivez-vous actuellement ?

أعيش في الشارع - **I live in the street, in a squat** - Dans la rue ou dans un squat

(مركز إسكان طالبي اللجوء) CADA في

(سكن مؤقت لطالبي اللجوء)، في مكان AT-SA في نظمته جمعية حكومية أو محلية لطالبي اللجوء أو اللاجئين

In a CADA (housing center for asylum seekers), in a AT-SA (temporary housing for asylum seekers), in a place organised by a governmental or local association for asylum seekers or refugees

Dans un CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile), en AT-SA (accueil temporaire-service de l'asile), dans une autre structure d'accueil gouvernemental ou dans le cadre d'une association locale pour demandeurs d'asile ou réfugiés

أعيش في منزل أحد الأصدقاء /العائلات

I live at a friend's / family's house

Hébergée chez un proche

في بيتي - **In my own house**

Dans mon propre logement

... : غير ذلك

Other arrangment

Autre

14. كم من المال تكسب /تستلم في الشهر الإجمالي (... يورو)

How much money do you earn / receive per month in total : ... euros

Quel est son revenu actuel / par mois : ... €

من أين تتقاضاه

Where is the money from :

Quelle est la source de revenu :

ADA (بديل لطالبي اللجوء) ADA (allowance for asylum seekers)

ADA (allocation pour demandeur d'asile)

المال من بلد المنشأ

Money from the origin country

Argent provenant du pays d'origine

العمل المعلن

Work declared

Travail déclaré

عمل غير معلن

Work not declared

Travail non déclaré

تعطي من قبل جمعية أو من الناس

Given by an association or from people gift

Don par une association ou personnes

... : دخل آخر

Other income

Autres

... : معلومات اضافية

Additional information

Eventuelles précisions

هل تعاني من مرض مزمن أو أكثر؟ 15.

Do you suffer from one or many chronic disease ?

Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies chroniques ?

0 1 2 ≥3

هل تعاني من أي مرض عقلي اكتشفته مسبقا في بلدك الأصلي؟ 16.

Do you suffer from any mental disease that was already known in your origin country ?

Souffrez-vous de pathologie(s) mentale(s) connue(s) dans le pays d'origine ?

لا - No - Non

نعم ، وأعتقد أنه استقر بشكل أفضل منذ مغادرتي

Yes, and I think it's better stabilized since I left – Oui, et je pense que c'est mieux stabilisé depuis que je suis partie

نعم ، أعتقد أنه كان مستقرا قبل مغادرتي وما زال مستقرا بعد مغادرتي

Yes, I think it was stable before I left and still stable after – Oui, je pense que c'était stable avant, et toujours stable après le départ

- نعم ، أعتقد أن الأمر يزداد سوءاً منذ مغادرتي

Yes, I think it's getting worse since I left – Oui, je pense que la maladie s'est aggravée depuis que je suis partie

B. برنامج سنديانة وأنت -

The Sindiane program and you - Le programme Sindiane et vous :

1.

متى بدأت في المشاركة في ورشات سنديانة؟ - **When did you start to participate at the Sindiane groups ?**

- Quand avez-vous commencé à participer aux ateliers Sindiane ?

تاريخ البدء : .. / .. /

The beginning date - La date du début de la participation

2.

كيف عرفت عن برنامج سنديانة؟

How did you know about the Sindiane program ?

Comment avez-vous connu le programme Sindiane ?

عن طريق الناس الذين يشاركون أو شاركوا في برنامج سنديانة - **By word of mouth from people who participate or have participated at the Sindiane program** – Par le bouche à oreille de personnes participant ou ayant participé aux groupes de Sindiane

عن طريق الناس الذين لم يشاركوا **By word of mouth from people who have never participated** - Par le bouche à oreille de personnes qui n'ont jamais participé

من قبل CADA (مركز استقبال لطالبي اللجوء) **By the CADA (reception center for asylum seekers)** - Par le CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile

من قبل الجمعية التي تستقبلني في فرنسا **By the association that welcomes me in France (Ampil, Cités du secours catholique, SOS, Soliha, Elia etc...)**- Par l'association qui m'accueille en France (Ampil, Cités du secours catholique, SOS, Soliha, Elia etc...)

