

Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale



PARTIE
2

À L'INTENTION DES AGENTS DE PREMIÈRE LIGNE

Le 19 janvier 2022, le Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO) est devenu l'Agence de l'Union européenne pour l'asile (EUAA). Toutes les références à l'EASO et aux ressources et organes de l'EASO doivent s'entendre comme des références à l'EUAA.



Manuscrit achevé en septembre 2024

Ni l'Agence de l'Union européenne pour l'asile (EUAA) ni aucune personne agissant au nom de l'EUAA n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations données ci-après.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2026

Print ISBN 978-92-9410-963-7 doi:10.2847/0714156 BZ-02-24-604-FR-C

PDF ISBN 978-92-9410-962-0 doi:10.2847/1652793 BZ-02-24-604-FR-N

© Agence de l'Union européenne pour l'asile (EUAA), 2026

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Pour toute utilisation ou reproduction d'éléments qui ne sont pas la propriété de l'EUAA, il peut être nécessaire de demander l'autorisation directement auprès des titulaires de droits respectifs. L'EUAA ne détient pas les droits d'auteur relatifs aux éléments suivants:

- couverture, photo, © pressmaster/stock.adobe.com;
- page 3, icônes, © iStock.com/da-vooda;
- page 6, composants des icônes, © Prosymbols/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com, © nadiinko/stock.adobe.com, © Dawiyyah/stock.adobe.com, © AHMAD/stock.adobe.com, © iStock.com/vasabii, © iStock.com/da-vooda, © lovemask/stock.adobe.com, © Sir.Vector/stock.adobe.com, © Editable line icons/stock.adobe.com;
- page 13, © iStock.com/vasabii;
- page 17, © pressmaster/stock.adobe.com;
- page 20, © SkyLine/stock.adobe.com;
- pages 22 et 30, © Halfpoint/stock.adobe.com;
- page 67, © Seventyfour/stock.adobe.com;
- page 73, © pressmaster/stock.adobe.com;
- page 77, icône, © IconKitty/stock.adobe.com;
- page 78, icône, © SkyLine/stock.adobe.com;
- pages 79 et 80, icône, © Mykola/stock.adobe.com;
- page 80, icône, © NikWB/stock.adobe.com;
- page 81, icône, © FourLeafLover/stock.adobe.com;
- page 82, icône, © SkyLine/stock.adobe.com;
- page 83, icône, © Yurii/stock.adobe.com;
- pages 84 et 85, icônes, © adi_sena/stock.adobe.com, © Arafat/stock.adobe.com, © NikWB/stock.adobe.com, © puchongart/stock.adobe.com, © SkyLine/stock.adobe.com, © Tatah/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com.

Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale

Partie II — Guide pratique de mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial — à l'intention des agents de première ligne.

Novembre 2024



À propos de ce guide

Pourquoi ce guide en trois parties a-t-il été réalisé?

L'Agence de l'Union européenne pour l'asile (EUAA) s'est récemment investie dans des échanges sur le thème de la santé mentale et du bien-être des demandeurs de protection internationale ainsi que sur des sujets connexes tels que la gestion des incidents critiques, le bien-être du personnel et la consommation de stupéfiants dans le cadre de l'accueil ⁽¹⁾. L'objectif est de recueillir des informations sur les besoins éventuels des États membres de l'Union européenne (UE) et des pays associés à l'espace Schengen (pays de l'UE+) et de veiller à ce que l'EUAA élabore des programmes de soutien pertinents pour que ces besoins soient satisfaits. Il s'agit notamment de trouver un moyen d'améliorer la mise à disposition d'un soutien psychosocial aux demandeurs. Ce guide vise à fournir, aux pays de l'UE+ et à leurs hauts responsables, un outil pour jeter les bases d'un régime d'asile fondé sur la santé mentale et le bien-être dans leurs pays respectifs et pour promouvoir la santé mentale et le soutien psychosocial auprès des personnes qui en ont besoin.

Comment le présent guide en trois parties a-t-il été élaboré?

Le présent guide a été rédigé avec le soutien de plusieurs experts issus de toute l'Union: de Belgique [Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil)], d'Allemagne (Psychosoziales Zentrum, St. Johannis), de Grèce (Conseil danois des réfugiés en Grèce) et de Suède (Office suédois des migrations). Son élaboration a été facilitée et coordonnée par l'équipe de l'EUAA chargée des groupes vulnérables. Avant sa finalisation, le guide a été envoyé pour consultation à un groupe de référence composé d'experts de plusieurs organisations: la direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission européenne, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC) ⁽²⁾. Enfin, le guide a été transmis par les membres du réseau d'experts des groupes vulnérables de l'EUAA pour examen et approbation finale en vue de sa future adoption.

⁽¹⁾ EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie I: normes et politiques*, 2021; EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie II: Boîte à outils pour le bien-être du personnel*, 2021; EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie III: Suivi et évaluation*, 2021; EASO, «The Importance of Early Identification of Signs of Stress» (L'importance de l'identification précoce des signes de stress), YouTube, 22 septembre 2021; concernant la gestion des incidents critiques, se reporter à EUAA, *Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception — A mapping of practices* (Gestion des incidents critiques dans le domaine de l'asile et de l'accueil — Recensement des pratiques), 2022; en collaboration avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour ce qui concerne la consommation de drogues dans le cadre de l'accueil, se reporter à OEDT-EUAA, *Professionals Working in Reception Centres in Europe: an Overview of Drug-related Challenges and Support Needs* (Professionnels travaillant dans les centres d'accueil en Europe: présentation des problématiques liées à la drogue et des besoins d'assistance), 2023.

⁽²⁾ L'intégralité de ce guide en trois parties de l'EUAA ne reflète pas nécessairement la position des membres du groupe de référence.

À qui s'adresse cette deuxième partie du guide?

Cette partie s'adresse aux **chefs d'équipe**, **coordinateurs** et **agents de première ligne** qui prodiguent des services de santé mentale et un soutien psychosocial dans leurs contextes respectifs. Ce guide est également susceptible d'éclairer le travail des **décideurs politiques** chargés d'intégrer la santé mentale et le bien-être à l'aide apportée aux demandeurs de protection internationale.

Comment utiliser ce guide?

Les trois parties du guide de l'EUA consacrées à la santé mentale et au bien-être des demandeurs de protection internationale doivent donc être lues conjointement.

- La **partie I** ⁽³⁾ définit le **cadre** nécessaire à l'instauration d'un régime d'asile fondé sur des considérations relatives à la santé mentale et au bien-être. Elle s'adresse donc aux **hauts responsables**.
- La **partie II** traite principalement des **interventions** essentielles pour préserver la santé mentale et le bien-être des demandeurs de protection internationale. Elle explique **comment** mettre en œuvre des interventions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial et cible principalement les **agents de première ligne** et leurs **chefs d'équipe**.
- La **partie III** ⁽⁴⁾ est un «vade-mecum» contenant des outils pratiques tels que des listes de contrôle, des considérations liées à la protection et des questionnaires destinés à aider les **agents de première ligne** à assurer des services de santé mentale et un soutien psychosocial.

Le présent guide utilise des icônes de façon récurrente, décrites à droite.

Comment le présent guide s'articule-t-il avec la législation et les pratiques nationales?

Le présent guide est un outil de convergence volontaire. Il n'est pas juridiquement contraignant. Il complète les stratégies et interventions nationales mises en œuvre dans les pays de l'UE+ au bénéfice de la santé mentale et du bien-être dans le cadre de l'asile.



Exemple

Quelques exemples pratiques sélectionnés dans les pays de l'UE+ et destinés à améliorer la compréhension.



Éléments à prendre en considération

Faits marquants, éléments complémentaires, garanties, informations et possibilités.



Ressources et informations supplémentaires

Éléments qui viennent compléter les propositions et permettent d'en apprendre davantage sur le sujet abordé dans ce chapitre.



Animation ou support vidéo

Animations ou supports vidéo permettant de mieux comprendre le contenu et de renforcer les capacités des intervenants de première ligne.



Rappel et mesures à adopter

Lien avec d'autres informations pertinentes du guide afin de favoriser une compréhension globale ou de compléter ce qui est présenté sur la page.

⁽³⁾ EUA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie I: Instaurer un régime d'asile fondé sur des considérations relatives à la santé mentale et au bien-être — à l'intention des hauts responsables*, novembre 2024.

⁽⁴⁾ EUA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Vade-mecum pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, novembre 2024.



Quel est le lien entre le présent guide et les autres outils de l'EUAA?

Ce guide en trois parties doit être mis en corrélation avec d'autres efforts déployés et outils mis au point par l'EUAA pour tenir compte de la vulnérabilité dans toutes ses activités, y compris dans ses activités de soutien aux pays de l'UE+ et aux États membres dans lesquels l'EUAA intervient. Ce guide vient compléter les ressources suivantes de l'EUAA:

- ▶ trois livrets sur la détresse psychologique accompagnés d'instructions:
 - ▶ EUAA, [*Comment puis-je soutenir mon enfant dans les moments difficiles?*](#), juin 2023,
 - ▶ EUAA, [*Comment puis-je faire face à des situations dans lesquelles mes parents semblent tristes, inquiets ou en colère?*](#), juin 2023,
 - ▶ EUAA, [*Comment gérer les situations dans lesquelles mon ami\(e\), mon frère ou ma sœur est triste, en colère ou fait des choses dangereuses?*](#), juin 2023;
- ▶ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» (Vidéo sur les premiers secours psychologiques), YouTube, 26 juin 2023, accompagnée d'[instructions](#);
- ▶ Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO), [*Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health — A Participatory Approach Supported by Member State Authorities and Civil Society*](#) (Entretiens avec les demandeurs de protection internationale sur la santé mentale — Une approche participative soutenue par les autorités des États membres et la société civile), décembre 2021;
- ▶ EASO, «[The Importance of Early Identification of Signs of Stress](#)» (L'importance de la détection précoce des signes de stress), YouTube, 22 septembre 2021;
- ▶ EASO, [*Mental Health of Applicants for International Protection in Europe — Initial Mapping Report*](#) (Santé mentale des demandeurs de protection internationale en Europe — Rapport de cartographie initial), juillet 2020.

Autres ressources connexes:

- ▶ EUAA, [*Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics*](#) (Demandeurs présentant une orientation sexuelle, une identité de genre, une expression de genre et des caractéristiques sexuelles), novembre 2024;
- ▶ EUAA, [*Guidance on Vulnerability in Asylum and Reception — Operational Standards and Indicators*](#) (Orientations sur la vulnérabilité dans le cadre de l'asile et de l'accueil: normes opérationnelles et indicateurs), mai 2024, notamment p. 55;
- ▶ EUAA, [*Strategy on Vulnerability*](#) (Stratégie en matière de vulnérabilité), décembre 2023;
- ▶ EUAA, portail «[Let's Speak Asylum](#)» (Parlons asile), juillet 2023;
- ▶ EUAA, «[Outil d'évaluation des besoins particuliers et de la vulnérabilité](#)», 2022;
- ▶ EUAA, «[Outil de l'EASO pour l'identification des personnes ayant des besoins particuliers](#)», 2016.

Tous les outils pratiques de l'EUAA sont accessibles en ligne sur le site web de l'EUAA: <https://euaa.europa.eu/practical-tools-and-guides>. Consultez également le catalogue de formations de l'EUAA: <https://euaa.europa.eu/training-catalogue> pour savoir quels modules de formation sont pertinents en ce qui concerne le thème de la vulnérabilité.

Table des matières

Abréviations	6
Introduction	7
À propos du présent guide	8
Structure du présent guide	9
Groupe cible	9
Bien-être du personnel.....	10
Santé mentale et bien-être: terminologie associée	10
Intégrer la santé mentale et le bien-être des demandeurs aux activités quotidiennes.....	12
Considérations relatives à l'âge, au genre et à la diversité	14
1 Premiers secours psychologiques.....	17
Pratiques prometteuses et matériel de soutien.....	21
2 Identification	22
Pratiques prometteuses et matériel de soutien.....	28
3 Soins et gestion des cas.....	30
Accès aux soins.....	30
Processus de gestion des cas.....	31
Pratiques prometteuses et matériel de soutien.....	38
Enfants non accompagnés	38
Demandeurs présentant un trouble de la santé mentale.....	42
Demandeurs vulnérables et toxicomanie	46
Victimes de torture	49
Demandeurs ayant des pensées suicidaires	52
Demandeurs et violence de genre.....	54
Demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses.....	59
Besoins psychologiques des demandeurs placés en rétention	61
Thérapie basée sur l'internet	63
4 Psychoéducation.....	67
Pratiques prometteuses et matériel de soutien.....	71
5 Interventions communautaires.....	73
Pratiques prometteuses et matériel de soutien.....	76
Annexe 1 — Synthèse des facteurs propices au bien-être et à une santé mentale optimale	84
Références	86



Abréviations

Abréviation	Définition
EUAA	Agence de l'Union européenne pour l'asile
CPI	Comité permanent interorganisations
ESPT	État de stress post-traumatique
EUDA	Agence de l'Union européenne sur les drogues
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Belgique)
HCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
IA	intelligence artificielle
IFRC	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
LGBTIQ	personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées et queer
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
Pays de l'UE+	États membres de l'Union européenne et pays associés à l'espace Schengen
PSP	premiers secours psychologiques
SMSPS	santé mentale et soutien psychosocial

Introduction

L'**investissement initial** des hauts responsables pour apporter un soutien élémentaire, mais holistique nécessite de mettre l'accent sur les points suivants:

- des **interventions communautaires** ciblées pour tous les demandeurs dès leur arrivée; et
- des **soins ciblés et spécialisés** à ceux qui doivent en bénéficier immédiatement.

Une telle approche contribue à éviter une crise à plus long terme. C'est à cette approche qu'est consacrée cette partie du guide.

Adopter une **approche multidisciplinaire et interdisciplinaire** tout au long du parcours d'asile et d'accueil (arrivée, séjour dans une structure d'accueil, poursuite de l'intégration et de l'inclusion ou préparation au retour) est fondamental pour garantir la prévention et renforcer la résilience. Ce type d'approche profitera non seulement aux personnes qui entrent dans les pays de l'UE+, mais également aux demandeurs qui sont en attente d'une décision, qui s'intègrent dans les communautés d'accueil ou aux personnes en attente d'un retour. Les autorités chargées de l'accueil et de la détermination, ainsi que celles qui interviennent en première ligne et les partenaires bénéficieraient également d'une **approche coordonnée**, puisque la collaboration et la communication seraient simplifiées, ce qui permettrait d'atteindre plus efficacement les objectifs généraux de santé mentale et de bien-être définis par l'administration.

Enfin, les agents intervenant en première ligne peuvent être affectés par les récits et les expériences partagés par les demandeurs avec lesquels ils travaillent. Un **traumatisme secondaire** ou **vicariant** peut survenir chez les personnes intervenant en première ligne auprès de demandeurs susceptibles de partager avec eux des récits personnels traumatisants. La description d'événements déstabilisants ou traumatisants et l'exposition permanente à ces récits chez les agents qui apportent leur soutien sur des périodes plus longues peuvent avoir des répercussions sur leur santé mentale et leur bien-être. Il est donc important d'introduire une politique forte en matière de bien-être du personnel ⁽⁶⁾, ainsi qu'un ensemble de mesures de soutien pour éviter tout risque de traumatisme secondaire et/ou d'épuisement professionnel chez les intervenants de première ligne. Pour obtenir plus d'informations d'ordre terminologique, veuillez consulter le glossaire de la [partie I — à l'intention des hauts responsables](#).

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ⁽⁵⁾.»



Le **droit à la santé** est universel ⁽⁷⁾. Cela signifie que les demandeurs ont le droit de pouvoir mener une vie saine, ce qui peut favoriser une intégration significative dans la communauté d'accueil et leur permettre d'y contribuer sur les plans économique et social. Les mêmes considérations s'appliquent aux demandeurs faisant l'objet d'une procédure de retour.

La **Commission européenne a mis en avant** le droit à la santé pour tous dans une communication relative à l'approche globale en matière de santé mentale ⁽⁸⁾, traitant plus généralement de l'**importance de la prise de conscience** du fait que l'**amélioration de la santé mentale** est à la fois un **impératif social et un impératif économique**.

La coïncidence ou l'accumulation de facteurs de stress tout au long du processus de migration et de ses étapes essentielles peut avoir un effet grave sur la santé mentale et le bien-être des demandeurs. Les étapes essentielles comprennent la période avant le départ, le déplacement, le voyage, la période qui suit l'arrivée et le séjour dans le ou les pays d'accueil, l'intégration ou le retour. Ces étapes essentielles peuvent influencer et affecter les facteurs de protection et de risque auxquels le demandeur est exposé. Ces facteurs de stress peuvent aggraver l'effet psychologique de tout événement déstabilisant ou traumatisant survenu avant le départ ou pendant le transit.

Il est donc fondamental de prendre en considération les **facteurs individuels** et les **déterminants sociaux**, tels que les liens du demandeur avec sa famille et sa communauté, l'accès à un logement sûr ou sa situation économique et son niveau d'instruction. Tous ces facteurs peuvent avoir une incidence positive ou négative sur la santé.

⁽⁵⁾ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, p. 1, entrée en vigueur en 1948.

⁽⁶⁾ Voir aussi le guide en trois parties de l'EUA consacré au bien-être du personnel: EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie I: normes et politiques*, 2021; EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie II: Boîte à outils pour le bien-être du personnel*, 2021; EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie III: Suivi et évaluation*, 2021.

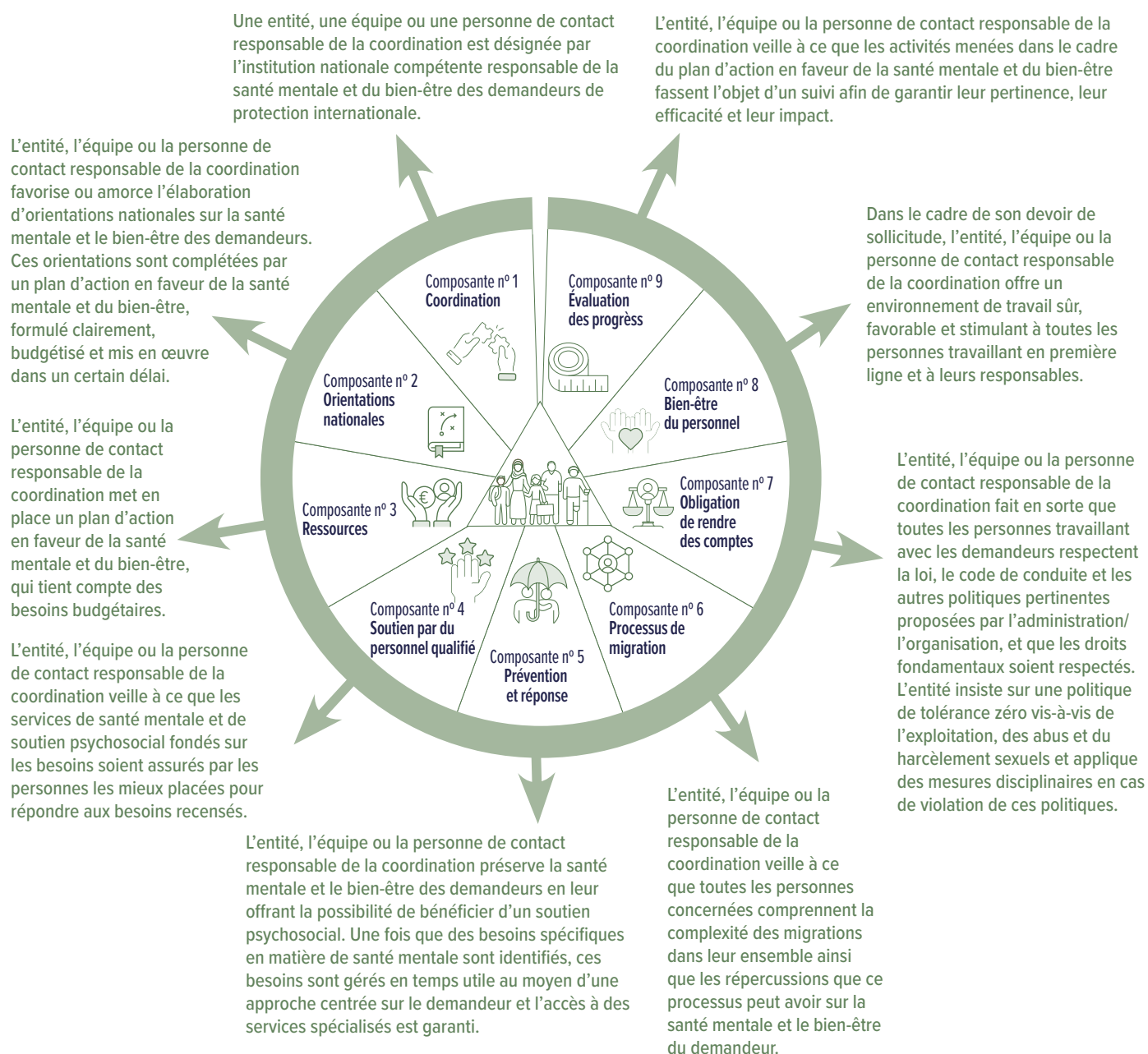
⁽⁷⁾ Pour de plus amples informations, voir OMS et Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH), *Le droit à la santé — Fiche d'information n° 31*, juin 2008; Conseil économique et social (ECOSOC), *Observation générale n° 14 (2000) — Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, août 2000, qui fait référence à l'accessibilité, à la disponibilité, à l'acceptabilité et à la qualité des services.

⁽⁸⁾ Commission européenne, *Communication sur une approche globale en matière de santé mentale*, juin 2023.

À propos du présent guide

Lorsque cela est possible, intégrer la santé mentale et le bien-être des demandeurs au régime d'asile et d'accueil devrait faire partie intégrante d'une **stratégie nationale** en matière de santé et de santé mentale. Le succès durable de cette approche réside notamment dans la participation d'acteurs interdisciplinaires. Le cadre général proposé dans la [partie I — à l'intention des hauts responsables](#) pour instaurer un régime d'asile fondé sur des considérations relatives à la santé mentale et au bien-être, tel qu'ils ont été définis, comporte **neuf composantes étroitement liées et d'importance égale**.

Figure 1 — D'un seul coup d'œil: les neuf composantes du régime d'asile fondé sur la santé mentale et le bien-être



Source: EUAA.

Cette partie du *Guide de l'EUA sur la santé mentale et le bien-être des demandeurs de protection internationale* en trois parties met notamment à la disposition des agents de première ligne et de leurs supérieurs hiérarchiques des suggestions sur la **nature** et la **manière** de mettre en œuvre des activités de prévention et sur ce que peut apporter une réponse fondée sur les besoins.

Les propositions contenues dans cette partie complètent les recommandations et suggestions de programmation formulées par d'autres acteurs importants dans le domaine de la protection internationale, notamment les directives du Comité permanent interorganisations (CPI) pour ce qui concerne la santé mentale et le soutien psychosocial ⁽⁹⁾.

Structure du présent guide

Chacun des cinq chapitres de la présente partie aborde les interventions et/ou les concepts qui peuvent être mis en œuvre et apporte une brève réponse aux questions **quoi? Quand? Pourquoi? Où? Et Comment?** Ces informations sont complétées par les **pratiques prometteuses** de 15 pays de l'UE+ ⁽¹⁰⁾ qui pourraient se révéler particulièrement intéressantes pour les pays désireux d'ajouter des interventions pertinentes à leurs plans d'action existants en matière de santé mentale.

Le présent guide **ne** suggère **pas** de remplacer les mécanismes déjà en place qui apportent un soutien aux demandeurs en matière de santé, santé mentale et bien-être général. Cette partie a plutôt vocation à compléter les efforts existants et à apporter des idées supplémentaires.

La présente partie propose des liens vers des outils supplémentaires, tels que les listes de contrôle destinées à faciliter la mise en œuvre des services de SMSPS. Ces outils sont abordés dans la [partie III — vade-mecum](#).

Groupe cible

Cette partie est principalement destinée au **groupe cible** composé a) des **agents de première ligne** qui sont au contact direct des demandeurs et b) des **spécialistes** qui organisent des activités de SMSPS, y compris les chefs d'équipe et les coordinateurs de ces interventions. Ce guide s'adresse tout particulièrement aux autorités responsables de l'accueil des demandeurs. En effet, dans de nombreux pays de l'UE+, ce sont ces autorités qui sont responsables du déploiement et de la mise en œuvre des activités de prévention et de réponse. À cet effet, elles collaborent souvent avec d'autres acteurs, par exemple des organisations de la société civile.

La santé mentale et le bien-être des demandeurs doivent cependant être pris en considération à toutes les étapes essentielles du parcours d'asile et d'accueil, du point d'arrivée et pendant le séjour en centre d'accueil à l'intégration et/ou à la préparation au retour. Il convient donc d'assurer la coordination et la collaboration avec les différents acteurs, en particulier dans le secteur de la santé, ainsi qu'avec les responsables de l'enregistrement des demandeurs à leur arrivée aux frontières extérieures de l'UE. Cette coordination doit être assurée tout au long du parcours d'asile, de sorte à favoriser une approche efficace de la préservation de la santé mentale des demandeurs.

⁽⁹⁾ CPI, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, 2007.

⁽¹⁰⁾ Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Roumanie, Suède, Suisse et Tchéquie dans cette partie (16 au total). Pour plus d'informations sur la Finlande, voir [partie I — à l'intention des hauts responsables](#).



Bien-être du personnel

Travailler dans le domaine de l'asile et de l'accueil requiert de la flexibilité en raison d'un environnement de travail souvent fluctuant. Être capable d'absorber une charge de travail conséquente et de faire face à des conditions de travail difficiles, notamment auprès d'une population en grande détresse psychologique, peut s'avérer difficile. Il est donc recommandé aux coordinateurs d'équipe de mettre en place des mesures pour garantir le **bien-être du personnel** ⁽¹⁾.

La prise en charge des personnes intervenant en première ligne peut également passer par la possibilité d'assister à diverses sessions de **formation**. Parmi les thèmes pertinents, citons la manière de reconnaître les signes de détresse chez soi et chez les autres ou la manière de désamorcer et de gérer un incident critique le plus efficacement possible. Lorsqu'un agent de première ligne se trouve confronté à un demandeur agressif, agité ou prêt à s'automutiller ou à se suicider, l'utilisation de techniques de désescalade peut contribuer à garantir la sécurité de toutes les personnes concernées. Pour de plus amples informations sur les sujets en lien avec le **bien-être du personnel**, voir également [partie I — à l'intention des hauts responsables](#), «Composante n° 8 — Bien-être du personnel».

Santé mentale et bien-être: terminologie associée

Dans le cadre du présent guide, la **santé mentale** est comprise comme faisant **partie intégrante de la santé**. Le terme **bien-être** est plus large et étroitement lié à la santé physique et mentale. Il dépend par ailleurs de certains facteurs, tels que la structure familiale, la manière dont la personne est socialisée et éduquée, et son système de valeurs.

La **détresse psychologique** peut être causée par différents événements et situations de vie difficiles. Un stress persistant, par exemple une maladie chronique, certains événements de la vie comme la perte d'un être cher ou la négligence, par un parent, des besoins émotionnels de son enfant, peuvent engendrer un stress psychologique. De la même manière, l'exposition prolongée et répétée à des événements déstabilisants et traumatisants, tels que des violences sexuelles, l'insécurité politique, la guerre, des conflits, des violences, des tortures, des abus, le placement en rétention et des discriminations (dont de nombreux demandeurs sont victimes dans le contexte de l'asile et qui s'inscrivent souvent dans un contexte de pauvreté à long terme) peut aussi contribuer à la détresse psychologique.

Plus généralement, le stress peut déclencher certaines réactions. Dans le contexte de l'asile, une personne pourrait réagir d'une manière qui pourrait être mal interprétée par certains comme étant le signe d'un trouble psychiatrique. Par exemple, les demandeurs pourraient développer certains symptômes similaires à ceux observés chez les personnes souffrant de dépression. Toutefois, leur réaction au stress pourrait simplement être liée aux circonstances dans lesquelles ils se trouvent (par exemple, des quartiers densément peuplés et des conditions de vie misérables). Lorsqu'elle n'est pas prise en considération, cette accumulation de stress peut aboutir à des troubles de la santé mentale.

⁽¹⁾ Voir également le guide en trois parties de l'EASO consacré au bien-être du personnel: EASO, [Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie I: normes et politiques](#), 2021; EASO, [Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie II: Boîte à outils pour le bien-être du personnel](#), 2021; EASO, [Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie III: Suivi et évaluation](#), 2021.

Le **traumatisme** ⁽¹²⁾ peut être considéré comme une **blessure psychologique** et comme le résultat d'un stress persistant qui n'a pas été suffisamment pris en charge. Il s'accompagne souvent du sentiment d'être dépassé ou d'une impression que la situation est plus complexe que ce que la personne ne peut assumer seule. Ces événements sont également souvent perçus comme une menace pour la vie. À ce moment-là, les gens ont l'impression de ne plus avoir le contrôle.

De nombreux demandeurs font preuve d'une résilience remarquable et parviennent à surmonter les événements négatifs dont ils ont été témoins ou qu'ils ont vécus, ainsi que les facteurs de stress auxquels ils sont confrontés à la suite de leur arrivée. Il convient de toujours garder à l'esprit que chacun vit les mêmes événements selon des **niveaux de détresse psychologique différents**; cela s'explique par la résilience et les prédispositions, le soutien (y compris psychosocial) reçu, le locus de contrôle et d'autres facteurs similaires.

En d'autres termes, la **résilience** est la capacité à «**rebondir**». Il s'agit «du processus et du résultat d'une adaptation réussie à des expériences de vie difficiles ou stimulantes, en particulier grâce à une flexibilité mentale, émotionnelle et comportementale et à un ajustement aux exigences externes et internes» ⁽¹³⁾. Quel que soit l'état de santé du demandeur, il est important de l'aider dès que possible à prendre conscience de ses **propres forces**. Il est important de mettre en place un continuum de soins plus large qui favorise le bien-être général. Le présent guide favorise ainsi une **approche intégrée** de la santé mentale et du bien-être et aborde à la fois les interventions liées à la **prévention** et aux **réponses** fondées sur les besoins.

⁽¹²⁾ Le terme «traumatisme» vient du mot grec qui signifie «blessure». Le psychologue Renos Papadopoulos suggère que le mot traumatisme pourrait se rapporter à ce qui est laissé (par exemple, les souvenirs), mais aussi à ce qui reste: Papadopoulos, R. K., *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-activated Development* (Déplacements forcés: accueil, traumatismes, résilience et changements nés de l'adversité), 1^{re} édition, Routledge, 2021; voir également EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Vade-mecum pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, 2024, section «Comprendre le traumatisme».

⁽¹³⁾ Association américaine de psychologie, [Resilience](#) (résilience), site web de l'association américaine de psychologie, consulté le 12 août 2024.



Intégrer la santé mentale et le bien-être des demandeurs aux activités quotidiennes

Le soutien à la santé mentale et au bien-être des demandeurs est plus efficace lorsque les demandeurs nécessitant un soutien bénéficient des **premiers soins de base** et d'une assistance dans le cadre d'un **contact humain** et qu'ils sont **identifiés en temps utile**. Des activités ciblées, telles que des examens médicaux et des contrôles de vulnérabilité (par exemple lors des activités de filtrage initiales), accompagnées d'évaluations de suivi, peuvent faciliter l'identification. Il est important de favoriser la santé mentale et le bien-être et d'organiser des activités de manière systématique.

«Il ne suffit pas de nous dire que nous sommes stressés. Nous voulons être écoutés et obtenir des moyens pour gérer le stress, des techniques qui nous aideront à chasser les pensées inquiétantes et négatives – un demandeur ayant participé à une consultation de l'EUA sur le thème de la santé mentale et du bien-être.»

Cela peut se faire en déployant les premiers secours psychologiques (PSP) tout au long du parcours d'asile et d'accueil, en renforçant les connaissances des demandeurs en matière de santé mentale grâce à la psychoéducation, en associant les demandeurs aux décisions qui les concernent, en créant un espace propice aux interventions communautaires et en garantissant l'accès aux soins et à la gestion des cas pour les personnes atteintes de maladies plus graves.

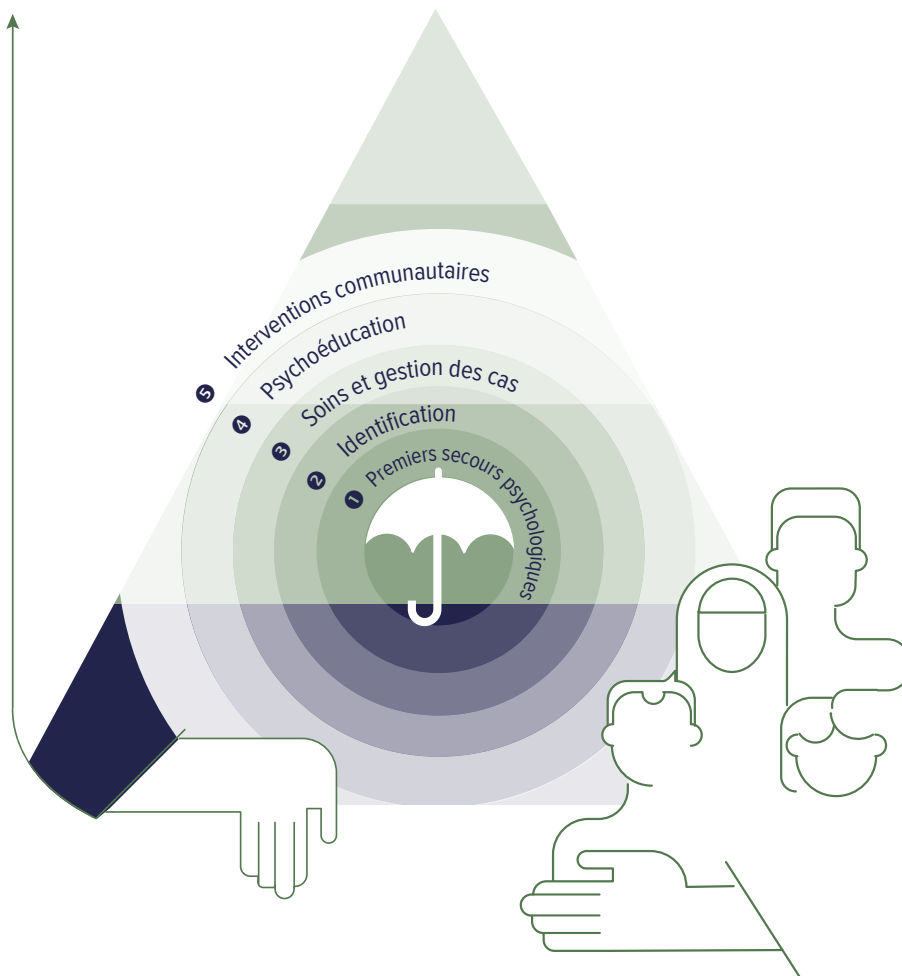
Une fois que ces activités sont intégrées à un plan d'action santé mentale et bien-être et qu'elles sont organisées de manière **à se compléter et à se renforcer** les unes les autres, elles permettent de favoriser le dévoilement de soi et l'identification précoce des problèmes, et d'éviter les risques d'apparition de troubles plus complexes ou à plus long terme.

La pyramide de la santé mentale et du soutien psychosocial ⁽¹⁴⁾ et les quatre niveaux d'intervention théorisés par le CPI ont été pris en considération dans les interventions proposées dans ce guide.

⁽¹⁴⁾ CPI, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, 2007, figure 1, p. 12.



Figure 2 — Cinq domaines prioritaires pour promouvoir une approche intégrée de la santé mentale et du bien-être des demandeurs



Source: EUAA, figure adaptée des directives du CPI, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, 2007, p. 12 et du document du Fonds international de secours à l'enfance des Nations unies (Unicef) intitulé *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)* (Santé mentale et soutien psychosocial communautaires dans un contexte humanitaire: soutien à trois niveaux des enfants et des familles), 2018, p. 15.

En résumé, la mise en œuvre efficace et systématique des cinq interventions aux niveaux 1 et 2 de la pyramide réduira le besoin de soins ciblés et spécialisés (niveaux 3 et 4) pour la plupart des demandeurs. Enfin, les premiers soins psychologiques renvoient à un concept transversal; l'identification des demandeurs en détresse représente un effort continu et peut s'appliquer à tous les niveaux de la pyramide de la SMSPS; les soins et la gestion des cas correspondent à tous les niveaux de la pyramide de la SMSPS; la psychoéducation est importante aux quatre niveaux de la pyramide de la SMSPS; et les interventions communautaires sont importantes aux fins de la prévention des problèmes (niveaux 1 et 2 de la pyramide), mais peuvent également être vitales pour favoriser le processus de traitement et de rétablissement (niveaux 3 et 4 de la pyramide).



Considérations relatives à l'âge, au genre et à la diversité

Avant de déployer l'une des interventions en matière de SMSPS proposées dans ce guide, il est primordial de tenir compte de l'âge, du genre et de la diversité ⁽¹⁵⁾ des demandeurs et d'associer ces considérations aux impératifs de promotion de l'égalité des genres, en particulier l'autonomisation des femmes et des filles, et de promotion de l'intérêt supérieur de l'enfant. «Chaque personne est unique. Les différences entre les personnes, qu'elles soient réelles ou perçues, peuvent être des caractéristiques marquantes qui jouent un rôle important permettant de déterminer chez un individu ses possibilités, ses capacités, ses besoins et sa vulnérabilité» ⁽¹⁶⁾. Les expériences violentes et stressantes passées et actuelles des demandeurs peuvent «avoir une incidence non seulement sur l'individu, mais aussi sur sa famille et, plus largement, sur les communautés et la société» ⁽¹⁷⁾.

Les **relations familiales** pourraient être affectées par le changement de comportement d'un membre de la famille. Les parents peuvent ne plus être en mesure de fournir un revenu régulier pour subvenir aux besoins de leur famille (y compris à ceux des personnes restées au pays), ce qui peut être exacerbé par les difficultés rencontrées pour trouver un travail rémunéré dans le pays d'asile. Investir dans des activités qui renforcent l'unité familiale, la parentalité positive et les activités génératrices de revenus peut donc s'avérer important.

Les **rôles attribués aux hommes et aux femmes** diffèrent souvent entre le pays d'origine et le pays d'accueil, ce qui peut avoir une influence sur les attentes sociales des demandeurs et sur leur capacité à s'adapter et à faire face à ces différences. Il est possible d'encourager et de soutenir cette adaptation en instaurant, à un stade précoce, des plateformes d'échange sur les valeurs et les lois à respecter à cet égard. Les rôles attribués aux hommes et aux femmes sont souvent remis en question lorsque le chef de famille (l'homme souvent) n'est plus en mesure de subvenir aux besoins financiers de sa famille, la femme devant alors endosser ce rôle et devenant souvent le seul pourvoyeur de revenus, ce qui peut être source de tensions au sein de la famille.

Les **enfants** sont parfois contraints d'assumer des **rôles parentaux**, tels que s'occuper des frères et sœurs plus jeunes et participer à d'autres tâches domestiques. Dans certaines situations, les enfants sont invités à servir d'interprètes pour leurs parents, étant donné qu'ils sont souvent les seuls membres de la famille à pouvoir communiquer dans la langue locale puisqu'ils sont scolarisés dans le pays d'accueil. Cela peut engendrer des situations où leurs parents leur demandent de servir d'interprètes pour relayer leurs expériences auprès des prestataires de services. Or, la teneur de ces récits peut ne pas être adaptée à leur âge. Bien que les enfants soient intrinsèquement résilients, leur capacité à faire face dépendra de la durée de leur exposition à des situations difficiles et à des expériences de violence, de l'intensité de ces expériences et de la présence d'un système de soutien empathique dans le pays d'accueil.

Les expériences traumatisantes, telles que les **violences sexuelles** dans le pays d'origine, pendant le transit ou dans le pays d'accueil, ont de graves conséquences sur l'individu, indépendamment de son âge ou de son genre. Les **hommes** victimes de violences sexuelles ou d'exploitation sexuelle semblent lutter différemment des femmes. Souvent, ils ne se considèrent pas comme des victimes, mais simplement comme faibles ou comme «pas assez virils» pour prévenir les violences

⁽¹⁵⁾ HCR, *Politique sur l'âge, le genre et la diversité*, 8 juin 2011.

⁽¹⁶⁾ HCR, *Politique sur l'âge, le genre et la diversité*, 8 juin 2011, p. 1.