3.

العلاقات الاجتماعية - Social relationships - Relations sociales :

Since you started to participate at the Sindiane groups - منذ أن بدأت في المشاركة في ورشات سنديانة

Depuis le début de votre participation aux groupes de femmes Sindiane :

هل قمت بتطوير أي علاقات جديدة؟

Did you develop any new relationships ?

Vous êtes-vous créé de nouvelles relations sociales ?

أقل من المتوقع - **Less than expected** – Moins que je ne m’y attendais

كما كنت أتوقع - **As I expected** - Comme je m’y attendais

أكثر من المتوقع - **More than expected** – Plus que je ne m’y attendais

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل تفضل العلاقات داخل أو خارج برنامج سنديانة -

If yes, are they relationships rather inside or outside the Sindiane program ?

Si oui, s’agit-il de relations à l’extérieur du programme Sindiane ou également à l’extérieur ?

أفضل من خارج برنامج سنديانة - **Rather outside of the Sindiane program** - Plutôt à l’extérieur du programme Sindiane

على حد سواء في البرنامج وخارج البرنامج - **As much at both the program and outside the program** -
Un peu des deux

هل تفضل برنامج سنديانة ؟ - **Rather in the Sindiane program** - Plutôt dans le cadre des ateliers Sindiane

هل تشعر أنك تساعد زملائك ، والمقصود الأشخاص الذين عاشوا نفس النوع من الخبرة التي عشتها؟

Do you feel like helping your peers, which means people who have lived the same kind of experience that you did ?

Avez-vous envie de soutenir vos pairs, c’est-à-dire des personnes qui ont vécu le même type d’expérience que vous ?

بالطبع لا - **Definitely not** – Absolument pas

لا بالأحرى - **Rather not** - Plutôt non

لا أعرف إذا كانت الإجابة بنعم أو لا - I don't know if yes or no – Je ne sais pas si oui ou non

نعم بالأحرى - Rather yes – Plutôt oui

نعم ،ارغب بذلك كثيرا - Yes, I really want to do it - Oui, j'ai vraiment envie de le faire

... : معلومة اضافية

Additional information

Eventuelles précisions

4.

الإستفادة من الحقوق القانونية والاجتماعية

Access to legal and social rights - Accès aux droits juridiques et sociaux :

منذ أن بدأت في المشاركة مع ورشات سندية ، خارج سندية ، كيف يمكنك المساعدة في إجراءاتك (المساعدة في الإجراءات الإدارية ، والإسكان ، والإجراءات الصحية ...) ؟

Since you started participating with Sindiane groups, outside of Sindiane, did you meet any professional that helped you with your procedures (help with administrative, housing, health procedures...) ?

Depuis le début de votre participation à ce programme Sindiane, et en dehors du programme, avez-vous rencontré un ou plusieurs professionnels qui vous ont aidé.e.s pour vos procédures (procédures administrative, logement, santé...)

لا ، لا أحد - No, nobody – Non, personne

نعم ، التقيت بعض - Yes, I met some – Oui quelques-uns

نعم ، لقد قابلت الكثير - Yes, I met a lot – Oui beaucoup

هل لديك انطباع بأنك تفهم الآن بشكل أفضل :نتائج الإجراءات ، ما تحتاج إلى القيام به ، والناس والمؤسسات الإدارية للإشارة إليها؟

Do you have the impression that you better understand now : the outcomes of procedures, what you need to do, the people and administrative institutions to refer to ?

Avez-vous l'impression d'avoir mieux compris : le déroulé des procédures, ce que vous devez faire, les personnes et les institutions administratives à qui se référer ?

- بالتأكيد لا - **Definitely not** – Absolument pas
- لا بالأحرى - **Rather not** - Plutôt non
- لا أعرف ما إذا كانت الإجابة بنعم أو لا - **I don't know if yes or no** – Je ne sais pas si oui ou non
- نعم بالأحرى - **Rather yes** – Plutôt oui
- نعم، كثيرا - **Yes, I really do** - Oui, vraiment

5.

الحصول على الرعاية الطبية - Access to medical care - Accès aux soins

منذ أن بدأت المشاركة في ورشات سنديانة، هل شاهدت من قبل المقدم رعاية محترفة ؟

Since you started participating to Sindiane group, have you been seen by a professional caregiver ?

Depuis le début de votre participation à ce programme communautaire, avez-vous vous consulté un professionnel soignant ?

- نعم Yes - Oui لا No – Non

إذا كانت الإجابة بنعم، إلى أي نوع من المهن (يمكن الإجابة على عدة إجابات):

If yes, to what type of professional (several answer possible) :

Si oui, vers quel professionnel (plusieurs choix possibles) :

- (إلى الطبيب (باستثناء الطبيب النفسي) - **To a doctor (except psychiatrist)** - Un médecin (hors psychiatrie)
- إلى الطبيب النفسي - **To a psychiatrist** - Un médecin (psychiatre)
- إلى معالج نفسي - **To a psychologist** - Un psychologue
- إلى وحدة الرعاية في حالات الطوارئ - **To the emergency care unit** - Vers les urgences
- إلى الجمعية - **To screening association** - Vers des associations de dépistage

إلى مركز منع الحمل - **To contraception center** - vers de la contraception

إجابة أخرى - **Other answer** - Autres : ...

هل لديك متابعة منتظمة؟

Do you have a regular follow up ?

Avez-vous un suivi régulier ?

نعم - **Yes** - Oui لا - **No** – Non

6.

الرضا - **Satisfaction** - Satisfaction :

هل أنت راض عن محتوى/وما يتم تقديمه في المجموعات؟

Are you satisfied with your participation in the groups ?

Etes-vous satisfaite de votre participation à ces groupes ?

لا على الاطلاق - **Not at all** - Pas du tout (0)

(1)

(2)

(3)

(4)

جدا **Extremely** - Extrêmement (5)

التعبير الحر:

Free text :

Texte libre :

هل انت راض عن ما تقدمه الورشات؟

Are you satisfied with the contents of the groups ?

Est-ce que vous avez été satisfaite du contenu ?

لا على الاطلاق - **Not at all** - Pas du tout (0)

(1)

(2)

(3)

التعبير الحر:

Free text :

Texte libre :

(4)

جدا - **Extremely** - Extrêmement (5)

هل كنت راض عن المتدخلين؟

Were you satisfied with the interveners ?

Est-ce que vous avez été satisfaite des intervenantes ?

لا على الاطلاق - **Not at all** - Pas du tout (0)

(1)

(2)

(3)

(4)

جدا - **Extremely** - Extrêmement (5)

التعبير الحر:

Free text :

Texte libre :

هل كنت راضيًا عن مدة وتكرار ومكان ورشات العمل؟

Were you satisfied with the duration, the frequency, the location and the conditions of the workshops ?

Est-ce que vous avez été satisfaite de la durée, la fréquence du programme, du lieu et des conditions matérielles ?

لا على الاطلاق - **Not at all** - Pas du tout (0)

(1)

(2)

(3)

(4)

جدا - **Extremely** - Extrêmement (5)

التعبير الحر:

Free text :

Texte libre :

هل تنصح بورشات العمل الجماعية هذه للنساء الأخريات أو المثليات والمثليين والمتحولين جنسيًا في وضعك؟

Would you recommend those group workshops to other women or LGBT in your situation ?

Recommanderiez-vous ces groupes à d'autres femmes dans votre situation ?

لا على الاطلاق - **Not at all** - Pas du tout (0)

(1)

(2)

(3)

(4)

جدا - **Extremely** - Extrêmement (5)

هل لديك ملاحظات أو اقتراحات من أجل مساعدتنا في تحسين برنامج سنديانة الخاص بنا؟

Do you have remarks or suggestions in order to help us to improve our Sindiane program ?