⁽¹⁷⁾ Payne-James, J., Beynon, J., et Vieira, D. (dir.), *Monitoring Detention, Custody, Torture and Ill-treatment: A Practical Approach to Prevention and Documentation* (Surveillance de la rétention, de la détention, des tortures et des mauvais traitements — Approche pratique de leur prévention et de leur documentation), 1^{re} édition, CRC Press, 2017.



qu'ils ont subies. Cette situation peut avoir un impact négatif considérable sur leur état physique et mental. Les violences sexuelles chez les hommes peuvent également les faire douter de leur identité sexuelle ou entraîner une baisse de leur libido ⁽¹⁸⁾. Les hommes semblent encore moins enclins à parler de leur expérience de violence sexuelle en raison de leur tenace sentiment de culpabilité et de honte et d'une culture ou d'une religion qui n'encourage pas les hommes à parler librement de leurs émotions, de leurs peurs ou de leur anxiété au sens large ⁽¹⁹⁾.

Les **femmes**, quant à elles, sont souvent confrontées, non seulement à l'impact psychologique de ces violences et abus, mais également à l'incidence culturelle liée à la perte de leur virginité, et aux conséquences physiques telles que les grossesses non désirées ou le fait de ne plus pouvoir procréer, ainsi qu'à d'autres effets négatifs en lien avec leur santé reproductive. L'incidence des maladies sexuellement transmissibles concerne aussi bien les hommes que les femmes.

Les demandeurs ayant **des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles (OSIGEGCS) diverses** ⁽²⁰⁾ peuvent avoir été la cible de menaces et de discriminations dans leur pays d'origine et pourraient également y être confrontés au sein de la communauté d'accueil et de la structure d'accueil dans laquelle ils sont hébergés. Il est important que les personnes qui interviennent en première ligne pour soutenir les demandeurs aient une meilleure compréhension de la manière dont ces derniers ont été socialisés et éduqués dans leur pays d'origine en fonction de leur genre et, dès lors, de la manière dont ils font face aux traumatismes, aux pertes, à la détresse et à la frustration.

Les attentes familiales des personnes qui ont été envoyées en Europe, souvent de **jeunes hommes célibataires**, peuvent exercer une forte pression sur ces hommes à différents niveaux (financier, émotionnel). La préparation d'un tel voyage pour un membre de la famille dans l'espoir qu'il puisse soutenir financièrement les personnes restées au pays se traduit souvent par l'épargne d'importantes sommes d'argent par la famille pendant des mois, voire des années avant le départ, qui seront ensuite versées à des réseaux prétendant garantir un voyage sûr. Or, trop souvent, les réseaux qui organisent le voyage font partie de réseaux criminels liés à des passeurs et à des trafiquants qui, en cas de prêts à rembourser, exercent des pressions sur la personne arrivée en Europe et sur la famille restée au pays.

Dans la mesure où l'Europe accueille de nombreux jeunes hommes célibataires, mettre en place un soutien ciblé visant à leur permettre d'adapter leurs **conceptions socialisées de la masculinité**, qui ont, par exemple, souvent trait au sens de l'honneur et à des croyances patriarcales, peut contribuer à une meilleure intégration aux routines quotidiennes des centres d'accueil. Ces jeunes hommes célibataires peuvent aussi parfois se **sentir déconnectés de la vie communautaire**, car, n'étant pas considérés comme vulnérables, ils sont souvent placés à part ou ne sont pas aussi bien ciblés par les activités menées par l'administration. Il convient donc de favoriser les interactions avec les membres de la communauté pour cette catégorie.

Par ailleurs, des **enfants non accompagnés**, principalement des adolescents, font également partie de ce groupe de personnes envoyées en Europe. Enfin, on trouve également dans ce groupe des filles qui pourraient être exposées à différents types d'exploitation et d'abus.

⁽¹⁸⁾ Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C., e.a., [Male and LGBT Survivors of Sexual Violence in Conflict Situations: A Realistic Review of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries](#) (Survivants de violences sexuelles de sexe masculin et LGBT dans des situations de conflit: examen réaliste des interventions de santé dans les pays à faibles et moyens revenus), *Conflict and Health* 14, 11, 26 février 2020.

⁽¹⁹⁾ The Humanium, [«Bacha Bazi — Severe Child Abuse Disguised as an Afghani Custom»](#) (Bacha Bazi — Maltraitance infantile grave sous couvert de tradition afghane), 13 septembre 2022. Ce document décrit une tradition afghane détournée au point de s'apparenter désormais à de l'esclavage et à des abus sexuels, ce qui constitue une violation flagrante des droits de l'enfant.

⁽²⁰⁾ EUAA, [Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Reception](#) (Guide pratique sur les demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Accueil), 2024.



La **pression des pairs** incitant à s'engager dans des activités susceptibles d'être criminelles est monnaie courante, en particulier chez les jeunes hommes, qui peuvent voir ces activités comme un moyen de générer des revenus. Il est donc essentiel d'offrir très tôt une vie relativement ordinaire (accès à l'éducation, participation à des jeux avec des pairs, accès à des activités de loisirs) à tous les demandeurs, et notamment aux enfants non accompagnés et séparés ⁽²¹⁾, afin d'apaiser les tensions et de renforcer la résilience.

Il sera important d'investir dans le regroupement familial, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. Il conviendra également de désigner un tuteur légal pour les enfants arrivés sans personne pour s'occuper d'eux ⁽²²⁾ afin de veiller à ce que leur intérêt supérieur soit pris en considération tout au long de la procédure. C'est particulièrement important pour les personnes qui approchent de l'âge de la majorité, car ce tuteur pourra les aider à passer à l'âge adulte sans trop de difficultés.

Il est important de veiller à ce que les demandeurs porteurs d'une certaine forme de **handicap** [par exemple, ceux qui souffrent de déficiences physiques, psychologiques, cognitives ou auditives ⁽²³⁾] aient accès aux soins et aient la possibilité de faire part de leurs besoins. C'est d'autant plus vrai que cette catégorie de personnes peut ne pas avoir les moyens ni la capacité de réagir rapidement et de demander de l'aide en raison de son état de santé, ce qui peut les rendre vulnérables à la violence, aux abus et à l'exploitation et ne doit pas être sous-estimé ⁽²⁴⁾.

Les **personnes âgées** et leurs besoins sont également souvent négligés dans le contexte de l'asile; or, il n'en reste pas moins qu'il est important de les prendre en considération. Ils ont peut-être vu leurs enfants mourir dans leur pays ou durant leur périple et sont désormais peut-être seuls ou chargés de s'occuper de leurs petits-enfants. Ils peuvent être affectés sur le plan cognitif, physique et émotionnel par les expériences passées, ainsi que par l'âge, et avoir du mal à s'adapter à une nouvelle culture ou à une nouvelle langue. Il est essentiel d'identifier les personnes ayant des besoins particuliers, notamment celles qui sont arrivées avec des personnes à charge. Gardez toujours à l'esprit les différentes étapes essentielles et la complexité du processus de migration dans le cadre de votre travail. Veiller à ce que des mesures de protection soient mises en place tout au long du parcours d'asile et d'accueil afin de permettre une prestation de services complète et pertinente.

Voir la section consacrée à la composante n° 6 de la [partie I — à l'intention des hauts responsables](#), «Composante 6 — Processus de migration».

⁽²¹⁾ Voir le rapport belge de Fournier, K., Van Acker, K., Geldof, D., et Heyerick, A., intitulé [Être enfant en centre d'accueil](#), paru en 2023, qui met l'accent sur les enfants et les familles en centre d'accueil et la manière de les soutenir pour contribuer à leur santé mentale et à leur bien-être.

⁽²²⁾ Pour de plus amples informations sur la manière de soutenir les enfants en centre d'accueil, veuillez consulter la note d'orientation de Fournier, K., Van Acker, K., et Geldof, D., [Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres](#) (Renforcer les possibilités des enfants non accompagnés dans les centres d'accueil), 2022.

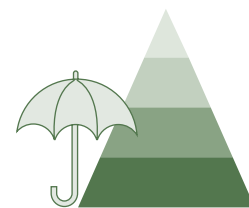
⁽²³⁾ Voir le guide élaboré par Fedasil, Doof Vlaanderen et la Fédération francophone des sourds de Belgique, [Guide — Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants](#), janvier 2022. Ce guide n'est disponible qu'en français et comprend des informations générales sur les demandeurs souffrant d'une perte de l'audition et les formes de communication utilisées par ces derniers. Le guide fournit également des informations pratiques et concrètes sur les obstacles que ces demandeurs peuvent rencontrer au cours de leur voyage, des informations sur le recours à des interprètes et des recommandations pour faciliter les échanges; EUAA, [Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems](#) (Personnes handicapées dans les régimes d'asile et d'accueil), 2024.

⁽²⁴⁾ Global Protection Cluster, domaine de responsabilité sur les violences de genre, [«Gender-based Violence and Disability Fact Sheet»](#) (Fiche d'information sur le handicap et les violences de genre), 2023.



1

Premiers secours psychologiques



Que sont les premiers secours psychologiques?

Les **PSP** constituent une approche utile qui s'applique à toutes les étapes du parcours d'asile et d'accueil ainsi qu'aux quatre niveaux de la pyramide de la santé mentale et du bien-être des demandeurs de protection internationale. N'importe qui peut dispenser les PSP ⁽²⁵⁾ à n'importe quel stade, à condition d'avoir reçu une formation de base sur la manière d'interpréter les signes de détresse psychologique.

De manière générale, les **PSP** visent à identifier les personnes en détresse et à apporter une réponse à leur situation le plus rapidement possible, ainsi qu'à garantir leur sécurité, apporter un apaisement, essayer de les réconforter autant que possible dans le contexte donné, prendre de leurs nouvelles et déterminer leurs besoins éventuels afin de les mettre en relation avec les services de suivi appropriés.

⁽²⁵⁾ IFRC, Centre psychosocial, *Guide des premiers secours psychologiques — Pour les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, Copenhague, 2018.

Tableau 1 — Les premiers secours psychologiques en quelques mots

Les PSP, c'est...	Les PSP, ce n'est pas...
Fournir des soins et un soutien pratiques et non intrusifs	Quelque chose que seuls les professionnels peuvent faire
Évaluer les besoins et les préoccupations	Donner des conseils psychosociaux ou procéder à une psychothérapie
Aider les personnes à subvenir à leurs besoins fondamentaux (nourriture, logement, soins médicaux, informations)	Mener une discussion détaillée concernant l'événement à l'origine de la détresse
Écouter les personnes sans les pousser à parler	Demander à une personne d'analyser ce qui lui est arrivé ou de resituer les événements dans le temps
Réconforter les personnes et les aider à retrouver leur calme	Faire pression sur les personnes pour qu'elles expriment leurs sentiments et réactions face à un événement
Aider les personnes à accéder à l'information, aux services et au soutien sociaux	Avoir toutes les réponses aux questions ni être en mesure de fournir tout ce dont une personne a besoin

Source: Signpost, «[Psychological First Aid \(PFA\)](#)» [Les premiers soins psychologiques (PSP)], site web de Signpost Global, mis à jour en janvier 2024.



En quoi les premiers secours psychologiques sont-ils utiles?

Les PSP représentent un moyen de prendre soin des personnes dans le besoin. Il s'agit d'un processus progressif qui organise simplement des compétences innées, utiles et élémentaires. Plus particulièrement à l'arrivée, le sentiment initial d'être dépassé peut être atténué par un geste ou un mot gentil, par quelques informations essentielles sur les endroits où aller et les personnes à qui demander de l'aide en fonction de ses besoins, par des précisions sur ce qui va se passer ensuite et par la simple reconnaissance du fait que les choses ne sont pas toujours faciles. Pareille approche humaine, au demeurant très basique, peut avoir un véritable effet positif et donner le sentiment d'être pris au sérieux et d'être reconnu comme un être humain à part entière. Voilà exactement ce en quoi consistent les PSP.

À long terme, les demandeurs peuvent aller mieux s'ils:

- retrouvent un sentiment de contrôle en étant capables de s'aider eux-mêmes;
- ont accès à un soutien social, physique et émotionnel;
- se sentent en sécurité, calmes, confiants et connectés aux autres ⁽²⁶⁾.

Tout ce qui précède peut être facilité par la mise en œuvre des premiers secours psychologiques.

⁽²⁶⁾ IFRC, Centre psychosocial, [Guide des premiers secours psychologiques — Pour les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge](#), Copenhague, 2018.



À quel moment les premiers secours psychologiques sont-ils les plus appropriés?

Les PSP «sont fait pour aider les personnes qui, récemment, viennent de vivre une situation de crise». Il est donc préférable d'apporter les PSP lors du premier contact avec les personnes en situation de détresse grave. «Cela se passe généralement au cours de l'événement, ou tout de suite après celui-ci. Il se peut toutefois que ce soit plusieurs jours ou plusieurs semaines après, en fonction de la durée de l'événement et de sa gravité» ⁽²⁷⁾. Si l'on examine la situation en Europe, où les demandeurs arrivent et sont souvent transférés d'un endroit à l'autre (par exemple, des îles vers le continent), on peut considérer que les PSP sont utiles à chaque étape des déplacements organisés.



Qui peut bénéficier des premiers secours psychologiques?

Les PSP sont destinés aux «personnes en détresse qui viennent d'être confrontées à une situation de crise grave» et qui se trouvent dans une situation de détresse profonde. Tant les enfants que les adultes peuvent bénéficier de cette intervention. «Cependant, toutes les personnes qui ont vécu une situation de crise n'auront pas nécessairement besoin, ou ne souhaiteront par forcément recevoir des PSP. N'imposez pas votre aide à ceux qui ne le souhaitent pas, mais restez à la disposition de ceux qui pourraient rechercher un soutien» ⁽²⁸⁾.



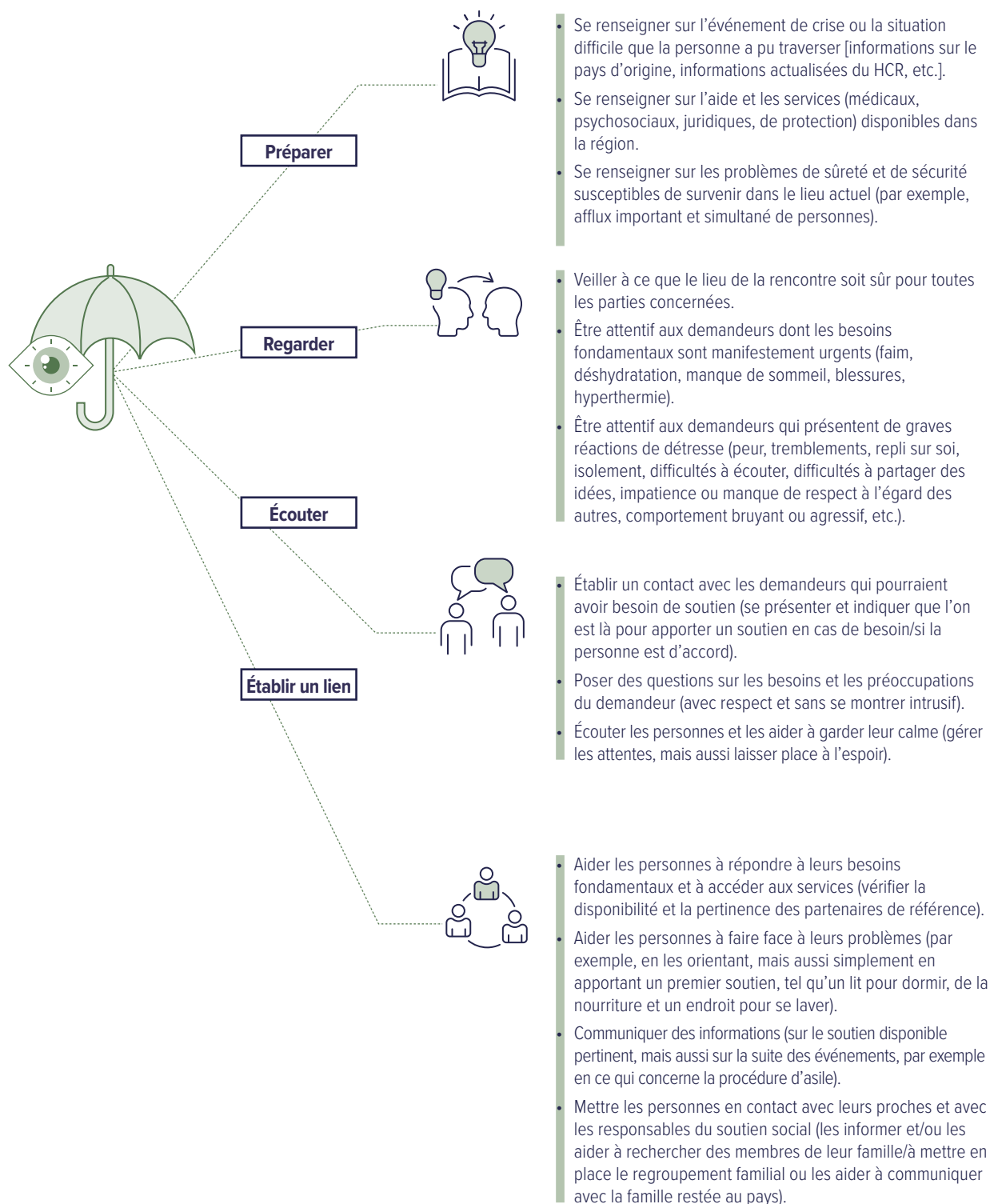
Comment mettre en place des interventions de premiers secours psychologiques et qui cibler?

Les PSP sont un ensemble d'aptitudes à l'aide pouvant être fournies par des professionnels et des bénévoles après avoir suivi une formation de base. Lorsqu'ils sont utilisés dans le secteur de l'humanitaire, les PSP se décomposent en quatre étapes principales: préparer, regarder, écouter et établir un lien. En résumé, ces étapes illustrent l'importance de l'**observation** pour identifier les personnes dans le besoin. Elles mettent en avant la nécessité de faire preuve d'**empathie**, en **écoutant** avec attention et bienveillance pour pouvoir **orienter la personne vers un suivi pertinent** et approprié ou la **mettre en contact** avec des acteurs pouvant assurer un tel suivi, en fonction des principaux besoins et des vulnérabilités potentielles identifiés (par exemple, retrouver sa famille, obtenir des soins médicaux).

⁽²⁷⁾ OMS, *Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*, 2011, p. 5.

⁽²⁸⁾ OMS, *Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*, 2011, p. 4.

Figure 3 — Étapes à suivre dans le cadre de la mise en œuvre des PSP



Source: EUAA.



Pratiques prometteuses et matériel de soutien

L'EUA propose une animation sur les PSP assortie d'instructions ⁽²⁹⁾. Cette animation a été conçue pour aider les personnes qui connaissent les PSP et qui les mettent déjà en œuvre à partager ce concept avec les nouveaux arrivants, les paraprofessionnels ou les bénévoles. Les sections des instructions intitulées «**Détresse et traumatisme**» et «**Explication des cinq principes**» présentent de manière plus détaillée un mode de déploiement efficace du concept des PSP.

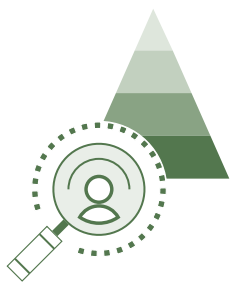
Les personnes de contact désignées peuvent appliquer et faire connaître le concept des PSP tout au long du parcours d'asile et d'accueil. Ce concept trouve son utilité aux **quatre niveaux** de la pyramide de la SMSPS. Les PSP sont souvent associés à l'étape essentielle de l'**arrivée** et au moment où les demandeurs sont placés dans des centres d'accueil initial. La connaissance du concept des PSP peut donc être extrêmement utile aux agents de première ligne.



Veillez consulter les documents élaborés par d'autres acteurs clés:

- Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *Guide des premiers secours psychologiques*, 2018;
- Save the Children, *Formation en premiers secours psychologiques — Manuel à l'intention des professionnels travaillant avec des enfants*, 2013, qui fournit des orientations sur les éléments à prendre en considération lorsqu'on travaille avec des mineurs;
- OMS, *Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*, 2 octobre 2011.

⁽²⁹⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» (Vidéo sur les premiers secours psychologiques), YouTube, 2023, accompagnée d'[instructions](#).



Identification



Qu'est-ce que l'identification et en quoi est-elle importante?

Pour être en mesure de fournir des garanties et une protection, des garanties procédurales et d'autres services pertinents adaptés aux vulnérabilités et/ou aux besoins particuliers des demandeurs, il faut tout d'abord identifier le demandeur comme étant dans le besoin. Une fois que les besoins et les vulnérabilités croisées ont été identifiés, les administrations sont en mesure d'apporter une réponse appropriée fondée sur les besoins. Une réponse précoce peut par ailleurs prévenir une détérioration de l'état de santé des personnes. L'identification des demandeurs vulnérables et de ceux qui ont des besoins particuliers est primordiale et est mise en exergue dans le Pacte sur la migration et l'asile ⁽³⁰⁾, ce qui en fait de surcroît une obligation légale.

⁽³⁰⁾ Commission européenne, «Pacte sur la migration et l'asile», mai 2024.



Quand identifier les vulnérabilités et les besoins particuliers?

La **détection initiale** des problèmes médicaux et autres vulnérabilités **à l'arrivée** à la frontière, ou lorsque la personne est placée dans un centre d'arrivée/d'accueil initial, dans le contexte d'un **exercice ciblé** (par exemple, par des contrôles de santé et de vulnérabilité), s'avère cruciale pour détecter les demandeurs présentant des problèmes de santé et de santé mentale visibles ou diagnostiqués, afin de leur apporter une réponse opportune, potentiellement salvatrice et fondée sur les besoins. Un tel exercice d'identification est également essentiel pour détecter les maladies contagieuses et éviter les crises de santé publique. S'il est vrai que les conditions de santé physique peuvent être au centre des préoccupations de ceux qui procèdent aux examens médicaux lors du débarquement ou à la frontière, ou lors du placement dans les centres d'accueil initial, il convient également de mettre l'accent sur la **prévention de l'aggravation de la détresse psychologique**.

Les administrations doivent être conscientes du fait que la plupart des besoins particuliers et des vulnérabilités, en particulier les problèmes de santé mentale et autres **vulnérabilités invisibles**, peuvent ne pas être facilement détectés à l'arrivée des demandeurs, et ce, pour différentes raisons.

En fonction de leurs vulnérabilités et de leurs besoins, les demandeurs peuvent:

- ▶ manquer de discernement par rapport à leur état de santé (par exemple, les demandeurs présentant des troubles mentaux);
- ▶ éprouver de la honte et un sentiment de culpabilité lorsqu'ils partagent certains problèmes et certaines expériences (surtout en cas de violence sexuelle);
- ▶ craindre des répercussions sur les membres de leur famille restés au pays (par exemple, dans le cas des victimes de torture);
- ▶ craindre que la situation vécue ait une incidence sur leur demande de protection internationale (par exemple, toxicomanie ou maladie chronique telle que le VIH);
- ▶ se heurter à des barrières linguistiques en l'absence d'interprètes compétents;
- ▶ présenter une détresse psychologique à leur arrivée après un voyage traumatisant; ou
- ▶ se méfier des autorités qui effectuent les premiers contrôles de santé et de vulnérabilité.

Tous ces éléments peuvent nuire à une divulgation précoce des besoins spécifiques et des vulnérabilités. L'autorité de coordination doit donc insister auprès des agents de première ligne et de ceux qui apportent leur soutien à un stade ultérieur sur l'importance de considérer l'**identification** des vulnérabilités comme un **effort permanent** plutôt que comme un exercice ponctuel se déroulant sur une période très limitée.

Les points suivants contribueront à faciliter l'identification des besoins en temps utile, ce qui aura, in fine, une incidence positive sur la procédure d'asile et aidera les demandeurs à ne pas sortir du système d'accueil:

- ▶ disposer d'outils **clairs**, intégrant un certain nombre d'indicateurs pertinents, pour identifier les vulnérabilités, y compris les vulnérabilités invisibles;
- ▶ informer les intervenants de première ligne quant au **mode d'utilisation des outils**, y compris leurs limites (ce qui ne peut être identifié);
- ▶ intégrer les contrôles médicaux et de vulnérabilité initiaux et les exercices d'évaluation des admissions **aux procédures quotidiennes**, en veillant à ce qu'ils soient organisés plusieurs fois pour contrôler le bien-être des demandeurs;
- ▶ disposer d'un **nombre suffisant de spécialistes correctement formés et expérimentés**, y compris en matière de migration, à l'appui d'un tel processus;
- ▶ utiliser des documents d'information pertinents à destination des demandeurs afin d'**encourager l'autodivulgation** des besoins particuliers et des vulnérabilités.



Comment détecter les problèmes de santé et autres vulnérabilités?

Dans certains pays, et contrairement à d'autres, les examens médicaux initiaux comprennent des questions sur les vulnérabilités générales, notamment les problèmes de santé mentale et l'observance des traitements. Lorsque ces questions s'inscrivent dans le cadre de l'identification précoce des vulnérabilités, certains éléments peuvent être pris en considération:

- les expériences de torture et d'autres formes de violence (violences de genre, violences familiales);
- les problèmes de santé mentale, y compris les pensées suicidaires, les handicaps physiques et cognitifs, les problèmes liés à l'âge (par exemple, dans le cas des personnes âgées, la question de savoir si elles sont en mesure de se prendre en charge); et
- les problèmes de dépendance.

Si la plupart des demandeurs ne sont pas en mesure de révéler certaines expériences aussi délicates à leur arrivée, ils peuvent parfois être disposés à partager certaines informations une fois qu'un environnement sûr et de confiance aura été instauré. Il peut être utile d'expliquer clairement la raison pour laquelle ces informations sont importantes pour les autorités et de s'assurer de la présence d'un expert suffisamment expérimenté pour dialoguer avec les demandeurs dans le calme et en faisant preuve d'empathie.



Qui identifie les vulnérabilités et les besoins particuliers?

La détection précoce des besoins peut être effectuée par a) les **agents** de première ligne qui peuvent n'avoir qu'une **connaissance limitée des questions liées à la vulnérabilité**, tels que les gardes-frontières, qui sont toutefois des agents de premier contact importants à cet égard.

En outre, après avoir bénéficié d'une formation de base (par exemple, sur les PSP), b) la **communauté des demandeurs** peut également favoriser le processus d'identification précoce, en particulier lorsque des problèmes tels que la détresse psychologique sont visibles (par exemple, lorsqu'une personne pleure, est très irritée, agitée ou confuse) et que le contexte permet aux personnes concernées de signaler efficacement les besoins de leurs pairs aux agents compétents.

Chaque administration devrait cependant s'efforcer de nommer c) des **agents spécialement formés** à l'identification. Ces agents doivent avoir des connaissances en matière de santé, de vulnérabilité et de protection (par exemple, protection des enfants, violence de genre, victimes de torture, traite des êtres humains). On devrait leur confier la tâche de soutenir les deux catégories de personnes mentionnées aux points a) et b) et de considérer l'identification comme un effort permanent de leur part.

Il y a également lieu de procéder à une évaluation des risques ⁽³¹⁾ concernant les besoins particuliers et les vulnérabilités des enfants non accompagnés ⁽³²⁾ dans le cadre de la traite des êtres humains ⁽³³⁾ ou des risques de fuite ⁽³⁴⁾. Cela s'applique également à la réalisation d'une évaluation des besoins des demandeurs qui quittent le système d'accueil à des fins d'intégration et/ou qui préparent leur retour. Les conclusions de l'évaluation peuvent indiquer les prochaines mesures à prendre pour accorder une protection.

⁽³¹⁾ Voir section [Processus de gestion des cas](#).

⁽³²⁾ Voir section [Enfants non accompagnés](#).

⁽³³⁾ The Asia Foundation, et le Groupe de travail national contre la traite des êtres humains: Sri Lanka, [Checklist to Identify Suspected Victims of Trafficking](#) (Liste de contrôle pour identifier les victimes suspectées de traite des êtres humains), 2021.

⁽³⁴⁾ Fedasil, «[Prévenir les disparitions de Mena](#)», 25 mai 2023.



Quelle étape devrait suivre la détection précoce d'un demandeur présentant des besoins particuliers ou des vulnérabilités?

L'évaluation des besoins particuliers et des vulnérabilités consiste en une évaluation systématique de la situation du demandeur. Cette évaluation tient compte de l'intersection complexe entre vulnérabilités, risques et facteurs de préjudice. Elle met également en évidence les **facteurs de protection** et la **résilience** d'un individu et de tout réseau social et/ou familial sur lequel le demandeur peut s'appuyer. L'objectif de l'évaluation complète et continue est de comprendre les vulnérabilités et les besoins particuliers des demandeurs ainsi que la manière dont ils peuvent être traités de manière globale ⁽³⁵⁾.

Lorsqu'un soutien direct ne peut être fourni, l'évaluation de la vulnérabilité peut donner lieu à une orientation vers un soutien supplémentaire, qui peut passer par des interventions ciblant les quatre niveaux de la pyramide de la SMSPS. Cela va de la couverture des besoins élémentaires au traitement spécialisé par un expert de type psychiatre en cas de trouble de la santé mentale. Cette prise en charge et ce soutien s'avèrent d'autant plus efficaces lorsqu'ils sont intégrés dans un processus de gestion des cas (voir section [3. Soins et gestion des cas](#)). Cela signifie qu'une personne répond aux besoins d'un demandeur et coordonne les services pertinents jusqu'à ce que le demandeur soit en mesure de le faire de manière autonome.

Tous les agents de première ligne qui sont au contact direct des demandeurs doivent être en mesure de les **orienter**. Pour ce faire, ils ont besoin d'informations actualisées sur les partenaires de référence et de leurs coordonnées afin d'établir un lien entre les personnes en détresse et les services de soutien appropriés.

En résumé, les vulnérabilités et les besoins particuliers peuvent apparaître à n'importe quel moment ou être identifiés à n'importe quel stade du parcours d'asile. Tant les professionnels que les membres de la communauté peuvent détecter les besoins immédiats. L'identification peut avoir lieu à n'importe quel niveau des quatre niveaux que compte la pyramide de la SMSPS du CPI.

Dans le cadre de ce guide, la vulnérabilité est définie comme une situation dans laquelle se trouve un demandeur en raison de son âge, de son genre et d'autres facteurs individuels. Certains de ces facteurs peuvent avoir trait à son appartenance à un groupe minoritaire spécifique, à des états de santé spécifiques ou à ses expériences. Ces facteurs individuels et environnementaux peuvent également mettre en danger les demandeurs en situation de vulnérabilité. Il est essentiel de mettre en place les mesures, les protections et les garanties nécessaires pour éviter tout dommage, la détérioration de leur état de santé ou l'apparition de nouveaux besoins. À titre d'exemple, une femme ayant introduit une demande de protection internationale relève d'une catégorie vulnérable en raison de son genre et du fait que les femmes sont davantage susceptibles d'être exposées à la violence, aux abus et à l'exploitation. En conséquence, le choix d'un hébergement approprié est primordial pour garantir sa sécurité. Le suivi de la situation de cette femme demandeuse de protection internationale relève donc d'un effort permanent pour prévenir tout (nouveau) préjudice.

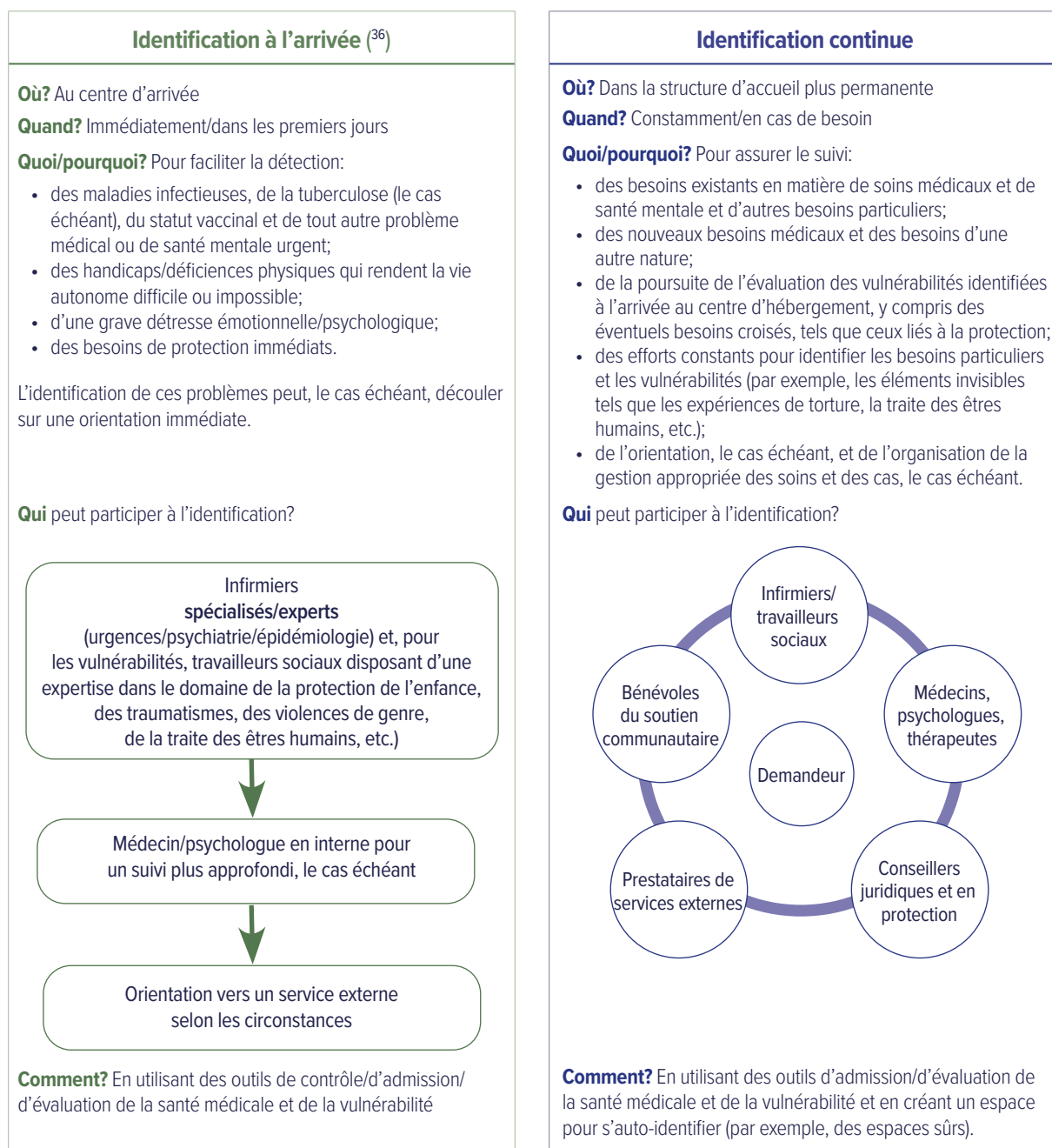
En revanche, un demandeur ayant un besoin particulier peut être, mais pas nécessairement, considéré comme se trouvant en situation de vulnérabilité. Une personne présentant une déficience visuelle peut avoir besoin que les autorités chargées de l'accueil lui fournissent des lunettes pour lire. Une fois les lunettes en sa possession, la personne peut fonctionner de manière autonome et n'a plus besoin de soutien supplémentaire.

Il convient de distinguer la réponse immédiate à un besoin et la réponse volontairement retardée. Dans le cas des personnes intervenant en première ligne, il convient de garder à l'esprit le degré d'urgence de la réponse. La détection des besoins est permanente. Cependant, la réponse suivra en fonction du degré d'urgence du besoin détecté.

L'identification d'un besoin particulier ou d'une ou de plusieurs vulnérabilités ne marque pas la fin du processus. Elle peut déclencher d'autres processus visant à prendre en charge ledit besoin particulier ou lesdites vulnérabilités dans le cadre d'une approche de gestion des cas (voir section [3. Soins et gestion des cas](#)) et par la concrétisation des orientations requises (voir [figure 4](#) ci-dessous). La figure ci-dessous fournit un exemple de flux de travail relatif à l'**identification précoce à l'arrivée** dans un pays, et montre le lien entre identification précoce et identification continue à partir du moment où un demandeur a été placé dans une structure d'accueil plus permanente.

⁽³⁵⁾ EUAA, [Outil d'évaluation des besoins particuliers et de la vulnérabilité](#), 2023.

Figure 4 — Identification des besoins particuliers et des vulnérabilités aux fins de la mise à disposition de services



Les informations circulent avec le demandeur en tenant compte du respect de sa vie privée, de la protection de ses données et de son consentement

Source: EUAA (figure adaptée d'un flux de travail fourni par Fedasil, Belgique).

⁽³⁶⁾ Les points abordés dans la présente section peuvent également intéresser les autorités chargées du filtrage des ressortissants de pays tiers.



L'**identification** doit être vue comme un **effort permanent** et demande du temps. L'identification d'un demandeur vulnérable peut avoir lieu à n'importe quelle étape de la procédure d'asile et peut être effectuée par différents acteurs intervenant auprès du demandeur (par exemple, les membres de sa famille, des enseignants, des travailleurs sociaux, du personnel médical, des agents d'accueil). Il sera donc essentiel de sensibiliser la communauté des demandeurs et les personnes qui les soutiennent à la question de savoir qui contacter en cas de besoins particuliers et comment accéder à un système d'orientation complet qui favorise une prise en charge appropriée et nécessaire (pour plus d'informations, voir la section [3. Soins et gestion des cas](#)).

Il est fondamental d'instaurer un **environnement** confortable et **sûr** pour les demandeurs et de garantir l'accès à des **agents qualifiés** disposant des moyens et du **temps** nécessaires pour procéder à des évaluations pertinentes de la vulnérabilité, et ce, afin de garantir une approche centrée sur le demandeur lors de l'identification et le respect des obligations en matière de droits fondamentaux.

Toutefois, et plus particulièrement dans les pays de transit, les grands États membres de l'UE et les pays associés à l'espace Schengen (pays de l'UE+) où l'identification peut être **centralisée**, les autorités peuvent n'avoir qu'**une seule occasion** d'entrer en contact avec le demandeur. Dès lors, il est fortement recommandé aux équipes qui apportent leur soutien à l'arrivée dans différents contextes d'être **bien dotées** en termes d'**expertise**, de disposer de **suffisamment de temps** et d'un environnement de travail propice, et d'avoir accès à d'autres spécialistes en cas de besoin. Ces atouts contribueront à garantir l'identification efficace et précoce des besoins.

De manière générale, les vulnérabilités peuvent être détectées par des agents de première ligne possédant différents niveaux d'expertise vis-à-vis de la vulnérabilité et des besoins en matière de protection. Il existe différentes façons de détecter et d'identifier les vulnérabilités, par exemple:

- le demandeur les identifie lui-même;
- un médecin, un professionnel de la santé mentale et/ou un responsable de la vulnérabilité pose(nt) des questions ciblées afin de mieux cerner certaines vulnérabilités médicales et certains besoins de protection;
- le demandeur ou des membres de sa famille produisent des documents ou des éléments de preuve attestant d'une vulnérabilité ou de ses indicateurs;
- la vulnérabilité est visible (par exemple, un comportement inhabituel, une grossesse avancée, un handicap physique visible ou le fait d'être un enfant non accompagné ou une personne âgée);
- les premiers secours psychologiques dispensés par le personnel de soutien qualifié à tous les demandeurs aux différents stades du parcours d'asile et d'accueil mettent les vulnérabilités en évidence (voir section [1. Premiers secours psychologiques](#)). Le personnel de soutien formé (qui travaille/apporte un soutien en première ligne) possède une connaissance élémentaire des indicateurs de détresse psychologique.

Les outils destinés aux agents intervenant en première ligne et ayant des **connaissances limitées ou inexistantes en matière de vulnérabilité et de besoins particuliers** (par exemple, la police de l'immigration), qui sont, dans tous les cas, censés contribuer à l'identification en cas d'afflux massif, sont relativement faciles à utiliser. Ces outils peuvent faciliter la «détection» des besoins particuliers. Il convient toutefois de noter que bon nombre des vulnérabilités que présentent les demandeurs à leur arrivée sont invisibles. Par conséquent, plus les agents qui interviennent en première ligne et utilisent ces outils simples à la frontière ou lors d'un afflux/d'une rotation importante sont formés, plus il est probable que certaines des vulnérabilités invisibles soient détectées précocement. Il peut notamment s'agir d'identifier les victimes potentielles de torture et les personnes susceptibles d'avoir subi des violences sexuelles. Il est donc essentiel de renforcer les capacités de toutes les parties concernées.