Avez-vous des remarqués ou suggestions qui pourraient nous aider à améliorer le programme Sindiane ?

....

....

....

....

نشكرك على المشاركة في هذا الاستبيان ، فهو يساعدنا كثيرًا

Thank you for participating with this questionnaire, it helps us a lot !

Nous vous remercions pour votre participation, qui nous aide beaucoup !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Contexte :

Les situations d'exil et d'exposition à des événements de vie violents pré, péri et post-migratoires auxquels sont confrontés les personnes demandeuses d'asile et réfugiés, peuvent mettre en péril leur santé mentale. Les dispositifs disponibles pour leur prise en charge par sont limités, peu spécifiques et d'accès tardif. Un programme communautaire innovant appelé Sindiane, destiné aux femmes et personnes LGBT, arabophones, en procédure de demande d'asile ou réfugiées, a récemment vu le jour à Marseille. Il est porté par des réfugiées et une juriste, il promeut l'entraide, l'auto-support, l'empowerment juridique, le pouvoir d'agir et le processus de résilience de ces personnes.

Le programme Sindiane pourrait avoir un impact en termes de prévention en santé mentale et particulièrement sur les troubles psycho-traumatiques chez les demandeurs d'asile ou réfugiées. L'objectif de cette étude préliminaire d'évaluation est d'établir les outils pertinents pour vérifier cette hypothèse.

Méthodes :

Une phase exploratoire de participation active au sein des ateliers de Sindiane a été réalisée pendant plusieurs mois, et des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de six bénéficiaires pour identifier les problématiques de ceux-ci. Un questionnaire a été créé, réunissant des critères pertinents en regard des objectifs et de la littérature : données socio-démographiques, éléments du parcours d'exil, bénéfices ressentis, suggestions d'évolution, et satisfaction par rapport au programme. Ce questionnaire a été traduit en arabe de manière rigoureuse, puis testé auprès d'un groupe de 12 bénéficiaires de Sindiane, qui ont ensuite pu s'exprimer sur celui-ci au cours d'un focus group. Une revue de la littérature a permis de sélectionner deux échelles validées en arabe en complément du questionnaire : la *Refugee Health Scale-15*, qui évalue le niveau de santé mentale de cette population avec des items spécifiques aux troubles post-traumatiques, et l'échelle d'auto-efficacité généralisée qui mesure le pouvoir d'agir.

Résultats :

L'analyse thématique des six entretiens semi-dirigés a permis l'émergence des déterminants sociaux de la santé mentale liés à leur contexte spécifique ainsi que de leurs besoins et des niveaux d'intervention nécessaire de Sindiane. Les outils d'évaluation, échelles et questionnaire, ont été validés par le groupe de bénéficiaires, majoritairement d'origine syrienne. Aucune des personnes enquêtées n'a déclaré d'antécédent psychiatrique, mais 10/12 ont exprimé avoir vécu un ou plusieurs événements de vie violents. La satisfaction vis-à-vis du programme a été évaluée excellente. Les remarques libres ont été l'occasion pour 11 participants sur 12 de faire des propositions d'ateliers. 10/12 souhaitent soutenir leurs pairs.

Discussion :

Les bénéficiaires s'emparent du programme pour le faire évoluer avec les intervenantes au regard de leurs attentes. Sindiane a une vocation de prévention en santé mentale notamment sur les troubles psychotraumatiques. Un réseau social soutenant, un sentiment de sécurité administrativo-judiciaire, la liberté d'être soi, sont autant d'éléments mis en valeur par les bénéficiaires par le biais de l'étude comme bénéfique pour reconstruire leur identité et obtenir un équilibre psychique satisfaisant. Cette étude préliminaire a permis de sélectionner et d'établir des outils traduits, validés et acceptés par le groupe qui pourront être utilisés à l'avenir pour une évaluation de l'efficacité de ce programme.

Mots clefs : Demandeurs d'asile et réfugiés, santé mentale, troubles psychotraumatiques, intervention préventive, démarche communautaire, étude pilote évaluative