Une liste des possibilités utiles de formation et d'exercices de renforcement des capacités est fournie dans la [partie I — à l'intention des hauts responsables](#), «Annexe 4 — Ressources destinées à renforcer les capacités en matière de santé mentale et de soutien psychosocial».

Pour de plus amples informations sur la **sensibilité culturelle** et les **facteurs de bonne santé mentale**, veuillez consulter la [partie III — vade-mecum](#).

Pour plus d'informations sur le thème du **handicap**, voir EUAA, [Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems](#) (Personnes handicapées dans les régimes d'asile et d'accueil), 2024 et EUAA, [Safeguards for Asylum Applicants with Disabilities](#) (Garanties pour les demandeurs handicapés), fiche d'information EUAA/IAS/2022/14, novembre 2022.



Pratiques prometteuses et matériel de soutien



Outils — Identification

Détection précoce des vulnérabilités et des besoins particuliers

- EUAA, «[Outil de l'EASO pour l'identification des personnes ayant des besoins particuliers](#)», 2016. Cet outil s'adresse aux agents de première ligne qui n'ont pas ou peu de connaissances en matière de vulnérabilité. Il les aide à en apprendre davantage sur les indicateurs de vulnérabilité et sur les étapes qui doivent obligatoirement s'ensuivre pour garantir la sécurité et la protection de la personne concernée.
- Caritas International, [Vulnérabilités — Vers un traitement juste des réfugiés vulnérables](#), décembre 2017.
- Outil de dépistage de la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés, [STAR-MH](#), site web de Star-MH, 2024. Le STAR-MH «est un outil de dépistage de la santé mentale bref et simple en [neuf] points développé pour être utilisé par des travailleurs non formés en santé mentale pour identifier un état de stress post-traumatique (ESPT) probable et une dépression majeure chez leurs demandeurs d'asile ou de nouveaux clients réfugiés».
- Pathways to Wellness, «[Refugee Health Screener — 15 \(RHS-15\)](#)» (Outil de dépistage de la santé des réfugiés — 15), 2012. Cet outil permet de soutenir le dépistage de la détresse émotionnelle et de la santé mentale. Il y a lieu de noter que la liste de contrôle fournie n'est pas destinée à être utilisée au sein des populations de réfugiés.
- HCR, Coalition internationale contre la détention et Fondation Oak, [Outil d'examen de la vulnérabilité](#), 2016.

Évaluation approfondie des vulnérabilités et des besoins particuliers, y compris en santé mentale

- EUAA, «[Outil d'évaluation des besoins particuliers et de la vulnérabilité](#)», 2022. Cet outil aide le personnel spécialisé à évaluer les besoins particuliers de manière structurée et à identifier les actions appropriées à entreprendre dans l'intérêt du demandeur.
- OMS, [Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial — Vademecum pour les situations humanitaires](#), 2012.
- Fonds des Nations unies pour la population, [Guidelines for the Provision of Remote Psychosocial Support Services for GBV Survivors](#) (Lignes directrices relatives à la mise à disposition de services de soutien psychosocial à distance destinés aux survivants des violences de genre), 2021, élaborées pour soutenir les prestataires de services dès lors qu'un risque éventuel de suicide a été mis en évidence (par exemple, des pensées intrusives négatives, des pensées suicidaires, des sentiments de désespoir ou un comportement à risque).
- Fedasil (Belgique), Doof Vlaanderen et Fédération francophone des sourds de Belgique, [Guide — Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants](#), janvier 2022. Ce guide permet d'identifier les personnes sourdes et malentendantes et de comprendre leurs préférences en matière de communication. Les personnes sourdes et malentendantes qui demandent une protection internationale sont souvent négligées.



Certains pays appliquent le concept des PSP comme aide à l'identification des besoins particuliers et des vulnérabilités. D'autres administrations utilisent des mécanismes d'autoévaluation, y compris des questionnaires, dans le cadre de l'identification. Ces derniers peuvent s'avérer particulièrement utiles en cas d'arrivée d'un grand nombre de demandeurs, lorsque l'identification en temps utile des personnes présentant des besoins en matière de santé mentale pourrait autrement être compromise. S'ils sont utiles dans certaines circonstances pour mettre des problèmes en évidence, les mécanismes d'autoévaluation ne devraient pas être considérés comme le seul format à utiliser pour identifier les demandeurs dans le besoin. En effet, ces mécanismes sont limités et posent le risque d'exclure certains groupes ou demandeurs (par exemple, les personnes analphabètes et/ou les enfants).



France



Le questionnaire «Santé mentale» est utilisé par l'Office de l'immigration et de l'intégration dans le cadre de ses «Rendez-vous santé». Cet outil est considéré comme un outil de travail et peut être mis à jour. Cette évaluation n'est réalisée que sur base volontaire. Les personnes qui s'inscrivent sont informées de l'objectif de celle-ci dans une langue qu'elles comprennent. Les mineurs sont exemptés. Le questionnaire est disponible en 36 langues. Il est conforme aux pratiques en vigueur dans le domaine psychiatrique (limité à différents diagnostics psychiatriques préexistants) et est adapté à différentes procédures de dépistage médical général.

Principaux avantages: cette évaluation permet de réduire la pression sur les agents de première ligne lorsqu'un nombre important de nouveaux arrivants doit faire l'objet d'un filtrage. Les agents n'ayant pas d'expérience en psychiatrie peuvent au moins détecter certains problèmes. Les résultats peuvent mettre en évidence les demandeurs considérés comme prioritaires pour un suivi.

De manière générale, les réponses sont associées à une couleur (vert: non lié à un diagnostic psychiatrique; orange: nécessitant une consultation uniquement si le trouble affecte la vie quotidienne du demandeur; rouge: implique un risque élevé de problème de santé mentale grave). Dans le cas des réponses marquées en rouge, le système informatique imprime automatiquement une lettre de recommandation à l'attention du psychiatre consultant, le cas échéant. Afin de respecter les obligations de confidentialité, la lettre de recommandation mentionne uniquement la nécessité d'une consultation. Les données saisies dans le système sont anonymisées et sont conformes au règlement général sur la protection des données.

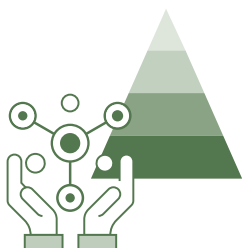
Veuillez consulter la [partie III — vade-mecum](#), section «Listes de contrôle, questionnaires et autres outils».



Dans certains cas, il pourrait être recommandé de réviser les pratiques nationales relatives à l'échange d'informations sur les demandeurs en détresse. Cette révision pourrait également concerner la manière dont le consentement des demandeurs est obtenu pour partager ces informations, par exemple lorsqu'une orientation est nécessaire. Normalement, les informations ne sont partagées qu'en présence d'un «besoin d'en connaître» afin d'assurer une orientation et un suivi fluides, sûrs et efficaces. L'âge, le genre et la diversité constituent des considérations transversales.



- Pour des informations générales sur la manière d'aborder le thème de la vulnérabilité, voir également EUAA, [Strategy on Vulnerability](#) (Stratégie en matière de vulnérabilité), 2024, section 4.2. «Identification, prevention, and response» (Identification, prévention et réponse).
- OIM, [The Determinants of Migrant Vulnerability](#) (Les déterminants de la vulnérabilité des migrants), partie 1, 2020.
- [Partie III — vade-mecum](#), section «Identification des vulnérabilités et des besoins particuliers».



Soins et gestion des cas

Cette section aborde principalement l'**accès aux soins**, le processus de **gestion des cas**, qui comprend la prise en charge, ainsi que **les soins et la gestion des cas des demandeurs particulièrement vulnérables** et des groupes défavorisés.

Accès aux soins

Pour répondre aux besoins des demandeurs, il faut que ceux-ci aient été identifiés. Un ensemble de mesures de soutien peut alors être proposé. Il peut s'agir d'un soutien financier, mais aussi d'un soutien pratique, par exemple en facilitant l'accès à certains services fournis par des experts (notamment des professionnels de la santé), à des services d'interprétation et à un soutien informel fourni par des membres de la communauté. Le format du soutien variera en fonction du contexte et des besoins recensés. Dans certains contextes, il pourrait être nécessaire de mettre davantage l'accent sur les possibilités de soutien mobile afin d'établir le contact avec des demandeurs plus difficiles à atteindre. Il peut s'agir d'équipes de soutien mobiles qui se rendent dans les centres d'accueil certains jours ou de travailleurs sociaux qui effectuent des visites à domicile dans un contexte urbain. Il est important de mettre l'accent sur la coordination entre les entités.



Qu'entend-on par «soins» dans le cadre du présent guide?

Certains demandeurs pourraient avoir besoin de plus de soutien que d'autres, en fonction du problème rencontré et d'autres facteurs (par exemple, l'âge, les antécédents en matière de santé/santé mentale, le niveau d'études). Comme dans toute population, certaines personnes auront des besoins complexes qui nécessiteront l'accès à divers services, y compris à des soins ciblés et spécialisés.

L'objectif est que les demandeurs en détresse psychologique soient responsabilisés grâce aux soins qu'ils reçoivent, que ceux-ci soient formels (soutien ciblé) ou informels (interventions communautaires/soutien fourni par des membres de leur famille), et en fonction de leurs besoins. Grâce à ces soins, ils pourront gérer leur vie quotidienne de la manière la plus indépendante possible. Une fois qu'un besoin ou que des besoins croisés ont été recensés et évalués, si un agent ne peut y répondre immédiatement, un processus d'orientation et de gestion des cas sera mis en place afin de garantir une réponse ou une prise en charge adaptée.

Pour cela, il faut disposer d'un **système d'orientation bien établi, composé de différents partenaires** capables d'apporter un soutien efficace. Ce système doit au minimum offrir des soins de santé de base, une protection (y compris les services sociaux, le logement, les forces de l'ordre), des initiatives communautaires en matière de soutien psychosocial, une éducation/un emploi et des conseils juridiques.



Il est vivement conseillé d'adopter une approche globale de la santé mentale couvrant les mécanismes de **soutien informel** (efforts de soutien psychosocial déployés par la communauté) et de **soutien formel** (dans le cadre de soins ciblés et spécialisés).

Dans un pays/contexte donné, l'entité coordinatrice chargée de gérer la mise en œuvre des interventions SMSPS doit s'assurer de la disponibilité d'une **équipe pluridisciplinaire de prestataires de services**. Ces prestataires doivent couvrir, au minimum, la santé, la protection et l'éducation. Leurs services doivent faire partie d'un mécanisme d'orientation établi. Il est également essentiel de recenser et de renforcer les initiatives communautaires en matière de soutien psychosocial dans un contexte donné.

Processus de gestion des cas



Quels sont les avantages de la gestion des cas?

La gestion des cas permet de répondre en temps utile et de manière systématique aux besoins des demandeurs, que ce soit via une assistance directe ou en ayant recours à des orientations ⁽³⁷⁾. Si l'objectif global de la gestion des cas est d'améliorer l'autonomie et le fonctionnement indépendant des demandeurs, n'oublions pas que, pour atteindre cet objectif, chaque demandeur possède des capacités et une résilience différentes. Les instructions permanentes peuvent contribuer à favoriser la qualité, la cohérence et la coordination de l'assistance. Les services de réponse doivent toujours être fondés sur les besoins des demandeurs.

La gestion des cas est une intervention transversale. Elle convient aux demandeurs présentant des vulnérabilités diverses et croisées, y compris à ceux qui présentent une détresse psychologique ou chez lesquels un problème de santé mentale a été diagnostiqué. Les demandeurs souffrant de détresse ou de problèmes de santé mentale se sentent souvent anxieux et trop dépassés pour agir par eux-mêmes. Ils peuvent avoir l'impression de ne pas maîtriser la situation ou simplement de ne posséder aucune connaissance relative à leur état.

⁽³⁷⁾ Procédure par laquelle les personnes ayant besoin d'une protection internationale et les personnes en situation de vulnérabilité bénéficient d'une orientation vers des organismes et services spécialisés en vue d'un soutien adéquat. Glossaire terminologique de l'EUAA: n° IATE [3620603](#).



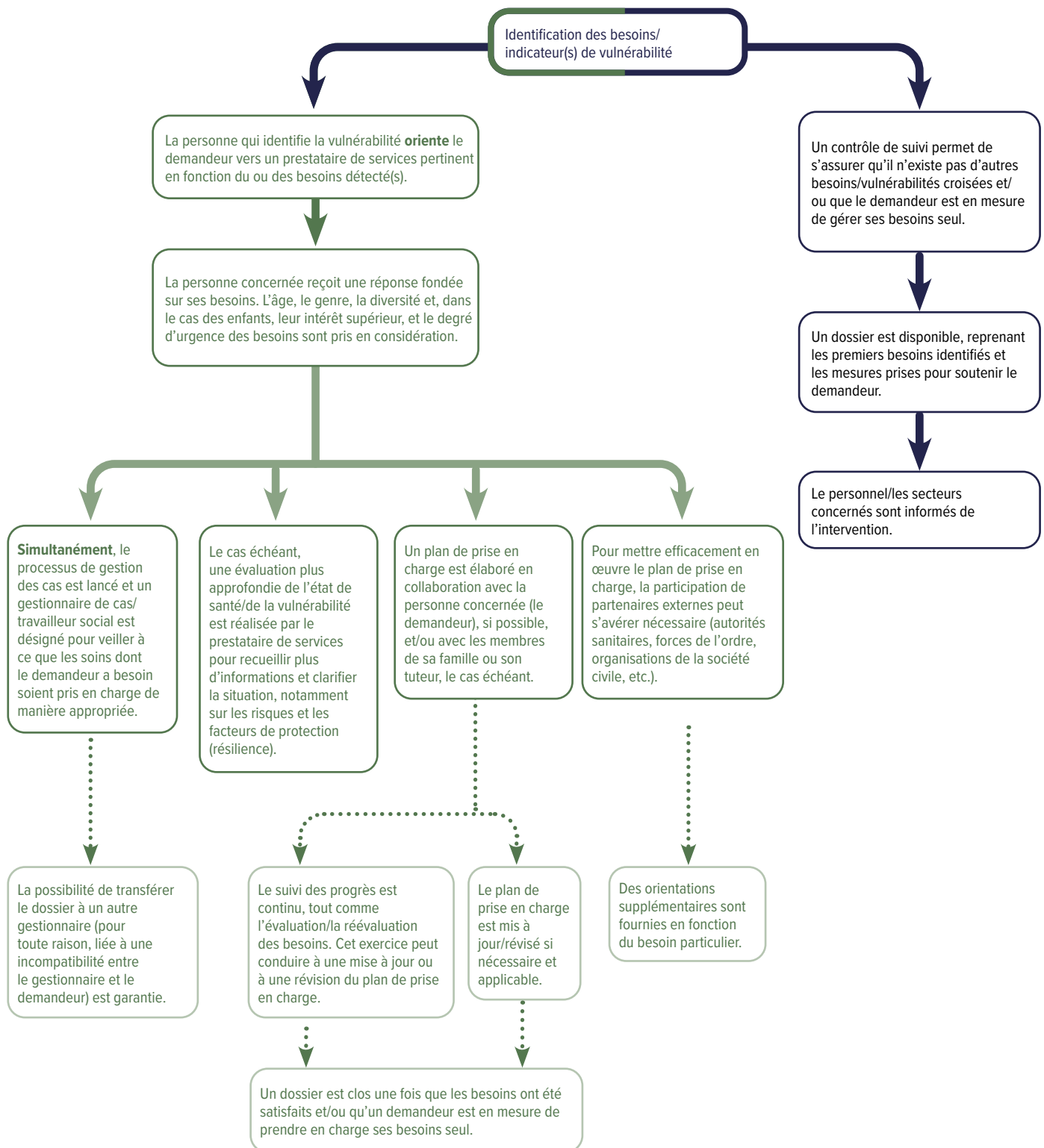
Le fait d'être accompagnés par un gestionnaire de cas ou un travailleur social chargé de les soutenir tout au long du processus de prestation des services peut atténuer les sentiments d'anxiété et s'avérer bénéfique pour cette catégorie de demandeurs. En fonction du contexte local, des besoins et de la situation du demandeur, différents modèles de prestation peuvent être mis en œuvre et/ou combinés:

- ▶ le **modèle de prise en charge individuelle** attribue aux demandeurs des gestionnaires de cas (nommés par les autorités d'accueil), ce qui favorise la confiance, mais peut nécessiter des ressources importantes;
- ▶ le **modèle de soins communautaires** passe par l'intégration de gestionnaires de cas/travailleurs sociaux dans les communautés de migrants, permettant un accès direct à la population et une meilleure connaissance des services disponibles;
- ▶ les **modèles de proximité/mobiles** impliquent que les gestionnaires de dossiers rencontrent les demandeurs à leur domicile ou dans des lieux pratiques, ce qui convient aux bénéficiaires qui ne peuvent pas ou ne veulent pas se rendre dans un centre pour migrants;
- ▶ la **gestion des cas à distance** se déroule par téléphone ou sur l'internet (par exemple pour faciliter un suivi régulier dans un contexte où il est difficile d'atteindre les demandeurs ou où les ressources humaines sont limitées, ce qui rend difficile l'organisation de suivis réguliers en personne);
- ▶ l'**identification** des personnes ayant des besoins particuliers;
- ▶ l'**évaluation des risques** afin de déterminer quelle approche/quel service est dans l'**intérêt supérieur** du demandeur, tout en garantissant la **sécurité** du gestionnaire de cas;
- ▶ l'analyse des conséquences potentielles si les services ne sont pas fournis;
- ▶ la vérification, pour s'assurer que les demandeurs ont **accès aux soins**/en ont reçus;
- ▶ la **participation** des demandeurs et/ou de leur famille à la planification des soins;
- ▶ le **suivi** et l'**évaluation** des soins;
- ▶ l'**adaptation du plan de prise en charge** en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation, le cas échéant.



Comment mettre en place la gestion des cas?

La gestion des cas s'effectue normalement au niveau des demandeurs individuels. Cela signifie que lorsque les agents travaillant en première ligne déterminent leur rôle direct, il est essentiel de reconnaître que chaque demandeur a des niveaux variables de capacité à fonctionner de manière indépendante. Il est primordial d'établir une relation solide et de confiance avec chaque demandeur, car cela permet d'évaluer plus précisément ses capacités. Après avoir évalué les aptitudes et les capacités du demandeur ainsi que d'autres facteurs de protection, un plan de prise en charge est formulé en conséquence. Le plan de prise en charge s'articule autour de l'évaluation des caractéristiques du demandeur afin de promouvoir une indépendance et une autonomie accrues, en tenant compte de l'avis du demandeur. Cette approche favorise l'action et peut contribuer à améliorer la santé mentale et le bien-être.

Figure 5 — Résumé du processus de gestion des cas

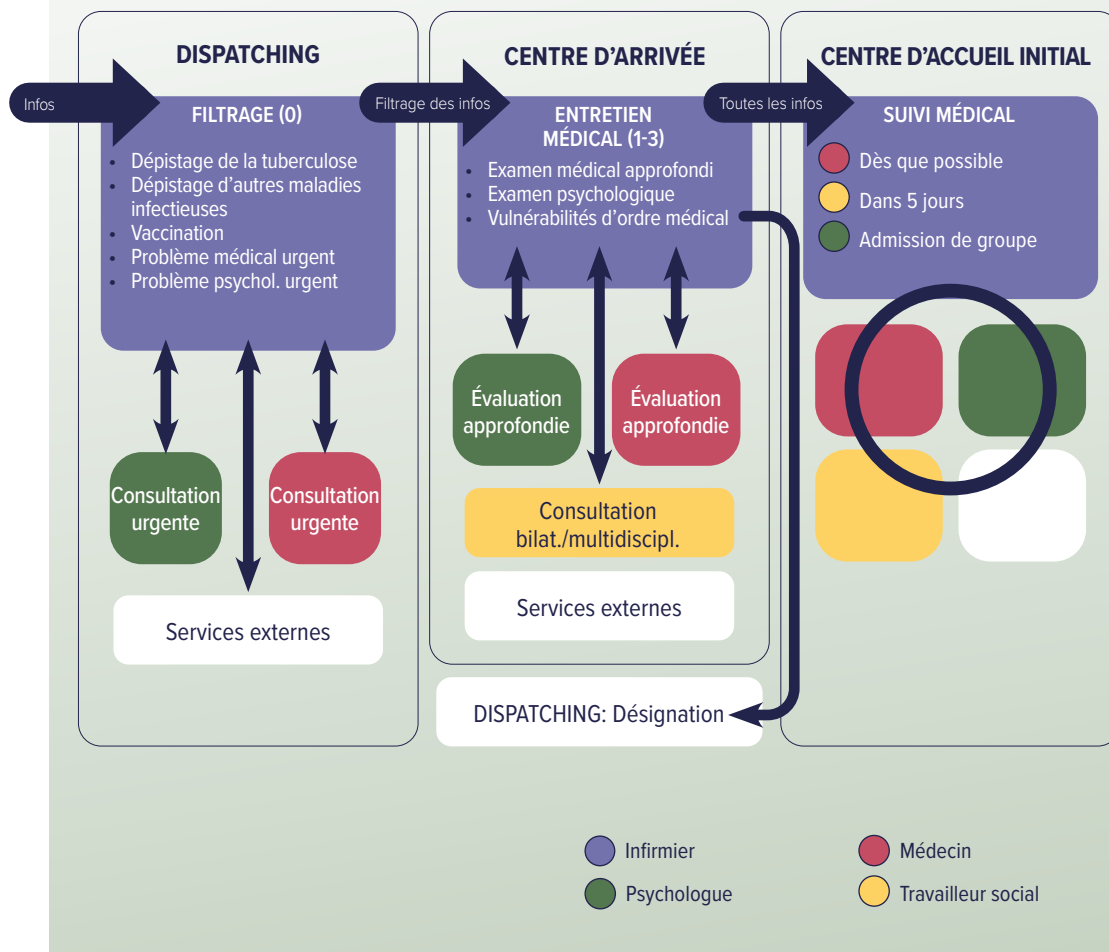
Source: EUAA.

Chaque pays de l'UE+ organise l'identification des demandeurs présentant des vulnérabilités et des besoins particuliers ainsi que leur suivi selon des modalités légèrement différentes. Les modalités et le suivi peuvent également dépendre du stade du parcours d'asile et d'accueil concerné.



Belgique, Fedasil

Vous trouverez ci-dessous la représentation schématique d'un **flux de travail** par étapes et des professionnels qui interviennent **à l'arrivée, lors de l'accueil initial** et pendant le **séjour dans une structure d'accueil**. Les délais d'intervention (à l'arrivée, jour 0; jours 1 à 3; jour 5) sont indiqués, de même que les entités avec lesquelles il convient de se mettre en rapport en fonction de la situation.



L'élaboration d'un plan de prise en charge doit tenir compte des composantes suivantes.

- **Valeurs.** Chaque client est unique et possède son propre ensemble d'objectifs et de valeurs. Il convient d'aligner les interventions sur le système de valeurs du client afin de travailler efficacement à la réalisation de ses objectifs.
- **Facultés cognitives et attitude.** Il convient de prendre en considération l'état d'esprit du client, y compris ses perceptions, son raisonnement, ses jugements, sa façon de penser et ses attitudes. Une évaluation précise des facultés cognitives du client permettra d'élaborer un plan de prise en charge plus adapté.
- **Compétences.** Il convient d'évaluer dans quelle mesure le client peut utiliser ses facultés cognitives et comportementales pour fonctionner de manière autonome.
- **Capacité et volonté d'accepter l'aide.** Il convient d'évaluer si le client est prêt à accepter une aide pour atteindre les objectifs définis dans le plan de réinstallation. Pour une intervention efficace, il est primordial de comprendre sa volonté de demander de l'aide.



Qui gère le cas?

La gestion des cas est normalement assurée par un personnel de soutien qualifié, par exemple par des travailleurs sociaux et des agents d'accueil ayant une expérience dans le domaine de la santé mentale, de la vulnérabilité et/ou de la protection. Tout au long de ce processus, le membre du personnel doit solliciter l'aide et le soutien de ses supérieurs, maintenir un canal de communication ouvert avec ses collègues et, dans une certaine mesure, avec le demandeur lui-même. Les conférences visant à faciliter le processus de gestion de cas peuvent aider davantage les personnes qui soutiennent les demandeurs en détresse.



Pourquoi est-il important d'évaluer les risques dans le cadre d'un processus de gestion des cas?

«Les gestionnaires de dossiers doivent procéder à des évaluations régulières afin d'identifier les éventuels risques pour la sécurité, la sûreté et le bien-être des migrants vulnérables, ainsi que les risques inhérents à l'accès et/ou au refus d'accès aux services» ⁽³⁸⁾. Il convient de faire participer activement le demandeur vulnérable aux évaluations. Si des risques sont identifiés, des stratégies appropriées doivent être mises en place pour les atténuer. Ces risques peuvent être associés à l'état de santé mentale d'un demandeur, mais aussi à d'autres vulnérabilités qui se recoupent, par exemple le fait d'être victime de violences sexuelles ou conjugales, le risque de représailles de la part de trafiquants d'êtres humains, le fait de se négliger ou de s'automutiler. Ces risques et stratégies d'atténuation identifiés doivent être intégrés au plan de prise en charge.



L'évaluation des risques comprend: la classification de l'urgence et de la priorité de l'action, la cartographie des services disponibles, l'élaboration et la mise en œuvre de plans de prise en charge et la coordination avec les prestataires de services. Selon la quantité et la gravité des besoins recensés, le niveau de risque peut être classé par rapport à la nécessité d'agir.

⁽³⁸⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse — Part 2: Individual Case Management* (Protection et assistance des migrants vulnérables aux violences, à l'exploitation et aux abus — Partie 2: Gestion de cas individuels), 2020.

Tableau 2 — Évaluation des risques et degré d'urgence dans le processus de gestion des cas

Niveau de risque	Paramètre	Intervention	Exemples concrets
Risque élevé: suivi urgent requis	Un besoin particulier qui requiert une action immédiate. Plus de trois besoins particuliers qui requièrent une action rapide.	Une situation de risque grave et immédiat pour la sécurité individuelle requiert une intervention urgente et immédiate/un accès immédiat aux soins d'urgence/psychiatriques. Un suivi quotidien est requis pour garantir une action immédiate.	Une demandeuse de protection internationale ayant révélé être enceinte des suites de violences sexuelles et qui présente des pensées suicidaires/un risque de suicide . Un demandeur qui présente des symptômes semblables à ceux de l'épilepsie (perte de connaissance, évanouissement, convulsions soudaines) d' origine inexpliquée . Un demandeur qui présente des tendances aiguës à l'automutilation et qui fait une utilisation inappropriée des médicaments ou qui est dangereux pour autrui et qui présente des symptômes psychotiques (y compris des symptômes liés à une sensation de menace, c'est-à-dire le sentiment d'être persécuté et menacé). Un demandeur âgé qui est désorienté et qui présente un comportement d'automutilation , potentiellement évocateur d'une démence . Un demandeur qui présente des hallucinations et des délires , susceptibles d'indiquer un trouble psychotique (ou une consommation abusive de substances).
Risque moyen: suivi nécessaire	Un ou deux besoins particuliers qui requièrent une action rapide.	La possibilité d'un risque important pour la sécurité individuelle nécessite des interventions dans un délai maximal de sept jours. Un suivi hebdomadaire est requis pour s'assurer de l'atténuation des risques imminents.	Un demandeur qui se sent très frustré (par exemple, en raison d'une longue attente pour obtenir son statut juridique/ses papiers pour travailler), qui se montre peu motivé en toutes circonstances, qui présente des signes indiquant qu'il a commencé à boire plus souvent et qu'il se dispute constamment avec ses compagnons de chambre. Un demandeur qui souffre de maux de tête récurrents et persistants et qui est aux prises avec une consommation inadaptée de substances .
Risque faible: aucune gestion des cas n'est requise	Aucun besoin particulier n'a été recensé.	En l'absence de risque pour la sécurité individuelle, des informations sur les services et les conseils pertinents doivent néanmoins être communiquées rapidement, dans les deux semaines, au cas où une intervention serait nécessaire pour répondre à des besoins particuliers et réduire la vulnérabilité.	Des parents qui s'adressent à l'assistant social d'un centre d'accueil et lui font part de leur souhait d'en savoir plus sur les bonnes pratiques parentales, car ils ont constaté un changement de comportement et des tensions avec leur adolescent (plus renfermé, ne va parfois pas à l'école, etc.). Un demandeur célibataire affirme qu'il y a trop de bruit dans son logement, ce qui l'empêche de dormir. Il est de plus en plus fatigué et apathique.

Source: EUAA.

Au cours de la prestation de services, les gestionnaires de cas doivent suivre l'évolution du plan de prise en charge. Pour ce faire, ils doivent maintenir une communication régulière et ouverte avec le demandeur pour permettre, au besoin, un ajustement du plan de prise en charge. Les méthodes utilisées pour solliciter un retour d'information peuvent comprendre «des questionnaires, des boîtes à commentaires, des formulaires en ligne, des discussions en groupe, des consultations formelles ou des conversations entre [le demandeur] et les gestionnaires des dossiers ou le superviseur» ⁽³⁹⁾.

⁽³⁹⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse — Part 2: Individual Case Management* (Protection et assistance des migrants vulnérables aux violences, à l'exploitation et aux abus — Partie 2: Gestion de cas individuels), 2020.



Le processus de gestion des cas doit commencer en temps utile et garantir la réalisation d'une évaluation de la vulnérabilité/des besoins/de l'intérêt supérieur dès que possible. Toutefois, en cas de situations urgentes présentant un niveau de risque élevé, il convient d'intervenir immédiatement. Le plan de prise en charge fondé sur l'évaluation doit inclure des objectifs spécifiques et réalisables (sans créer d'attentes irréalistes), une sélection d'actions spécifiques pour répondre aux risques et aux besoins recensés (y compris des mesures immédiates, à court, moyen et long terme), ainsi qu'un calendrier d'application des mesures et la mention des personnes qui les mettront en œuvre.

Dans le cadre du processus de gestion des cas, l'intérêt supérieur de l'enfant ⁽⁴⁰⁾ doit être pris en considération. La procédure relative à l'intérêt supérieur propre aux enfants à risque doit être formulée et requiert des instructions permanentes sûres et pertinentes ⁽⁴¹⁾.

Les demandeurs bénéficiant d'un soutien par l'intermédiaire de la gestion des cas:

doivent être au fait des principes de la gestion des cas et des normes ou codes de déontologie applicables aux gestionnaires de cas. Les gestionnaires de cas soupçonnés de conduite non professionnelle ou de non-respect des principes de l'assistance doivent faire l'objet d'une enquête et des mesures disciplinaires devraient leur être infligées conformément à la législation locale, aux commissions d'agrément et aux politiques de protection de l'enfance de l'organisation concernée ⁽⁴²⁾.

Des procédures doivent être mises en place pour que les demandeurs vulnérables puissent signaler, de manière anonyme et confidentielle, toute faute commise par les gestionnaires de dossiers, y compris les cas d'exploitation et d'abus sexuels, de sorte à garantir que le signalement n'aura aucune incidence sur leur soutien et leur prise en charge ⁽⁴³⁾. Veuillez vous référer aux neuf composantes introduites dans la [partie I — à l'intention des hauts responsables](#), «Composante n° 7 — Obligation de rendre des comptes» et «Composante n° 8 — Bien-être du personnel».

En résumé, l'approche intégrée de la santé mentale et du bien-être des demandeurs de protection internationale exige des autorités qu'elles instaurent un environnement:

- ▶ dans lequel les besoins des demandeurs peuvent être identifiés en temps utile, dans lequel les demandeurs peuvent recevoir une réponse adaptée à leurs besoins et bénéficier d'une prise en charge par du personnel de soutien qualifié;
- ▶ qui favorise les interventions communautaires en veillant à ce que les membres de la communauté acquièrent les connaissances nécessaires en matière de santé mentale par l'intermédiaire de la psychoéducation, aient la possibilité d'organiser leur vie de la manière la plus indépendante possible et cherchent de manière proactive à prévenir la détresse et les problèmes de santé mentale.

Voir [Figure 2 — Cinq domaines prioritaires pour promouvoir une approche intégrée de la santé mentale et du bien-être des demandeurs](#).

⁽⁴⁰⁾ EASO, *Guide pratique sur l'intérêt supérieur de l'enfant dans les procédures d'asile*, 2019.

⁽⁴¹⁾ HCR, *Standard Operating Procedures for the Implementation of Best Interests Procedure for Children at Risk (BIP SOPs)* (Instructions permanentes relatives à l'application de la procédure d'intérêt supérieur des enfants à risque), 2018.

⁽⁴²⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse — Part 2: Individual Case Management* (Protection et assistance des migrants vulnérables aux violences, à l'exploitation et aux abus — Partie 2: Gestion de cas individuels), 2020, p. 37.

⁽⁴³⁾ OIM, *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation and Abuse — Part 2: Individual Case Management* (Protection et assistance des migrants vulnérables aux violences, à l'exploitation et aux abus — Partie 2: Gestion de cas individuels), 2020, p. 37.



Pratiques prometteuses et matériel de soutien

«Conformément à la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Conformément au socle européen des droits sociaux, toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité» ⁽⁴⁴⁾.

Le présent **guide encourage les mesures de prévention**, telles que l'**identification précoce** des besoins et des vulnérabilités et la mise à disposition d'un soutien en temps utile. Il s'agit plus précisément d'apporter un soutien par l'intermédiaire de la **psychoéducation** associée à des **services de soins communautaires**. Néanmoins, dans certaines situations, des soins ciblés et spécialisés devront également être envisagés pour compléter ces services, afin d'éviter une dégradation de la situation ou de soutenir la prise en charge d'un problème de santé mentale.



Enfants non accompagnés

Répondre aux besoins des enfants est fondamental pour leur bien-être psychosocial, en particulier dans une situation de crise qui perturbe leur vie. Les **soins communautaires** et le soutien des enfants non accompagnés ⁽⁴⁵⁾ sont essentiels étant donné que les enfants qui arrivent en Europe doivent souvent faire face à toute une série d'aléas et de difficultés.

- Ils n'ont souvent personne qui s'occupe d'eux sur une base régulière, ce qui perturbe l'attachement.
- La perte et le chagrin sont fréquents, notamment en cas de décès d'êtres chers, de séparation d'avec les personnes qui s'occupe d'eux et d'éclatement de la famille et de la communauté.
- Ils peuvent avoir du mal à faire confiance aux personnes qui s'occupent d'eux et/ou tuteurs désignés en raison de leurs expériences passées déstabilisantes.
- L'incertitude quant à l'avenir ajoute à leur charge émotionnelle.
- Certains d'entre eux ont passé des années à essayer d'atteindre l'Europe et n'ont pas eu la possibilité de suivre un enseignement formel. Ils peuvent n'avoir été scolarisés que pendant quelques années et n'ont donc pas la possibilité de poursuivre leurs études.
- Les barrières linguistiques, les difficultés de communication et les différences culturelles posent des problèmes.
- Leurs problèmes psychosociaux et de santé mentale existants sont susceptibles de s'aggraver du fait de leur situation.
- Ils peuvent craindre d'être expulsés.
- Malgré des années de séparation potentielle, ils peuvent maintenir un lien et un engagement forts avec leurs parents et leur famille. Certains peuvent ressentir le besoin de soutenir financièrement leur famille restée au pays, notamment pour couvrir les dettes accumulées pour financer leur voyage.

⁽⁴⁴⁾ [Communication de la Commission](#) au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions sur une approche globale en matière de santé mentale, Bruxelles, COM(2023) 298 final du 7.6.2023, p. 3.

⁽⁴⁵⁾ Cette section s'inspire du document de l'Unicef, [Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States](#) (Les bonnes pratiques de travail avec les enfants migrants non accompagnés dans des contextes humanitaires: guide à l'intention du personnel et des bénévoles aux États-Unis), Unicef Programme Group, octobre 2017.

Malgré ces difficultés, les enfants non accompagnés font preuve d'une indépendance et d'une résilience remarquables, chaque enfant possédant des atouts uniques l'ayant aidé jusqu'alors. Les liens qu'ils entretiennent avec leur famille et leurs amis restés au pays ou leur foi religieuse peuvent être des sources de force et de réconfort et doivent être encouragés.



Quels sont les signes qui indiquent qu'un enfant pourrait avoir besoin de plus d'attention et de soins?

Ci-dessous figure une liste de signes de détresse courants que les enfants et adolescents demandeurs peuvent présenter et qui peuvent indiquer qu'en plus des soins communautaires (niveau 2 de la pyramide de la SMSPS), des **soins ciblés** (niveau 3) et, parfois, des **soins spécialisés** (niveau 4) peuvent s'avérer nécessaires pour préserver et/ou prendre en charge leur santé mentale et leur bien-être.

Signes de détresse courants parmi les enfants et adolescents demandeurs

Émotionnels	Les expériences émotionnelles que peuvent vivre les enfants et les adolescents comprennent un chagrin intense, des sentiments de culpabilité ou de regret, des émotions accablantes, du désespoir, une tristesse constante, de la colère, de l'irritabilité, de l'anxiété, de la panique et des changements d'humeur imprévisibles. Parmi les autres émotions courantes figurent la peur, l'insensibilité, le détachement, la dépression, la tristesse et des états émotionnels fluctuants. Il y a lieu de reconnaître et d'aborder ces émotions afin d'aider les individus à gérer adéquatement leurs sentiments.
Comportementaux	Les enfants et les adolescents peuvent présenter diverses réactions et divers changements de comportement, notamment un repli sur soi, une insensibilité émotionnelle, une perte d'intérêt pour les activités, une énurésie, des pleurs excessifs, un attachement excessif ou une attitude trop indépendante, un comportement agressif, un rejet des règles, de l'automutilation, de la défiance à l'égard des figures d'autorité et l'adoption de comportements à risque tels que la consommation abusive de substances. Ces comportements peuvent traduire des luttes émotionnelles sous-jacentes, des sentiments autodestructeurs ou des tentatives d'affirmation d'indépendance. Il convient d'aborder ces comportements au moyen d'un soutien et d'interventions appropriés, afin de garantir le bien-être et la sécurité des personnes concernées.
Physiques	Les enfants et les adolescents touchés par des circonstances difficiles peuvent présenter les symptômes suivants: fatigue, troubles du sommeil, hypervigilance, malaises physiques (douleurs, maux, etc.), accélération du rythme cardiaque et modification de l'appétit ou des habitudes alimentaires. Ces symptômes peuvent être révélateurs d'un niveau de stress élevé et d'une détresse émotionnelle. Il est essentiel de reconnaître et de traiter ces manifestations physiques du stress afin de favoriser le bien-être et la santé globale des individus concernés.
Cognitifs	Les enfants et les adolescents qui ont vécu des situations difficiles peuvent présenter des symptômes tels que «des pensées ou souvenirs intrusifs d'événements éprouvants, des cauchemars, des difficultés de concentration, une propension à la confusion et à la désorientation et une mémoire défaillante. Un changement concernant leur vision du monde, leur philosophie, leurs croyances religieuses peut également se produire ou ils peuvent perdre la foi». Par ailleurs, ils peuvent manifester une «obsession pour la violence, la mort et le meurtre (y compris le suicide)» ⁽⁴⁶⁾. Ces changements psychologiques et cognitifs soulignent l'impact considérable des expériences traumatiques sur leur bien-être mental et nécessitent un soutien et des interventions attentifs et appropriés.

⁽⁴⁶⁾ Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Les bonnes pratiques de travail avec les enfants migrants non accompagnés dans des contextes humanitaires: guide à l'intention du personnel et des bénévoles aux États-Unis), Unicef Programme Group, octobre 2017, p. 23.



Communiquer avec les enfants en détresse dans le cadre du soutien apporté

La communication avec des enfants en détresse nécessite une approche sensible et prudente, qui tient compte de leur vulnérabilité tant sur le plan physique qu'émotionnel. Parmi les conseils clés pour une communication efficace figurent les conseils suivants ⁽⁴⁷⁾.

- **Respecter leurs limites.** Ne pas forcer les enfants à aborder des sujets qui les mettent mal à l'aise et ne pas les obliger à parler. Respecter leur décision s'ils refusent de se confier ou s'ils ont besoin de plus de temps pour le faire.
- **Les traiter avec respect.** Accorder aux enfants le même niveau de respect et de sincérité qu'aux adultes. Éviter de faire des promesses irréalistes.
- **Faire preuve de sensibilité.** Utiliser un ton bienveillant et un langage simple que les enfants peuvent facilement comprendre.
- **Accorder toute son attention.** Consacrer toute son attention à l'enfant lors des communications, de façon à lui montrer que son interlocuteur est présent et attentif.
- **Encourager l'expression individuelle.** Donner aux enfants la possibilité de s'exprimer, mais éviter de les pousser à revivre des expériences négatives s'ils ne sont pas disposés à en parler.
- **Encourager une participation constructive.** Créer des occasions pour que les enfants puissent exprimer leurs points de vue et leurs opinions, y compris sur les questions qui les concernent. Cela renforcera leur estime de soi et les aidera à s'exprimer sur des sujets qui leur tiennent à cœur.
- **Écouter et rassurer.** Écouter attentivement les enfants et les rassurer en leur disant que leurs réactions sont normales. Valider leurs sentiments de peur, de confusion, de colère ou de culpabilité.
- **Faire preuve de patience.** Comprendre que les expressions de frustration ou de colère ne sont pas nécessairement dirigées vers l'interlocuteur et faire preuve de patience face à leurs émotions.
- **Encourager l'inclusion.** Communiquer sans stéréotypes, en traitant tous les enfants avec le même respect et la même considération.
- **Observer et identifier les signes de détresse.** Être attentif aux signes persistants de détresse ou aux comportements inquiétants qui pourraient nécessiter un soutien spécialisé.
- **S'adapter à l'âge et à la culture.** Être attentif à l'âge de l'enfant avec lequel l'interaction a lieu. Certains peuvent sembler très mûrs pour leur âge. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'ont pas besoin d'une réponse émotionnelle adaptée à leur âge. L'intervention devra également tenir compte de l'origine culturelle de l'enfant.

⁽⁴⁷⁾ Cette liste s'inspire du document de l'Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Les bonnes pratiques de travail avec les enfants migrants non accompagnés dans des contextes humanitaires: guide à l'intention du personnel et des bénévoles aux États-Unis), Unicef Programme Group, octobre 2017, p. 25.



Trois éléments clés ⁽⁴⁸⁾ pour permettre aux agents de première ligne de promouvoir le **bien-être des enfants** (niveaux 1 et 2 de la pyramide de la SMSPS):

- **sentiment de sécurité.** Les enfants ont besoin de se sentir en sécurité et protégés, tant physiquement qu'émotionnellement, dans leurs relations et leur environnement. La mise en place d'un environnement chaleureux et sûr (lieu où ils sont hébergés) peut contribuer à faire naître un sentiment de sécurité chez les enfants et les adolescents pris en charge;
- **stabilité et routine.** Il est important d'assurer la prévisibilité et la cohérence de leurs environnements sociaux, physiques et émotionnels. Une présence pertinente et bienveillante peut aider les enfants à accorder leur confiance. L'organisation et le maintien d'une routine peuvent également contribuer à développer leur sentiment de stabilité. Les enfants doivent pouvoir compter sur une personne de confiance avec laquelle ils peuvent être en contact (un tuteur par exemple). Dans la mesure du possible, il convient d'éviter de déplacer les enfants à plusieurs reprises à l'intérieur du pays d'accueil, et, au contraire, de les placer dès que possible dans un cadre de vie plus permanent;
- **épanouissement.** Les personnes qui s'occupent des enfants jouent un rôle primordial pour répondre à leurs besoins avec délicatesse et cohérence. Il est essentiel d'écouter activement et de répondre aux besoins uniques de chaque enfant. Créer des occasions de jouer, de faire des activités artistiques et de s'exprimer librement peut favoriser un environnement propice à l'épanouissement.

Outre les trois éléments clés ci-dessus, il convient d'être attentif à la **communication non verbale**. Les enfants peuvent communiquer leur détresse émotionnelle autrement qu'en parlant et en exprimant leurs préoccupations. Leurs dessins, par exemple, peuvent traduire leurs craintes. Garder à l'esprit que **la santé et le bien-être des enfants** sont multidimensionnels. Ils concernent:

*le **bien-être émotionnel**: être positif, heureux, calme, paisible, intéressé par la vie; le **bien-être social**: la capacité à s'impliquer et à participer, combinée à un sentiment personnel de valeur et d'appartenance; et le **bien-être fonctionnel**: la capacité à développer des compétences et des connaissances qui aident une personne à prendre des décisions positives et à relever les défis de la vie ⁽⁴⁹⁾.*

La reconnaissance de ces besoins, y compris de l'importance d'un accès à l'éducation (notamment par l'accessibilité des programmes d'apprentissage accélérés pour ceux qui présentent des lacunes d'éducation formelle) et des interactions sociales, par exemple en créant des espaces adaptés pour les enfants et les pairs du même âge, est essentielle au bien-être et au développement des enfants dans leur globalité. Cette prise de conscience est importante, non seulement pour les agents de première ligne de la procédure d'accueil, qui apportent leur soutien aux enfants, mais aussi pour les personnes qui s'occupent d'eux, les familles d'accueil et les enseignants ⁽⁵⁰⁾. Tous ces professionnels devraient participer à des activités de sensibilisation et se voir rappeler les besoins particuliers des enfants. Toutes les parties concernées devraient savoir comment garantir l'intérêt supérieur de l'enfant afin de pouvoir l'aider à atteindre le meilleur de ses capacités dans la situation donnée.

⁽⁴⁸⁾ Ces trois éléments clés proviennent du document de l'Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* (Les bonnes pratiques de travail avec les enfants migrants non accompagnés dans des contextes humanitaires: guide à l'intention du personnel et des bénévoles aux États-Unis), Unicef Programme Group, octobre 2017, p. 26.

⁽⁴⁹⁾ HCR et Luxembourg Aid & Development, *Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-social Support (MHPSS)* (Élaborer des dispositifs numériques sûrs de santé mentale et de soutien psychosocial), 2023, p. 8.

⁽⁵⁰⁾ En outre, voir Commission européenne, *La fille qui gardait les yeux ouverts*, 14 novembre 2023, un livre pour enfants qui aide les enseignants à dialoguer avec les enfants demandeurs dans le cadre éducatif afin qu'ils puissent faire face aux difficultés rencontrées. Ce livret a été conçu pour les enfants ukrainiens, mais il peut être adapté.



Pour de plus amples informations sur la détresse psychologique chez les enfants, les adolescents et les parents et sur la manière de la prendre en charge, veuillez consulter les trois guides de poche de l'EUAA et les instructions qui les accompagnent:

- EUAA, [Comment puis-je soutenir mon enfant dans les moments difficiles?](#), juin 2023;
- EUAA, [Comment puis-je faire face à des situations dans lesquelles mes parents semblent tristes, inquiets ou en colère?](#), juin 2023;
- EUAA, [Comment gérer les situations dans lesquelles mon ami\(e\), mon frère ou ma sœur est triste, en colère ou fait des choses dangereuses?](#), juin 2023.

Ces guides de poche ont été élaborés sous la forme d'outils d'«autoassistance». Ils sont à utiliser lors des sessions de groupe de sensibilisation sur le thème de la détresse psychologique, voir EUAA, [Déploiement du matériel psychoéducatif sur la détresse psychologique auprès des parents et des enfants — Instructions à l'attention des agents d'accueil \(agents de première ligne\)](#), 2023.

Pour plus d'informations sur la manière de soutenir les enfants durant le parcours d'accueil, voir la [partie III — vade-mecum](#), section «Dialogue avec les enfants demandeurs».

Demandeurs présentant un trouble de la santé mentale

Dans le contexte de l'accueil, les personnes intervenant en première ligne citent souvent les situations suivantes comme étant difficiles à gérer: les demandeurs qui semblent déprimés, extrêmement anxieux ou potentiellement toxicomanes. Il est recommandé aux agents de première ligne d'avoir des connaissances de base en matière de santé mentale et de connaître les indicateurs élémentaires de troubles psychiatriques potentiels tels que la dépression, l'état de stress post-traumatique ou les troubles liés à la toxicomanie. Il est cependant utile de rappeler qu'un état donné n'est qualifié de «trouble» qu'après avoir fait l'objet d'un diagnostic par un psychiatre. Ce type de trouble doit faire l'objet d'un suivi par des services de soins spécialisés compétents. Ci-dessous sont répertoriés quelques-uns des signes et symptômes communs qui, une fois observés chez les demandeurs, doivent faire l'objet d'une orientation vers un spécialiste qui devra procéder à une évaluation médicale.

Troubles de la santé mentale	Signes et symptômes courants
État de stress post-traumatique	Souvenirs pénibles récurrents et envahissants; rêves liés aux événements traumatisants ⁽⁵¹⁾ ; réactions dissociatives (par exemple, flash-back); détresse psychologique prolongée; réactions physiologiques; évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles; incapacité à se souvenir d'aspects importants de l'événement ou des événements traumatisants; état émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, terreur, colère, culpabilité ou honte); intérêt minime à participer à des activités; incapacité à éprouver des émotions positives; problèmes de concentration; comportements autodestructeurs; hypervigilance; comportements irritables; troubles du sommeil.
Trouble de l'humeur tel que la dépression	Humeur dépressive; perte d'intérêt pour la plupart ou l'ensemble des activités; perte ou prise de poids importante; insomnie ou hypersomnie; ralentissement psychomoteur; fatigue ou perte d'énergie; sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive; difficultés de concentration ou indécision; pensées de mort récurrentes; idées suicidaires, projets ou tentatives de suicide.
Trouble psychotique, y compris les types de schizophrénie, par exemple paranoïde, désorganisée ou catatonique	Symptômes psychotiques tels que les délires (paranoïaques) et les hallucinations (par exemple, entendre des voix); le discours désorganisé; les comportements gravement désorganisés ou catatoniques ⁽⁵²⁾ ; les symptômes négatifs (par exemple, l'émoussement affectif).
Trouble bipolaire ou troubles psychiatriques connexes	«Les troubles bipolaires et associés sont des troubles de l'humeur épisodiques définis par l'apparition d'épisodes ou de symptômes maniaques, mixtes ou hypomaniaques. Ces derniers alternent généralement avec des épisodes dépressifs ou des périodes de symptômes dépressifs» ⁽⁵³⁾. «Parmi les symptômes des épisodes maniaques peuvent notamment figurer les suivants: • sensations euphoriques ou "de bonne humeur incroyable"; • délires de grandeur; • niveaux élevés de créativité, d'énergie et d'activité; • sommeil extrêmement réduit ou absence de sommeil; • manque d'appétit et perte de poids; • pensées qui s'emballent, débit de parole rapide, discours d'interruption; • irritabilité, impatience ou agressivité importante; • activité sexuelle inappropriée ou prise de risques sexuels; • habillement plus coloré et réduction des inhibitions; • impulsivité et mauvais choix professionnels ou en matière de dépenses; • projets grandioses et irréalistes; • manque de concentration, distraction fréquente; • délires, hallucinations» ⁽⁵⁴⁾.
Troubles liés à la consommation de substances	• Consommation de substances en quantités plus importantes et sur une période plus longue que prévu. • Désir constant de réduire ou de réguler la consommation/tentatives d'arrêt de la consommation infructueuses. • Temps nécessaire pour se remettre de l'obtention ou de la consommation de substances. • Envies et désir de consommer la substance. • Altération de la capacité à remplir ses obligations importantes au travail, à l'école et à la maison. • Problèmes sociaux ou interpersonnels dus à la consommation de substances. • Éloignement des activités récréatives, sociales ou professionnelles. • Consommation de substances dans des environnements physiquement dangereux et poursuite de la consommation en dépit de la conscience des dangers et problèmes potentiels. Tolérance: des doses de plus en plus fortes sont nécessaires pour obtenir l'effet désiré. Manque: des symptômes de manque peuvent apparaître. Remarque: les troubles liés à la consommation de substances peuvent concerner la consommation abusive d'alcool, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, d'opioïdes, d'amphétamines, etc.

Source: tableau adapté d'American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), 5^e édition (DSM-5)

⁽⁵¹⁾ EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Vade-mecum pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, 2024, section «Comprendre le traumatisme».

⁽⁵²⁾ Collège royal britannique des psychiatres, définition de «catatonie» (catatonie), avril 2022.

⁽⁵³⁾ OMS, *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders* (Descriptions cliniques et exigences diagnostiques des troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux de la CIM-11), 2024.

⁽⁵⁴⁾ Gordon Private Hospital, «Bipolar Disorder — Mental Health Treatment for Bipolar Disorder in Sydney» (Trouble bipolaire — Traitement de la santé mentale et du trouble bipolaire à Sidney), site web du Gordon Private Hospital, 2024.



Dès que ces signes sont observés ou que l'on soupçonne que quelque chose ne va pas, **il est fortement recommandé** de faire appel à un spécialiste de la santé mentale et de procéder à une **orientation**. Une évaluation approfondie par un professionnel de la santé mentale peut permettre de déterminer s'il existe un trouble psychiatrique ou si les symptômes relèvent plutôt d'une réaction de stress émotionnel. Dans les deux cas, le demandeur aura besoin d'un soutien, mais de type différent.



Quelles interventions de SMSPS peuvent être utiles aux demandeurs présentant des troubles mentaux?

Les interventions de soins communautaires (niveau 2 de la pyramide de la SMSPS) sont très bénéfiques pour tous les demandeurs et devraient être proposées à tous. Elles peuvent également se révéler utiles pour les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique diagnostiqué. Les activités détaillées dans cette section, et notamment celles associées aux arts créatifs, à la cuisine et au sport, peuvent aider les demandeurs à gérer certains états de santé. Faire participer les personnes souffrant de légère dépression à ces activités régulières peut renforcer leur niveau de confiance et les aider à mieux organiser leurs journées.

La mise à disposition d'espaces permettant d'**établir des liens avec d'autres personnes** favorise le renforcement de la santé mentale et le bien-être de manière plus générale, et réduit le risque de développer des mécanismes d'adaptation négatifs, tels que l'automutilation et la consommation abusive de substances. Pour cette catégorie de demandeurs, il est nécessaire d'adopter un dispositif de soutien psychosocial global, qui peut également passer par le renforcement des liens familiaux, par exemple en rétablissant ceux-ci. Il est essentiel de soutenir les jeunes et les adultes dans le développement de leurs compétences sociales, afin d'améliorer les interactions interpersonnelles et d'encourager au mieux leurs liens avec la communauté.

Soins ciblés (niveau 3 de la pyramide de la SMSPS): des séances de thérapie individuelles et/ou collectives et un soutien thérapeutique peuvent se révéler bénéfiques, surtout en cas de troubles tels qu'un état de stress post-traumatique, une dépression et des troubles liés à la consommation de substances. Complétez cette prise en charge par de la psychoéducation afin d'aider les demandeurs à comprendre pourquoi il est important qu'ils préservent leur santé mentale et quels sont les avantages de certains services de soutien.

Soins spécialisés (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS): différents types d'interventions psychothérapeutiques peuvent contribuer à la prise en charge d'un trouble. Dans le cas d'un état de stress post-traumatique, il peut être recommandé de pratiquer une thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, une thérapie par le témoignage ou une thérapie par l'exposition narrative, ou de prescrire différents types de médicaments (par exemple, des antidépresseurs, des anxiolytiques) ou encore de combiner psychothérapie et médication.



Pays-Bas

En 2016, le projet Resilience ⁽⁵⁵⁾ a été lancé par l'organisation Nidos (organisation nationale de tutelle des mineurs non accompagnés) et par ARQ Centrum'45 ⁽⁵⁶⁾, le centre national du psychotraumatisme fondé en 2007, qui aide les personnes concernées à faire face au stress et aux expériences traumatisantes. Initialement axé sur les jeunes Érythréens, ce projet s'est ensuite étendu aux jeunes Syriens et Afghans. Cette intervention se distingue notamment par son caractère de proximité, dans la mesure où un thérapeute, accompagné d'un médiateur interculturel, rend visite au jeune. La rencontre se déroule dans un lieu choisi par le jeune, souvent à son domicile, ce qui permet au thérapeute d'avoir de bonnes relations avec les personnes qui se trouvent dans l'environnement immédiat du jeune, comme son tuteur et le conseiller résidentiel. Pour aider les jeunes, des médiateurs interculturels ont été recrutés et formés aux interventions indispensables à la réussite du déploiement des thérapeutes et à leur assistance.



Belgique

L'université de Louvain offre la possibilité aux demandeurs de protection internationale et aux réfugiés de bénéficier d'un traitement dans le cadre d'une «clinique de jour des traumatismes pour jeunes réfugiés» ⁽⁵⁷⁾.

À la demande de Fedasil, la Croix-Rouge de Flandre a ouvert un centre de consultation et de suivi intensifs destiné au groupe cible des demandeurs d'asile dans les bâtiments du centre d'accueil de Saint-Nicolas. Jusqu'à 40 résidents peuvent y séjourner pendant trois mois. La Croix-Rouge wallonne apporte également un soutien intensif aux personnes présentant des problèmes de santé mentale légers. La capacité maximale est de 40 places pour les familles ou les hommes/femmes célibataires, pendant trois mois, renouvelables une fois.

Le projet POZAH ⁽⁵⁸⁾ vient en aide aux demandeurs adultes souffrant de graves problèmes psychiatriques et qui ont donc besoin d'un traitement et de soins spécifiques et spécialisés. Il s'agit d'une collaboration entre l'hôpital psychiatrique Sint-Alexius et Fedasil. L'objectif est leur intégration maximale dans la société. Ces demandeurs sont soutenus par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux, de gestionnaires de cas, d'interprètes, d'infirmiers et d'«experts par expérience».

⁽⁵⁵⁾ Nidos (tutelle des réfugiés, Pays-Bas), «[Resilience Project](#)», site web de Nidos en Europe, consulté le 16 août 2024.

⁽⁵⁶⁾ ARQ Centrum'45, «[The Organisation](#)» (L'organisation), site web de l'ARQ, consulté le 16 août 2024.

⁽⁵⁷⁾ Centre psychiatrique de l'université de Louvain, «[Info voor verwijzers — Traumazorg voor gevluchte jongeren](#)» (Informations destinées aux référents — Traitement des traumatismes pour jeunes réfugiés, site web du centre psychiatrique de l'université de Louvain, consulté le 16 août 2024.

⁽⁵⁸⁾ Claus, L., Schouler-Ocak, M., Braakman, M. H., Sabbe, B., Van Beuren, G., e.a., «[Unlocking Asylum Seekers' Voices: Protocol of a Mixed-method Clinical Study on the Use of the Cultural Formulation Interview with Asylum Seekers in Belgium](#)» (Libérer la parole des demandeurs d'asile: protocole d'une étude clinique mixte sur l'utilisation de l'entretien de formulation culturelle avec des demandeurs d'asile en Belgique), *Frontiers in Psychiatry*, 14: 1156803, 2023.



Demandeurs présentant un trouble psychotique tel que la schizophrénie

Il est important de tenir compte des antécédents culturels et ethniques des usagers des services lorsque le demandeur souffre d'un ou de plusieurs troubles de la santé mentale. L'expression des symptômes «peut varier et être influencée par des idiomes culturels communs, l'histoire culturelle ou l'histoire personnelle, qui jouent un rôle prépondérant dans la formation de l'identité et s'expriment sous la forme d'idées ou de croyances extravagantes» ⁽⁵⁹⁾.

Les changements d'humeur s'expriment différemment selon les cultures. Parfois, il est fait état de symptômes somatiques pour décrire une détresse émotionnelle, notamment une «mauvaise» humeur. Les symptômes et les mots employés peuvent varier selon la culture. Le fait qu'une personne ne dise pas qu'elle se sent déprimée et qu'elle est susceptible d'avoir besoin d'aide, mais qu'elle ait plutôt recours à un motif physique pour justifier son état peut s'expliquer par la crainte de la stigmatisation.

Enfin, tout comme la stigmatisation, la perception de la maladie peut constituer un problème. Il y a lieu de bien réfléchir à la terminologie utilisée lorsque l'on aborde la question de la santé mentale, car le fait de mentionner la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être perçu comme un signe de «folie» et peut avoir une incidence sur la relation de travail entre l'agent de première ligne et le demandeur qui a besoin d'aide.



Pour de plus amples informations sur les traitements tenant compte des traumatismes subis, veuillez consulter la publication du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) ⁽⁶⁰⁾.

Demandeurs vulnérables et toxicomanie

«La toxicomanie fait référence à l'utilisation nocive ou dangereuse de substances psychoactives, y compris l'alcool et les drogues illicites» ⁽⁶¹⁾, ainsi qu'à la pratique excessive des jeux d'argent et de hasard. D'après le rapport européen sur les drogues 2022 [Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA, anciennement Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)) ⁽⁶²⁾, la disponibilité et la consommation des drogues demeurent élevées dans l'ensemble de l'Union.

Bien que la toxicomanie soit un problème plus vaste, y compris au sein de la société européenne, il semble également affecter certains demandeurs de protection internationale. Une récente étude menée conjointement par l'EUAA et l'OEDT ⁽⁶³⁾ a révélé qu'il existait un consensus sur le fait que les troubles liés à la toxicomanie chez les demandeurs à leur arrivée étaient généralement plus faibles qu'au sein des populations d'accueil. Cela peut refléter leur comportement vis-à-vis de la consommation de substances dans leur pays d'origine. Une fois arrivés en Europe,

⁽⁵⁹⁾ OMS, *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders* (Descriptions cliniques et exigences diagnostiques des troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux de la CIM-11), 2024, p. 237; «T. Stompe et al. ont examiné des groupes de patients à qui on avait diagnostiqué une schizophrénie dans le même ensemble de données que celui utilisé ultérieurement par Bauer et al. En se fondant sur une analyse discriminatoire, ils ont affirmé qu'entre 15 et 30 % de la symptomatologie psychotique examinée dans le cadre de leur étude dépendait de la culture, 16 % pour les hallucinations en particulier», Larøi, F., Luhmann, T. M., Bell, V., Christian Jr, W. A., Deshpande, S., e.a., «*Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions*» (Culture et hallucinations: Vue d'ensemble et orientations), *Schizophrenia Bulletin*, juin 2014.

⁽⁶⁰⁾ CERDA, *Guide de sensibilisation. Intervenir auprès des personnes réfugiées. Une pratique sensible aux traumatismes*, 2022.

⁽⁶¹⁾ OMS, «*Health Topics — Substance Abuse*» (Questions de santé — Toxicomanie), site web de l'OMS — région africaine, consulté le 12 août 2024.

⁽⁶²⁾ EUDA, *Rapport européen sur les drogues 2022 — Tendances et évolutions*, 2022.

⁽⁶³⁾ EUAA et OEDT, *Professionals Working in Reception Centres in Europe: an Overview of Drug-related Challenges and Support Needs* (Professionnels travaillant dans les centres d'accueil en Europe: présentation des problématiques liées à la drogue et des besoins d'assistance), 2023.

les demandeurs semblent toutefois plus vulnérables à la consommation abusive de substances, qu'ils utilisent comme mécanisme d'adaptation négatif face à la complexité de la migration et aux problèmes qu'ils rencontrent. Cette consommation peut être un moyen de faire face à des expériences de traumatisme, au chômage, à la pauvreté, à la perte de la famille ou du soutien social. La disponibilité des substances peut accroître leur consommation au fil du temps, puisque les demandeurs peuvent accéder plus facilement à différentes substances en Europe que dans leurs pays d'origine.

La toxicomanie a de multiples répercussions sur les demandeurs concernés: elle nuit à leur santé mentale et physique, affecte négativement leurs interactions sociales et leurs liens avec les autres, et entraîne isolement et stigmatisation. Elle peut également avoir des effets négatifs sur leurs familles et sur la communauté. L'incidence sur la toxicomanie des facteurs de stress ultérieurs à l'arrivée semble encore sous-estimée. Il existe une **forte corrélation entre traumatisme et toxicomanie**. Commencer par s'«automédiquer» en raison de sentiments de chagrin et de perte, de honte et de culpabilité peut être considéré comme un mécanisme d'adaptation négatif.

Les jeunes hommes célibataires sont particulièrement vulnérables à la consommation de substances psychoactives, tout comme les mineurs non accompagnés, qui se sentent souvent désespérés et isolés pendant une période prolongée, et qui éprouvent un ennui extrême en raison du manque d'activités ou de pairs auxquels ils pourraient s'adresser. Ils sont donc souvent confrontés à des problèmes sociaux, ce qui aggrave leur isolement. Les experts qui ont participé à l'étude menée par l'EUAA et l'EUDA ont noté qu'il existe parfois un marché ouvert de la drogue à proximité des camps, ce qui rend l'accès aux substances illicites encore plus facile.



Pays-Bas – séances de motivation pendant le ramadan



Pour les jeunes musulmans, le ramadan est une période de jeûne et un moment où il faut faire preuve de patience, d'humilité et de spiritualité, garder des pensées pures et prendre le temps de réfléchir. Durant cette période, ils ne consomment ni alcool ni drogues. Il s'agit donc du moment idéal pour discuter de la fonction et du rôle que joue la consommation de substances dans la vie de nombreux jeunes. Pendant le ramadan, les jeunes se réunissent donc chaque semaine pour discuter. Les séances ont lieu en fin de journée et se terminent par un iftar (le repas qui rompt traditionnellement le jeûne après le coucher du soleil). L'objectif de ces séances est de renforcer la motivation interne à changer de comportement en:

- sensibilisant les jeunes à leurs propres talents, ambitions et objectifs;
- demandant aux jeunes d'explorer leurs propres valeurs;
- aidant les jeunes à prendre conscience de l'écart entre leur comportement actuel et leurs ambitions ultimes.

À l'issue de la dernière session, les jeunes intéressés ont la possibilité de se lancer dans un parcours individuel. Ce programme a été lancé à l'initiative de l'organisation Nidos et est mis en œuvre en collaboration avec l'agence néerlandaise pour l'accueil des demandeurs d'asile.



Afin d'apprendre à interagir de manière plus constructive avec les demandeurs, les intervenants de première ligne peuvent bénéficier d'une formation supplémentaire, par exemple en matière d'entretiens motivationnels et de travail axé sur les solutions.

La coordination avec les structures locales de prise en charge (services de désintoxication) et la mise à disposition d'interprètes et de médiateurs culturels possédant les compétences culturelles nécessaires peuvent faciliter les interactions avec les personnes dans le besoin. Il est particulièrement utile d'investir dans l'élaboration de programmes d'intervention à court terme pour les mineurs non accompagnés susceptibles de présenter un problème de toxicomanie. Ces programmes semblent particulièrement prometteurs lorsqu'ils sont fondés sur la thérapie cognitivo-comportementale, les techniques d'entretien motivationnel et les traitements axés sur les solutions.



- Le vade-mecum de l'EUDA rassemble des outils et des ressources utiles pour toute personne concernée par l'élaboration de décisions, d'avis et de politiques concernant la prévention scientifique de la toxicomanie en Europe ⁽⁶⁴⁾. **Plus particulièrement, ce vade-mecum précise que** «la prévention est davantage une question de développement positif de l'enfant et de l'adolescent qu'une tentative de dissuader ces derniers de consommer des drogues».
- Le manuel du Conseil de l'Europe ⁽⁶⁵⁾ vise à fournir «aux praticiens l'éclairage et les ressources dont ils ont besoin pour répondre aux besoins des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées dans le contexte des troubles liés à la consommation de substances». Voir plus précisément le chapitre 4 consacré à la prévention.
- Les travaux sur les familles fortes menés en premier lieu par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'université de Manchester ⁽⁶⁶⁾, qui s'intéressent principalement au soutien apporté aux personnes concernées et à leurs parents.
- Le centre d'expertise flamand sur l'alcool, les drogues illégales, les médicaments psychoactifs, les jeux d'argent et de hasard ⁽⁶⁷⁾ a mis au point plusieurs outils importants pour soutenir les intervenants dans des contextes de toxicomanie.
- **Partie III — vade-mecum**, section «Demandeurs vulnérables et toxicomanie».

Enfin, l'approche adoptée par les hauts responsables des structures d'accueil vis-à-vis de la consommation de substances est primordiale. Il existe une différence entre aborder la question de la toxicomanie par la réduction des risques de ce type de comportements chez les personnes accueillies grâce à un solide système intégré de services de santé mentale et de soutien psychosocial en vue d'apporter une aide, et indiquer simplement que les drogues sont interdites dans la structure d'accueil en mettant en place un système de sanctions. Si, dans certaines situations présentant un danger individuel et/ou collectif, il est nécessaire de fixer des limites, dans la plupart des cas, il est essentiel d'adopter une approche fondée sur les besoins, centrée sur le demandeur et proposant des réponses adaptées à la personne concernée.

⁽⁶⁴⁾ EUDA, «[Prevention toolkit](#)» (Vade-mecum de prévention), actualisé le 28 mars 2023.

⁽⁶⁵⁾ Conseil de l'Europe, *Réponses interculturelles aux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées — Manuel à l'usage des professionnels travaillant avec les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées dans le domaine des addictions*, 2022.

⁽⁶⁶⁾ ONUDC et université de Manchester, *Care for Your Child in Crisis Situations* (Prendre soin de son enfant en situation de crise), 2020.

⁽⁶⁷⁾ Centre d'expertise flamand sur l'alcool et les autres drogues (VAD), «[Working on Alcohol and Drugs with Asylum Seekers and Refugees](#)» (Travail sur l'alcool et les drogues avec les réfugiés et les demandeurs d'asile), 7 mars 2019 (en néerlandais).

Victimes de torture

Les personnes intervenant en première ligne associent souvent la torture et les autres formes de punitions ou de traitements inhumains ou dégradants à des douleurs physiques intenses et à des blessures visibles graves. Cependant, les tortures et les abus psychologiques tels que l'humiliation, la privation de sommeil, l'exposition à des exécutions simulées ou réelles et d'autres atrocités laissent des cicatrices émotionnelles. Si les effets de ces actes de torture et de ces mauvais traitements ne sont pas pris en charge par des soins de réadaptation, ils peuvent avoir des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale et sur le bien-être des victimes. Les séquelles de la torture n'influencent pas seulement la santé physique et mentale des victimes, mais peuvent également affecter les membres de leur famille. Ces répercussions peuvent entraîner des mécanismes d'adaptation négatifs tant chez l'individu que dans sa famille et limiter leur potentiel de rétablissement.

Le tableau ci-dessous résume certains des signes potentiels et des effets de la torture sur les individus ⁽⁶⁸⁾.

Symptômes courants chez les victimes de torture	
Psychologiques	Symptômes tels que flash-back, cauchemars, anxiété, insomnie, fatigue, diminution de l'estime de soi et culpabilité du survivant; troubles psychiatriques tels que dépression et état de stress post-traumatique. Particulièrement importante dans le contexte de la torture sexuelle, la nudité forcée affecte gravement la santé mentale, étant donné qu'une personne n'est jamais aussi vulnérable et impuissante que lorsqu'elle est nue. Les menaces de perte de masculinité et de perte de respect dans la société qui en découlent peuvent déclencher de l'anxiété. Les risques de grossesse ou la crainte de la stigmatisation sociale liée à la perte de la virginité peuvent également être prépondérants pour les femmes ⁽⁶⁹⁾.
Sociaux et comportementaux	• Difficultés dans les interactions sociales. • Perturbations des relations conjugales et familiales. • Incapacité à faire confiance. • Isolement.
Physiques	Les signes comprennent «des cicatrices, des maux de tête, des douleurs musculosquelettiques, des douleurs aux pieds, une perte auditive, des douleurs dentaires, des troubles visuels, des douleurs abdominales, des problèmes cardiovasculaires/respiratoires, des troubles sexuels, une invalidité chronique, des lésions ligamentaires, des lésions neurologiques» ⁽⁷⁰⁾ et des maladies sexuellement transmissibles.
Cognitifs	Pensées ou souvenirs intrusifs liés à l'acte de torture, difficultés de concentration, confusion, désorientation et troubles ou pertes de mémoire.

⁽⁶⁸⁾ Centre des victimes de torture, «[Effects of torture](#)» (Les effets de la torture), 25 août 2023.

⁽⁶⁹⁾ Bureau du Représentant spécial et Coordinateur pour la lutte contre le trafic des êtres humains, [Trafficking in Human Beings Amounting to Torture and Other Forms of Ill-treatment](#) (La traite des êtres humains: torture et autres formes de mauvais traitements), Hors-série n° 5, 2013.

⁽⁷⁰⁾ Centre des victimes de torture, «[Effects of torture](#)» (Les effets de la torture), 25 août 2023.



Organiser le soutien aux victimes de torture

Un rapport cartographique compilé par l'EUAa sur les victimes de torture ⁽⁷¹⁾ suggère que les demandeurs et les victimes de torture ont tendance à divulguer leurs expériences et leurs besoins relativement tard, voire pas du tout. Cette divulgation n'intervient souvent qu'au moment de l'entretien individuel dans le cadre de la procédure d'asile.

Il est important de pratiquer la **psychoéducation** et de fournir en temps utile des **informations pertinentes** sur la manière d'accéder à des services spécialisés, y compris de réadaptation. Qui plus est, une approche humaine et empathique au cours de la procédure d'examen, notamment pendant l'entretien individuel, peut accroître la capacité et la volonté de se manifester des victimes.

Il est important de **prévoir plusieurs moments, au cours de la procédure d'asile**, pour permettre aux victimes potentielles de torture de s'exprimer, notamment à leur arrivée. Il peut donc être utile de poser des questions susceptibles de révéler des expériences de torture lors du premier examen médical.

Si les traitements pharmacologiques, les services de réadaptation physique et la psychothérapie dans le cadre de **soins spécialisés** (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS) peuvent être utiles aux victimes, la **thérapie par le témoignage** (niveaux 2 et 3), à savoir une intervention brève conçue pour améliorer le bien-être des victimes de la torture et de la violence organisée, a également montré des résultats prometteurs. Cette thérapie permet aux victimes de partager leurs récits tout en bénéficiant d'un soutien psychothérapeutique et communautaire. Veuillez vous référer à la section [Exemples d'interventions de soutien communautaire](#).

Les soins rhumatologiques et neurologiques, avec différentes formes de prise en charge de la douleur et programmes de réadaptation, sont des exemples d'interventions médicales spécialisées à destination des **victimes de torture souffrant de douleurs chroniques** et d'autres formes spécifiques de douleur. L'efficacité de ce type de soutien est encore plus manifeste une fois qu'un **traitement combiné** (soins spécialisés et soutien communautaire) est garanti.

Il est également important et obligatoire d'informer les demandeurs et les victimes présumées de torture de la possibilité de bénéficier d'une **évaluation médico-légale** (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS) liée à l'expérience de la torture, si cela est pertinent pour l'examen de leur demande d'asile. La confidentialité et l'empathie sont essentielles dans le cadre de la prise en charge de ces demandeurs. Pour plus d'informations, veuillez consulter la version révisée du **protocole d'Istanbul** ⁽⁷²⁾.

Il peut être utile de **désigner**, au sein d'une administration, des **personnes de contact formées** et spécialisées dans le domaine de la torture, afin qu'elles mettent en place le suivi opportun et pertinent des victimes présentant des besoins particuliers. Cela vaut aussi bien pour les structures d'accueil que pour les autorités responsables de la détermination dans le contexte de l'entretien individuel.

⁽⁷¹⁾ EUAA, *Victims of torture — Identification, Support and Examination of Claims* (Victimes de torture — Identification, soutien et examen des demandes), mars 2023.

⁽⁷²⁾ HCDH, *Protocole d'Istanbul — Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, série sur la formation professionnelle n° 8/Rév. 2*, 2022.



Les demandeurs qui consultent pour bénéficier de **soins rhumatologiques** ⁽⁷³⁾ souffrent souvent de douleurs rachidiennes et il a été observé que bon nombre d'entre eux ont des antécédents de torture. Il est alors essentiel de résoudre les problèmes émotionnels avant d'aborder les objectifs physiques dans le cadre de leur réadaptation.

Les programmes de réadaptation fondés sur la psychologie, notamment les **techniques de relaxation**, ont donné des **résultats positifs** en ce qui concerne le traitement des douleurs persistantes, l'amélioration de la fonction et la réduction de la détresse et de l'anxiété. La mise en place d'une approche globale de réadaptation est également essentielle pour réduire le risque d'automédication (par exemple, l'utilisation du Tramadol), qui est un phénomène problématique signalé par les experts dans certains pays de l'UE+. Le cas échéant, l'implication des membres de la famille de la victime de torture peut contribuer à renforcer les liens familiaux, à réduire la stigmatisation et à favoriser le rétablissement. Si le soutien médical assorti de services de SMSPS aux victimes de torture est essentiel à leur rétablissement, l'obligation de rendre des comptes et la justice sont tout aussi importantes pour faciliter leur réadaptation.

Considérations importantes relatives aux enfants

La torture est souvent évoquée en lien avec des demandeurs de protection internationale adultes, mais les enfants peuvent également être concernés. Ces derniers peuvent en faire l'expérience soit directement, lorsque des tortures leur ont été infligées, soit indirectement, lorsqu'ils ont été contraints d'assister à des actes de torture infligés à des membres de leur famille. Ces actes peuvent perturber le développement des enfants, non seulement sur le plan psychologique et émotionnel, mais aussi sur le plan physique et social. Les répercussions et les réactions peuvent varier en fonction de l'âge de l'enfant, de ses aptitudes cognitives, de son environnement et de la durée de l'exposition.

Il est possible que les enfants n'en aient pas gardé de souvenirs, mais qu'ils présentent des signes d'anxiété, d'irritabilité ou de méfiance. Les enfants peuvent également développer des symptômes d'état post-traumatique de la même manière que les adultes. Les adolescents peuvent avoir du mal à gérer leurs émotions et leurs pensées et présenter des problèmes relationnels et comportementaux. Ils peuvent aussi régresser ⁽⁷⁴⁾ vers des niveaux de développement antérieurs et perdre des aptitudes précédemment acquises (situation d'énurésie, par exemple).

Les enfants qui présentent des symptômes alarmants indiquant qu'ils ont été directement ou indirectement victimes de torture doivent être orientés vers des services de soutien spécialisés, évalués et pris en charge par des professionnels de la santé mentale qualifiés. Les membres de la famille en qui ils ont confiance doivent être associés autant que possible au processus et bénéficier d'un accompagnement parental. Les interventions doivent être amorcées le plus tôt possible afin de renforcer la résilience de l'enfant et afin d'éviter que les effets du traumatisme ne s'aggravent ⁽⁷⁵⁾.



- European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture (réseau européen de réadaptation des survivants de torture), *Refugee Survivors of Torture in Europe — Towards Positive Public Policy and Health Outcomes* (Réfugiés survivants de tortures en Europe — Vers des politiques publiques et des résultats positifs en matière de santé), 2018.
- EUAA, *Victims of Torture — Identification, Support and Examination of Claims* (Victimes de torture — Identification, soutien et examen des demandes), mars 2023.
- Réseau européen des migrations, *Question Ad Hoc sur les pratiques et les défis liés à l'identification des victimes de torture et de mauvais traitements dans le contexte de la protection internationale et temporaire*, 2023.
- Pour plus d'informations sur la prise en charge globale des victimes de torture, vous référer à la *Strategy 2022-2025* (Stratégie 2022-2025) du Conseil international de réhabilitation pour les victimes de la torture, 2021.

⁽⁷³⁾ Frank, A. O., De Souza, L. H., et Frank, C. A., «*Neck Pain and Disability: a Cross-sectional Survey of the Demographic and Clinical Characteristics of Neck Pain Seen in a Rheumatology Clinic*» (Douleurs cervicales et handicap: étude transversale et caractéristiques cliniques et démographiques des cervicalgies observées dans une clinique de rhumatologie), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, p. 173-182, 2005.

⁽⁷⁴⁾ Unicef, *Psychological First Aid for Children, Adolescents and Families Experiencing Trauma — a Guide for First Responders* (Premiers secours psychologiques destinés aux enfants, adolescents et familles présentant des traumatismes — Une guide à l'intention des premiers intervenants), 2021.

⁽⁷⁵⁾ HCDH, *How Can Children Survive Torture?* (Comment les enfants peuvent-ils survivre à la torture?), 2016.

Demandeurs ayant des pensées suicidaires

Dans certaines recherches ⁽⁷⁶⁾, le terme «désespoir léthal» a été utilisé pour décrire «le risque accru de suicide chez [les demandeurs] en raison d'un accès limité aux services généraux, au soutien financier, à des soins de santé sûrs sur le plan culturel et aux droits au travail» ⁽⁷⁷⁾. Ces recherches ont mis en évidence la nécessité d'une véritable approche de santé publique pour lutter contre la détresse et les tendances suicidaires chez les demandeurs, en mettant l'accent sur le soutien immédiat des professionnels de la santé mentale et, le cas échéant, en facilitant la réussite de la réinstallation. Le suicide et l'automutilation sont également fréquents chez les demandeurs de protection internationale et les autres ressortissants de pays tiers qui attendent d'être expulsés. Pour atténuer le risque d'autodestruction, notamment celui des pensées suicidaires, il est utile de procéder à un dépistage des risques de suicide.



Quels sont les signes d'avertissement des pensées suicidaires?

Les personnes qui travaillent avec des demandeurs en première ligne doivent prêter attention aux signes d'avertissement suivants, présentés dans une liste non exhaustive.

Signes d'avertissement pouvant indiquer des tendances suicidaires

- **Évocations du suicide** et déclarations telles que «Je vais me tuer», «J'aimerais être mort» ou «J'aimerais ne pas être né», susceptibles d'indiquer que le demandeur pourrait avoir l'intention de se faire du mal. Il convient de prendre ce type de déclarations au sérieux.
- **Perte d'espoir** vis-à-vis de la situation de la personne concernée (attente d'une décision en ce qui concerne la demande de protection internationale) et volonté accrue de consommer des substances (principalement de l'alcool/du cannabis).
- **Accumulation de comprimés**, stockage de lames de rasage, intérêt pour d'autres armes (couteaux, pistolets, etc.) et tentative de s'en procurer.
- **Retrait et distanciation** par rapport aux amis, à la famille et à d'autres contacts sociaux et interruption des loisirs, etc.
- Augmentation des **sauts d'humeur**, des hauts et des bas extrêmes, adoption de comportements à risque et tendances générales à l'automutilation.
- **Préoccupations liées à la mort** et/ou à la violence.
- **Modification des habitudes alimentaires et de sommeil**, tels que pertes d'appétit et manque général de sommeil.
- Évocation de la **rédaction d'un testament** ou de la vente/du don des quelques biens possédés.
- **Changement** dans la façon de dialoguer avec les autres et changement de personnalité.
- Affirmation selon laquelle **plus personne n'aura bientôt à se soucier** de s'occuper d'eux et adieux à la famille et aux amis ⁽⁷⁸⁾.

⁽⁷⁶⁾ Procter, N. G., Kenny, A. M., Eaton, H., et Grech, C., «[Lethal Hopelessness: Understanding and Responding to Asylum Seeker Distress and Mental Deterioration](#)» (Désespoir léthal: comprendre et répondre à la détresse et à la détérioration mentale des demandeurs d'asile), *International Journal of Mental Health Nursing*, 2017.

⁽⁷⁷⁾ Laughton, F., [About Suicide Screening, Referral, and Imminent Harm in Washington State, 3 Units \(325\)](#) [À propos du dépistage des comportements suicidaires, de l'orientation et du danger imminent dans l'État de Washington, 3 unités (325)], 2024, p. 13 citant Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A., et Fitzpatrick, S., «Preventing Suicide in Refugees and Asylum Seekers: A Rapid Literature Review Examining the Role of Suicide Prevention Training for Health and Support Staff» (Prévenir le suicide des réfugiés et des demandeurs d'asile: rapide passage en revue de la littérature pour examiner le rôle de la formation du personnel de santé et de soutien à la prévention du suicide), *International Journal of Mental Health Systems* 16, 24, 2022.

⁽⁷⁸⁾ Adapté des informations fournies par la Mayo Clinic, «[Suicide: What To Do When Someone Is Thinking about Suicide](#)» (Suicide: que faire quand quelqu'un pense au suicide?), 12 août 2023.

Organiser le soutien aux demandeurs ayant des idées suicidaires

De manière générale, il est prouvé que les **pratiques d'intervention précoce** peuvent contribuer à **prévenir les maladies mentales et le suicide** chez les demandeurs ⁽⁷⁹⁾.

Par conséquent, le fait d'associer **tous** les demandeurs dès que possible et de manière stratégique tout au long du parcours d'asile et d'accueil à des activités communautaires (voir section **Exemples d'interventions de soutien communautaire** du présent guide et niveau 2 de la pyramide de la SMSPS) peut favoriser la résilience. Afin de réduire le stress psychologique et le risque de suicide chez les demandeurs, fournissez-leur des **informations** sur les services à leur disposition, mais aussi sur des sujets qui peuvent leur faciliter la vie dans leur nouvel environnement, par exemple des informations sur la culture, les valeurs et les comportements à adopter dans un pays d'accueil donné, etc. Les compétences culturelles sont importantes pour que les demandeurs se sentent prêts et plus à l'aise pour entamer un processus d'intégration et s'adapter à leur nouvel environnement.

En parallèle, **les agents travaillant en première ligne** doivent également être habilités et équipés pour:

- repérer certains des signes d'avertissement (voir ci-dessus);
- être capable de prodiguer les premiers secours psychologiques;
- fournir des informations précises sur les services vers lesquels orienter les demandeurs ayant besoin d'aide;
- accéder à des informations sur les partenaires de référence susceptibles d'assurer un soutien plus ciblé ou spécialisé (niveaux 3 et 4 de la pyramide de la SMSPS) à un demandeur en situation de crise.

Les éléments suivants sont également importants.

- La formation à la prévention du suicide s'est révélée prometteuse pour améliorer la capacité à comprendre, à discerner et à gérer les tendances suicidaires chez les demandeurs ayant des pensées suicidaires ou présentant une détresse psychologique ⁽⁸⁰⁾.
- La formation de sentinelles ⁽⁸¹⁾ fait partie intégrante des approches globales de prévention du suicide et s'est avérée efficace dans d'autres groupes de population.
- La présence de spécialistes formés aux interventions de prévention du suicide ⁽⁸²⁾ permet de réduire les tendances suicidaires chez les personnes en détresse. Cette formation doit mettre l'accent sur l'adéquation culturelle, le recours à des services d'interprétation et les avantages de l'intégration de services et de groupes culturels ou spirituels aux côtés des services médicaux et psychologiques classiques afin d'aborder efficacement la prévention du suicide.
- Il sera important que le personnel de soutien utilise un langage sensible et mette en pratique des compétences culturelles.
- L'intégration d'études de cas réels et de jeux de rôle dans la formation à la prévention du suicide du personnel de santé travaillant avec les demandeurs d'asile peut renforcer leur confiance et leur capacité à faire face à la détresse suicidaire. Dans les centres d'accueil, la présence de professionnels de la santé et d'autres membres du personnel de soutien en contact étroit avec les demandeurs peut contribuer à la prévention des incidents grâce à la détection précoce des signes de tendances suicidaires.
- S'il est essentiel de préparer les agents de première ligne aux incidents critiques ⁽⁸³⁾ et à la gestion de ces incidents, y compris le suicide, la sensibilisation à l'importance de rester réaliste et au fait que tous les demandeurs qui pourraient avoir des pensées suicidaires ne peuvent pas être «sauvés» peut réduire le stress chez les intervenants de première ligne.



- HCR, *Planification de la prévention et de la réduction des risques de suicide dans les contextes de réfugiés*, version destinée aux essais sur le terrain, 2023.
- CPI, *La lutte contre le suicide dans les contextes humanitaires*, 2022.
- Pour de plus amples informations sur les demandeurs et le risque de suicide, voir **partie III — vade-mecum**.

⁽⁷⁹⁾ Robinson, J., «[Early Intervention and Suicide Prevention](#)» (Intervention et prévention du suicide précoces), *Early Intervention in Psychiatry*, 2008, vol. 2, n° 3, p. 119-211; Weine, S. M., «[Developing Preventive Mental Health Interventions for Refugee Families in Resettlement](#)» (Élaborer des interventions préventives en matière de santé mentale pour les familles de réfugiés en cours de réinstallation), *Family Process*, 2011, vol. 50, n° 3, p. 410-430.

⁽⁸⁰⁾ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L., e.a., [Suicide Prevention Training — Improving the Attitudes and Confidence of Rural Australian Health and Human Service Professionals](#) (Formation à la prévention du suicide — Améliorer les comportements et la confiance des professionnels des services sociaux et de santé dans l'Australie rurale), *National Library of Medicine*, 2018.

⁽⁸¹⁾ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., e.a., «[Brief Gatekeeper Training for Suicide Prevention in an Ethnic Minority Population: a Controlled Intervention](#)» (Brève formation de sentinelles en matière de prévention du suicide dans une population ethnique minoritaire: une intervention contrôlée), *BMC Psychiatry*, vol 16, 2016, p. 1-9.

⁽⁸²⁾ Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A., et Fitzpatrick, S., [Preventing Suicide in Refugees and Asylum Seekers: a Rapid Literature Review Examining the Role of Suicide Prevention Training for Health and Support Staff](#) (Prévenir le suicide des réfugiés et des demandeurs d'asile: rapide passage en revue de la littérature pour examiner le rôle de la formation du personnel de santé et de soutien à la prévention du suicide), *International Journal of Mental Health Systems* 16, 24, 2022.

⁽⁸³⁾ EUAA, [Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception — A mapping of practices](#) (Gestion des incidents critiques dans le domaine de l'asile et de l'accueil — Recensement des pratiques), 2022.



Demandeurs et violence de genre

L'OMS estime qu'«au niveau mondial, près du tiers (30 %) des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie»⁽⁸⁴⁾. Les femmes ne sont pas les seules à être exposées à ce risque; puisque les enfants et les personnes ayant des OSIGEGCS différentes, les hommes ou les personnes vivant avec un handicap physique ou cognitif peuvent l'être aussi.

Le CPI définit la violence de genre comme suit:

terme générique décrivant les actes préjudiciables commis contre le gré de quelqu'un en se fondant sur les différences établies par la société entre les hommes et les femmes (le genre). Sont concernés tous les actes causant un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, la menace de tels actes, la contrainte et d'autres privations de liberté, que ce soit dans la sphère publique ou dans la sphère privée⁽⁸⁵⁾.

La violence de genre est un problème général, mais, dans un contexte de guerre, d'insécurité prolongée, de catastrophe naturelle ou de déplacement forcé, les populations touchées sont exposées à un risque accru. Certains groupes de demandeurs de protection internationale, dont le statut juridique est incertain, qui sont dépendants en raison d'un manque de moyens financiers, de compétences linguistiques ou de besoins particuliers, peuvent toutefois se trouver en situation de désavantage.

Les cinq principaux types de violence de genre⁽⁸⁶⁾ sont les suivants: la violence physique, la violence psychologique, la violence sexuelle, la violence socio-économique et la violence verbale (y compris les discours de haine).

Incidences des différents types de violence de genre sur l'individu	
Psychologiques	Symptômes tels que l'anxiété, les flash-back/cauchemars, les sentiments extrêmes de culpabilité et de honte et les tendances suicidaires. Troubles psychiatriques comme la dépression, l'état de stress post-traumatique et la consommation abusive d'alcool et de drogues.
Sociales et comportementales	• Perturbations dans les relations conjugales et familiales et/ou isolement de la famille/de la communauté, en particulier lorsqu'une femme tombe enceinte à la suite d'un viol; la perte de la virginité peut être une raison supplémentaire d'ostracisme. • Mariage forcé avec la personne qui a perpétré les violences sexuelles, ce qui peut entraîner la poursuite des violences domestiques à l'arrivée en Europe. • Incapacité à faire confiance. • Promiscuité. • Autodestruction. • Isolement.
Physiques	Grossesses non désirées, complications liées à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, troubles de l'excitation sexuelle chez la femme ou impuissance chez l'homme et infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, mais aussi répercussions sur les systèmes neurologique, gastro-intestinal, musculaire, urinaire et reproducteur, troubles de l'alimentation, automutilation (scarification).
Cognitives	Difficultés de concentration, confusion et perte de mémoire.
Préoccupations liées aux victimes de traite des êtres humains	• Discrétion et réticence à parler de soi ou de ses besoins par crainte de représailles. • Forte dépendance à l'égard de certaines personnes, réticence à prendre ses propres décisions. • Présence de tatouages de gangs ou tentatives pour les dissimuler. • Possession d'articles onéreux tels que des téléphones portables ou des vêtements. • Les enfants demandeurs peuvent prétendre être plus âgés qu'ils ne le sont.

⁽⁸⁴⁾ OMS, *Violence à l'égard des femmes*, 2024.

⁽⁸⁵⁾ CPI, *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire — Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement*, Global Protection Cluster, 2015, p. 5.

⁽⁸⁶⁾ Conseil de l'Europe, «*Les types de violence fondée sur le genre*», site web international du Conseil de l'Europe, consulté le 30 août 2024.

Organiser le soutien aux demandeurs victimes de violence de genre

Il faudra du temps aux demandeurs pour faire part de leurs expériences de violence de genre, en particulier lorsqu'elles sont le fait de membres de la famille ou de partenaires et lorsque des violences sexuelles ont été perpétrées. Il est essentiel d'investir et de prévoir du temps pour établir des relations et instaurer la confiance.

Pour certains demandeurs, la violence, l'exploitation et les abus dont ils ont été victimes dans leur pays d'origine peuvent avoir été la raison de leur départ et de leur tentative de trouver refuge en Europe. Ces expériences pourraient constituer l'élément principal de leur demande de protection internationale. Un soutien psychologique pour faire face à ces expériences passées peut s'avérer essentiel pour certains. D'autres pourraient avoir subi des actes de violence de genre pendant le transit et/ou dans les pays d'accueil, ce qui nécessitera également une attention et un soutien. Les types d'interventions nécessaires peuvent s'avérer différents (par exemple, une personne qui a été violée dans un centre d'accueil aura besoin d'un suivi médical immédiat et de l'intervention des forces de l'ordre).

Les intervenants de première ligne désignés pour agir en priorité sur les violences de genre doivent se familiariser avec les informations concernant les pays d'origine et de transit des populations avec lesquelles ils travaillent. Cela les aidera à comprendre si, dans ce(s) pays :

- les violences sexuelles et de genre sont courantes;
- la violence due à un conflit armé est répandue.

Il peut être utile de poser des questions plus ciblées et de soutenir le demandeur de manière sensible. Une telle approche peut se révéler plus efficace, même à un stade précoce du parcours d'asile. Ces connaissances pourront également servir dans le cadre du soutien apporté par les personnes qui travaillent avec les autorités responsables de la détermination⁽⁸⁷⁾.

Lorsque des services d'interprétation sont nécessaires, proposer un choix est toujours une bonne pratique, quelle que soit la vulnérabilité ou quel que soit l'éventuel besoin particulier, mais c'est particulièrement vital en cas de suspicion d'expériences de violence sexuelle.

Éléments supplémentaires à prendre en considération

- La **psychoéducation** et la mise à disposition d'informations pertinentes sur l'importance de la divulgation sont essentielles pour garantir la mise en place de soins médicaux et psychologiques adaptés, surtout lorsqu'une infraction sexuelle a été commise dans le pays d'accueil et que la victime pourrait encore bénéficier d'une prophylaxie post-exposition ou de la pilule du lendemain pour éviter une grossesse, qui doivent toutes deux être administrées dans les 72 heures suivant l'agression.
- Une approche humaine centrée sur les victimes/survivants⁽⁸⁸⁾ et garantissant la confidentialité incitera les personnes concernées à s'exprimer.
- Un **suivi médical** par un spécialiste pour examiner les conséquences physiques et psychiatriques potentielles (gynécologue, pédiatre, urologue, psychiatre ou psychologue clinicien) et, en fonction des besoins et du contexte, une psychothérapie individuelle (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS) peuvent être nécessaires pour apporter un soutien global aux personnes ayant subi des violences sexuelles.
- Les **séances de thérapie de groupe** (niveau 3 de la pyramide de la SMSPS) peuvent aider les survivants à réaliser qu'ils ne sont pas les seuls à vivre de telles expériences et qu'il est possible d'espérer aller de l'avant après une telle expérience.
- Les **efforts déployés par la communauté** (niveau 2 de la pyramide de la SMSPS), tels que les exercices de relaxation ou les activités créatives, peuvent favoriser le rétablissement.
- La **création d'espaces sûrs**⁽⁸⁹⁾ ⁽⁹⁰⁾ pour les femmes et les filles, leur permettant de se rencontrer, d'échanger, de créer des liens et de recevoir des conseils, est une piste à explorer si nécessaire.
- La mise en relation des victimes/survivants avec des **conseils/services juridiques** est un autre élément essentiel.
- L'accès garanti à **un abri ou à un refuge**, qui puisse tenir compte des besoins des différents groupes de victimes de violence de genre (femmes seules, femmes avec enfants, demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses), est nécessaire en cas de besoin.

Le travail avec les victimes de violence de genre repose sur les principes directeurs suivants: le respect, la non-discrimination, l'autodétermination et la dignité, la confidentialité, la sûreté et la sécurité. Il est important de disposer d'agents de police bien formés susceptibles d'apporter un soutien aux victimes de violence de genre. La confiance dans les autorités, et en particulier dans la police, peut être un sujet de préoccupation pour les victimes/survivants⁽⁹¹⁾. Voir directives du CPI pour de plus amples informations sur l'intégration des interventions contre la violence de genre dans l'action humanitaire⁽⁹²⁾.

⁽⁸⁷⁾ Cour de justice de l'Union européenne, arrêt du 20 avril 2023, [WS/Intervyuirasht organ na Darzhavna agentsia za bezhantsite pri Ministerskia savet, en présence de Predstavitelstvo na Varhovnia komisar na Organizatsiyata na obedinenite natsii za bezhantsite/Bulgarie](#), C-621/21, EU:C:2023:314.

⁽⁸⁸⁾ CPI, *Définition et principes d'une approche centrée sur les victimes/survivantes, tels qu'établis par le Comité Permanent Interorganisations*, 2023.

⁽⁸⁹⁾ EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Vade-mecum pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, 2024, sections «Travailler avec des demandeurs vulnérables» et «Espaces adaptés aux enfants et espaces sûrs pour les femmes et les filles».

⁽⁹⁰⁾ EUAA, *Protecting Women and Girls in the Asylum Procedure* (Protéger les femmes et les filles dans le cadre des procédures d'asile), fiche d'information n° 24, juin 2024.

⁽⁹¹⁾ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Une protection et un soutien accrus sont nécessaires pour les victimes de la criminalité dans toute l'Europe*, 2023.

⁽⁹²⁾ CPI, *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire — Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement*, 2015.



Belgique ↙

On estime que 58 % des femmes migrantes arrivant en Europe et environ 38 % des hommes migrants ont subi des violences ⁽⁹³⁾. Il est donc important d'adopter une approche intégrée et holistique allant de la détection des besoins à la prestation de services, en mettant en place une véritable gestion des cas individuels. Les soins peuvent comprendre des soins médico-légaux, médicaux et psychologiques. Un projet a été élaboré et mis en œuvre pour promouvoir une prise en charge globale et inclusive des migrants victimes de violences sexuelles (INHeRE).

Le projet INHeRE ⁽⁹⁴⁾ lié à l'ICRH Belgium (centre international pour la santé reproductive, Belgique), un institut de recherche pluridisciplinaire au sein de l'université de Gand, a permis de mettre au point des outils utiles ⁽⁹⁵⁾.



Suède ↙

L'Office suédois des migrations fait partie du forum de collaboration appelé «organe de soutien méthodologique national à la lutte contre la prostitution et la traite des êtres humains» ⁽⁹⁶⁾, coordonné par l'Agence suédoise pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Le soutien méthodologique est une ressource stratégique de développement et de rationalisation de la collaboration visant à lutter contre la traite des êtres humains. La traite des êtres humains à des fins sexuelles, le prélèvement d'organes, le service de guerre, le travail forcé ou d'autres activités qui placent les personnes en situation de vulnérabilité en sont des exemples. Les autorités collaborant dans ce cadre sont l'Agence suédoise pour l'égalité entre les femmes et les hommes, l'Office suédois des migrations, l'autorité de police suédoise, les services sociaux municipaux et le ministère public suédois.

⁽⁹³⁾ Centre international pour la santé reproductive Belgique, *Inclusive Holistic Care for Migrant Victims of Sexual Violence* (Prise en charge globale et inclusive des migrants victimes de violences sexuelles), 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2021.

⁽⁹⁴⁾ Le projet INHeRE a été mis en œuvre entre le 1^{er} novembre 2019 et le 31 octobre 2021. Il a permis de créer plusieurs outils destinés à aider les agents de première ligne à fournir des soins et visait notamment la prise en charge des demandeurs victimes de traite des êtres humains, des personnes présentant des OSIGEGCS diverses et des victimes de violences sexuelles. ICRH Belgium, «*Inclusive Holistic Care for Migrant Victims of Sexual Violence (INHeRE)*» (Prise en charge globale et inclusive des migrants victimes de violences sexuelles), site web de l'ICRH Belgium, consulté le 10 septembre 2024.

⁽⁹⁵⁾ Voir Lamonaca, S., Vanhoutte, K., Linthout, L., De Schrijver, L., Clarke, V., e.a., *Good Practice Tool for Police Hearings with Migrant, Applicant for International Protection, Refugee (MAR), Trafficked, and LGBT+ Victims of Sexual Violence* (Outil pratique destiné aux auditions par les forces de police des victimes de violences sexuelles appartenant aux catégories suivantes: migrants, demandeurs de protection internationale, réfugiés, victimes de traite des êtres humains et personnes LGBT+), 2021; Keygnaert, I., et Linthout, L., *Triage Tool for Identification, Care and Referral of Victims of Sexual Violence at European Asylum Reception and Accommodation Initiatives* (Outil de triage destiné à l'identification, aux soins et à l'orientation des victimes de violences sexuelles dans les lieux d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile en Europe), 2021; Verelst, A., Szelei, N., Clarke, V., Boychenko, O., Linthout, L., e.a., *Safe Reporting Framework for Migrant Victims of Sexual Violence* (Un cadre de signalement sûr pour les migrants victimes de violences sexuelles), 2021; PAG ASA, PAYOKE, SÜRYA, *Tu séjournes en Belgique, tu n'es pas de nationalité belge et tu te trouves dans les situations suivantes*, 2009, qui fournit des informations aux victimes présumées de traite des êtres humains; PAG-ASA est une organisation de la société civile qui vient en aide aux victimes de la traite des êtres humains. Veuillez plus particulièrement consulter la section consacrée au soutien aux victimes.

⁽⁹⁶⁾ Office suédois des migrations, «*What is the Swedish Migration Agency doing to combat abuse and crime?*» Quelles mesures l'Office national suédois des migrations prend-il pour lutter contre les abus et la criminalité?, dernière mise à jour le 14 juin 2021.



Traite des êtres humains

Si la traite des êtres humains peut toucher n'importe qui, il s'agit d'un phénomène spécifique au genre ⁽⁹⁷⁾ ⁽⁹⁸⁾ et les femmes, les hommes et les enfants en sont victimes à des fins différentes. Les principales victimes restent les femmes ⁽⁹⁹⁾ et les filles, principalement à des fins d'abus et d'exploitation sexuels et de servitude domestique. Les hommes, eux, sont principalement utilisés pour du travail forcé ou des activités criminelles ⁽¹⁰⁰⁾.

Lorsqu'un agent de première ligne soupçonne un demandeur d'être victime de persécution, il doit se mettre en rapport avec les agences de protection et les parties prenantes concernées, tout en protégeant et en veillant à préserver la sécurité de la victime. Si celle-ci consent à saisir l'unité de lutte contre la traite des êtres humains de la police, elle pourra être assistée par les agents de première ligne. La traite des êtres humains est une forme grave de criminalité qui porte atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité des personnes.

Les agents de première ligne peuvent contribuer à la sensibilisation et à l'identification opportune des victimes potentielles de la traite afin de réduire le risque que d'autres en soient victimes, y compris par voie électronique ⁽¹⁰¹⁾. L'approfondissement des connaissances dans les domaines de la criminologie, de la traite des êtres humains et de la cybersécurité peut donner aux agents les moyens de lutter efficacement contre ces problématiques des temps modernes.

Différents acteurs, institutionnels et non institutionnels, sont impliqués de différentes manières dans le processus d'identification et contribuent à la protection des victimes de traite des êtres humains en proposant des scénarios optimistes dans une **perspective multiagences et multisectorielle** ⁽¹⁰²⁾, et ce, dès le stade de la première entrée ou du suivi sur le territoire, notamment pour garantir la sécurité personnelle de la personne en prenant par ailleurs des mesures initiales de protection. L'identification des personnes victimes de traite des êtres humains est un processus unique, reposant sur diverses actions et généralement mené par différents sujets, aux fins de l'émergence progressive d'éléments/indicateurs pertinents. Deux étapes sont mises en œuvre ⁽¹⁰³⁾:

- l'identification précoce/préliminaire, qui vise une première analyse des circonstances pouvant raisonnablement laisser penser que la personne concernée est victime de traite des êtres humains ou risque de le devenir;
- l'identification formelle, effectuée par des personnes qualifiées et habilitées, qui vise à établir si la personne est une victime de la traite.

Il est essentiel de souligner que le fait d'être victime de traite des êtres humains ne saurait priver une personne de son droit à demander l'asile. Une victime de traite des êtres humains peut avoir un motif valable de demande d'asile. Les ressortissants de pays tiers bénéficient d'un délai de réflexion ⁽¹⁰⁴⁾ pour leur laisser le temps de se rétablir et d'échapper à l'influence des auteurs des infractions. Il est important et légalement obligatoire d'accorder un délai de réflexion pour laisser le temps à la victime de se rétablir en ayant accès à des services de santé et de santé mentale et en recevant les informations et les conseils juridiques nécessaires pour prendre une décision éclairée. De manière générale, la collaboration entre les différentes entités et institutions gouvernementales pour lutter contre les crimes tels que la traite des êtres humains est primordiale.

⁽⁹⁷⁾ Conseil de l'Europe, «[La violence physique](#)», site web international du Conseil de l'Europe, consulté le 10 septembre 2024.

⁽⁹⁸⁾ Union européenne: Conseil de l'Union européenne, [décision-cadre du Conseil du 19 juillet 2002 relative à la lutte contre la traite des êtres humains \(2002/629/JAI\)](#), juillet 2002.

⁽⁹⁹⁾ Office statistique de l'Union européenne (Eurostat), «[Prevalence of Females Involved in Trafficking of Human Beings](#)» (Prévalence des femmes impliquées dans la traite des êtres humains), 2015-2022, 24 janvier 2024.

⁽¹⁰⁰⁾ Eurostat, «[10 093 registered victims of human trafficking in 2022](#)» (10 093 victimes de la traite des êtres humains enregistrées en 2022), 24 janvier 2024.

⁽¹⁰¹⁾ ONUDC, [Good Use and Abuse: The Role of Technology in Human Trafficking](#) (Utilisation à bon escient et abus: le rôle des technologies dans la traite des êtres humains), 2021.

⁽¹⁰²⁾ EUAA, [Victims of Human Trafficking in Asylum and Reception](#) (Victimes de la traite des êtres humains dans le cadre de l'asile et de l'accueil), Situational update (Point sur la situation), publication n° 21, août 2024.

⁽¹⁰³⁾ Conseil danois pour les réfugiés dans le cadre du projet Free2Link, «[Operational Tools for Prevention and Early Identification of Potential Victims of E-trafficking](#)» (Outils opérationnels de prévention et d'identification précoce des victimes potentielles de traite des êtres humains), 30 novembre 2020.

⁽¹⁰⁴⁾ [Commission européenne](#) sur le délai de réflexion.



Violence de genre

- L'outil en ligne IPSN de l'EUA⁽¹⁰⁵⁾ peut permettre d'en apprendre davantage sur les besoins particuliers de plusieurs groupes vulnérables, notamment ceux qui pourraient avoir été victimes de violences sexuelles, mais aussi les victimes de traite des êtres humains, pour ne citer qu'eux.
- Le HCR a investi beaucoup de temps et fourni de nombreux efforts pour fournir les orientations et les ressources nécessaires aux spécialistes des violences de genre ainsi qu'aux personnes ayant peu de connaissances dans ce domaine⁽¹⁰⁶⁾.
- Le CPI a investi dans l'élaboration de modules de formation sur les violences de genre⁽¹⁰⁷⁾.
- Travaux de l'OIM consacrés aux violences de genre dans les situations de crise⁽¹⁰⁸⁾.
- Global Protection Cluster et son animation⁽¹⁰⁹⁾ présentant les 16 normes minimales interagences pour la programmation sur le thème de la violence de genre dans les situations d'urgence.
- Normes élaborées par l'OMS, le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies, le plan d'urgence pour l'aide humanitaire contre le sida du président des États-Unis et le programme Johns Hopkins pour la formation internationale en gynécologie et obstétrique⁽¹¹⁰⁾.
- En ce qui concerne les mutilations génitales féminines, voir Fedasil (Belgique) et ses efforts pour évaluer les risques à cet égard et organiser au mieux les orientations pertinentes. Stratégies concertées, «Checklist avant de saisir un service spécialisé (liste non exhaustive)», 2023, disponible à l'adresse suivante: https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/2023_DE%CC%81TECTOME%CC%80TRE_FR.pdf

Traite des êtres humains

- Commission européenne et sa stratégie⁽¹¹¹⁾ de lutte contre la traite des êtres humains, qui encourage une réponse globale à ce crime tout en soulignant la dimension de genre et l'importance d'accorder de l'attention aux femmes et aux mineurs.
- Directive de l'UE relative à la lutte contre la traite des êtres humains⁽¹¹²⁾ qui établit des règles communes sur la manière de soutenir et de protéger les victimes de traite des êtres humains.
- ONUDC⁽¹¹³⁾ et son programme mondial de lutte contre la traite des êtres humains.
- OIM et ses travaux sur l'identification des victimes de la traite⁽¹¹⁴⁾.

Consultez également les publications suivantes.

- Modules d'apprentissage en ligne consacrés à la traite et à la traite en ligne des êtres humains dans le cadre d'un projet appelé Free2Link⁽¹¹⁵⁾.
- Centre fédéral Migration (Myria) et son approche pluridisciplinaire de la lutte contre la traite des êtres humains⁽¹¹⁶⁾.

Pour plus d'informations sur la SMSPS et les sujets connexes, voir également [partie I — à l'intention des hauts responsables](#), «Annexe 4 — Ressources destinées à renforcer les capacités en matière de santé mentale et de soutien psychosocial».

⁽¹⁰⁵⁾ EUA, «Outil de l'EASO pour l'identification des personnes ayant des besoins particuliers», 2016.

⁽¹⁰⁶⁾ UNHCR, *UNHCR Gender Equality Toolkit* (Guide du HCR sur l'égalité de genre), 2020.

⁽¹⁰⁷⁾ Voir [site web](#) du CPI.

⁽¹⁰⁸⁾ OIM, Département des opérations et des situations d'urgence, *Cadre institutionnel de lutte contre la violence basée sur le genre en situation de crise*, 2018.

⁽¹⁰⁹⁾ CPI, animation «*Introducing the 16 Inter-Agency Minimum Standards for GBV in Emergencies Programming*» (Présentation des 16 normes minimales interagences pour la programmation sur le thème de la violence de genre dans les situations d'urgence), 2021.

⁽¹¹⁰⁾ Jhpiego, Centre américain de contrôle et de prévention des maladies et OMS, *Gender-based Violence Facilitation Guide: Standards for the Provision of High-quality Post-violence Care in Health Facilities* (Guide de facilitation de la lutte contre les violences de genre: normes de soins postviolences de qualité dans les établissements de santé), 2022.

⁽¹¹¹⁾ Commission européenne, *Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions relative à la stratégie de l'UE visant à lutter contre la traite des êtres humains*, 2021-2025, Bruxelles, 14.4.2021, COM(2021) 171 final.

⁽¹¹²⁾ *Directive 2011/36/UE* du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2011 concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes et remplaçant la décision-cadre 2002/629/JAI du Conseil (JO L 101 du 15.4.2011).

⁽¹¹³⁾ ONUDC, *Human Trafficking Indicators* (Indicateurs en matière de traite des êtres humains), 2008; *Référentiel d'aide à la lutte contre la traite des personnes*, 2006; voir outil 7.1 sur les [indicateurs de la traite des êtres humains](#) et outil 6.4 sur le [délai de réflexion](#) pour plus d'informations.

⁽¹¹⁴⁾ OIM, *Screening Interview Form of the International Organization for Migration for the Identification of Victims of Trafficking* (Formulaire d'entretien de détection des victimes de la traite de l'OIM), 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Le projet Free2Link est financé par le programme «Droits, égalité et citoyenneté de l'Union européenne» (2014-2020) de la Commission européenne, qui peut être consulté à l'adresse suivante: <https://free2link.eu/about-the-project/>.

⁽¹¹⁶⁾ La Belgique a adopté une approche pluridisciplinaire, voir Myria — Centre fédéral Migration, «Approche multidisciplinaire», <https://www.myria.be/fr/traite/approche-multidisciplinaire>.

Demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses

Il est important de souligner que les diverses OSIGEGCS ne constituent pas une vulnérabilité ni un besoin particulier en soi. Toutefois, les demandeurs lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées et queer (LGBTIQ) sont susceptibles d'avoir des besoins particuliers découlant de leurs OSIGEGCS. Par exemple, ils peuvent avoir souffert d'ostracisme dans leur pays d'origine, ce qui les a peut-être rendus vulnérables à la violence et à l'exploitation pendant le transit. Cette vulnérabilité peut persister dans le pays d'accueil si un soutien n'est pas fourni en temps utile.

Les demandeurs d'OSIGEGCS diverses peuvent être réticents à les révéler au cours de la procédure d'enregistrement. Il est donc primordial de souligner que le respect de la vie privée et la confidentialité sont garantis tout au long de la procédure. Les demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses peuvent avoir été confrontés à des situations particulières et difficiles, par exemple: avoir quitté des pays où les relations sexuelles entre personnes consentantes du même sexe sont érigées en infraction pénale; s'être livrés à des activités sexuelles rémunérées pour gagner leur vie; avoir été exposés à la violence et à l'exploitation. Certains demandeurs LGBTIQ peuvent hésiter à révéler leurs OSIGEGCS au personnel dès leur arrivée, mais aussi plus tard au cours du séjour en centre d'accueil, par crainte de stigmatisation, de discrimination et d'abus. Ils peuvent donc aussi s'abstenir de demander des services.

Dans ce contexte, il est essentiel que les agents travaillant en première ligne aient une connaissance générale des difficultés associées à cette catégorie de demandeurs. Les autorités doivent être en mesure de leur fournir un accès sûr à des conseils et à un soutien par les pairs, par exemple en faisant appel à des bénévoles de proximité spécialisés dans les questions LGBTIQ et à des organisations de la société civile spécialisées (niveau 3 de la pyramide de la SMSPS), ainsi que de garantir l'accès à des soins spécialisés (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS) ⁽¹¹⁷⁾.



Il est possible que certains agents de première ligne aient leurs propres préjugés à l'égard de certains groupes minoritaires, par exemple, associer erronément personnes LGBTIQ et problèmes de santé mentale. Par conséquent, il est essentiel de former le personnel et les interprètes au sujet des demandeurs appartenant à un groupe minoritaire, par exemple les demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses.

Voir également EUAA, [*Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Reception*](#) (Demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Accueil), 2024.



Comment soutenir l'accès aux soins spécialisés des demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses?

Certains demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses peuvent être confrontés à une détresse psychologique en raison d'expériences d'abus, d'homophobie ou de transphobie. Des années de discrimination et d'abus peuvent entraîner une probabilité accrue de problèmes de santé mentale et un besoin de soins ciblés et spécialisés chez certains demandeurs. D'autres peuvent quant à eux présenter des vulnérabilités croisées et avoir tout autant besoin de soins médicaux.

⁽¹¹⁷⁾ HCR, [*Note d'orientation — Travailler avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexes \(LGBTIQ+\) en situations de déplacement forcé*](#), 2021.

Signes de détresse et besoins des demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses

Émotionnels	Il est possible que les demandeurs aient été confrontés et soient toujours confrontés à une détresse psychologique en raison d'expériences d'abus, d'isolement social et d'homophobie/de transphobie. Certains peuvent avoir été exposés à des tentatives de «reconversion» de la part de leurs familles et de leurs communautés, ce qui a pu les amener à remettre en question leurs OSIGEGCS. En conséquence, ils peuvent passer par des émotions telles que la colère, l'irritabilité, un niveau de stress élevé, l'anxiété, les signes de dépression, la panique, les changements d'humeur et les sentiments de culpabilité. Il est important de reconnaître et de tenir compte de ces émotions afin d'aider ces personnes à les gérer efficacement.
Comportementaux et sociaux	Certains demandeurs adoptent des comportements à risque, tels que l'abus de substances, la promiscuité, l'autodestruction (scarification et tentatives de suicide) et l'isolement social. Ces types de comportements peuvent témoigner de difficultés émotionnelles et il est important d'y remédier en apportant aux demandeurs un soutien approprié. Le sans-abrisme et la pauvreté peuvent également en être des signes.
Physiques	Parmi les exemples de signes physiques de détresse, citons la modification des habitudes de sommeil, d'éventuels troubles de l'alimentation (manque d'appétit ou suralimentation/obésité), les infections sexuellement transmissibles, par exemple le VIH ou le cancer du col de l'utérus résultant d'une infection par le papillomavirus humain. Des difficultés supplémentaires peuvent survenir chez les demandeurs ayant commencé une hormonothérapie, qui doivent être prises en considération par les personnes de soutien. Il est essentiel de reconnaître et de traiter les manifestations physiques du stress afin de favoriser le bien-être et la santé globale des individus ⁽¹¹⁸⁾ .

Apporter un soutien aux demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses

Le système d'orientation en place doit garantir l'accès à des prestataires de soins de santé qui connaissent les besoins psychologiques et sanitaires potentiels de cette catégorie de demandeurs.

Les soins médicaux tenant compte des besoins des personnes LGBTIQ peuvent par exemple comprendre les soins de transition pour les personnes transgenres, la chirurgie et l'hormonothérapie, ainsi qu'une **prise en charge médico-légale des personnes LGBTIQ** qui ont subi des violences sexuelles. Le système d'orientation et les soins doivent être accessibles aux demandeurs LGBTIQ (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS).

Bien que les demandeurs LGBTIQ ne constituent pas **en soi** un groupe ayant des besoins particuliers, ils peuvent être exposés à un risque accru de traite des êtres humains et d'exploitation sexuelle. **L'hébergement dans des refuges** et/ou la coordination avec les unités de lutte contre la traite des êtres humains et les services de santé médicale et mentale et de soutien psychosocial sont recommandés à des fins de protection, notamment de leur santé mentale.

Orientez les demandeurs qui s'identifient eux-mêmes comme LGBTIQ vers des organisations de la société civile spécialisées qui apportent un **soutien psychosocial** aux personnes ayant des OSIGEGCS diverses, ou donnez-leur des **informations** sur ces organisations (niveaux 2 et 3 de la pyramide de la SMSPS).



- Orientations de l'EUA sur les OSIGEGCS:
 - ***Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Information Note*** (Demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Note d'information), 2024;
 - ***Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Reception*** (Demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Accueil), 2024;
 - ***Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Cross-cutting Elements*** (Demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Éléments transversaux), 2024;
 - ***Applicants with Diverse Sexual Orientations, Gender Identities, Gender Expressions and Sex Characteristics — Examination Procedure*** (Demandeurs ayant des orientations sexuelles, des identités de genre, des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles diverses — Procédure d'examen), 2024.
- EUA, «**Applicants with diverse SOGIESC**» (Demandeurs ayant des OSIGEGCS diverses), informations sur le module de formation, 2023.
- HCR, ***Note d'orientation — Travailler avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexes (LGBTIQ+) en situations de déplacement forcé***, 2021.
- Open Society Foundations et PositiveNegatives, «**Born Julius and Julia**» [Né(e) Julius et Julia], bande dessinée sur les OSIGEGCS qui s'adresse aux jeunes. L'histoire montre les difficultés auxquelles les personnes intersexuées peuvent être confrontées et les raisons pour lesquelles elles peuvent être amenées à quitter leurs pays.

Besoins psychologiques des demandeurs placés en rétention

Il arrive que des demandeurs d'asile dans les pays de l'UE+ soient placés en rétention par les autorités pour différentes raisons. Cela peut être le cas pendant une certaine durée, afin de procéder à des vérifications d'identité ou de nationalité, dans le cadre de la procédure de retour ou d'une procédure de transfert transnational, ou pour des raisons de sécurité. Quel que soit le contexte, la rétention est une mesure de dernier recours et doit être aussi brève que possible. Si la rétention est souvent organisée en dehors des centres d'accueil, il existe des pays où les autorités chargées de l'accueil fournissent des services de soutien aux personnes placées dans des établissements fermés.

L'aspect le plus critique de la rétention est que, en fonction de leur situation personnelle, de la situation dans leur pays d'origine et de la route migratoire empruntée, les personnes arrivant en Europe ont souvent déjà été placées en rétention avant leur arrivée. Le fait de se retrouver dans un établissement fermé après une expérience de rétention peut avoir des effets dévastateurs sur la santé mentale et le bien-être de la personne. Dispenser des soins de santé dans les centres de rétention est donc essentiel. La situation en matière de santé mentale des personnes placées dans des établissements fermés doit faire l'objet d'évaluations en permanence. Il convient de prendre des mesures proactives pour limiter autant que possible les répercussions négatives de la rétention sur la santé mentale et le bien-être.

L'incidence du placement en rétention sur la santé mentale et le bien-être des demandeurs

Adultes

- Sentiment de désespoir.
- Sentiment accru de manque de contrôle, pouvant conduire à l'anxiété et à la dépression.
- Modification des habitudes de sommeil.
- Faible tolérance à la frustration, tendances à l'automutilation et agressivité verbale/physique envers les autres.
- Agitation, incapacité à se concentrer.
- Pensées suicidaires.
- Négligence du point de vue de l'hygiène personnelle et/ou absence de possibilités de prendre soin de soi, ce qui peut avoir une incidence sur le bien-être de la personne.

Organisation du soutien des personnes placées en rétention

Adultes

- Examinez les demandeurs placés en rétention à leur arrivée afin de déterminer leur état de santé physique et mentale et de vérifier s'ils ont besoin de soins en raison de problèmes de santé mentale et/ou d'une maladie mentale. Si des vulnérabilités sont détectées, des alternatives au placement en rétention sont recommandées.
- Formez l'ensemble du personnel en contact avec les personnes placées en rétention à la reconnaissance des principaux signes de détresse psychologique et de maladie mentale.
- Offrez aux demandeurs la possibilité d'être régulièrement informés à propos de leur demande d'asile, notamment sur les délais attendus.
- Permettez aux demandeurs d'accéder à des soins somatiques et psychiatriques en cas de besoin, y compris à des fins préventives.
- Garantisiez l'accès à des plateformes permettant de communiquer en toute sécurité avec d'autres personnes placées en rétention, ainsi qu'avec la famille ou les amis résidant à l'extérieur de l'établissement.
- Proposez un soutien psychosocial communautaire à bas seuil afin de renforcer la résilience des personnes placées en rétention et de les faire participer à des activités quotidiennes.
- Faites en sorte que les personnes placées en rétention se sentent considérées et écoutées par l'ensemble du personnel.
- Donnez aux personnes placées en rétention la possibilité de sortir quotidiennement au grand air.
- Garantisiez l'accès aux principaux intervenants tels que le HCR, des prestataires de services juridiques ou des ONG fournissant des services de santé mentale.



Placement en rétention et santé mentale et bien-être

Les enfants, et plus particulièrement les enfants non accompagnés et séparés, ne doivent, en principe, pas être placés en rétention pour des raisons liées à l'immigration, indépendamment de leur statut juridique/migratoire ou de celui de leurs parents.

Le placement en rétention d'enfants ne peut jamais être considéré comme étant dans leur intérêt supérieur⁽¹¹⁹⁾ puisqu'il a des effets dévastateurs sur le bien-être psychologique et physique des enfants. Il peut nuire à leur développement cognitif, augmenter le risque de dépression et de troubles anxieux, entraîner insomnies et cauchemars, et provoquer de l'énurésie. Des alternatives au placement en rétention, telles que les possibilités de prise en charge par la famille ou d'autres modalités de prise en charge appropriées ou d'alternatives reposant sur l'engagement, doivent donc être mises en œuvre chaque fois que cela est possible. Voir également Cour européenne des droits de l'homme (CouEDH)⁽¹²⁰⁾ et la série des notes de plaidoyer de l'équipe spéciale des Nations unies chargée de l'étude mondiale sur les enfants privés de liberté⁽¹²¹⁾.

De manière générale, si, en vertu de l'**article 5, paragraphe 1, point f), de la convention européenne des droits de l'homme**, il est possible de placer une personne en rétention afin de l'expulser ou de l'empêcher de pénétrer irrégulièrement dans le territoire, la nécessité de soutenir les personnes placées en rétention pour prévenir un mauvais état de santé doit être examinée en temps utile. En parallèle, des informations sur la durée du placement en rétention doivent être fournies.

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants considère que «la **rétention prolongée** de personnes en vertu de la législation relative aux étrangers, **sans limitation de durée** et **sans perspectives de libération précises**, pourrait aisément être considérée comme s'apparentant à un **traitement inhumain**»⁽¹²²⁾.

Veuillez également vous référer à l'ensemble minimum de services de santé mentale et soutien psychosocial, une liste de contrôle à utiliser pour une intervention efficace en cas d'urgence. Voir également section **4.2. Proposer des services SMSPS aux personnes privées de liberté** de cette liste de contrôle.

⁽¹¹⁹⁾ EASO, *Le placement en rétention des demandeurs de protection internationale dans le cadre du régime d'asile européen commun — Analyse juridique*, 2019; CouEDH, arrêt du 5 avril 2011, *Rahimi c. Grèce*, requête n° 8687/08; CouEDH, arrêt du 19 janvier 2010, *Muskhadzhiyeva et autres c. Belgique*, requête n° 41442/07; CouEDH, arrêt du 12 octobre 2006, *Mubilanzila Mayeka et Kaniki Mitunga c. Belgique*; CouEDH, arrêt du 19 janvier 2012, *Popov c. France*, paragraphes 91 et 119. La position du HCR est que la détention n'est jamais dans l'intérêt supérieur de l'enfant et que d'autres dispositifs de prise en charge adaptés doivent être mis en place. Cette position est conforme à celles qui ont été adoptées par le Comité des droits de l'enfant des Nations unies et le rapporteur spécial des Nations unies sur la torture. Voir HCR, *Position du HCR concernant la détention des enfants réfugiés et migrants dans le contexte des migrations*, division des services de la protection internationale, janvier 2017.

⁽¹²⁰⁾ Cour européenne des droits de l'homme, *Les mineurs migrants non accompagnés en détention*, fiche thématique, février 2024.

⁽¹²¹⁾ Équipe spéciale des Nations unies chargée de l'étude mondiale sur les enfants privés de liberté, *Mettre fin à la détention des enfants migrants*, note de plaidoyer, 2024.

⁽¹²²⁾ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, *Rétention des migrants*, mars 2017, p. 2 (caractères gras ajoutés).

Thérapie basée sur l'internet

Différents formats numériques de prise en charge, tels que la thérapie basée sur l'internet, sont apparus comme une solution potentielle pour résoudre le problème urgent d'accessibilité limitée aux soins des personnes en détresse, notamment les demandeurs d'asile et les réfugiés. Nombreuses sont les personnes exposées à des événements déstabilisants et traumatisants qui ne bénéficient pas, en temps opportun, de traitements fondés sur des données probantes en raison de divers obstacles (par exemple, manque de disponibilité des spécialistes, barrières linguistiques). Les dispositifs de télésanté basés sur les technologies modernes peuvent cependant contribuer à surmonter certains de ces obstacles et à fournir un accès aux soins.

La thérapie basée sur l'internet met l'accent sur la formation et l'autoassistance et peut contribuer à réduire la stigmatisation associée à la recherche de soins. Par rapport aux interventions ne s'accompagnant d'aucun soutien humain, les **interventions numériques associées à un soutien humain** contribuent non seulement à des consultations plus régulières et à un taux d'abandon de suivi plus faible, mais aussi à une diminution plus importante des symptômes. Les interventions numériques doivent compléter les contacts humains directs et non les remplacer.



Suisse

Sui SRK est une application de la Croix-Rouge suisse ⁽¹²³⁾ destinée aux réfugiés en Suisse. Elle est gratuite, disponible dans plusieurs langues et allie autoassistance sans accompagnement (S pour «Selbsthilfe»), soutien (U pour «Unterstützung») et informations (I pour «Information»). Elle permet aux demandeurs d'asile et aux réfugiés présentant ou non des problèmes de santé mentale et qui sont exposés à des facteurs de stress après leur arrivée d'accéder de manière anonyme à un soutien psychologique et psychosocial. L'objectif principal est l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être.

Cette **application s'adresse** aux demandeurs d'asile et aux réfugiés âgés de 15 ans et plus vivant en Suisse, quel que soit leur statut de résidence, et plus particulièrement aux personnes ayant un faible niveau d'instruction. L'application Sui SRK possède les caractéristiques suivantes:

- **conception axée sur l'utilisateur.** Le développement est ascendant;
- **application fondée sur des données probantes.** L'intervention repose sur des contenus et des exercices psychoéducatifs qui ont été proposés avec succès au groupe cible dans des contextes analogues;
- **sécurité.** La protection et la sécurité des données revêtent une priorité élevée;
- **flexibilité.** Le service numérique peut être mis en œuvre sous forme de service utilisé en autonomie, d'intervention autonome ou de service accompagné;
- **évolutivité.** L'intervention est modulable en fonction des différents groupes cibles et contextes à l'intérieur et à l'extérieur du pays, dans la mesure où le contenu et la structure de la plateforme sont dissociés.

L'application a été développée à partir d'un logiciel existant de la Freie Universität Berlin et compte neuf modules contenant des informations sur la Suisse (procédure d'asile, statut de résidence, regroupement familial, logement, système de soins de santé, travail/éducation, etc.). Ces modules d'information sont associés à des contenus psychoéducatifs à accès facilité et à des exercices psychologiques (ressources, exercices audio, exercices axés sur le sommeil, les douleurs chroniques et la régulation des émotions). Les utilisateurs peuvent également bénéficier d'un soutien via l'application et à la demande, grâce à une messagerie en ligne et un contact avec des pairs guides non spécialisés, qui sont eux-mêmes issus de la migration et parlent la même langue que l'utilisateur.

⁽¹²³⁾ Croix-Rouge suisse, «Appli Sui SRK», disponible à l'adresse suivante: <https://www.migesplus.ch/en/sui>.

Utilisation de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé et du bien-être



Qu'est-ce que l'intelligence artificielle?

IBM (International Business Machines) définit l'intelligence artificielle (IA) comme suit:

«L'intelligence artificielle [...] est une technologie qui permet aux ordinateurs et aux machines de simuler l'apprentissage, la compréhension, la résolution de problèmes, la prise de décision, la créativité et l'autonomie de l'être humain» ⁽¹²⁴⁾.

Selon un groupe d'experts de haut niveau travaillant pour la Commission européenne, l'IA fait référence à des systèmes, purement logiciels ou combinés à du matériel, qui sont:

conçus par des êtres humains et qui, compte tenu d'un objectif complexe, opèrent dans le monde physique ou numérique en percevant leur environnement au travers de l'acquisition de données, en interprétant les données structurées ou non structurées collectées, en raisonnant sur les connaissances dérivées de ces données et en décidant de la ou des meilleures mesures à prendre [...] pour atteindre l'objectif fixé ⁽¹²⁵⁾.

L'IA s'est taillé une place dans notre vie quotidienne (éducation, logement, recommandations de services en ligne, etc.). Les applications des systèmes d'IA sont également devenues plus courantes dans le domaine de la migration et de la prise en charge des réfugiés et de l'asile. Parmi les exemples, citons a) l'identification biométrique (reconnaissance automatisée des empreintes digitales et des visages), b) la détection des émotions, c) l'évaluation algorithmique des risques, et d) les outils d'IA de suivi, d'analyse et de prévision des migrations ⁽¹²⁶⁾.



Quels sont les avantages et les limites de l'IA dans le domaine de la santé?

Le recours à la technologie de l'IA est de plus en plus débattu dans le domaine de la santé. Certains considèrent qu'elle peut s'avérer utile lorsqu'il s'agit d'identifier ou d'évaluer des problèmes de santé mentale. Certains prestataires affirment même qu'elle «peut désormais détecter la dépression rien qu'en écoutant une personne prononcer quelques phrases» et qu'à leur surprise, «le langage employé ou les mots prononcés ne sont pas aussi importants que la manière» dont la personne s'exprime ⁽¹²⁷⁾. D'autres projets de recherche s'intéressent à l'étude de différents biomarqueurs collectés et analysés pour prédire les problèmes de santé mentale avant même que la personne n'en ait conscience ⁽¹²⁸⁾, ou au déploiement de l'IA axée sur la prévention du suicide, comme le projet STOP ⁽¹²⁹⁾. Un autre exemple est l'application Woebot ⁽¹³⁰⁾, qui met en avant le soutien à la santé mentale des adolescents. Selon ses développeurs, cette application permet de «reproduire la manière dont les cliniciens structurent une séance, en concevant des entretiens de grande qualité et en tirant avantage du dispositif familier que représente le smartphone pour inciter les adolescents à se livrer».

⁽¹²⁴⁾ Voir la définition de l'IA par IBM, «[Qu'est-ce que l'intelligence artificielle?](#)», mise à jour le 9 août 2024.

⁽¹²⁵⁾ Commission européenne, [A Definition of AI: Main Capabilities and Scientific Disciplines — Definition Developed for the Purpose of the Deliverables of the High-level Expert Group on AI](#) (Définition de l'IA: principales capacités et disciplines scientifiques — Définition élaborée aux fins des livrables du groupe d'experts de haut niveau sur l'IA), Bruxelles, 18 décembre 2018.

⁽¹²⁶⁾ Service de recherche du Parlement européen, [L'intelligence artificielle aux frontières de l'Union européenne — Aperçu des applications et questions clés](#), 2021.

⁽¹²⁷⁾ Kesar, G., «[AI Can Now Detect Depression From Your Voice, And It's Twice As Accurate As Human Practitioners](#)» (L'IA peut désormais détecter la dépression à partir de votre voix et le fait avec deux fois plus de précision que les praticiens humains), *Forbes magazine*, 2021.

⁽¹²⁸⁾ Euronews, «[Scientists Are Using Fitness Trackers and AI to Detect Depression with "80% Accuracy"](#)» (Les scientifiques utilisent l'IA et les capteurs de forme physique pour détecter la dépression avec une précision de 80 %), 22 octobre 2022.

⁽¹²⁹⁾ Mariscal, S., «[How AI and Mental Health Combined Could Prevent Depression](#)» (Comment l'association entre IA et santé mentale pourrait prévenir la dépression), 2021.

⁽¹³⁰⁾ L'application est disponible à l'adresse: <https://woebothealth.com/>.

Cependant, le recours à l'IA pour soutenir la santé mentale fait également l'objet de critiques. Ses détracteurs argumentent que «l'urgence de la crise ne saurait justifier une solution de moindre qualité, et encore moins une solution qui ne fonctionne pas» ⁽¹³¹⁾.

L'IA en tant qu'outil utile dans le domaine des soins de santé mentale s'articule autour de trois principaux facteurs:

- ▶ l'accès défaillant aux professionnels de la santé mentale (en termes de distance) et le manque de disponibilité de ces derniers;
- ▶ l'absence, dans certains cas, de soins de qualité constants et abordables pour la plupart des personnes en détresse;
- ▶ le fait que les personnes et les membres de leurs familles souffrant de problèmes de santé mentale soient encore stigmatisées, éventuellement au sein de la famille ou de leur communauté. Certaines personnes parlent plus aisément à une machine, car l'attention qu'elles reçoivent est moins susceptible de laisser transparaître des préjugés ou de la discrimination qu'avec un être humain.

Si certains s'aventuraient à suggérer que le fait de disposer d'un agent conversationnel de psychothérapie pour aider les personnes vulnérables est préférable à l'absence de toute forme de thérapie, il existe une réelle préoccupation quant au fait que certains pays se «satisferont» de ce service et réduiront, à l'avenir, le nombre de professionnels de la santé mentale déployés. Une telle approche pourrait modifier la définition même du soutien psychologique apporté aux réfugiés, de sorte que la nouvelle norme minimale deviendrait la mise à disposition d'agents conversationnels psychothérapeutiques, ce qui serait susceptible d'empêcher certains réfugiés d'obtenir un soutien plus conséquent, alors même que l'efficacité de ce type de soutien doit encore être évaluée.

Il est important de garder à l'esprit que certains problèmes de santé mentale des demandeurs pourraient avoir été déclenchés par l'**absence d'un contact humain** lors d'un placement en rétention antérieur à l'arrivée ⁽¹³²⁾ ou par d'autres événements déstabilisants et traumatisants survenus tout au long du processus de migration. Si l'accent est exclusivement mis sur la technologie, les contacts humains seront totalement inexistant. Le fait de rendre la technologie plus humaine en apparence pour répondre à ces préoccupations ne saurait être valable ⁽¹³³⁾.

En ce qui concerne la stigmatisation, gardez à l'esprit que la sensibilisation et la psychoéducation peuvent contribuer à en réduire le risque de manière plus générale et, par conséquent, à réduire la nécessité de recourir à des agents conversationnels.



En l'absence de véritables services humains, l'IA pourrait présenter certains avantages, en particulier en cas de détresse psychologique et de besoins émergents. L'accès à la famille, aux amis et aux services par l'intermédiaire de la technologie a été extrêmement utile pour bon nombre de personnes pendant la pandémie de COVID-19.

Néanmoins, le contact humain ne peut et ne devrait pas être remplacé en privilégiant idéologiquement la technologie au sens large ⁽¹³⁴⁾. Il convient de garder à l'esprit les conséquences que l'isolement peut avoir sur les individus et leur santé mentale. Prenons l'exemple récent de la pandémie de COVID-19: **les contacts physiques réels avec d'autres êtres humains et l'établissement de liens sont des piliers essentiels** de la santé mentale et du bien-être, y compris pour les demandeurs.

⁽¹³¹⁾ Browne, G., *The Problem with Mental Health Bots* (Le problème des agents conversationnels de santé mentale), 2022.
⁽¹³²⁾ Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M., Rota, M., e.a., et ChildMove Project, *The Impact of Flight Experiences on the Mental Health of Unaccompanied Minors on the Move* (L'incidence des expériences de vol sur la santé mentale des mineurs non accompagnés en déplacement), 2022. Le rapport relate des entretiens sur la santé mentale et le bien-être avec des mineurs non accompagnés en déplacement.
⁽¹³³⁾ Meyer, N., Hammerschmidt, M., et Weiger, W., *AI and the Vulnerable* (IA et personnes vulnérables), 2022.
⁽¹³⁴⁾ HCR, *Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-Social Support (MHPSS) for Displaced and Stateless Adolescents* [Élaborer des dispositifs numériques sûrs de santé mentale et de soutien psychosocial (la SMSPS pour les adolescents déplacés et apatrides)], 2023.



Comme indiqué dans la section consacrée à la communauté (voir [Interventions communautaires](#)), dans la majorité des cas, des plateformes simples et rentables permettant aux demandeurs de communiquer et d'échanger (par exemple, des espaces adaptés aux enfants ou des espaces sûrs pour les femmes et les filles) sont associées à l'établissement de routines quotidiennes et à un soutien psychosocial élémentaire, ce qui permet de soutenir la santé mentale et le bien-être et donc de réduire le risque de détérioration des conditions, rendant ainsi les **systèmes d'IA superflus**. Enfin, il sera fondamental d'évaluer au cas par cas l'adéquation entre IA et soutien adéquat à une population ou une personne vulnérable au cours d'une période donnée. Lorsqu'elles utilisent l'IA, les autorités doivent garder à l'esprit les considérations fondamentales suivantes ⁽¹³⁵⁾:

- ▶ mettre en balance les avantages et les risques. De manière générale, éviter l'IA si possible, au profit d'initiatives de soutien communautaire;
- ▶ utiliser des systèmes d'intelligence artificielle contextuels;
- ▶ faire participer les communautés locales aux initiatives prévues en matière d'IA afin qu'elles comprennent mieux les raisons de leur utilisation;
- ▶ mettre en œuvre des systèmes d'audit algorithmique.

L'absence de garanties claires vis-à-vis du déploiement de l'IA et l'éventuelle utilisation (abusives) d'informations personnelles et de santé partagées en ligne peuvent avoir des conséquences dévastatrices pour certains groupes vulnérables, notamment pour les demandeurs de protection internationale arrivant en Europe.

⁽¹³⁵⁾ The Digital Humanitarian Network, rapport de Wright, J., et Verity, A., [Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Contexts](#) (Principes de l'utilisation de l'IA au service des populations vulnérables dans les situations humanitaires), 2020.



Psychoéducation



Qu'est-ce que la psychoéducation?

L'éducation implique qu'une personne «apprenne» ce qui a été partagé et qu'elle soit en mesure d'utiliser les informations partagées et les connaissances acquises. La psychoéducation (comme l'éducation à la santé) signifie donc **apprendre, comprendre et être conscient** de ce qui peut nuire à la santé mentale et au bien-être d'une personne ainsi que de la manière de renforcer sa résilience. Elle aide également à comprendre comment le corps, l'esprit et les émotions d'une personne peuvent être affectés par différentes contraintes ou différents facteurs de stress et propose des techniques d'autoassistance simples (par exemple, des exercices de relaxation pour réduire un sentiment de stress).



Pourquoi mettre en place des activités psychoéducatives?

De manière générale, plus une personne est informée et éclairée, plus il est probable qu'elle parvienne à prendre des décisions saines et à gérer adéquatement des situations difficiles. Cela s'applique également aux demandeurs. La psychoéducation leur permet d'accéder à des informations sur un thème donné, comme le sommeil ou le stress, par exemple, tout en les aidant à convertir les techniques et informations reçues en actions afin de résoudre leur problème et d'y faire face. La psychoéducation renforce les connaissances de la personne en matière de santé mentale.



Ces connaissances sous-tendent la capacité:

- ▶ de reconnaître les problèmes de santé mentale;
- ▶ de connaître et de comprendre les facteurs de risque et les causes;
- ▶ de posséder des connaissances sur les interventions d'autoassistance;
- ▶ de posséder des connaissances et une compréhension des mécanismes d'assistance professionnelle disponibles et de savoir y accéder;
- ▶ d'avoir des attitudes qui facilitent la reconnaissance et la recherche d'une aide appropriée;
- ▶ de savoir comment rechercher des informations adéquates sur la santé mentale ⁽¹³⁶⁾.

Les demandeurs peuvent avoir été exposés à de nombreux facteurs de stress dans leur pays d'origine, au cours de leur voyage (par exemple, violences, séparation des proches) ou à différents stades de leur parcours d'asile et d'accueil (par exemple, perte de soutien social, discrimination). Avoir accès, dès leur arrivée, à des informations fiables et précises sur la santé mentale et le bien-être, qui soient adaptées à leurs besoins individuels, peut favoriser les connaissances en matière de santé mentale et constitue une mesure préventive.



Qui met en place les activités psychoéducatives?

La psychoéducation peut être dispensée par des agents de première ligne, qui comprennent les besoins fondamentaux et les effets potentiels de la détresse psychologique prolongée (et des traumatismes) sur la santé mentale et le bien-être. Ces professionnels peuvent reconnaître certains signes ⁽¹³⁷⁾, répondre de manière appropriée aux demandeurs confrontés à des problèmes de santé mentale, fournir un soutien empathique et sans jugement, orienter la personne vers des professionnels de la santé mentale si nécessaire et établir un lien avec les soins et la gestion des cas, le cas échéant (pour de plus amples informations, voir section [Accès aux soins](#)).



Qui peut bénéficier de la psychoéducation?

La psychoéducation peut être utile à tous. La psychoéducation peut se révéler particulièrement importante pour les demandeurs, étant donné qu'ils peuvent être confrontés à des problèmes de santé mentale liés à leurs expériences de déplacement forcé, de traumatisme et de réinstallation. En fournissant aux demandeurs des informations sur la santé mentale:

- ▶ sensibles à la culture;
- ▶ linguistiquement appropriées;
- ▶ et fondées sur des données probantes,

les agents de première ligne peuvent les aider à comprendre leurs expériences et, par conséquent, à mieux gérer leur santé mentale et leur bien-être. La psychoéducation peut également contribuer à réduire la stigmatisation des troubles de santé mentale et des vulnérabilités qui y sont associées, et encourager les demandeurs à rechercher le soutien dont ils ont besoin. La psychoéducation peut donc encourager l'autodivulgence.

⁽¹³⁶⁾ Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. et al., «[“Mental Health Literacy”: a Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and Their Beliefs about the Effectiveness of Treatment](#)» (Connaissances en santé mentale: étude sur la capacité du public à reconnaître les troubles mentaux et sur leurs convictions quant à l'efficacité des traitements), *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 1997, p. 182-6; Canberra Health Literacy Hub, «[Mental Health Literacy](#)» (Connaissances en santé mentale), consulté le 12 septembre 2024.

Garantir l'accès à la psychoéducation des agents travaillant pour les administrations à différents titres, mais aussi des conseillers non professionnels et de la communauté des demandeurs permet de sensibiliser davantage aux méthodes de prévention des problèmes de santé mentale et favoriser le bien-être.



Comment permettre aux agents de déployer efficacement la psychoéducation?

Des compétences et des connaissances supplémentaires seront utiles aux agents qui mettent en place les services de SMSPS ⁽¹³⁸⁾, aux agents qui communiquent des informations sur des sujets liés à la santé/à la santé mentale ainsi qu'aux personnes qui participent à la psychoéducation. Tous en auront besoin. Les agents de première ligne doivent être formés sur les sujets suivants:

- le **soutien initial** et la manière d'identifier les besoins fondamentaux et les problèmes de santé mentale, l'orientation vers les ressources appropriées, la sensibilité culturelle et les soins tenant compte des traumatismes subis. Le **soutien initial** peut passer par l'éducation et les ressources directement destinées aux demandeurs afin de les aider à mieux comprendre et à prendre en charge leur propre santé mentale et leur bien-être (voir les pratiques prometteuses indiquées ci-dessous), ainsi que par l'écoute active, la capacité de procéder à une intervention en cas de crise ⁽¹³⁹⁾ et la gestion de l'orientation vers les services appropriés. Les mécanismes d'orientation doivent faire partie d'un protocole interne à l'organisation;
- la reconnaissance des **signes et symptômes de base** des problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, la dépression et la psychose, afin d'aider à identifier les demandeurs susceptibles d'avoir besoin d'une aide en matière de santé mentale. Il est tout aussi important de savoir orienter les demandeurs vers le soutien formel ou informel approprié, notamment vers des conseillers ou des organisations communautaires (voir également section [Demandeurs présentant un trouble de la santé mentale](#));
- la **sensibilité culturelle** ⁽¹⁴⁰⁾ est essentielle pour garantir un soutien fiable aux demandeurs et pour comprendre la manière dont les facteurs culturels peuvent influencer sur la santé mentale;
- les **soins tenant compte des traumatismes subis** ⁽¹⁴¹⁾, assortis des choses à faire et à ne pas faire pour reconnaître l'impact des expériences traumatisantes sur la santé mentale et instaurer un climat sûr et stimulant au bénéfice des personnes désireuses de se soigner;
- la **prise en considération de l'intersectionnalité des vulnérabilités** est importante, par exemple pour comprendre la manière dont la santé mentale peut se recouper avec un problème de toxicomanie.

Il est primordial de renforcer les capacités des agents de première ligne par la formation ⁽¹⁴²⁾.

⁽¹³⁷⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» (Vidéo sur les premiers secours psychologiques), YouTube, 2023, accompagnée d'instructions.

⁽¹³⁸⁾ CPI, *Ensemble minimum de services de Santé mentale et soutien psychosocial*, 2022.

⁽¹³⁹⁾ EASO, *Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie II: Boîte à outils pour le bien-être du personnel*, 2021, section 3.3. «Interventions de soutien ciblées liées à des incidents critiques» et annexes 9 à 12.

⁽¹⁴⁰⁾ Pour plus d'informations, voir EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Boîte à outils pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, 2024, section «Compétences culturelles».

⁽¹⁴¹⁾ Les principes des soins tenant compte des traumatismes subis se traduisent par la promotion de la sécurité physique et psychologique des demandeurs, la mise en avant de l'importance des relations et de la nécessité de prendre le temps d'instaurer la confiance, la mise à disposition d'un soutien par les pairs et la collaboration entre le demandeur potentiellement affecté, sa famille et l'agent de première ligne. Il est essentiel d'encourager l'action et de promouvoir l'intersectionnalité. Voir également chapitre 2 de: Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M., et Svetaz, M. V., «[Applying Trauma-informed Practices to the Care of Refugee and Immigrant Youth: 10 Clinical Pearls](#)» (Appliquer les pratiques tenant compte des traumatismes subis aux soins des jeunes migrants et réfugiés: dix perles cliniques), *Children (Basel)*, 2019, vol. 6, n° 8, p. 94.

⁽¹⁴²⁾ Pour accéder à la liste des formations et options de renforcement des capacités, voir EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie I: Instaurer un régime d'asile fondé sur des considérations relatives à la santé mentale et au bien-être — À l'intention des hauts responsables*, 2024, annexe 4.



Les connaissances en matière de santé mentale sont un élément important à prendre en considération. La psychoéducation doit donc être envisagée **à chacun des quatre niveaux** de la pyramide de la SMSPS. Lorsque des demandeurs ayant des besoins particuliers sont identifiés au cours d'activités psychoéducatives (par exemple, des demandeurs présentant un problème de consommation de substances), ils doivent être orientés vers des ressources internes/externes, voire vers un soutien spécialisé le cas échéant (niveau 4 de la pyramide de la SMSPS). Le consentement du demandeur est requis, à moins qu'il ne représente un danger pour lui-même ou pour autrui.



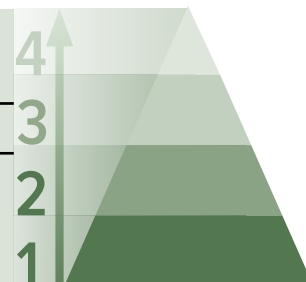
Les demandeurs ayant des besoins particuliers en matière de santé mentale et de soutien psychosocial peuvent également être identifiés au cours d'activités psychoéducatives. Pour éviter d'orienter prématurément les patients vers un traitement, il convient d'adopter une approche des soins par étapes ⁽¹⁴³⁾. Cette approche garantit que les soins de santé mentale fournis correspondent aux besoins réels du demandeur, tels que recensés lors d'une évaluation de la vulnérabilité et/ou des besoins particuliers. Les soins prodigués peuvent couvrir l'ensemble du spectre des interventions, par exemple:

- l'autoassistance;
- les interventions de faible intensité, comme les mesures de soutien communautaire ou le soutien psychosocial numérique;
- les soins spécialisés ciblés.

Cette approche favorise la prise en charge centrée sur le demandeur et adopte le principe de l'option thérapeutique la moins intensive en privilégiant les besoins réels du demandeur. Les besoins peuvent par ailleurs changer. Si tel est le cas, toutes les mesures et tous les traitements mis en place devront être ajustés en conséquence.

Voir également [partie III — vade-mecum](#), section «Mise en place de la psychoéducation».

⁽¹⁴³⁾ WA Primary Health Alliance, [WA Primary Health Alliance: Mental Health Framework](#) (WA Primary Health Alliance: Cadre d'action en matière de santé mentale), 2020.



Pratiques prometteuses et matériel de soutien

Les activités psychoéducatives peuvent être mises en œuvre à tous les niveaux de la pyramide de la SMSPS. Afin de prévenir ou d'atténuer les risques de détérioration d'un état de santé, il convient d'envisager de proposer des activités psychoéducatives significatives aux niveaux 1 et 2.

Les demandeurs en situation de détresse psychologique peuvent bénéficier de la psychoéducation. Cette dernière peut être dispensée sous diverses formes. Les **trois formes** sont à découvrir ci-dessous à titre d'exemple.

- A. **Psychoéducation de groupe.** Des agents formés communiquent, à des demandeurs rassemblés en groupe, des informations sur les troubles de santé mentale, les options thérapeutiques et les ressources disponibles. Ces sessions peuvent être organisées en présentiel ou en ligne et peuvent être adaptées à des populations spécifiques ou à des problèmes précis identifiés. La communauté des demandeurs peut également être formée et impliquée de manière proactive dans l'organisation d'activités psychoéducatives entre pairs, par exemple grâce à des réunions régulières dans les centres communautaires.
- B. **Psychoéducation individuelle.** Les agents de première ligne formés aux services de conseil peuvent travailler avec des personnes souffrant de problèmes de santé mentale de manière individuelle, afin de leur apporter un soutien et de les orienter vers des services supplémentaires répondant à certains besoins spécifiques. Dans le cadre de ces séances de conseil, une psychoéducation peut être dispensée afin d'aider les demandeurs à mieux gérer leur situation.
- C. **Produits d'autoassistance destinés aux demandeurs.** Les agents intervenant en première ligne et la communauté des demandeurs peuvent fournir des documents au format papier, tels que des brochures, des dépliants ou des fiches d'information, qui donnent des informations sur les troubles de la santé mentale, les options thérapeutiques (y compris les outils en ligne), mais aussi sur la manière de prévenir l'apparition ou l'aggravation de ces troubles.

Ces supports peuvent également être distribués lors de séances de psychoéducation de groupe (A) ou individuelles (B). Le cas échéant, ces supports doivent aborder certaines questions transversales comme la consommation de substances, l'automédication, les pensées suicidaires, les expériences d'abus sexuels ou les OSIGEGCS diverses, la réduction du stress et les techniques de relaxation. Selon le contexte, les techniques présentées dans les supports d'information pourront être mises en pratique et débattues conjointement (en groupe/individuellement) pour une meilleure compréhension.

Exemple A: efforts de psychoéducation en groupe



Mindfit ⁽¹⁴⁴⁾ est une intervention déployée aux Pays-Bas, qui prône la psychoéducation à un stade précoce et vise à renforcer la santé mentale et les compétences psychosociales ainsi qu'à responsabiliser les participants. Les sessions sont interactives et mettent l'accent sur les compétences, notamment la capacité à reconnaître les (signes de) problèmes de santé mentale et à apprendre à gérer le stress.

Mind-Spring ⁽¹⁴⁵⁾ est un programme psychoéducatif de groupe conçu par et pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, disponible dans la langue maternelle des participants. Il est toujours dispensé par un formateur d'origine immigrée ou réfugiée. Ce programme ne se veut pas curatif, mais plutôt préventif. Parmi les sujets abordés, citons la réaction naturelle à une situation anormale, le stress, les symptômes du stress et le cercle vicieux, la manière de gérer le stress, la perte et le deuil, etc. Sur ce point, il est également fait référence à une organisation caritative britannique du nom d'**Oasis** ⁽¹⁴⁶⁾, dont l'objectif principal est, entre autres, de soutenir l'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile. Veuillez également consulter le manuel créé par le conseil danois pour les réfugiés, principalement basé sur Mind-Spring ⁽¹⁴⁷⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ Site web de Mindfit, <https://www.mindfit.nl/>, consulté le 10 septembre 2024.

⁽¹⁴⁵⁾ L'ARQ est un centre national de psychotraumatologie basé aux Pays-Bas, qui vise à aider les personnes, les organisations et les sociétés à minimiser l'impact psychosocial des événements traumatisants. Voir en particulier ARQ, «**Mind-Spring — Preventieve interventie voor en door vluchtelingen**» (Mind-Spring — Intervention préventive pour et par les réfugiés) (en néerlandais), 2004 à aujourd'hui.

⁽¹⁴⁶⁾ Pour plus d'informations sur les activités psychoéducatives de prévention en groupe, voir Oasis Cardiff, «**Mind-Spring**», consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁴⁷⁾ Conseil danois pour les réfugiés, **Manual — Mind-Spring for Young Adults, Group Activities for and with Refugee Young Adults: a Preventative Health Resource** (Manuel — Mind-Spring pour les jeunes adultes, activités de groupe pour et par les jeunes adultes réfugiés: une ressource de santé préventive), 2021.



Exemple B: efforts de psychoéducation individuelle



Le projet **ALIN** (atelier, langue, inclusion, nouvelles technologies) (Luxembourg) «cible les bénéficiaires de protection internationale qui souffrent de détresse psychologique et les survivants de la traite des êtres humains. Ce projet propose des activités susceptibles d'aider les personnes traumatisées à éviter les modes de pensée autodestructeurs, à renforcer la créativité et à rétablir l'estime de soi» ⁽¹⁴⁸⁾.

De Kracht van Gedachten — vluchtelingen ⁽¹⁴⁹⁾ (le pouvoir des pensées — réfugiés) est un module de quatre réunions basé sur la thérapie rationnelle émotive. La personne prend conscience de l'influence des pensées (négatives) sur son humeur et apprend à penser de manière plus saine. En pensant de manière plus réaliste, la personne se sent plus forte et devient apte à mieux faire face aux problèmes.

Exemple C: produits d'autoassistance pour les demandeurs



Les outils d'autoassistance de l'**EUAA** destinés aux parents, aux enfants et au soutien par les pairs ⁽¹⁵⁰⁾ comprennent trois livres de poche qui s'adressent directement aux demandeurs. Ils regroupent des conseils et des rappels pour être en mesure de reconnaître la détresse psychologique et de soutenir au mieux les parents, les enfants et les amis qui se trouvent en pareille situation. Ces livres sont assortis d'instructions d'utilisation par les agents de première ligne lors de sessions de sensibilisation, dans le cadre d'un soutien individuel ou de groupe.

Autoassistance pour les personnes ayant survécu à des traumatismes: une méthode de relaxation très efficace (cinq minutes), dans le cadre de l'autoassistance, en attendant que des soins professionnels soient disponibles, est appelée **trauma tapping technique** ⁽¹⁵¹⁾ ou technique de tapotements thérapeutiques.

Les **exercices de respiration et de relaxation** ⁽¹⁵²⁾ peuvent répondre à des besoins particuliers en réduisant l'activation physiologique. Ils peuvent aider les demandeurs souffrant de forte anxiété.

Des **outils de relaxation** ⁽¹⁵³⁾ dans différentes langues permettent d'apporter un soutien dans la gestion des pensées intrusives et des réactions émotionnelles intenses.

Sanadak ⁽¹⁵⁴⁾ est une intervention d'autoassistance interactive pour les personnes ayant vécu une expérience de réfugié. Il s'agit d'un site web en langue arabe, optimisé pour les téléphones mobiles et pouvant être utilisé sur n'importe quel smartphone.

Les **stratégies des soins autoadministrés** ⁽¹⁵⁵⁾ de l'OIM, ciblent principalement les demandeurs syriens de sexe masculin en Allemagne.

L'**outil d'autoassistance pour lutter contre les problèmes de sommeil et les inquiétudes** ⁽¹⁵⁶⁾ peut être utilisé par les personnes concernées et peut aider les demandeurs à comprendre pourquoi la détresse peut avoir une incidence sur la santé physique et mentale, et sur le bien-être. Il est axé sur les habitudes de sommeil (mauvais sommeil) et la manière de remédier aux problèmes.



Pays-Bas



Le **Bamboo Project** ⁽¹⁵⁷⁾ est un programme de prévention des maladies mentales destiné aux demandeurs d'asile. Il permet à ceux-ci d'apprendre à renforcer leur résilience, à reconnaître le stress et les problèmes psychologiques, et à comprendre comment demander de l'aide à un professionnel. Le programme **n'est pas axé sur le traitement des traumatismes**, des troubles mentaux ou des problèmes sous-jacents, mais vise à renforcer certains facteurs tels que les atouts individuels, les émotions positives, les relations positives et l'estime de soi.

⁽¹⁴⁸⁾ Croix-Rouge Europe, «[Healing by Doing — Promoting Mental Health Among Beneficiaries of International Protection](#)» (Se soigner par l'action — Promouvoir la santé mentale chez les bénéficiaires de protection internationale), consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁴⁹⁾ GGNet, «[De Kracht van Gedachten - vluchtelingen](#)», consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁵⁰⁾ EUAA, Instructions à l'intention des agents d'accueil (agents de première ligne), [Déploiement du matériel psychoéducatif sur la détresse psychologique auprès des parents et des enfants](#), 2023.

⁽¹⁵¹⁾ Self-help for Trauma, «[Benefits of Self Tapping](#)» (Les avantages du tapotement thérapeutique), consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁵²⁾ Care4refugees propose des exercices de respiration à l'adresse suivante: <https://www.care4refugees.com/relax.html>.

⁽¹⁵³⁾ Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS, Belgique), «[Un outil de relaxation](#)», consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁵⁴⁾ L'application Sanadak («Je vous appellerai») est disponible en anglais, en arabe et en allemand à l'adresse suivante: <https://www.sanadak.de/>.

⁽¹⁵⁵⁾ OIM, [Self-Care Handbook for Syrian Men in Germany](#) (Manuel d'autoassistance destiné aux hommes syriens en Allemagne), 2021. Ce manuel est inspiré de l'expérience d'hommes d'origine syrienne vivant en Allemagne, et complété des points de vue de sœurs, de mères, d'épouses et de filles.

⁽¹⁵⁶⁾ Agence néerlandaise pour l'intégration et l'initiation à la citoyenneté, [Poor Sleep, Worry and Stress — A Guide for People with a Migration Background](#) (Troubles du sommeil, inquiétudes et stress — Guide à l'intention des personnes ayant vécu une migration), septembre 2019.

⁽¹⁵⁷⁾ GZA (soins de santé pour demandeurs d'asile), «[Bamboo Project](#)», site web de GZA, 1^{er} janvier 2020 à aujourd'hui.



5

Interventions communautaires



Qu'est-ce qu'une communauté et qu'est-ce que l'approche communautaire?

«Ce qui fait de la communauté une forme unique de systèmes humains, c'est la **diversité** de ses éléments composites» ⁽¹⁵⁸⁾. Les communautés ne sont pas des constructions stables car elles évoluent en permanence. Les personnes qui forment des communautés dans le contexte de la migration sont riches de différences et de similitudes en termes d'expériences, «de genre, de contexte socioculturel, de capacités physiques et mentales, d'appartenance ethnique, de langue et de religion/confession» ⁽¹⁵⁹⁾. Tous ces éléments peuvent être considérés comme des **ressources** pour soutenir la santé mentale et le bien-être des membres de la communauté. L'approche communautaire suggère l'implication des membres de la communauté, sous différentes formes et avec différents objectifs.

L'**approche communautaire** est un moyen participatif et inclusif permettant de **travailler en partenariat** avec la communauté des demandeurs à **toutes** les étapes du parcours d'asile et d'accueil et pendant **toutes** les phases d'un programme: évaluation des besoins, identification des problèmes et des objectifs, définition des priorités, conception, mise en œuvre, suivi et évaluation. L'implication et la participation peuvent être proactives, ce qui signifie que les membres de la communauté sont impliqués dans la planification et la conception des activités et peuvent mettre en place et diriger les activités qu'ils jugent utiles. Les membres de la communauté peuvent également participer aux activités programmées et élaborées qui leur sont proposées par les autorités en collaboration avec différents partenaires.

⁽¹⁵⁸⁾ OIM et Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), *Manuel de santé mentale et soutien psychosocial communautaire en situations d'urgence et de déplacement*, 2^e édition, 2022, p. 323.

⁽¹⁵⁹⁾ Unicef, «*Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement*» (Normes de qualité et indicateurs d'engagement communautaire minimaux), 2020, p. 6.



En quoi l'approche communautaire est-elle utile pour la santé mentale et le bien-être?

L'adoption d'une approche communautaire s'accompagne d'un large éventail d'avantages. Elle peut aider les communautés à «prévenir les problèmes sociaux et à faire directement face à ceux qui se posent» de manière indépendante ⁽¹⁶⁰⁾, y compris en répondant à certaines préoccupations de manière appropriée d'un point de vue culturel au lieu de ne compter que sur des acteurs extérieurs comme les services fournis par les autorités par exemple.

L'adoption d'une approche communautaire peut donc favoriser les éléments suivants.

Autonomisation de la communauté: processus par lequel les personnes reprennent le contrôle de leur vie et pouvant favoriser l'efficacité collective ⁽¹⁶¹⁾.

Sentiment d'appartenance à une communauté: il s'agit d'un facteur déterminant qui influe positivement sur la santé physique et mentale, d'«une attitude d'attachement, de confiance mutuelle et d'appartenance, partagée avec d'autres membres d'un groupe ou d'un lieu de vie» ⁽¹⁶²⁾ et du sentiment de ne pas être seul. Ce sentiment peut contribuer, en soi, à prévenir une détresse accrue, un mauvais fonctionnement psychologique ou un problème de santé mentale. Enfin, le lien social peut constituer une forme de soutien social et psychologique ⁽¹⁶³⁾.

Par ailleurs, un **sentiment d'appartenance à une communauté** et des **relations communautaires** renforcées peuvent faire office de **facteur de protection** pour les personnes qui souffrent déjà d'un trouble mental, étant donné que ces aspects ⁽¹⁶⁴⁾:

- ▶ apportent un réconfort émotionnel et un sentiment d'appartenance;
- ▶ contribuent au sentiment de la personne d'être un membre qui influence sa communauté et qui est influencé par elle;
- ▶ aident la personne à répondre à ses besoins physiques et psychologiques au moyen des ressources existantes (par exemple, célébration des traditions, leaders communautaires).

L'approche communautaire favorise également la **participation des membres de la communauté**, ce qui peut contribuer à la réussite de la mise en œuvre, de l'adoption et de l'efficacité des programmes axés sur la santé mentale et le bien-être. La participation de la communauté est davantage susceptible de rétablir le sentiment d'appartenance des demandeurs ⁽¹⁶⁵⁾ et d'exercer une influence sur les processus décisionnels qui ont une incidence sur leur vie. En tant que telle, elle permet aux membres de la communauté d'être les acteurs de leur propre développement et de réaliser leur potentiel. Cette approche permet de mieux comprendre le contexte socioculturel, d'éventuellement réduire la nécessité de coordination de la part des autorités et, à long terme, de faire décroître les besoins en ressources humaines et financières, puisque certaines activités ont davantage d'impact lorsqu'elles sont menées par la communauté.

⁽¹⁶⁰⁾ Unicef, «[Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement](#)» (Normes de qualité et indicateurs d'engagement communautaire minimaux), 2020, p. 9.

⁽¹⁶¹⁾ OMS, «[Health Promotion — Track 1: Community empowerment](#)» (Promotion de la santé — Piste 1 : autonomisation communautaire), consulté le 2 septembre 2024.

⁽¹⁶²⁾ Offutt, D., «Reviving the Rules, Roles, and Rituals Of Resiliency» (Ressusciter les règles, les fonctions et les rituels de la résilience), *Theses and Dissertations, Curriculum and Instruction*, 32, 2020, p. 60, https://uknowledge.uky.edu/edc_etds/32; McMillan, D. W., et Chavis, D., «[Sense of Community: A Definition and Theory](#)» (Sentiment d'appartenance à une communauté: définition et théorie), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n° 1, 1986, p. 6-23.

⁽¹⁶³⁾ Kim, E. S., et Kawachi, I., «[Perceived Neighbourhood Social Cohesion and Preventive Healthcare Use](#)» (Perception de la cohésion sociale d'un quartier et utilisation préventive des soins de santé), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n° 2, 2017, p. 35-40.

⁽¹⁶⁴⁾ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., et Salzer, M. S., «[The Influence of Sense of Community on the Relationship between Community Participation and Mental Health for Individuals with Serious Mental Illnesses](#)» (L'influence du sentiment d'appartenance à la communauté sur la relation entre la participation à la communauté et la santé mentale des personnes atteintes de maladies mentales graves), *American Journal of Community Psychology*, vol. 47, n° 1, 2019, p. 163-175.

⁽¹⁶⁵⁾ Unicef, «[Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)](#)» [Santé mentale et soutien psychosocial communautaires dans un contexte humanitaire: soutien à trois niveaux des enfants et des familles: soutien à trois niveaux des enfants et des familles (version destinée aux essais sur le terrain)], 2018.



Amplifier les ressources qui existent déjà au sein d'une communauté permet de placer la résilience et l'action au cœur de celle-ci, d'augmenter les perspectives de durabilité de toute intervention et donne la possibilité à la communauté de s'approprier les améliorations obtenues. L'implication directe des membres de la communauté dans des activités qui leur permettent d'acquérir de nouvelles compétences leur donne également un sentiment de «normalité»: les demandeurs s'occupent d'eux-mêmes et des autres comme ils le faisaient autrefois avant d'être contraints de fuir.



Comment déployer ou améliorer une approche communautaire?

L'**approche communautaire** est principalement associée aux **niveaux 1 et 2 de la pyramide de la SMSPS**. Les éléments suivants nécessitent compréhension et prise en considération: la dynamique de la communauté et du genre; les risques de protection; les ressources et les points forts de la communauté, y compris les informations sur les demandeurs appartenant à certains groupes culturels, sociaux et éducatifs (par exemple, les moins représentés et les plus vulnérables) et les membres qui pourraient servir d'agents de changement; la manière de s'appuyer sur les capacités, les compétences et les ressources existantes des demandeurs pour préserver la santé mentale et le bien-être de manière adaptée à la culture, à l'âge et au genre. Une véritable interaction avec la communauté est nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre l'approche communautaire.

Les interventions de soutien communautaire peuvent également jouer un rôle fondamental dans le traitement et la guérison des demandeurs qui ont besoin de soins ciblés et spécialisés (**niveaux 3 et 4** de la pyramide de la SMSPS). Veuillez consulter la section [Pratiques prometteuses et matériel de soutien](#).



À qui s'adresse l'approche communautaire?

Cette approche met particulièrement l'accent sur les personnes vulnérables ⁽¹⁶⁶⁾ telles que les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants non accompagnés, les femmes, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, mais aussi les groupes sous-représentés ou marginalisés et ceux qui ne bénéficient pas d'un accès égal aux soins et/ou qui sont difficiles à atteindre.

Les besoins des groupes vulnérables, marginalisés et sous-représentés se recoupent souvent avec les besoins de l'ensemble de la communauté. Les différentes approches permettant d'atteindre chaque communauté devraient coexister et être renforcées par toute approche ciblant la communauté dans son ensemble.



- L'inclusion la plus précoce possible de la communauté lors d'une intervention ou du lancement d'un programme (par exemple, l'évaluation des besoins) est à privilégier.
- L'analyse et l'identification détaillées des besoins et des priorités de la communauté tels que perçus par ses membres sont requises. La prise de décision concernant les interventions doit être fondée sur des données holistiques et factuelles.
- La conception et la mise en œuvre des interventions devraient être directement reliées aux besoins, aux attentes et aux résultats souhaités par la communauté.
- Les interventions devraient être adaptées aux caractéristiques de chaque contexte, en tenant compte des ressources et des limitations qui y sont associées.
- Le fait de ne pas inclure tous les groupes qui résident au sein d'une communauté et de ne pas tenir compte de leurs situations et de leurs besoins particuliers peut aggraver la discrimination et l'exclusion sociale, ce qui, à son tour, pourrait accroître la vulnérabilité des groupes spécifiques et conduire à leur exploitation. En conséquence, l'ensemble des différents groupes qui composent la communauté devraient être représentés à chacune des étapes de l'intervention. Il convient d'accorder une attention particulière à la représentation des groupes vulnérables.
- L'implication des communautés locales ou d'accueil dans les activités sur mesure favorise l'intégration, une meilleure compréhension mutuelle et réduit la stigmatisation potentielle.
- Les approches communautaires et les pratiques inspirantes sont principalement liées au séjour dans les centres d'accueil et au processus d'intégration. Toutefois, on trouve également des exemples d'approche communautaire au cours de la phase de retour ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁶⁾ Toutes les personnes présentant des besoins particuliers ne sont pas vulnérables. Une personne souffrant d'un handicap physique peut avoir besoin d'un fauteuil roulant. Une fois équipée d'un fauteuil roulant, la personne devient mobile et le besoin est satisfait. À l'inverse, une personne âgée peut avoir des besoins liés à l'âge et être plus vulnérable de manière générale, même si elle ne présente encore aucun besoin particulier.

⁽¹⁶⁷⁾ OIM, *Voluntary Return and Reintegration: Community-based Approaches* (Retour volontaire et réintégration: approches communautaires) 2018.

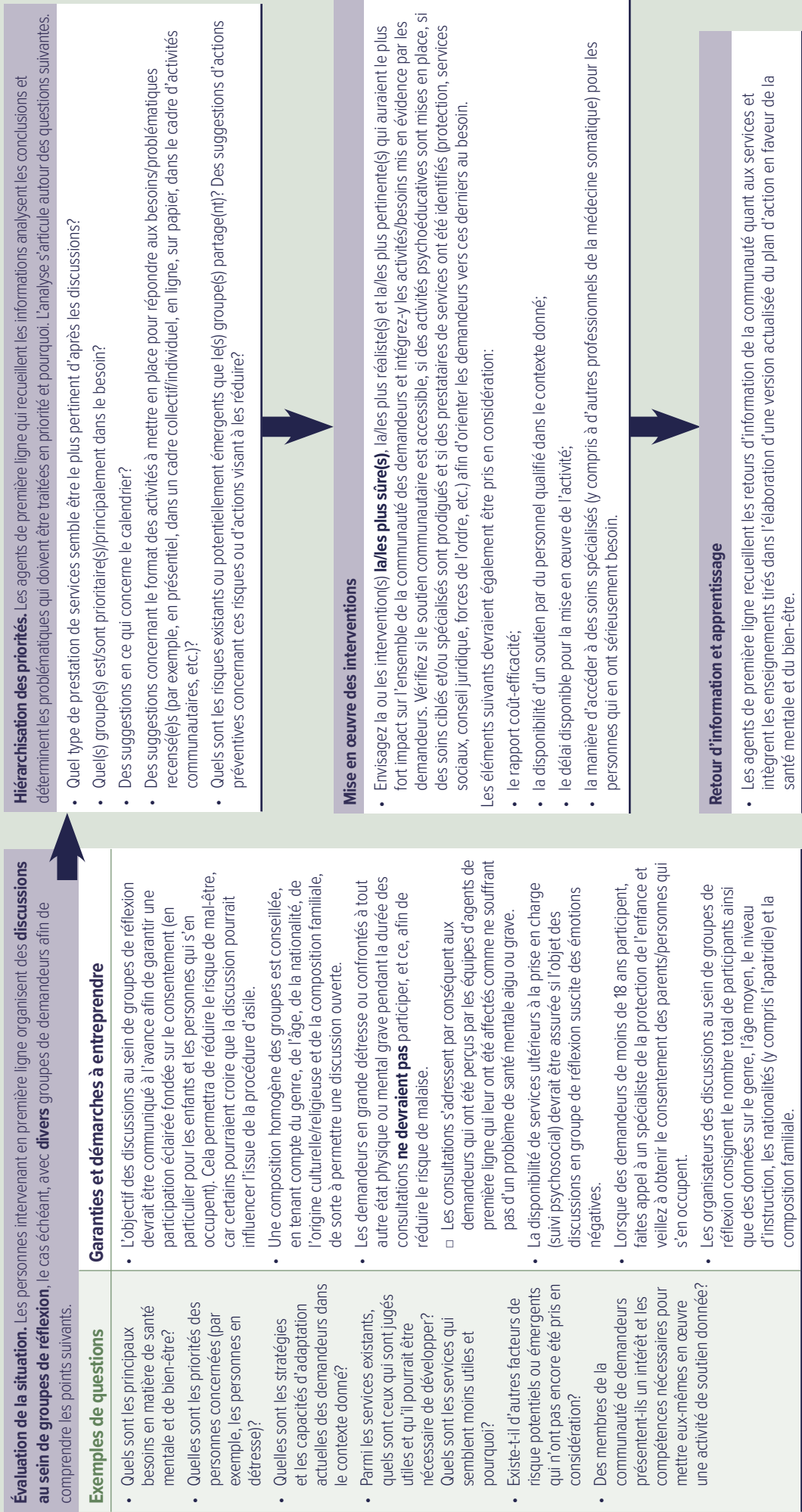


Pratiques prometteuses et matériel de soutien

Participation active de la communauté des demandeurs à la conception des programmes

Pour permettre un déploiement significatif des activités de SMSPS, il y a lieu de demander l'avis des demandeurs quant à leurs besoins et la manière d'y répondre. Le travail sur le thème de la santé mentale exige que la question de la stigmatisation potentielle soit abordée avec soin.

Participation de la communauté et évaluation des besoins





L'**approche communautaire** ne concerne pas seulement les demandeurs, mais vise aussi, le cas échéant, à impliquer **proactivement la communauté d'accueil et la population des réfugiés**. Cette approche peut conduire à une amélioration de la compréhension mutuelle et à une réduction de la stigmatisation potentielle.

Veuillez également consulter le document d'orientation du HCR intitulé «Comprendre l'approche communautaire de la protection» ⁽¹⁶⁸⁾ à ce sujet, ainsi que les travaux de l'OMS sur la santé mentale au sein de la communauté ⁽¹⁶⁹⁾ «Guidance on Community Mental Health Services» (Guide des services de santé mentale communautaire). Voir également l'intégralité du manuel élaboré par l'OIM en collaboration avec l'USAID et consacré au soutien communautaire en matière de santé mentale ⁽¹⁷⁰⁾.

Exemples d'interventions de soutien communautaire

I Espaces communautaires

Il est essentiel de créer des opportunités et des plateformes permettant aux demandeurs de participer en toute sécurité à des activités récréatives, éducatives ou psychosociales ⁽¹⁷¹⁾. Les personnes qui interviennent en première ligne peuvent également collaborer avec la communauté des demandeurs afin de développer des stratégies de sensibilisation et de mobilisation en matière de santé mentale dans ces espaces créés pour l'échange, dans le but de favoriser et d'accroître l'accessibilité et d'atteindre les demandeurs qui en ont besoin de manière optimale.

En tant que demandeurs, le fait d'être activement impliqués et de pouvoir agir augmente par ailleurs non seulement la capacité à se protéger et à protéger les autres dans des situations défavorables, mais aussi la capacité à soutenir un processus de prise de décision éclairé.

Créer des espaces sûrs pour les demandeurs

Des **espaces adaptés aux enfants**, tels que ceux mis en place par le Conseil danois pour les réfugiés (CDR) en Grèce, «permettent de répondre aux besoins de protection et psychosociaux des enfants âgés de six à 17 ans et d'aider les jeunes enfants dans le contexte de crises humanitaires. Les espaces adaptés aux enfants constituent un environnement temporaire et sûr dans lequel les enfants peuvent trouver un certain degré de normalité et accéder à des experts pour soutenir leur bien-être psychosocial et cognitif dans des situations d'extrême adversité» ⁽¹⁷²⁾.

Les **points bleus** ⁽¹⁷³⁾ est une initiative de l'Unicef en collaboration avec le HCR, qui s'adresse principalement aux réfugiés ukrainiens. Les points bleus désignent des **espaces sûrs** aménagés dans des lieux stratégiques où sont apportés un soutien et des informations pratiques aux enfants et aux familles. Les espaces adaptés aux enfants visent à offrir à ces derniers un espace accueillant dans lequel ils peuvent se reposer, jouer et être des enfants tout simplement. L'idée est de prodiguer des soins (services et informations) aux personnes qui en ont besoin dans un lieu facile d'accès.

People in Need est une ONG tchèque qui aménage des **espaces adaptés pour les enfants** de quatre à 16 ans ⁽¹⁷⁴⁾. Elle intervient également dans les écoles pour informer de l'existence de ces espaces ouverts gratuitement à tous les enfants.



⁽¹⁶⁸⁾ HCR, *Comprendre l'approche communautaire de la protection*, document d'orientation sur la protection, 2016.

⁽¹⁶⁹⁾ OMS, *Guidance on Community Mental Health Services — Promoting Person-centred and Rights-based Approaches* (Guide des services de santé mentale communautaire — Promouvoir des approches axées sur la personne et sur les droits), 2021.

⁽¹⁷⁰⁾ OIM, *Manuel de santé mentale et soutien psychosocial communautaire en situations d'urgence et de déplacement*, 2^e édition, 2022.

⁽¹⁷¹⁾ Pour plus d'informations sur les espaces adaptés aux enfants, ou les espaces sûrs pour les femmes, voir EUAA, *Santé mentale et bien-être des demandeurs de protection internationale — Partie III: Vade-mecum pour la mise en œuvre des approches en matière de santé mentale et de soutien psychosocial*, 2024.

⁽¹⁷²⁾ Conseil danois des réfugiés, «Greece: Need for Spaces That Are Child-friendly and Safe» (Grèce: nécessité d'espaces sûrs et adaptés aux enfants), 16 juin 2023.

⁽¹⁷³⁾ Unicef, «What Are the Blue Dots Hubs?» (Que sont les points bleus?), consulté le 10 septembre 2024.

⁽¹⁷⁴⁾ Pour plus d'informations sur l'ONG People in Need, voir Commission européenne, protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes, «Armenia — Finding a Safe Space to Play, Learn and Heal» (Arménie — Trouver un espace sûr pour jouer, apprendre et guérir), 10 février 2022.



I Mentorat et soutien par les pairs

L'implication de **bénévoles** faisant office de mentors ou de conseillers pairs constitue un soutien significatif à bas seuil, qui revêt un aspect très humain et positif. En conséquence, la participation des demandeurs dans la prestation de services ou en tant que **mentors**, après avoir reçu une formation de base, peut encourager le **soutien par les pairs** et préserver, cultiver et promouvoir la santé mentale et le bien-être au sein de la communauté.



Mentorat, soutien par les pairs, soutien psychosocial

En Grèce, le **Mentorship Project** ⁽¹⁷⁵⁾ en est un projet pilote (initié par le secrétariat spécial pour la protection des mineurs non accompagnés avec le soutien de l'EUA) qui vise à fournir des conseils et à autonomiser les enfants non accompagnés par l'intermédiaire d'un réseau de mentors formés, sur la base d'un soutien entre pairs. Le réseau de mentorat est composé d'anciens mineurs non accompagnés et de réfugiés qui ont fréquenté le système éducatif grec et qui ont été confrontés à des difficultés et à des problématiques similaires.

Références

- Ministère grec de la migration et de l'asile, [*National Strategy for the Protection of Unaccompanied Minors*](#) (Stratégie nationale de protection des mineurs non accompagnés), 17 janvier 2022.
- EUA, [*«Mentorship Project — Providing Guidance and Empowerment to UAMs in Greece»*](#) (Project de mentorat — Guider et autonomiser les MNA en Grèce), version longue, YouTube, 2 août 2022 et Thema, [*«Ministry of Migration: Video by the Mentors Group for Teaching Greek to Children from Third Countries»*](#) (Ministère des migrations: Vidéo du groupe de mentors pour enseigner le grec aux enfants de pays tiers), 4 janvier 2024.

Re-Generations ⁽¹⁷⁶⁾ est un projet déployé en Italie, en Espagne et en Grèce qui vise à renforcer l'intégration sociale des ressortissants de pays tiers nouvellement arrivés et à promouvoir les échanges entre ces derniers et la communauté d'accueil. Il repose sur les concepts du mentorat, de l'autonomisation et de la collaboration entre jeunes réfugiés et migrants (de 18 à 23 ans, eux-mêmes anciens mineurs non accompagnés) et les citoyens/bénévoles des pays ⁽¹⁷⁷⁾.

Gestion des problèmes plus (PM+) ⁽¹⁷⁸⁾ est une **intervention psychologique de faible intensité** à l'attention des adultes et des adolescents de plus de 16 ans souffrant de dépression, d'anxiété ou de stress, et vivant dans des communautés touchées par l'adversité. Il s'agit d'un **programme en cinq sessions** qui intègre des aspects de la thérapie cognitivo-comportementale. Il met l'accent sur l'enseignement de compétences permettant de faire face à des problèmes à la fois émotionnels et pratiques. Cette intervention est innovante en ce sens qu'elle peut être mise en œuvre par un large éventail de personnes, sous la forme d'un **soutien par les pairs** (par exemple, assuré par des aidants non professionnels qui font partie de la communauté des demandeurs et qui ont reçu une initiation aux premiers secours psychologiques). Cette démarche fait donc intervenir des personnes qui n'ont pas suivi de formation officielle en matière de conseil ou de santé mentale.

En Grèce, le programme PM+ est mis en œuvre par EPAPSY (association pour le développement régional et la santé mentale) ⁽¹⁷⁹⁾ pour le compte du HCR. EPAPSY a formé des réfugiés qui constituent une équipe psychosociale communautaire, qui utilisent la méthode de la gestion des problèmes plus (PM+) et assurent des PSP et un soutien par les pairs dans la langue des nouveaux arrivants. Ils sont supervisés par des psychologues ou des travailleurs sociaux et servent de lien entre les différentes communautés de réfugiés et les prestataires de services professionnels. La population réfugiée ukrainienne bénéficie également de ces interventions.

Le projet «Stichting Nieuw Thuis Rotterdam» ⁽¹⁸⁰⁾ vient en aide aux réfugiés syriens et à leurs familles à Rotterdam, en leur offrant un logement et en facilitant leur intégration. Il a recours à la méthode PM+.

⁽¹⁷⁵⁾ Commission européenne, site web européen sur l'intégration, [*«The Mentoring Project: Supporting Unaccompanied Children in Greece»*](#) (Mentoring Project: soutenir les enfants non accompagnés en Grèce), projet du 1^{er} juillet 2021.

⁽¹⁷⁶⁾ Defence Children International Italie, [*«Re-generations — Mentoring for Young People Who Have Just Turned 18»*](#) (Re-generations — Mentorat pour les jeunes qui viennent d'avoir 18 ans), durée du projet: décembre 2018 à mai 2022; la page web de l'association de soutien social aux jeunes est disponible à l'adresse: <https://arsis.gr/en/home/>.

⁽¹⁷⁷⁾ Irabor, E., [*«Social Mentoring Practices In Italy: An Introduction to the Project Re-generations»*](#) (Pratiques de mentorat social en Italie: introduction au projet Re-generations), sommet européen du mentorat 2022, mai 2022.

⁽¹⁷⁸⁾ OMS, [*«Gestion des problèmes plus \(PM+\) — Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité»*](#), version générique expérimentale 1.1 de l'OMS, 1^{er} janvier 2018.

⁽¹⁷⁹⁾ EPAPSY, association pour le développement régional et la santé mentale, [*«Community-based Intervention for Mental Healthcare of Asylum-seekers and Refugees in Greece»*](#) (Intervention communautaire de soin de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile en Grèce), consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁸⁰⁾ Renforcer les interventions psychologiques auprès des réfugiés syriens, STRENGTHS, [*«Training Syrian Refugees in Delivering PM+»*](#) (Former les réfugiés syriens à la PM+), 23 mai 2018.

I Activités créatives et artistiques

La participation à des thérapies et activités artistiques créatives animées par des thérapeutes peut aider les personnes déplacées à préserver leur identité culturelle, en particulier lorsqu'elles ont le sentiment d'en avoir perdu une partie ou qu'elle est en contradiction avec leur nouvelle culture. Les arts, la musique, la danse et le théâtre peuvent également offrir aux personnes la possibilité d'extérioriser leurs sentiments négatifs et leurs traumatismes afin d'accéder à leurs émotions. Ils peuvent aider les gens à se reconnecter à leur corps. Des activités créatives et artistiques telles que des ateliers de musique, des concours de rock ou des chorales interculturelles font partie des interventions mises en œuvre dans le cadre du niveau 2 de la pyramide de la SMSPS du CPI. Les niveaux 3 et 4 mettent quant à eux l'accent sur les moyens créatifs utilisés dans le cadre de séances de conseil et lorsque la thérapie par l'art, la danse ou la musique est utilisée en vue de réduire ou de traiter les symptômes. Les activités récréatives et créatives s'avèrent particulièrement utiles lorsque l'on travaille avec des enfants.

Théâtre

Cantieri Meticci est «une association culturelle bien établie à Bologne, en Italie, qui existe depuis plus de dix ans. Elle œuvre à la promotion des échanges interculturels et du dialogue, au développement communautaire et à la participation active des migrants et des réfugiés à la vie locale. Pour ce faire, elle a recours à l'art, et plus particulièrement au théâtre» ⁽¹⁸¹⁾. La troupe Caritas Hellas ⁽¹⁸²⁾ a de son côté encouragé l'intégration des réfugiés par le théâtre en Grèce.

Musique et danse

Dans plusieurs pays de l'UE+, des **initiatives musicales et de danse** sont déployées **en dehors** du contexte psychothérapeutique professionnel et semblent avoir une incidence considérable sur la vie des réfugiés et des communautés locales.

- Dans la ville **allemande** de Francfort, le projet Bridges ⁽¹⁸³⁾ s'adresse aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes. Cette approche suggère que le fait de chanter et de faire de la musique ensemble au sein d'un groupe renforce le sentiment d'appartenance à une communauté, le bien-être mental, la résilience, l'interaction sociale et le respect mutuel.
- Sur l'île de Lesbos, en **Grèce**, Cantalaloun ⁽¹⁸⁴⁾ est une initiative de chorale multiculturelle créée pour permettre à tous, indépendamment de leur religion, de leur langue et de leurs compétences musicales, d'accéder à des cours de polyphonie. L'enseignement est dispensé en grec et en anglais, et l'approche comprend des méthodes pédagogiques qui font appel à la communication non verbale telle que les «percussions corporelles».
- En **France**, OUI 2 ⁽¹⁸⁵⁾ tente de favoriser le développement personnel, humain et social à travers la danse et la mise en mouvement des mots. Ce projet permet également aux populations vulnérables d'accéder à certaines institutions culturelles, comme l'opéra (de Paris), que les demandeurs de protection internationale n'auraient, autrement, guère l'occasion de visiter.

Par ailleurs, on observe aussi des initiatives ayant recours à la **thérapie** par la musique, la danse et le mouvement pour travailler avec des demandeurs de protection internationale et les réfugiés ayant vécu des expériences traumatisantes, et qui semblent également être bien accueillies par les participants.

- Mateneen (ensemble) est un projet de musicothérapie pour et avec les jeunes réfugiés et demandeurs d'asile au **Luxembourg**. Ce projet vise à «réduire le stress et les angoisses liés aux problématiques rencontrées par les [demandeurs d'asile] telles que les conditions périlleuses de migration, la perte des repères linguistiques, culturels et matériels et l'éloignement de la famille» ⁽¹⁸⁶⁾.
- À Berlin, en **Allemagne**, le centre berlinois pour le traitement des victimes de torture ⁽¹⁸⁷⁾ a intégré diverses thérapies artistiques, dont la musicothérapie et la thérapie par le mouvement, parmi les services proposés aux victimes par le centre de jour.
- Crea Thera International ⁽¹⁸⁸⁾, en **Belgique**, propose des séances de musicothérapie pour stimuler les enfants et les aider à se connecter à leurs pairs et à eux-mêmes.



⁽¹⁸¹⁾ Commission européenne, site web européen sur l'intégration, «[Cantieri Meticci: The Refugee Theatre Company](#)» (Cantieri Meticci: la troupe de théâtre des réfugiés), date du projet: 1^{er} janvier 2013.

⁽¹⁸²⁾ Pacte mondial sur les réfugiés, «[Acting Project: Theatre and Refugee Integration in Greece](#)» (Projet théâtral: théâtre et intégration des réfugiés en Grèce), durée du projet: novembre 2017 à mars 2019.

⁽¹⁸³⁾ Bridges Musik, «[Bridges Project — About Us](#)» (Projet Bridges: à propos de nous), 2024.

⁽¹⁸⁴⁾ Cantalaloun, «[Cantalaloun](#)», consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁸⁵⁾ Opéra de Paris, «[OUI#2](#)», consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁸⁶⁾ Commission européenne, «[Luxembourg: musicothérapie au service des réfugiés](#)», site web européen sur l'intégration; Schmartz, C., et Majerus, A., «[Mateneen \[Together\] — a Music Therapy Project for and with Young Refugees and Asylum Seekers in Luxembourg](#)» [Mateneen (Ensemble) — Projet de musicothérapie pour et par de jeunes réfugiés et demandeurs d'asile au Luxembourg], 2020.

⁽¹⁸⁷⁾ Zentrum Überleben (centre pour le traitement des victimes de torture), «[Creative-, Music- and Movement-Therapies](#)» (Thérapies créatives, par la musique et par le mouvement), site web d'Überleben, consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁸⁸⁾ Crea Thera International, «[Empowerment and Connection through Creative and Therapeutic Projects](#)» (Autonomisation et connexion grâce à des projets thérapeutiques créatifs), consulté le 10 septembre 2024.



Peinture

À Bruxelles, en **Belgique**, Red Pencil Europe intervient par l'intermédiaire des arts: «En s'engageant dans le processus créatif, les individus peuvent reprendre le contrôle d'une situation incontrôlable, tout en apprenant à s'exprimer» ⁽¹⁸⁹⁾. Ce sont tout particulièrement les enfants qui sont susceptibles de tirer des bénéfices des activités liées à la thérapie par l'art.

Autres interventions

L'EUA a compilé une liste d'activités de soutien psychosocial à destination des enfants demandeurs dans le cadre de son soutien opérationnel aux États membres. Ces activités visent à renforcer la résilience des demandeurs et sont mises en œuvre par un personnel de soutien qualifié disposant de connaissances variées en matière de vulnérabilité.

Pour plus de détails, voir la [partie III — vade-mecum](#), section «**Dialoguer avec les enfants demandeurs**».

I Cuisiner et manger ensemble

La nourriture rassemble les gens et permet de célébrer des fêtes religieuses ou d'autres traditions. La préparation de la nourriture et le fait de manger ensemble permettent non seulement aux personnes de passer du temps ensemble et d'échanger sur différents sujets, mais aussi de découvrir la culture d'autres personnes en consommant sa nourriture. Cuisiner et manger ensemble est une forme de communication et confère un sentiment de normalité aux personnes qui partagent un repas. La cuisine représente une occasion d'échanger des connaissances et des coutumes culturelles, ainsi que de se créer des souvenirs autour de la production culinaire ⁽¹⁹⁰⁾.

Il est possible que les personnes arrivées dans les pays de l'UE+ aient été confrontées à la faim par le passé. En conséquence, préparer un repas et le manger ensemble pourrait constituer une activité d'autant plus précieuse qu'elle serait le signe que la faim appartient au passé. La **cuisine** est une activité de soutien communautaire bien définie, qui se situe au **niveau 2 de la pyramide de la SMSPS**.



Cuisiner et manger ensemble

En **Allemagne** et en **Autriche**, Über den Tellerrand (Regarder au-delà de son assiette) ⁽¹⁹¹⁾ mène toute une série de projets visant à l'intégration et à la participation sociale des personnes ayant vécu une expérience de réfugié par le biais de «rencontres» permettant de créer des liens et des opportunités d'échange et d'apprentissage mutuel. Ces projets comprennent des activités de groupe, des activités de mentorat et des activités de tandems composés de réfugiés et de familles locales.

En **Grèce**, les projets de cuisine et de jardinage collectifs mis en œuvre par Pervolarides (Jardiniers) ⁽¹⁹²⁾ ont pour principal objectif de promouvoir la solidarité sociale et la durabilité.

À Zurich, en **Suisse**, le mouvement de la gastronomie sociale est coordonné par Cuisine sans frontières ⁽¹⁹³⁾, en collaboration avec la coopérative die Cuisine, avec le soutien financier de la Fondation SV.

⁽¹⁸⁹⁾ The Red Pencil Humanitarian Mission, «[What Is Creative Arts Therapy?](#)» (Qu'est-ce que la thérapie par les arts créatifs?), site web de The Red Pencil Humanitarian Mission consulté le 20 août 2024.

⁽¹⁹⁰⁾ Marovelli, B., «[Cooking and Eating Together in London: Food Sharing Initiatives as Collective Spaces of Encounter](#)» (Cuisiner et manger ensemble à Londres: initiatives de partage de repas à titre d'espaces de rencontres collectives), Geoforum, 2019.

⁽¹⁹¹⁾ Über den Tellerand, «[Make the World a Better Plate](#)» (Rendre le monde meilleur grâce à la nourriture), site web d'Über den Tellerand, consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁹²⁾ The Greek Project, «[Links — People Who Care Passionately about Greece](#)» (Liens — Personnes qui s'intéressent passionnément à la Grèce), site web du Greekproject, consulté le 19 août 2024.

⁽¹⁹³⁾ [Cuisine sans frontières](#), consulté le 19 août 2024.

I Sport

De la même façon que l'art, le sport et les jeux sont des activités universelles qui permettent de créer des liens, de responsabiliser, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des personnes, plus particulièrement des enfants et des jeunes. L'exercice physique et la pratique d'un sport ont été associés à des niveaux accrus d'estime de soi, d'autoefficacité générale et de satisfaction vis-à-vis de son corps. Ils sont vus comme des facteurs de protection contre les problèmes de santé mentale que sont la dépression et l'anxiété, par exemple ⁽¹⁹⁴⁾. D'autres effets sociaux positifs ont été observés, notamment chez les enfants et les adolescents qui pratiquent des sports d'équipe. Parmi ces effets figurent la diminution de l'anxiété sociale et de l'isolement social, un soutien par les pairs et l'établissement de liens sociaux ⁽¹⁹⁵⁾. Le **sport** est une activité de soutien communautaire bien définie, qui se situe au **niveau 2 de la pyramide de la SMSPS**.

Sport et jeux — différents projets mis en œuvre en Europe

- Football: un ciment pour l'Europe ⁽¹⁹⁶⁾ (**Allemagne, Italie, Royaume-Uni**).
- En **Grèce**, Welcome through football ⁽¹⁹⁷⁾ est un projet à destination des enfants et des jeunes réfugiés, qui promeut le travail d'équipe, les compétences de communication, la socialisation et l'interaction avec la communauté d'accueil.
- Rewins 2.0 ⁽¹⁹⁸⁾ intègre des filles et des femmes réfugiées dans le monde du sport et encourage l'inclusion sociale ainsi que le sentiment d'appartenance. Ce projet favorise également l'égalité des chances dans le domaine du sport et de l'éducation, dans la mesure où il s'adresse aux femmes et aux filles de tous horizons culturels et sociaux. Des projets similaires sont déployés aux Pays-Bas ⁽¹⁹⁹⁾ et au Danemark ⁽²⁰⁰⁾.
- Le projet de Terres des Hommes (**Grèce, Hongrie et Roumanie**), «Keeping Children Safe in Sports ⁽²⁰¹⁾» vise à promouvoir des politiques de protection de l'enfance dans les environnements sportifs.
- La Fédération belge de cricket ⁽²⁰²⁾ (**Belgique**) encourage l'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile dans les clubs de cricket locaux, en mettant l'accent sur la participation des mineurs.
- L'**Union royale belge de football** ⁽²⁰³⁾ promeut et encourage l'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile par l'intermédiaire du football au niveau local.



⁽¹⁹⁴⁾ Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A., et Eime, R., «[The Impact of Sports Participation on Mental Health and Social Outcomes in Adults: a Systematic Review and the «Mental Health through Sport» Conceptual Model](#)» (L'impact de la pratique sportive sur la santé mentale et ses retombées sociales chez les adultes: analyse systématique et modèle conceptuel de la «santé mentale par le sport»), *Systematic Reviews*, 21 juin; 12(1):102, 2023.

⁽¹⁹⁵⁾ Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. et Payne, W. R., «[A Systematic Review of the Psychological and Social Benefits of Participation in Sport for Children and Adolescents: Informing Development of a Conceptual Model of Health through Sport](#)» (Analyse systématique des avantages psychologiques et sociaux de la pratique du sport chez les enfants et les adolescents: éclairer le développement d'un modèle conceptuel de la santé par le sport), *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10:98, 15 août 2013.

⁽¹⁹⁶⁾ HCR et Goal Click, «[Football: A Glue That Binds in Europe](#)» (Football: un ciment pour l'Europe), consulté le 20 août 2024.

⁽¹⁹⁷⁾ HCR, «[Colorful Football Balls Come to Life Bringing Smiles to Refugee Children](#)» (Des ballons de football colorés s'animent pour rendre le sourire aux enfants réfugiés), 14 juillet 2022.

⁽¹⁹⁸⁾ Farennet, «[Our Work — EU Projects](#)» (Ce que nous faisons — Projets européens), consulté le 20 août 2024.

⁽¹⁹⁹⁾ Farennet, «[Our Work — Refugees and Football](#)» (Ce que nous faisons — Réfugiés et football), consulté le 20 août 2024.

⁽²⁰⁰⁾ GirlPower, <https://www.girlpowerorg.com/>, consulté le 20 août 2024.

⁽²⁰¹⁾ Projet de Terre des hommes, «[Keeping Children Safe in Sports](#)», consulté le 20 août 2024.

⁽²⁰²⁾ Cricket Belgium, «[Fedasil Cricket Project](#)», consulté le 19 août 2024.

⁽²⁰³⁾ Kraainem Football, «[We Welcome Young Refugees](#)», consulté le 20 août 2024.



I Formation professionnelle et préparation à l'emploi

La participation à des activités quotidiennes utiles et régulières, ainsi que le développement de nouvelles compétences ou le renforcement des compétences existantes favorisent la santé mentale, mettent en valeur les points forts, accroissent la résilience et nourrissent l'estime de soi. La capacité à contribuer à la communauté d'accueil renforce l'indépendance, l'intégration et l'acceptation. Les demandeurs peuvent contribuer de manière proactive au système local de protection sociale au lieu de continuer à dépendre des allocations financières.

Le fait d'informer les demandeurs à un stade précoce de leur parcours d'accueil de ce qui peut effectivement être atteint dans le pays d'accueil (par exemple, les types d'emplois accessibles) et de ce qui les attend une fois qu'ils auront obtenu un permis de travail, atténue la détresse psychologique et l'anxiété. Cela peut, par conséquent, générer de l'espoir et aider à rester optimiste durant les périodes de stress et de transition.



Préparation à l'emploi

Polaris 14 ⁽²⁰⁴⁾ est une association **française** qui propose un soutien professionnel et des conseils aux demandeurs d'asile et aux bénéficiaires de protection internationale pour leur permettre de **se préparer au travail/à l'emploi**. Son programme d'ateliers socioprofessionnels offre aux participants une approche structurée de la définition et de la construction de leurs projets professionnels, améliore leurs compétences en matière de présentation et les met en contact avec de futurs employeurs potentiels.

Parmi les autres projets, le partenariat Tent pour les réfugiés s'est notamment attaché à déterminer si les entreprises pouvaient tirer profit du recrutement de réfugiés. Une étude menée en **Allemagne** a analysé «les expériences de 100 moyennes et grandes entreprises allemandes ayant recruté des réfugiés» ⁽²⁰⁵⁾. Les résultats sont extrêmement positifs et indiquent que 88 % des entreprises seraient susceptibles de recruter à nouveau des réfugiés ultérieurement. Le rapport de recherche fournit des orientations aux entreprises sur la meilleure façon d'intégrer les réfugiés.

I Inclusion sociale, intégration et logement abordable

Les centres d'accueil sont souvent surpeuplés et ne sont pas toujours situés à proximité d'infrastructures telles que des écoles ou des lieux de travail. Ils sont parfois créés sans consultation préalable des communautés d'accueil environnantes, ce qui peut être source de tensions. Qui plus est, les demandeurs peuvent difficilement s'offrir un logement indépendant, ce qui signifie qu'ils vivent souvent dans des infrastructures partagées.

Les demandeurs qui disposent d'un logement privé sans contrat de location régulier peuvent rencontrer des difficultés d'accès à l'emploi, aux services sociaux ou aux soins de santé, car ils ne peuvent pas produire les documents nécessaires (documents de location). En ce qui concerne la santé mentale et le bien-être, de récentes études ont montré que l'anxiété et la dépression étaient plus fréquentes chez les enfants et les adultes confrontés à l'insécurité liée au logement et au sans-abrisme. Des répercussions négatives similaires ont également été observées sur le bien-être familial, l'accès/l'assiduité à l'école et la santé.

⁽²⁰⁴⁾ Polaris (France), consulté le 20 août 2024, <https://polaris14.org/>.

⁽²⁰⁵⁾ Tent (Allemagne), «From a Refugee Crisis to a Job Engine. An Analysis of German Businesses' Experience in Refugee Integration» (De la crise des réfugiés au moteur de l'emploi: analyse de l'expérience d'entreprises allemandes en matière d'intégration des réfugiés), mai 2022.



Les études confirment non seulement qu'un logement approprié est un indicateur essentiel d'intégration réussie, mais aussi que «la prise en considération du logement en tant que déterminant social contribue à améliorer la santé et à réduire les disparités» ⁽²⁰⁶⁾, y compris au sein de la population des demandeurs d'asile.

Hébergement, conditions de vie indépendantes et intégration opportune



Se loger aux **Pays-Bas** relève du défi depuis de nombreuses années, et les jeunes/étudiants sont l'un des groupes sociaux qui éprouvent de grandes difficultés à trouver un **logement abordable**. Startblok ⁽²⁰⁷⁾ a été lancé en 2016 comme solution innovante pour faire face à l'afflux accru de demandeurs d'asile et au manque de logements abordables pour les jeunes adultes aux Pays-Bas. Ce projet est toujours en cours.

CURANT ⁽²⁰⁸⁾ est un projet lancé en **Belgique** et conçu pour offrir des services d'hébergement et de soutien aux besoins des jeunes réfugiés en matière d'éducation, de formation, d'emploi, de logement et de santé mentale par l'intermédiaire d'une gestion des cas individuels et d'un «système de cohabitation/mentorat» avec de jeunes adultes belges. Ce projet s'appuie sur la mise en place d'un **système de «tandems réfugiés-copains»** ⁽²⁰⁹⁾.

En **France**, Les Cinq Toits (Paris) ⁽²¹⁰⁾ fait référence à un **projet de logement** promouvant l'intégration des migrants et «conçu pour offrir aux personnes exilées et **vulnérables**, non seulement un toit, mais aussi un lieu de guérison, de rencontre et d'interaction avec les acteurs locaux pour finalement trouver leur place dans la société ⁽²¹¹⁾».

Toujours en **France**, le dispositif HUDA ⁽²¹²⁾ permet de mettre un **hébergement d'urgence** à la disposition des demandeurs d'asile présentant des vulnérabilités identifiées, y compris aux personnes ayant des OSIGEGCS diverses. HUDA signifie «Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile».

⁽²⁰⁶⁾ Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O., et Razum, O., «[Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries](#)» (Attributs psychosociaux du logement et leur relation avec la santé chez les réfugiés et les demandeurs d'asile dans les pays à hauts revenus), *Public Health Reviews*, 4 mai 2023.

⁽²⁰⁷⁾ Startblok Elzenhagen (Pays-Bas), «[What Is Startblok?](#)» (Qu'est-ce que Startblok?).

⁽²⁰⁸⁾ Commission européenne, «[European Social Fund Plus — CURANT](#)» (Fonds social européen+ — CURANT), 11 mai 2022.

⁽²⁰⁹⁾ Ravn, S., Van Caudenberg, R., Corradi, D., Clycq, N., et Timmerman, C., «[CURANT — Co-housing and Case Management for Unaccompanied Young Adult Refugees in ANTwerp](#)» (CURANT — Cohébergement et gestion de cas pour de jeunes adultes réfugiés non accompagnés à Anvers), centre pour la migration et les études interculturelles, université d'Anvers, mai 2018; Mahieu, R., et Van Caudenberg, R., «[Young Refugees and Locals Living under the Same Roof: Intercultural Communal Living as a Catalyst for Refugees' Integration in European Urban Communities?](#)» (Jeunes réfugiés et locaux vivant sous le même toit: la vie communautaire interculturelle comme catalyseur de l'intégration des réfugiés dans les communautés urbaines européennes?), *Comparative Migration Studies*, vol. 8, n° 12, 2020.

⁽²¹⁰⁾ Nature: Revealed Skills — Resilient Cities (France), «[Les Cinq Toits \(Paris\)](#)», consulté le 21 août 2024.

⁽²¹¹⁾ Merging — Integration for Migrants, «[Housing for Immigrants and Community Integration in Europe and Beyond: Strategies, Policies, Dwellings and Governance](#)» (Logement des migrants et intégration communautaire en Europe et au-delà: stratégies, politiques, logements et gouvernance), janvier 2022.

⁽²¹²⁾ Habitat & Humanisme (France), «[Les centres de la Branche Urgence](#)», consulté le 21 août 2024.

Annexe 1 — Synthèse des facteurs propices au bien-être et à une santé mentale optimale

Exigences élémentaires à l'arrivée



Premiers secours psychologiques et connaissances de base sur la manière d'observer et de juger une situation, de regarder et d'écouter pour **identifier** les personnes dans le besoin et les mettre en contact/les orienter vers une réponse fondée sur les besoins comprenant les premiers examens médicaux/contrôles de vulnérabilité ou une évaluation de suivi.



Premier placement approprié ⁽²¹³⁾ et, autant que possible, pas dans un centre fermé.



Accès à une première prise en charge médicale et sociale.



Mise à disposition de nourriture et d'articles non alimentaires tels que des vêtements, des articles d'hygiène, des ustensiles de cuisine (y compris aux demandeurs célibataires de sexe masculin), etc.



Égalité (prise en considération de l'âge, du genre et d'autres facteurs tout au long du processus).



Accès à des informations pertinentes à ce stade (par exemple, les services/droits disponibles, les prochaines étapes de la procédure, la manière d'accéder à des conseils juridiques, le soutien dans le cadre de la recherche familiale ⁽²¹⁴⁾ ⁽²¹⁵⁾), les informations sur le regroupement familial, etc.)



Accès garanti à la procédure pertinente (y compris d'autres formes de protection, par exemple en cas de traite des êtres humains).

Une fois placé dans un hébergement plus permanent



Premiers secours psychologiques et connaissances de base sur la manière d'observer, de regarder et d'écouter pour **identifier** les personnes dans le besoin et les mettre en contact/les orienter vers une réponse fondée sur les besoins. L'identification est un processus continu.



Accueil en fonction des besoins. Voir le guide de l'EUAU sur les conditions d'accueil ⁽²¹⁶⁾ ainsi que le guide de l'EASO pour les enfants non accompagnés ⁽²¹⁷⁾ et, le cas échéant, se préparer à un logement indépendant.



Importance de dispenser une psychoéducation à tous les demandeurs.



Des soins et un soutien formels et informels en continu et une gestion des cas sont proposés à tous les demandeurs, le cas échéant.



L'accès aux réseaux sociaux et aux interventions de soutien communautaire est favorisé, pour permettre aux demandeurs d'entrer en contact avec des membres de leur famille et de leur communauté.



L'accès à des activités communautaires telles que le jeu, la pratique d'un art, le sport et la cuisine peut favoriser le bien-être et l'établissement de liens entre les personnes.



Accès à des possibilités de développement personnel, par exemple formation professionnelle et activités liées à la préparation à l'emploi.

⁽²¹³⁾ Il s'agit d'un hébergement sûr et approprié tenant compte de la situation personnelle de la personne qui arrive.

⁽²¹⁴⁾ Comité international de la Croix-Rouge, *Safety Tips for Families* (Conseils de sécurité destinés aux familles), 2022.

⁽²¹⁵⁾ EASO, *Guide pratique de l'EASO sur la recherche familiale*, mars 2016.

⁽²¹⁶⁾ EUAA, *Guidance on Reception, Operational Standards and Indicators* (Guide relatif à l'accueil, aux normes opérationnelles et aux indicateurs), mai 2024; EASO, *Guide de l'EASO sur les conditions d'accueil: normes opérationnelles et indicateurs*, septembre 2016.

⁽²¹⁷⁾ EASO, *Guide de l'EASO sur les conditions d'accueil des mineurs non accompagnés: normes opérationnelles et indicateurs*, décembre 2018.

Intégration ou préparation en temps utile d'un retour dans la dignité et la sécurité



Les premiers secours psychologiques s'inscrivent dans une démarche continue et offrent des connaissances de base sur la manière d'observer, de regarder et d'écouter pour **identifier** les personnes dans le besoin et les mettre en contact/les orienter vers une réponse (médicale, psychosociale, juridique, protection) fondée sur les besoins.



Une **évaluation** approfondie **des besoins et des risques** (psychosociaux/de santé/de santé mentale) axés sur la personne doit être réalisée afin de garantir un traitement efficace du cas et un soutien à la personne durant les périodes de transition (intégration comme préparation au retour). Cette évaluation est particulièrement importante lorsque des enfants sont concernés (principe de l'intérêt supérieur de l'enfant).



Intégration: la participation à des activités psychoéducatives peut favoriser l'intégration au sein de la communauté d'accueil. Il est important de transmettre des informations sur le soutien disponible après le départ du centre d'accueil.



Retour: la psychoéducation peut également être importante pour les personnes dont le retour est programmé, de façon à les aider à mieux gérer les sentiments néfastes de détresse au cours de la procédure de préparation au retour. Contribuez à la préparation au retour ⁽²¹⁸⁾ et ayez recours à divers outils pour prodiguer des conseils en matière de réintégration ⁽²¹⁹⁾.

Il est important de disposer d'informations de base sur les services disponibles dans le pays de retour. Dans la mesure du possible, il est également indiqué d'établir des liens opportuns et proactifs avec des organisations soutenant les retours volontaires (par exemple, l'OIM).

⁽²¹⁸⁾ OIM Irlande, *Preparing for Return* (Préparation au retour), 2015.

⁽²¹⁹⁾ OIM, *Reintegration Counselling: A Psychosocial Approach* (Conseil en réintégration: une approche psychologique), 2020.



Références

Ressources de l'EUA

- ▶ EUA, [*Victims of Human Trafficking in Asylum and Reception*](#) (Victimes de la traite des êtres humains dans le cadre de l'asile et de l'accueil), publication n° 21, Situational update (Point sur la situation), août 2024.
- ▶ EUA, [*Protecting Women and Girls in the Asylum Procedure*](#) (Protection des femmes et des filles lors des procédures d'asile), fiche d'information n° 24, juin 2024.
- ▶ EUA, [*Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems*](#) (Personnes handicapées dans les régimes d'asile et d'accueil), fiche d'information n° 14, janvier 2024.
- ▶ EUA, [*Strategy on Vulnerability*](#) (Stratégie en matière de vulnérabilité), décembre 2023.
- ▶ EUA et OEDT, [*Professionals Working in Reception Centres in Europe: an Overview of Drug-related Challenges and Support Needs*](#) (Professionnels travaillant dans les centres d'accueil en Europe: présentation des problématiques liées à la drogue et des besoins d'assistance), octobre 2023.
- ▶ Trois livrets sur la détresse psychologique accompagnés d'instructions:
 - EUA, [*Comment puis-je soutenir mon enfant dans les moments difficiles?*](#), juin 2023.
 - EUA, [*Comment puis-je faire face à des situations dans lesquelles mes parents semblent tristes, inquiets ou en colère?*](#), juin 2023.
 - EUA, [*Comment gérer les situations dans lesquelles mon ami\(e\), mon frère ou ma sœur est triste, en colère ou fait des choses dangereuses?*](#), juin 2023.
- ▶ EUA, [*Psychological First Aid Video*](#) (Vidéo sur les premiers secours psychologiques), YouTube, juin 2023, accompagnée d'instructions.
- ▶ EUA, [*Victims of Torture — Identification, Support and Examination of Claims*](#) (Victimes de tortures — Identification, soutien et examen des demandes), mars 2023.
- ▶ EUA, [*Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception — A Mapping of Practices*](#) (Gestion des incidents critiques dans le domaine de l'asile et de l'accueil — Recensement des pratiques), juin 2022.
- ▶ EASO, [*Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health — A Participatory Approach Supported by Member State Authorities and Civil Society*](#) (Entretiens sur la santé mentale avec des demandeurs de protection internationale — une approche participative soutenue par les autorités des États membres et la société civile), décembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guide pratique sur l'enregistrement: introduction des demandes de protection internationale*](#), décembre 2021.
- ▶ EASO, [*Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie I: normes et politiques*](#), octobre 2021.
- ▶ EASO, [*Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie II: Boîte à outils pour le bien-être du personnel*](#), octobre 2021.
- ▶ EASO, [*Guide pratique sur le bien-être du personnel chargé de l'asile et de l'accueil — Partie III: Suivi et évaluation*](#), octobre 2021.
- ▶ EASO, [*The Importance of Early Identification of Signs of Stress*](#) (L'importance de la détection précoce des signes de stress), YouTube, 22 septembre 2021.
- ▶ EASO, Agence de l'Union européenne pour la coopération des services répressifs (Europol) et Agence européenne de garde-frontières et de garde-côtes (Frontex), [*Occupational Health and Safety — Deployment Information*](#) (Santé et sécurité au travail — Informations sur le déploiement), janvier 2021.
- ▶ EASO, [*Mental Health of Applicants for International Protection in Europe — Initial Mapping Report*](#) (Santé mentale des demandeurs de protection internationale en Europe — rapport de cartographie initial), juillet 2020.
- ▶ EUA, portail [*Let's Speak Asylum*](#) (Parlons asile).

Institutions et agences de l'UE

- ▶ FRA, [*Mapping child protection systems in the EU*](#) (Recensement des systèmes de protection de l'enfance dans l'UE), 2024.
- ▶ Commission européenne, [*Communication de la Commission*](#) au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions sur une approche globale en matière de santé mentale, COM(2023) 298 final du 7.6.2023.
- ▶ Commission européenne, [*Communication from the Commission on a comprehensive approach to mental health*](#) (Communication de la Commission sur une approche globale en matière de santé mentale), document de référence, 7 juin 2023.
- ▶ Commission européenne, Álvarez Conde, C., Barras Tejudo, R., Brito Siso, C., Dilger, J., Federzoni dos Santos, E., e.a., [*HEROES — Novel Strategies to Fight Child Sexual Exploitation and Human Trafficking Crimes and Protect their Victims — D4.4 Manual for Early Identification of Potential Victims of Trafficking in Human Beings, Child Sexual Abuse and Child Sexual Exploitation*](#) (HEROES — Nouvelles stratégies de protection des victimes et de lutte contre la traite des êtres humains et l'exploitation sexuelle des enfants — Manuel D4.4 axé sur la détection précoce des victimes potentielles de traite des êtres humains, d'abus sexuels pédophiles et d'exploitation sexuelle des enfants), 2023.
- ▶ FRA, [*Une protection et un soutien accrus sont nécessaires pour les victimes de la criminalité dans toute l'Europe*](#), 2023.
- ▶ Commission européenne, réseau européen des migrations, [*«Note de synthèse du REM — Cartographie des politiques de santé mentale pour les migrants ressortissants de pays tiers»*](#), 4 juillet 2022.
- ▶ Parlement européen, service de recherche du Parlement européen, Dumbrava, C., [*L'intelligence artificielle aux frontières de l'Union européenne — Aperçu des applications et questions clés*](#), 2021.
- ▶ Conseil de l'Union européenne, secrétariat général, [*Plan d'action de l'UE en matière de drogue 2021-2025*](#), 2021.
- ▶ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, [*Initial Reception Facilities at External Borders: Fundamental Rights Issues to Consider*](#) (Structures d'accueil initial aux frontières extérieures: problèmes de droits fondamentaux à prendre en considération), 2021.
- ▶ Frontex, [*Risk Analysis for 2021*](#) (Analyse des risques 2021), 2021.
- ▶ Commission européenne, [*Communication de la Commission*](#) au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Plan d'action en faveur de l'intégration et de l'inclusion pour la période 2021-2027, {SWD(2020) 290 final} du 24.11.2020, COM(2020) 758 final.
- ▶ Parlement européen, [*«Asile et migration en Europe: faits et chiffres»*](#), 2020.
- ▶ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, [*Rétention des migrants — Fiche thématique*](#), mars 2017.
- ▶ Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes, [*Les musulmans au sein de l'Union européenne — Discrimination et islamophobie*](#), 1^{er} décembre 2006.
- ▶ Conseil de l'Europe, [*«Mettre fin à la rétention d'enfants migrants»*](#), campagne parlementaire.



Autorités des États membres

- Fedasil, [*Guide — Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants*](#), 2022.

Références universitaires

- Akthar, Z., et Lovell, A., «[Art Therapy With Refugee Children: A Qualitative Study Explored Through the Lens of Art Therapists and Their Experiences](#)» (La thérapie artistique avec des enfants réfugiés: étude qualitative à travers le prisme des art-thérapeutes et de leurs expériences), University of Chester, *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 139-148, 2018.
- Caldas Almeida, J. M., Mateus, P., et Tomé, G., Action commune pour la santé mentale et le bien-être, «[Towards Community-based and Socially Inclusive Mental Health Care](#)» (Vers des soins de santé mentale communautaires et socialement inclusifs), 2015.
- Amnesty International, [Regional Overview of Islamophobia in Europe](#) (Cartographie régionale de l'islamophobie en Europe), 2022.
- ARSIS, association de soutien social des jeunes, «[Re-generations! Mentoring for Young Refugees](#)» (Re-generations! Le mentorat pour les jeunes réfugiés), 2022 (en grec).
- Association américaine de psychologie, «[Resilience](#)» (Résilience), consulté le 12 août 2024.
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L., et Dachew, B. A., «[Systematic Review and Meta-analysis of the Prevalence of Depressive Symptoms, Dysthymia and Major Depressive Disorders among Homeless People](#)» (Analyse systématique et méta-analyse de la prévalence des symptômes dépressifs, de la dysthymie et des troubles dépressifs majeurs chez les personnes sans-abri), *BMJ Open* 2021, 11(2):e040061, 2020.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., et Lin, J., «[The Impact of Guidance on Internet-Based Mental Health Interventions — A Systematic Review](#)» (Incidence des interventions de santé mentale fondées sur l'internet — Analyse systématique), *Internet Interventions*, vol. 1, n° 4, p. 205-215, 2014.
- Bass, B., et Nagy, H., «[Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients](#)» (Compétences culturelles dans le cadre des soins aux patients LGBTQ), *National Library of Medicine*, 2023.
- Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Søgaard, U., Petersen, I., e.a., «[Music Therapy Was Noninferior to Verbal Standard Treatment of Traumatized Refugees in Mental Healthcare: Results from a Randomized Clinical Trial](#)» (La musicothérapie n'est pas moins efficace que le traitement verbal standard des réfugiés traumatisés dans le cadre des soins de santé mentale: résultats d'un essai clinique randomisé), *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 12, n° 1, p. 1930960, 2021.
- Unicef, «[Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement](#)» (Normes de qualité et indicateurs d'engagement communautaire minimaux), 2020.
- Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C., e.a., «[Male and LGBT Survivors of Sexual Violence in Conflict Situations: A Realistic Review of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries](#)» (Survivants de violences sexuelles de sexe masculin et LGBT dans des situations de conflit: examen réaliste des interventions de santé dans les pays à faibles et moyens revenus), *Conflict and Health*, vol. 14, numéro d'article: 11, 2020.
- Borja Jr., A., Khondaker, R., Durant, J., et Ochoa, B., «[Child-centred, Cross-sectoral Mental Health and Psychosocial Support Interventions in the Rohingya Response: a Field Report by Save the Children](#)» (Interventions intersectorielles de santé mentale et de soutien psychosocial centrées sur l'enfant dans le cadre de la réponse apportée aux Rohingyas: rapport de terrain établi par Save the Children), *Intervention; Mumbai*, vol. 17, p. 231-237, 2019.
- Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O., et Razum, O., «[Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries: Systematic review](#)» (Attributs psychosociaux du logement et leur relation avec la santé des réfugiés et des demandeurs d'asile dans les pays à hauts revenus: Analyse systématique), *Public Health Reviews*, 2023.
- Browne, G., «[The Problem with Mental Health Bots](#)» (Le problème des agents conversationnels de santé mentale), 2022.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., e.a., «[Group Music Therapy for Patients with Persistent Post-traumatic Stress Disorder — An Exploratory Randomized Controlled Trial with Mixed Methods Evaluation](#)» (La thérapie musicale de groupe pour les patients présentant un ESPT persistant — Essai exploratoire, randomisé, contrôlé portant sur l'évaluation des méthodes mixtes), *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 85, p. 179-202, 2012.
- CHS Alliance, «[Guidelines for Investigations](#)» (Orientations en matière d'enquêtes), 2015.

- ▶ ECOSOC, [Observation générale n° 14 \(2000\) — Le droit au meilleur état de santé susceptible d’être atteint \(art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels\)](#), adopté lors de la vingt-deuxième session du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le 11 août 2000 (contenu dans le document E/C.12/2000/4).
- ▶ De Graaff, A. M., Cuijpers, P., McDaid, D., Park, A., Woodward, A., e.a., «[Peer-provided Problem Management Plus \(PM+\) for Adult Syrian Refugees: a Pilot Randomised Controlled Trial on Effectiveness and Cost-effectiveness](#)» [Gestion des problèmes plus (PM+) par les pairs chez des réfugiés syriens adultes: essai pilote randomisé contrôlé sur l’efficacité et la rentabilité], publication en ligne par Cambridge University Press, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020.
- ▶ Defence for Children International Italia, «[Re-generations — Mentoring For Young People Who Have Just Turned 18](#)» (Re-generations — Mentorat pour les jeunes qui viennent d’avoir 18 ans), durée du projet: décembre 2018 à mai 2022.
- ▶ Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M., Rota, M., e.a., et ChildMove Project, [The Impact of Flight Experiences on the Mental Health of Unaccompanied Minors on the Move](#) (L’incidence des expériences de vol sur la santé mentale des mineurs non accompagnés en déplacement), 2022.
- ▶ Dieterich-Hartwell, R., et Koch, S., «[Creative Arts Therapies as Temporary Home for Refugees: Insights from Literature and Practice](#)» (Les thérapies par les arts créatifs en tant que foyer temporaire des réfugiés: perspectives issues de la littérature et de la pratique), *Behavioral Sciences*, vol. 7, n° 4, p. 69, 2017.
- ▶ Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A., et Eime, R., «[The Impact of Sports Participation on Mental Health and Social Outcomes in Adults: a Systematic Review and the «Mental Health through Sport» Conceptual Model](#)» (L’impact de la pratique sportive sur la santé mentale et ses retombées sociales chez les adultes: analyse systématique et modèle conceptuel de la «santé mentale par le sport»), *Systematic Reviews*, juin 21;12(1):102, 2023.
- ▶ Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., et Payne, W. R., «[A Systematic Review of the Psychological and Social Benefits of Participation in Sport for Children and Adolescents: Informing Development of a Conceptual Model of Health through Sport](#)» (Analyse systématique des avantages psychologiques et sociaux de la pratique du sport chez les enfants et les adolescents: éclairer le développement d’un modèle conceptuel de la santé par le sport), *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10:98, 15 août 2013.
- ▶ Eversole, R., «[Community Agency and Community Engagement: Re-theorising Participation in Governance](#)» (Action et engagement communautaires: rethéoriser la participation à la gouvernance), *Journal of Public Policy*, vol. 31, n° 1, p. 51-71, 2011.
- ▶ Farmer, N., Touchton-Leonard, K., et Ross, A., «[Psychosocial Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review](#)» (Avantages psychosociaux des interventions culinaires: analyse systématique), *Health Education & Behavior*, 2018.
- ▶ Kryszinska, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Caele, A. L., e.a., «[Best Strategies for Reducing the Suicide Rate in Australia](#)» (Meilleures stratégies pour réduire le taux de suicide en Australie), *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 2, p. 115-118, 2015.
- ▶ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L., e.a., «[Suicide Prevention Training — Improving the Attitudes and Confidence of Rural Australian Health and Human Service Professionals](#)» (Formation à la prévention du suicide: améliorer les comportements et la confiance des professionnels des services sociaux et de santé dans l’Australie rurale), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 40, n° 1, p. 15-26, 2019.
- ▶ Fournier, K., Van Acker, K., et Geldof, D., «[Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres](#)» (Renforcer les possibilités des enfants non accompagnés dans les centres d’accueil), 2022.
- ▶ Frank, A. O., De Souza, L. H., et Frank, C. A., «[Neck Pain and Disability: a Cross-Sectional Survey of the Demographic and Clinical Characteristics of Neck Pain Seen in a Rheumatology Clinic](#)» (Douleurs cervicales et handicap: étude transversale et caractéristiques cliniques et démographiques des cervicalgies observées dans une clinique de rhumatologie), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, p. 173-182, 2005.
- ▶ Ruvolo Grasser, L., Al-Saghir, H., Wanna, C., Spinei, J., et Javanbakht, A., «[Moving through the Trauma: Dance/ Movement Therapy as a Somatic-based Intervention for Addressing Trauma and Stress among Syrian Refugee Children](#)» (Traverser le traumatisme: la thérapie par la danse/le mouvement en tant qu’intervention somatique pour traiter les traumatismes et le stress chez les enfants réfugiés syriens), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 58, n° 11, p. 1124-1126, 2019.
- ▶ Heynen, E., Bruls, V., Van Goor, S., Pat-El, R., Schoot, T., e.a., «[A Music Therapy Intervention for Refugee Children and Adolescents in Schools: A Process Evaluation Using a Mixed Method Design](#)» (Une intervention de musicothérapie dans les écoles pour les enfants et adolescents réfugiés: évaluation de processus à l’aide



d'une méthode mixte), *Children (Basel)*, vol. 9, n° 10, p. 1434, 2022.

- ▶ Hock, E., Blank, L., Fairbrother, H., Clowes, M., Castelblanco Cuevas, D., e.a., «[Exploring the Impact of Housing Insecurity on the Health and Well-being of Children and Young People: A Systematic Review](#)» (Explorer l'impact de l'insécurité liée au logement sur la santé et le bien-être des enfants et des jeunes: analyse systématique), *Public Health Research*, 11(13), 2023.
- ▶ Iacovou, M., Pattieson, D. C., Truby, H., et Palermo, C., «[Social Health and Nutrition Impacts of Community Kitchens: A Systematic Review](#)» (Incidences des cuisines communautaires sur la santé sociale et la nutrition: analyse systématique), *Public Health Nutrition*, 2013.
- ▶ Irabor, E., «[Social Mentoring Practices In Italy: An introduction to the Project Re-generations](#)» (Pratiques de mentorat social en Italie: introduction au projet Re-generations), European Mentoring Summit 2022, mai 2022.
- ▶ Keen, R., Chen, J. T., Slopen, N., Sandel, M., Copeland, W. E., e.a., «[Prospective Associations of Childhood Housing Insecurity With Anxiety and Depression Symptoms During Childhood and Adulthood](#)» (Associations prospectives entre l'insécurité du logement pendant l'enfance et les symptômes d'anxiété et de dépression pendant l'enfance et l'âge adulte), *JAMA Pediatrics*, 177(8):818-826, 2023.
- ▶ Kesari, G., «[AI Can Now Detect Depression From Your Voice, And It's Twice As Accurate As Human Practitioners](#)» (L'IA peut désormais détecter la dépression à partir de votre voix et le fait avec deux fois plus de précision que les praticiens humains), *Forbes Magazine*, 2021.
- ▶ Kim, E. S., et Kawachi, I., «[Perceived Neighborhood Social Cohesion and Preventive Healthcare Use](#)» (Perception de la cohésion sociale d'un quartier et utilisation préventive des soins de santé), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n° 2, p. 35-40, 2017.
- ▶ Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., e.a., «[Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-related Psychological Outcomes. A Meta-analysis Update](#)» (Effets de la thérapie par les mouvements de danse et la danse sur les retombées psychologiques liées à la santé: actualisation de la méta-analyse), *Frontiers in Psychology*, vol. 10, p. 1806, 2019.
- ▶ Linnaeus University, «[Artificial Intelligence Should Help Asylum Seekers Find the Right Dialect](#)» (L'intelligence artificielle devrait aider les demandeurs d'asile à trouver le dialecte adéquat), Linnaeus University, 2017.
- ▶ McMillan, D. W., et Chavis, D., «[Sense of Community: a Definition and Theory](#)» (Sentiment d'appartenance à une communauté: définition et théorie), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n° 1, p. 6-23, 1986.
- ▶ Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M., et Svetaz, M. V., «[Applying Trauma-informed Practices to the Care of Refugee and Immigrant Youth: 10 Clinical Pearls](#)» (Appliquer les pratiques tenant compte des traumatismes subis aux soins des jeunes migrants et réfugiés: dix perles cliniques), *Children (Basel)*, vol. 6, n° 8, p. 94, 2019.
- ▶ Miller, W. R., et Rollnick, S., «[Motivational Interviewing](#)» (Entretien motivationnel), quatrième édition, 2023.
- ▶ Molnar, P., et Gill, L., «[Bots at the Gate — A Human Rights Analysis of Automated Decision-making in Canada's Immigration and Refugee System](#)» (Les robots à nos portes — Analyse de la prise de décision automatisée dans le système d'asile et d'immigration canadien du point de vue des droits humains), International Human Rights Program, 2021.
- ▶ Papadopoulos, R. K., «[Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-activated Development](#)» (Déplacements forcés: accueil, traumatismes, résilience et changements nés de l'adversité), 1^{re} édition, Routledge, 2021.
- ▶ Bolger, L., «[Music therapy and international development in action and reflection: a case study of a women's music group in rural Bangladesh](#)», *Australian Journal of Music Therapy*, vol. 23, 2012, p. 22-41..
- ▶ Punt de Referència, «[Re-Generation Project](#)», dernière consultation le 5 septembre 2025.
- ▶ Robinson, J., «[Early Intervention and Suicide Prevention](#)» (Intervention et prévention du suicide précoces), Wiley Online Library, *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 2, n° 3, p. 119-211, 2008.
- ▶ Sampaio, F., Gonçalves, P., et Sequeira, C., «[Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice](#)» (Connaissances en santé mentale: il est grand temps de les mettre en pratique), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 12, p. 7030, 2022.
- ▶ Saroléa, S., Raimondo, F., et Crine, Z., «[Through the Eyes of the «Vulnerable» — Exploring Vulnerabilities in the Belgian Asylum System](#)» (Au travers du regard des «vulnérables» — Exploration des vulnérabilités du système d'asile belge), Université catholique de Louvain, rapport de recherche VULNER 2, 2022.
- ▶ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., e.a., «[Brief Gatekeeper Training for Suicide Prevention in an Ethnic Minority Population: a Controlled Intervention](#)» (Brève formation de sentinelles en matière de prévention du suicide dans une population ethnique minoritaire:

une intervention contrôlée), *BMC Psychiatry*, vol. 16, p. 1-9, 2016.

- ▶ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E. en Salzer, M. S., «[The Influence of Sense of Community on the Relationship between Community Participation and Mental Health for Individuals with Serious Mental Illnesses](#)» (L'influence du sentiment d'appartenance à la communauté sur la relation entre la participation à la communauté et la santé mentale des personnes atteintes de maladies mentales graves), *Journal of Community Psychology*, vol. 47, n° 1, p. 163-175, 2019.
- ▶ Tinnemans, K., Asmoredjo, J., Badr, J., et De Gruijter, M., «[Successful Elements in Refugee Support and Learning through Exchange: Lessons Learned from Access to Employment and MHPSS Approaches in the Netherlands, Ethiopia and Jordan](#)» (Éléments de réussite du soutien aux réfugiés et de l'apprentissage par l'échange: enseignements tirés de l'accès à l'emploi et des approches de SMSPS aux Pays-Bas, en Éthiopie et en Jordanie), Verwey-Jonker Institute, ministère des affaires étrangères des Pays-Bas. 2021.
- ▶ Verreault, K., «[Dance/Movement Therapy and Resilience Building with Female Asylum Seekers and Refugees](#)» (Thérapie par la danse/le mouvement et renforcement de la résilience chez les femmes réfugiées et demandeuses d'asile), *Intervention*, vol. 15, n° 2, p. 120-135, 2017.
- ▶ Weine, S. M., «[Developing Preventive Mental Health Interventions for Refugee Families in Resettlement](#)» (Élaborer des interventions préventives en matière de santé mentale pour les familles de réfugiés en cours de réinstallation), *Family Process*, vol. 50, n° 3, p. 410-430, 2011.

Organisations et revues internationales

- ▶ Global Protection Cluster, violences de genre: domaines de responsabilité, «[Gender-based Violence and Disability inclusion Fact Sheet](#)» (Fiche d'information sur le handicap et les violences de genre), 29 novembre 2023.
- ▶ CPI, [Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire — Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement](#), 2015.
- ▶ CPI, [Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence](#), 2007.
- ▶ CPI, [Ensemble minimum de services de Santé mentale et soutien psychosocial](#), 2022.
- ▶ CPI, [L'approche communautaire des programmes de SMSPS: Note d'orientation](#), 2019.
- ▶ CPI, [Le Cadre commun de suivi et d'évaluation pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence : y compris des moyens de vérification \(Version 2.0\)](#), 2021.
- ▶ CPI, Education Cluster, INEE, Global Protection Cluster, [Guidelines for Child-friendly Spaces in Emergencies](#) (Directives relatives aux espaces adaptés aux enfants dans les situations d'urgence), 31 janvier 2011.
- ▶ Centre international pour la santé reproductive Belgique, «[Inclusive Holistic Care for Migrant Victims of Sexual Violence \(INHeRE\)](#)» (Prise en charge globale et inclusive des migrants victimes de violences sexuelles), 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2021.
- ▶ Comité international de la Croix-Rouge et la Croix-Rouge norvégienne, «[That Never Happens Here: Sexual and Gender-based Violence Against Men, Boys and LGBTIQ+ People](#)» (Ça n'arrive jamais ici: violences sexuelles et de genre à l'encontre des hommes, des garçons et des personnes LGBTIQ+), 3 février 2022.
- ▶ OIM Irlande, [Preparing for Return](#) (Préparation au retour), 2015.
- ▶ OIM, [Manuel de santé mentale et soutien psychosocial communautaires en situations d'urgence et de déplacement](#), 2022, 2^e édition.
- ▶ OIM, [Voluntary Return and Reintegration: Community-based Approaches](#) (Retour volontaire et réintégration: approches communautaires), 2018.
- ▶ IFRC, Centre psychosocial, [Guide des premiers secours psychologiques — Pour les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge](#), Copenhague, 2018.
- ▶ International Medical Corps and the International Rescue Committee, [Women and Girls: Safe Spaces — A Toolkit for Advancing Women's and Girls' Empowerment in Humanitarian Settings](#) (Des espaces sûrs pour les femmes et filles — Boîte à outils destinée à promouvoir leur autonomisation dans les situations humanitaires), 2020.
- ▶ Digital Humanitarian Network, rapport de Wright, J., et Verity, A., «[Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Contexts](#)» (Principes de l'utilisation de l'IA au service des populations vulnérables dans les situations humanitaires), 2020.



- ▶ HCR, [*Politique sur l'âge, le genre et la diversité*](#), 8 juin 2011.
- ▶ HCR, [*L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR*](#), mars 2008.
- ▶ HCR, [*Document d'orientation sur la protection — Comprendre l'approche communautaire de la protection, Division de la Protection Internationale*](#), 2016.
- ▶ HCR et Luxembourg Aid & Development, [*Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-social Support \(MHPSS\)*](#) (Élaborer des dispositifs numériques sûrs de santé mentale et de soutien psychosocial), 2023.
- ▶ HCR, [*Note d'orientation — Travailler avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers et intersexes \(LGBTIQ+\) en situation de déplacement forcé*](#), 2021.
- ▶ HCR, [*Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-Social Support \(MHPSS for Displaced and Stateless Adolescents\)*](#) (Élaborer des dispositifs numériques sûrs de santé mentale et de soutien psychosocial (la SMSPS pour les adolescents déplacés et apatrides)], 2023.
- ▶ Unicef, [*Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States*](#) (Les bonnes pratiques de travail avec les enfants migrants non accompagnés dans des contextes humanitaires: guide à l'intention du personnel et des bénévoles aux États-Unis), 2023.
- ▶ Unicef, [*Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)*](#) [Lignes directrices opérationnelles relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial communautaires dans un contexte humanitaire: soutien à trois niveaux des enfants et des familles (version destinée aux essais sur le terrain)], 2018.
- ▶ Unicef, [*A Practical Guide for Developing Child-friendly Spaces*](#) (Guide pratique de création d'espaces sûrs pour les enfants), 2008.
- ▶ ONUDC, [*Evaluation Handbook: Guidance for Designing, Conducting and Using Independent Evaluation at UNODC*](#) (Manuel d'évaluation: guide pour concevoir, mener et utiliser des évaluations indépendantes à l'UNODC), 2022.
- ▶ OMS et HCDH, [*Le droit à la santé — Fiche d'information n° 31*](#), 2008.
- ▶ OMS, [*Gestion des problèmes Plus \(PM+\) — Soutien psychosocial individuel pour adultes affectés par la détresse dans les communautés exposées à l'adversité*](#), 2018.
- ▶ OMS, [*Health promotion — Track 1: Community Empowerment*](#) (Promotion de la santé — Piste 1: autonomisation communautaire), source: document adapté du rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008.
- ▶ OMS, [*World Report on the Health of Refugees and Migrants*](#) (Rapport mondial sur la santé des migrants et des réfugiés), 2022.
- ▶ OMS, [*Les premiers secours psychologiques: Guide pour les acteurs de terrain*](#), 2011.
- ▶ OMS, [*Guidance on Community Mental Health Services*](#) (Guide relatif aux services de santé mentale communautaires), 2021.
- ▶ OMS et HCR, [*Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources — Toolkit for Humanitarian Settings*](#) (Évaluer les besoins et les ressources en matière de santé mentale et de services psychosociaux — Boîte à outils adaptée aux situations humanitaires), 2012.
- ▶ WIRED, [*«The Problem with Mental Health Bots»*](#) (Le problème avec les agents conversationnels de santé mentale), 2022.
- ▶ Euronews, [*«Scientists Are Using Fitness Trackers and AI to Detect Depression With “80 % Accuracy”*](#) (Les scientifiques utilisent l'IA et les capteurs de forme physique pour détecter la dépression avec une précision de 80 %), consulté le 5 septembre 2024.



Office des publications
de l'Union européenne

